

Document of
The World Bank

(5)

Katy Lowmoker

FOR OFFICIAL USE ONLY

CONFIDENTIAL

Report No. 8215-BR

BRAZIL

WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

December 29, 1989

(Portuguese Executive Summary Revised 3/20/90)

An overview of reproductive
health in Brazil

Introd.
key messages

PARSKI

Contraceptive practice

Unsafe abortion

This document has a restricted distribution and may be used by recipients only in the performance of their official duties. Its contents may not otherwise be disclosed without World Bank authorization.

Preface

This report was written by Helen Saxenian (economist), based on visits to Brazil in February and July, 1989. Bruce Carlson (population specialist) participated in the planning for and assisted in the overall structure of the study; Pat Donovan (consultant) edited the report; Ayda Kimemia (research assistant) prepared statistical tables; and Patience Stephens (demographer) carried out the computer analysis of the 1986 BEMFAM/IRD survey.

The study draws on the following background papers prepared for the report: (1) "Cesarean Section in Brazil: Rates, Trends, Causes, Consequences and a Proposal for Action" by Dr. Anibal Faundes and Dr. Guilherme Cecatti; (2) "Relatorio: Assistencia a Area Reprodutiva" by Leticia Krauss Silva, Vania Matos, and Leda Ribeiro, under the supervision of Hesio Cordeiro; (3) "O Planejamento Familiar e A Empresa Medica No Brasil" by Andre Cezar Medici and Luis Antonio Pinto de Oliveira; and (4) "Levantamento Sobre Entidades Nao-Governamentais, Seus Servicos e Vinculacao com o Governo (Federal, Estadual e Municipal)" by staff at ABEFF.

This report owes much to the assistance and insights of Brazilian government officials, as well as staff of women's groups and other nongovernmental organizations in Brazil, and university researchers. In addition, this draft of the report benefited greatly from the comments of a distinguished panel of reviewers. None of these reviewers, of course, bears responsibility for any errors of fact or interpretation which may remain in the report.

Panel of Reviewers

Carmen Barroso, Fundacao Carlos Chagas, Sao Paulo
 Guilherme Cecatti, Universidade Estadual de Campinas, Campinas
 Sonia Correa, SOS Corpo, Recife
 Adrienne Germaine, International Women's Health Coalition, New York
 Joanne Leslie, Los Angeles, California
 Deborah Rogow, Philadelphia, Pennsylvania

G. Conclusions	55
----------------	----

ANNEXES

Annex 1: Cesarean Sections in Brazil	57
Annex 2: Coverage and Quality of Family Planning Services in Brazil: Evidence from Recent National Surveys	71
Annex 3: The Health Impact of Contraception	95

BIBLIOGRAPHY	103
--------------	-----

LIST OF TABLES, FIGURES AND BOXES

Chapter 2

Table 2.1: Contraceptive Prevalence, by Method, 1986	10
Table 2.2: Last Source of Supply Among Current Contraceptive Users, by Method, 1986 in Percentages	12
Table 2.3: Percent of State Secretariat of Health Facilities Offering Pap Screening, by Region, 1983	32
Box 2.1: Risk Factors for Maternal Morbidity and Mortality	17
Box 2.2: Too Many Cesareans?	27
Box 2.3: Pap Tests: How Often to Screen?	33

Chapter 3

Table 3.1: Women's Groups and Groups Active in Health, by State, 1989	53
Box 3.1: The Private and Public Benefits of Health Care	42

Annex 1

Table 1: Cesarean Section Rates for Deliveries Reimbursed by INAMPS, 1970-1980	58
Table 2: Cesarean Section Rates in Several Regions of Brazil by Family Income, 1981	58
Table 3: Type of Delivery for Most Recent Births in the Past Five Years by Region, Educational Level and Place of Birth	59
Table 4: Percent of Sterilizations Occurring at Time of Last Delivery Among Sterilized Women Aged 15-84, by State	59
Table 5: Cesarean-Section Rates per 100 Hospital Deliveries in Selected Countries, 1983	65

Annex 2

Table 1: Use and Non-Use of Contraception Among Women in Union Aged 15-49, by Region, State and Method, 1986 in Percentages	74
Table 2: Percentage of Currently Married Women Aged 15-44 Practicing Contraception, by Age-Group, Region, Level of Education, and Parity, According to Method, Brazil, 1986	75

Table 3:	Mean Ideal Number of Children by Selected Age Groups; Percentage of Currently Married Women Aged 15-44 who Want No More Children or Have Been Sterilized; and Percentage of Married Women Who are Exposed to the Risk of Pregnancy and who Want to Space or Prevent Their Next Birth But Are Not Using Birth Control (Unmet Need); According to Region, Brazil, 1986	76
Table 4:	Last Source of Supply Among Current Contraceptive Users, by Method, in Percentages	80
Table 5:	Current Pill Users: Use of Prescription to Purchase Pills, in Percentages	81
Table 6:	Main Problems from Method Reported by Current Contraceptive Users, in Percentages	81
Table 7:	Current Pill Users: Smoking and Pill Use, in Percentages	83
Table 8:	Duration of Pill Use by Current Age of User, in Percentages	84
Table 9:	Percentage of Sterilizations Occurring at Time of Last Delivery Among Sterilized Women Aged 15-54, by State	86
Table 10:	Sterilized Women Aged 15-54 by Provider of Sterilization, in Percentages	88
Table 11:	Proportion of Sterilized Women Regretting the Sterilization by Number of Children, Age and Education, in Percentages	89
Table 12:	Knowledge of Contraceptive Methods and Where Those Methods Would be Obtained, all Women Aged 15-54, in Percentages	92
Table 13:	Percentage of Women Responding that Government Should Provide Family Planning in Health Posts	94
Figure 1:	Contraceptive Method Mix in Latin American Countries with Prevalence Rates Above 50%	78
Figure 2:	Distribution of All Sterilized Women by Year of Sterilization	85

ACRONYMS I

ABEM	-	Associação Brasileira de Educação Médica Brazilian Association of Medical Education
ABEN	-	Associação Brasileira de Enfermagem Brazilian Nursing Association
ABEPF	-	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar Brazilian Association of Family Planning Organizations
ABRAMGE	-	Brazilian Association of Health Maintenance Organizations
AIDS	-	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIS	-	Ações Integradas de Saúde Integrated Health Actions
BEMFAM	-	Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil Brazil Society for Family Welfare
CACEX	-	Carteira de Comércio Exterior Foreign Trade Bureau
CEME	-	Central de Medicamentos Federal Drug Company
CNDM	-	Conselho Nacional dos Direitos da Mulher National Council on Women's Rights
CPAIMC	-	Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e à Criança Center for Research and Integral Care for Women and Children
DIMED	-	Divisão de Medicamentos Drug Division, MOH
DINSAMI	-	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil National Division of Maternal-Child Health
FEBRASCO	-	Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Brazilian Society of Obstetrics and Gynecology
FIOCRUZ	-	Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde Oswaldo Cruz Foundation for Medical Research
FSESP	-	Fundação de Serviços de Saúde Pública/Ministério da Saúde Foundation for Public Health Services
FURP	-	Fundação para o Remédio Popular Drug Foundation (Sao Paulo)

HIV	-	Human Immunodeficiency Virus
HMO	-	Health Maintenance Organization
IBGE	-	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brazilian Census Bureau
IEC	-	Information, Education, and Communication
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social National Institute for Medical Assistance and Social Security
IUD	-	Intra-uterine Device
MOH	-	Ministerio da Saúde Ministry of Health
NGO	-	Non-governmental Organization (non-profit)
PAHO	-	Pan American Health Organization
PAISM	-	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher e da Criança Integral Program for Women's Health
PGI	-	Programa de Gerenciamento Integrado Integrated Management System
PID	-	Pelvic Inflammatory Disease
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar National Household Survey
STD	-	Sexually Transmitted Disease
SUCAM	-	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública Superintendency for Endemic Disease Control
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde Unified and Decentralized Health System
SUS	-	Sistema Unificado de Saúde Unified Health System
TSS	-	Toxic Shock Syndrome
UNFPA	-	United Nations Fund for Population Assistance
USAID	-	United States Agency for International Development
WHO	-	World Health Organization

RESUMO

Introdução

1. Com as rápidas mudanças sócio-econômicas ocorridas na sociedade brasileira nas últimas décadas, o papel social da mulher passou por uma profunda transformação. A transição de uma sociedade de alta para baixa fecundidade está em pleno processo: a taxa de fecundidade caiu da média de 5,8 partos em 1980 para cerca de 3,3 em 1985, e o tamanho de família considerado ideal pelas jovens de hoje é indicativo de que a fecundidade continuará a cair. Com o declínio da fecundidade, os níveis de educação da mulher e a sua participação na força de trabalho aumentaram. Em consequência, a mulher brasileira passou a proporcionar um apoio financeiro essencial à família, quer em conjunto com o marido, quer como chefe de família. Simultaneamente, a mulher continua a ser a principal responsável pela criação e pela saúde dos filhos.

2. As mulheres em idade fértil representam cerca de 25% da população do Brasil. Devido em parte às suas necessidades relativas à saúde reprodutiva, as mulheres brasileiras tendem a usar os serviços de saúde em escala muito maior do que os homens. Tais necessidades, porém, não são bem atendidas. Em comparação com outros países de níveis de renda semelhantes, o Brasil revela altos índices de morbidade e mortalidade materna, aborto ilegal (geralmente em condições perigosas) e cesarianas desnecessárias. Embora tudo isto reflita os problemas gerais do sistema de serviços de saúde, as mulheres formam um grupo particularmente vulnerável e importante, não só devido às suas necessidades adicionais de saúde associadas à reprodução, como também à relevância da saúde da mulher para a saúde e a sobrevivência dos filhos. As mulheres também são vulneráveis por serem desproporcionalmente um grupo de baixa renda, e a severidade dos seus problemas de saúde é muitas vezes agravada pela pobreza e pelo seu limitado acesso aos serviços.

3. A saúde reprodutiva da mulher foi selecionada como tema central deste relatório - um de uma série de relatórios sobre a saúde no Brasil¹ - devido às distorções da prestação de serviços de atenção à saúde reprodutiva e porque os custos dela resultantes são particularmente altos. Os serviços de atenção à saúde reprodutiva abrangem o atendimento pré-natal, o parto e o puerpério; a prevenção e o tratamento do câncer uterino e de mama, das doenças sexualmente transmissíveis e das infecções do trato reprodutivo além de informação e prestação de serviços na área de planejamento familiar. A atenção à saúde

1. Os relatórios incluem uma análise da alocação, eficiência e equidade da despesa pública em programas sociais (Brazil - Public Spending on Social Programs: Issues and Options, 1988) [120] e uma análise dos problemas que o sistema de saúde do Brasil enfrentará nas próximas décadas, à medida que aumentarem a idade da população e as doenças crônicas e degenerativas e o AIDS (Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges, 1989 [118]).

reprodutiva é mais ampla do que os cuidados materno-infantis porque abrange outras necessidades de saúde da mulher, além daquelas associadas à gravidez.

4. Reconhecendo a importância da saúde reprodutiva, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a ser executado pela rede pública de serviços do Ministério e das Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. O PAISM foi concebido como um programa abrangente, cobrindo todos os aspectos da saúde reprodutiva feminina. Pouco depois, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) - o outro grande órgão público de prestação de serviços de saúde - anunciou que também aplicaria o PAISM às suas unidades próprias e contratadas, orientadas principalmente para os trabalhadores do setor formal e seus dependentes.² Contudo, a implementação desse programa nos níveis federal e estadual e, especialmente, no nível municipal, tem sido lenta, devido em parte a problemas do sistema de serviços de saúde, relacionados à sua gestão, à sua tendência curativa, aos seus mecanismos de financiamento e ao treinamento de pessoal de saúde. Controvérsias quanto à natureza e ao alcance dos serviços de planejamento familiar a serem oferecidos pelo programa também geraram dificuldades.

Principais problemas relacionados à saúde reprodutiva no Brasil

5. Mulheres de menor renda, tanto de área rural quanto de área urbana, são as mais afetadas pela precariedade do programa de saúde reprodutiva no âmbito do setor público. O setor privado presta certos serviços à mulher, mas a sua qualidade também é frequentemente inadequada. Incluem-se entre alguns dos problemas mais sérios:

A grave limitação relativa ao conhecimento a respeito dos produtos anticoncepcionais existentes e à sua escolha. As características mais marcantes do uso de anticoncepcionais no Brasil são a sua alta prevalência, apesar das restrições à disponibilidade de métodos, e o espectro muito limitado dos métodos usados. Mais de 80% das usuárias dependem de um de dois métodos - os contraceptivos orais ou a esterilização feminina - enquanto que em outros países como a Costa Rica, o México, e a Jamaica a escolha distribui-se entre numerosas alternativas: 80% das usuárias estão distribuídas entre quatro ou cinco métodos. O método mais popularizado no Brasil - a esterilização feminina - é caro e, devido às incertezas do seu status legal, difícil de obter, exceto em conjunto com outra intervenção cirúrgica, na maioria das vezes uma cesariana. Os resultados de uma pesquisa de âmbito nacional realizada em 1986 demonstraram que três quartos de todas as esterilizações femininas ocorreram por ocasião do parto, geralmente depois de uma cesariana. A situação encoraja o uso excessivo dos procedimentos cirúrgicos como meio de acesso à esterilização, e impede a aplicação de procedimentos bem definidos com escolha consciente. Incluem-se entre as fontes principais de contraceptivos as farmácias (onde mais de 90% das

2. Desde então, adotaram-se medidas para unificar o financiamento e os serviços prestados pelos governos federal, estaduais e municipais num só sistema descentralizado de saúde pública, no âmbito de várias iniciativas (as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e, sob a égide da Constituição de 1988, o Sistema Unificado de Saúde (SUS)).

pílulas são adquiridas), os médicos e hospitais privados além do INAMPS (esterilizações). Uma grande proporção das usuárias de pílulas no Brasil teria contra-indicações médicas para o seu uso (por exemplo, cerca de 39% delas é fumante).

Os altos índices de aborto de alto risco (o índice de aborto induzido durante a vida fértil foi estimado em mais de dois por mulher). O aborto explica quase 20% da mortalidade materna no Brasil. Por ser o aborto ilegal³, os riscos associados ao aborto clandestino são, em grande parte, função da capacidade de pagamento da paciente. Devido a isto, as mulheres de menor renda e escolaridade tendem a ficar mais expostas aos grandes riscos de morbidade e mortalidade devidos ao aborto. Além dos riscos de mortalidade, o aborto praticado em condições precárias pode resultar em sérios problemas crônicos de saúde, entre os quais a infertilidade. O tratamento das complicações relacionadas com o aborto também consome significativos recursos da área de saúde. Em 1988, cerca de 2% de todas as internações hospitalares do sistema do INAMPS deveram-se a complicações do aborto. Isso corresponde a cerca de 1% de toda a despesa hospitalar do INAMPS e a 6% das suas despesas em obstetrícia no mesmo ano.

Os altos índices de câncer de colo de útero, causa principal dos óbitos por câncer entre as mulheres brasileiras. Embora existam tecnologias eficientes e de baixo custo para o controle de câncer de colo uterino mediante "screening" e acompanhamento periódico, calcula-se que apenas 2% das mulheres brasileiras passam pelo "screening" realizado no sistema público de saúde. A incidência desse tipo de câncer é inversamente proporcional à renda - mais alta no Norte e Nordeste e mais baixa no Sul. Onde é mais necessária, ou seja, no Norte e no Nordeste mais pobres, a disponibilidade de "screening" é menor. O câncer de mama é a segunda grande causa de óbito feminino por câncer no Brasil. Tal como no caso do câncer de colo uterino, o "screening" (auto-exame e exame médico de mama) é importante porque a maioria dos cânceres desse tipo é de progresso relativamente lento, e o prognóstico depende em parte do seu estágio no momento do diagnóstico. A grande maioria das mulheres brasileiras não têm acesso a esses métodos de "screening" de baixo custo.

O grande número de mulheres virtualmente sem cobertura de atenção pré-natal. Aproximadamente uma de cada quatro grávidas não recebe qualquer atenção pré-natal [5]. Na área rural e entre as mulheres sem instrução formal, aproximadamente uma de cada duas gestantes dá à luz sem receber atenção pré-natal. Mesmo quando essa atenção é oferecida testes padronizados, tais como aqueles para detecção de anemia e sífilis, são muitas vezes excluídos, e o encaminhamento de casos de gravidez de alto risco e emergências obstétricas para instalações apropriadas é aleatório. O resultado mais dramático da falta ou da má qualidade da atenção pré-natal é a mortalidade materna. Num estudo realizado no município de São Paulo [64], o coeficiente de mortalidade materna foi estimado

3. O aborto é ilegal, exceto quando a gravidez resultar de estupro ou quando representar risco de vida para a mulher. Na prática, porém, são raras as decisões judiciais favoráveis ao aborto em caso de estupro (muitos médicos e hospitais requerem a permissão judicial, que, além de difícil, se não impossível de obter, também envolve longas demoras), bem como nos casos em que a gravidez ameaça a vida da mulher.

em 100 óbitos por 100.000 nascidos vivos em 1986, em comparação com sete por 100.000 nascidos vivos nos Estados Unidos. Neste estudo de São Paulo, 64% dos óbitos maternos foram atribuídos às complicações da gravidez, muitas das quais poderiam ter sido evitadas se a atenção pré-natal e o tratamento dos casos de alto risco tivessem sido mais adequados.

O índice de cesarianas mais alto do mundo. Em 1981, cerca de 31% de todos os partos nos hospitais do Brasil ocorreram com intervenção cesariana, contra 15% na Inglaterra e no País de Gales, menos de 10% nos Países Baixos e 25% nos Estados Unidos. Este índice deverá ter continuado a aumentar desde 1981. Mais da metade dessas cesarianas poderiam ter sido evitadas. Esse alto índice de cirurgias desnecessárias é, em grande parte, um reflexo de fatores sócio-culturais, da forma de organização e da prática da obstetrícia além de fatores institucionais, financeiros e legais, inclusive o fato de que as cesarianas repetidas valem como justificativa para a esterilização, nos termos do atual Código de Ética Médica. Os custos financeiros e de saúde deste padrão de serviço são consideráveis: riscos de saúde para o recém-nascido⁴, maior morbidade e mortalidade materna e um custo financeiro anual adicional estimado em US\$62 milhões para o setor público (ou aproximadamente 1% da despesa pública total em saúde). No começo dos anos 80, o Governo começou a adotar medidas para disciplinar as intervenções cesarianas, mas o seu êxito não foi, até agora, mais que limitado.

A crescente ameaça que as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras infecções do trato reprodutivo representam para o bem-estar da mulher (e do homem). A não ser pelo AIDS, a informação existente sobre a prevalência e as consequências das doenças sexualmente transmissíveis no Brasil é pouca. O Governo federal exige notificação somente no caso de três DST: o AIDS, a gonorréia e a sífilis. Até outubro de 1989 havia cerca de 8.000 casos notificados de AIDS no Brasil, número só superado pelo dos Estados Unidos. Embora a probabilidade de infecção no homem continue a ser muito maior do que na mulher, a proporção de novos casos de AIDS em mulheres no Brasil está aumentando. A epidemia de AIDS lança um extraordinário desafio ao sistema de serviços públicos de saúde. Contudo, sabe-se muito menos a respeito de outras DST e infecções pélvicas no Brasil, cujas consequências vão desde a infecção limitada até a sepsis e a morte. Outros riscos a considerar são cicatrização tubária, infertilidade e/ou gravidez ectópica. Com base em estudos comunitários realizados em outros países, os pesquisadores de saúde pública argumentam agora que essas doenças são uma "epidemia silenciosa" e, se a sua prevalência e as suas devastadoras consequências fossem conhecidas, os programas de "screening" seletivo para o seu tratamento seriam considerados como apresentando relações custo-efetividade adequadas. Mas o que se sabe no Brasil sobre a prevalência e as consequências dessas doenças é tão pouco, que a preparação de intervenções apropriadas na área de saúde pública torna-se difícil.

4. Num parto por cesariana, o recém-nascido enfrenta dois grandes riscos: a prematuridade, resultante da estimativa incorreta da idade gestacional, e uma probabilidade maior de doença respiratória, mesmo nos nascimentos a termo.

x

O contexto do sistema de saúde

6. A falta de uma devida atenção do sistema público de saúde às necessidades básicas de saúde da mulher reflete problemas mais gerais em termos de alocação inadequada de recursos, distribuição desigual dos serviços e uso pouco eficiente dos recursos no sistema público de saúde. O gasto público em saúde é de aproximadamente US\$50 anuais per capita, mostrando valores semelhantes ou até superiores aos apresentados por outros países de mesmo nível de renda. Porém, os problemas de saúde relacionam-se menos com a inadequação da despesa total do que com padrões de despesa que não visam equidade nem eficiência.

7. A alocação da despesa tem favorecido o tratamento hospitalar curativo de alto custo, em detrimento dos serviços básicos, preventivos e curativos, de baixa complexidade. Atualmente, mais de 70% da despesa pública de saúde do Brasil é hospitalar, proporção que é muito mais alta do que em outros países com um PIB per capita semelhante, e mais alta do que em países industrializados [118]. Mesmo assim, o PAISM, um programa promissor, mal começou a ser executado. Os cuidados reprodutivos básicos (atenção pré-natal, "screening" do câncer de colo de útero, programas de informação e educação, etc.), continuam recebendo recursos aquém do necessário, o que também tem ocorrido com outros tipos de atenção básica.

8. As desigualdades na distribuição do gasto público em saúde são substanciais, com uma despesa per capita no Sudeste mais de duas vezes maior do que no Nordeste, e com uma disponibilidade de leitos hospitalares e de serviços ambulatoriais no Sul e no Sudeste mais de duas vezes maior do que em outras regiões. Na área da saúde reprodutiva, as mulheres de baixa renda e carentes de educação, tanto de área urbana quanto de área rural, têm menos acesso à atenção pré-natal, ao "screening" do câncer de mama e à informação e aos serviços de planejamento familiar. Nas áreas em que o sistema público de saúde é ativo, sua eficiência interna é baixa. O controle financeiro e administrativo dos serviços de saúde é deficiente e a capacitação e a produtividade dos recursos humanos são baixas. Na área da saúde reprodutiva, um exemplo gritante de ineficiência é dado pela forma como são usados os recursos públicos para o pagamento de cesarianas desnecessárias, que, além de dispendiosas, representam riscos adicionais de saúde para a mãe e a criança.

9. Os problemas mais gerais do sistema de saúde são amplamente reconhecidos no Brasil, tendo sido adotadas, nos últimos anos, diversas medidas para melhorar a eficiência e a equidade do sistema público de saúde. Estas medidas incluem uma série de reformas na gestão e no financiamento no âmbito do INAMPS e iniciativas no sentido de modernizar os sistemas de informação e melhorar os sistemas de encaminhamento em certos Estados. Além dessas reformas, os esforços de unificação e descentralização do sistema público de saúde resultaram no SUDS, reforçado pelos mandatos referentes à saúde pública inseridos na nova Constituição de 1988. Embora se preveja que o processo de descentralização e unificação seja difícil e demorado em razão da situação das secretarias estaduais e municipais de saúde, a longo prazo este processo oferecerá a oportunidade de modernizar o sistema de saúde, tornando-o mais flexível e receptivo às necessidades locais.

Opções de política para melhorar a saúde reprodutiva da mulher

10. Muitas das medidas necessárias para melhorar a saúde reprodutiva da mulher no Brasil não são tecnicamente complexas nem dispendiosas. A educação sanitária, os cuidados pré-natais adequados, a disponibilidade de bons serviços anticoncepcionais e o "screening" do câncer de colo de útero e de mama são intervenções eficientes e de baixo custo que, embora aparentemente simples, requerem melhor gestão e financiamento dos serviços básicos e preventivos de saúde a fim de poderem ser aplicadas com êxito. O presente relatório recomenda as seguintes ações prioritárias:

11. Melhoria do acesso das mulheres de baixa renda aos serviços de saúde reprodutiva. Para dar cobertura a esta população alvo é necessário fortalecer a infra-estrutura de saúde e aumentar os recursos humanos em áreas rurais e na periferia urbana. O Governo poderia considerar a possibilidade de financiar organizações não governamentais (ONG) para a prestação de certos serviços, onde quer que estas estejam habilitadas a prestar serviços de melhor qualidade ou dar cobertura a mulheres sem outra alternativa, a um custo razoável. A expansão de cobertura no sentido de incluir mulheres de baixa renda sem aumentar os gastos exige um redirecionamento de despesas, dos serviços curativos de alto custo para os cuidados básicos de saúde.

12. No âmbito da saúde reprodutiva, o custo poderia ser reduzido mediante o aumento do acesso a bons programas de planejamento familiar, que diminuiriam tanto a procura por abortos, como o tratamento de suas complicações. Tornar acessíveis os serviços de aborto nos casos permitidos por lei também reduziria os custos associados à gravidez de alto risco. Outras medidas para diminuir custos seriam a redução do número de intervenções cesarianas desnecessárias, por meio de campanhas de educação pública, reformas na organização e na prática da obstetrícia e ações institucionais e legais. O Governo poderia, por exemplo, fixar limites para a realização de partos por cesariana em hospitais contratados para a prestação de serviços; autorizar o pagamento da anestesia, que tornaria o parto por via vaginal mais aceitável para a paciente; e retirar o incentivo à cesariana como meio para a obtenção de uma laqueadura, oferecendo toda uma escala de opções anticoncepcionais. Nestas áreas, políticas governamentais tais como a de pagamento por serviços muitas vezes servem de padrão para o setor privado dos seguros de saúde. Assim, seria de esperar que uma reforma da política governamental nessa área produzisse benefícios sociais mais amplos ao reduzir o índice de intervenções cesarianas também nos partos financiados pelo setor privado.

13. As reduções de custo obtidas nessas áreas poderiam ser reorientadas para a melhoria da atenção pré-natal e outros programas de "screening". A fim de aumentar a eficiência dos serviços de saúde, é necessário desenvolver melhores sistemas de informação e custos, de modo a dotar os responsáveis pelo processo decisório dos instrumentos para acompanhar a cobertura e os custos dos programas de serviço do setor público. Além disso, levantamentos nacionais periódicos, tais como a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição de 1989 e a pesquisa do BEMFAM/IRD, dotariam esses administradores de valiosas informações sobre a cobertura dos programas e a situação de saúde e nutrição.

14. Desenvolvimento de uma política coerente para com o setor privado, a fim de melhorar o alcance e a qualidade dos seus serviços. Os recursos limitados do Governo exercerão maior impacto se forem orientados para a prestação de serviços às camadas de baixa renda e para as funções essenciais de acompanhamento, regulamentação, informação e educação. Apesar dos problemas de qualidade e da não cobertura de áreas importantes na prestação de serviços, o setor privado (lucrativo ou não-lucrativo) é uma fonte considerável de cuidados à saúde reprodutiva para as mulheres brasileiras. O Governo poderia ajudar a melhorar o estado de saúde da mulher se adotasse uma política coerente, reconhecendo o papel que cabe ao setor privado e articulando medidas para aperfeiçoar o seu desempenho. Sintetizar e divulgar as atividades das medicinas de grupo⁵ aos usuários e seus empregadores, ajudaria a promover uma concorrência com base na qualidade e na abrangência dos serviços. Quanto ao controle de qualidade, o Governo necessita de um sistema de acompanhamento da implementação das diretrizes do PAISM no setor privado, diretamente e/ou com a participação de organizações profissionais médicas e grupos de mulheres. A estrutura regulamentadora também poderia ser usada mais eficientemente para melhorar a saúde reprodutiva da mulher. Por exemplo: a Comissão de Ensino Médico poderia dar mais atenção aos aspetos referentes à saúde da mulher na discussão do currículo médico; a interpretação das leis em matéria de esterilização masculina e feminina poderia ser objeto de esclarecimento⁶ e qualquer esterilização permitida por lei poderia ficar sujeita a procedimentos bem definidos, de escolha consciente.

15. Enfatizar a qualidade e segurança dos serviços de planejamento familiar. O planejamento familiar tem gerado muitas controvérsias no Brasil, devido em parte à natureza da sua introdução no país, em meados dos anos 60. As ONG foram as primeiras a oferecer, com fundos estrangeiros, programas de planejamento familiar em escala significativa, muitas vezes fora do contexto dos serviços de saúde. Tais esforços eram vistos por muitos grupos brasileiros como tentativas para introduzir o "controle da natalidade", e não para melhorar a saúde da mulher. O debate sobre o assunto continua a paralisar a implementação de programas de planejamento familiar. É necessário que o planejamento familiar seja firmemente reconhecido como uma das intervenções mais fundamentais para

5. Tal informação poderia incluir, por exemplo, se são ou não oferecidos serviços de planejamento familiar e, se oferecidos, a combinação de métodos disponíveis, a percentagem de partos por cesariana, a existência ou não de atenção pré-natal e os serviços incluídos na mesma, as disponibilidades para tratamento da gravidez de alto risco, se existirem, e as políticas de "screening" de câncer de colo uterino e de mama.

6. O Ministério da Saúde sustenta que, de acordo com o código vigente, a esterilização é ilegal, exceto em casos de necessidade médica tais como diabetes grave, problemas cardíacos ou uma história de cesarianas repetidas. Já que a esterilização não é oficialmente reconhecida como método anticoncepcional, o INAMPS não reembolsa o seu custo e o PAISM não contém diretrizes sobre ela. Contudo, a questão da legalidade é suficientemente ambígua para que muitos profissionais da saúde interpretem a esterilização masculina e feminina, a pedido de pacientes inteiramente conscientes, como um aspecto legítimo da prática médica.

proteger a saúde materno-infantil. Trata-se também de um direito humano básico, expresso na Constituição de 1988.

16. Em matéria de planejamento familiar, a função mais importante do setor público é garantir o acesso da mulher à informação e a serviços de boa qualidade, tanto públicos como privados. O aumento do acesso à informação e a serviços de planejamento familiar de melhor qualidade reduziria o recurso ao aborto clandestino e de alto risco, além de diminuir a mortalidade e morbidade causadas pelo uso inadequado de anticoncepcionais.

17. Um amplo espectro de métodos entre os quais escolher é um aspecto fundamental de qualquer programa de planejamento familiar de boa qualidade. Cumpre adotar medidas imediatas para promover a ampliação das opções, tanto no setor público como no privado, mediante o treinamento de pessoal de saúde nos níveis estadual e municipal, a promoção de programas de educação e o apoio logístico às entidades públicas responsáveis pelo fornecimento e distribuição, quer através da companhia estatal de medicamentos (a CEME), quer de outro serviço. A disponibilidade de anticoncepcionais também poderia ser melhorada mediante a redução do imposto (atualmente de 65%) que incide sobre a importação de preservativos. Embora proteja os dois maiores produtores nacionais de preservativos no Brasil, esse imposto não beneficia o consumidor (o preço dos preservativos no Brasil é alto em relação aos preços internacionais), e poderia ser reconsiderado em face da epidemia de AIDS e por razões de planejamento familiar.

18. Iniciar ações especiais para reduzir a mortalidade e morbidade materna. Em diversos Estados brasileiros foram criadas comissões de mortalidade materna para melhor acompanhar o número e as causas de óbitos maternos, visando ao estabelecimento de políticas apropriadas para melhorar os cuidados. A mortalidade e morbidade materna podem ser reduzidas mediante a melhoria da atenção pré-natal, o encaminhamento de casos de gravidez de alto risco e o tratamento de emergências obstétricas; a redução do número de abortos de alto risco; a redução da incidência da malária entre as grávidas; e a melhoria do estado de nutrição das gestantes. Dada a significativa proporção (25%-40%) dos casos de gravidez não desejada em adolescentes, é necessário oferecer informação e serviços especiais para essa faixa etária. As clínicas e os hospitais públicos e privados poderiam instituir programas de aconselhamento de pacientes tratadas por complicações relacionadas com o aborto, em vez de lhes dar alta sem fornecer informação sobre anticoncepcionais; isto pode prevenir novos episódios de gravidez não desejada. A lei brasileira permite o aborto em certos casos. Riscos de aborto poderiam ser reduzidos mediante a oferta, em programas desenvolvidos em unidades de saúde, de serviços de aborto para os casos em que este seja permitido por lei. Para tanto, seria necessário proporcionar treinamento médico em técnicas de aborto e desenvolver um sólido sistema de encaminhamento de casos em que a gravidez resulte de estupro ou ameace a vida da mulher. Programas de "screening" da anemia com adequado seguimento durante a atenção pré-natal ajudariam a melhorar o estado nutricional das grávidas. Também é necessário que os programas de nutrição sejam melhor orientados para grupos de alto risco, tais como as crianças de 0 a 3 anos e as grávidas e lactantes.

19. Estabelecer populações-alvo para o "screening" do câncer de colo uterino e de mama. O simples "screening" do câncer de colo do útero e de mama é uma intervenção altamente prioritária, e custo-efetiva para melhorar a saúde reprodutiva. Uma comissão conjunta do Ministério da Saúde e do INAMPS incluiu as mulheres da faixa etária dos 25-60 anos como a população-alvo para o "screening" trienal do câncer de colo uterino, depois de dois anos de testes com resultados negativos. Dado o baixo nível de cobertura atual, a implementação dessas metas de "screening" exigirá, por muitos anos, vultosos investimentos em capacidade de laboratório e treinamento de pessoal técnico e médico.⁷ Além disso, o Governo necessita assegurar o controle de qualidade nos laboratórios públicos e privados e realizar atividades de promoção de saúde. A extensão de cobertura do programa seria atingido mais rapidamente por meio da utilização de pessoal de nível médio para a realização dos testes, método que parece ter tido êxito em Pernambuco e São Paulo. Não existem estimativas confiáveis sobre o número de mulheres que se têm submetido a exames periódicos de mama, ou que o fazem o auto-exame, mas a cobertura é provavelmente menor do que a do "screening" do câncer de colo de útero. A maioria das mulheres não se submete a exames ginecológicos e físicos de rotina e, mesmo quando o fazem, o exame físico de mama é muitas vezes excluído.

20. Desenvolvimento de um plano coerente de médio prazo para combater as doenças sexualmente transmissíveis e as infecções pélvicas. No Brasil, a necessidade por pesquisa sobre a prevalência e sobre as consequências dessas doenças é urgente com vistas à preparação das intervenções apropriadas. A curto prazo, cumpriria expandir as atividades de prevenção a fim de incluir: (1) a educação sobre os riscos das doenças sexualmente transmissíveis e (2) o estímulo à utilização de métodos anticoncepcionais capazes de reduzir os riscos de transmissão, especialmente em mulheres de alto risco.

7. Segundo as estimativas, a maior cobertura atual corresponde ao Estado de São Paulo, que introduziu um ativo programa de "screening" do câncer do colo uterino em 1987, incluindo a expansão de laboratórios, centros de encaminhamento e treinamento de pessoal. O número de testes mais do que triplicou entre 1987 e 1989.

APENDICE

PLANO DE AÇÃO

<u>Objetivo</u>	<u>Ações imediatas</u>	<u>Ações a mais longo prazo</u>
1. Melhorar a cobertura das mulheres de baixa renda, tanto de área urbano quanto de área rural, com serviços de saúde reprodutiva.	Introduzir o planejamento familiar em todos os serviços públicos, utilizando um amplo espectro de métodos.	Incorporar conteúdos de administração ao currículo médico. Melhorar o sistema de informação em saúde a fim de acompanhar os programas dos serviços. Iniciar levantamentos nacionais periódicos a fim de acompanhar o estado de saúde e nutrição e a utilização dos serviços de saúde.
Deslocar os gastos públicos, dos serviços curativos de alto custo para os cuidados de saúde primários.	Tomar medidas para reduzir o número das cesarianas desnecessárias (consequentemente diminuindo gastos com esta atividade).	Intensificar o treinamento de parteiras e de outras categorias de pessoal não médico.
Melhorar a infraestrutura e aumentar a disponibilidade de recursos humanos de saúde em áreas rurais e em áreas urbanas periféricas.	Financiar a prestação de certos serviços por ONG, sempre que estas puderem prestar melhores serviços ou aumentar a cobertura a mulheres que não tinham acesso aos serviços, a um custo razoável.	Fortalecer a educação em obstetrícia, com mais ênfase ao parto por via vaginal.
	Oferecer às mulheres a oportunidade de participar mais ativamente do desenho e acompanhamento de programas por meio de organizações de mulheres e outros grupos	

comunitários.

2. Adotar uma política coerente de relacionamento com o setor privado, visando aumentar a abrangência e qualidade dos serviços por ele financiados.

Coligir e acompanhar informações a respeito da participação do setor privado nos serviços. Divulgar as normas estabelecidas no âmbito do PAISM para o setor privado.

Instituir um sistema de acompanhamento do controle de qualidade, diretamente e/ou através de entidades profissionais (ABRAMGE, FEBRASCO, ABEPF, etc.)

3. Dar ênfase à qualidade e à segurança dos serviços de planejamento familiar.

-melhorar o treinamento de pessoal de saúde e pessoal de farmácias.

Oferecer cursos rápidos de planejamento familiar a médicos, pessoal de nível médio e pessoal de farmácias.

Fortalecer os currículos das escolas de Medicina e Enfermagem, incluindo a cobertura detalhada do planejamento familiar e da sexualidade.

-garantir a disponibilidade de um amplo espectro de métodos anticoncepcionais e reduzir o uso de métodos para os quais existam contra-indicações.

Iniciar programas de informação e educação.

Revisar a necessidade de controles de preços de contraceptivos e as consequências dos controles atuais.

Modernizar o processo de exame e aprovação dos produtos farmacêuticos pela DIMED, com vistas a garantir sua segurança e eficácia.

Reduzir as tarifas de importação de preservativos.

Explorar opções para aumentar a produção de preservativos no Brasil.

Incluir uma ampla gama de métodos anticoncepcionais nas compras e distribuições da CEME aos Estados e Municípios.

Treinar equipes cirúrgicas para habilitá-las a realizar esterilização no pós-parto e entre gestações.

Treinar o atual pessoal de saúde na utilização e fornecimento de uma ampla gama de métodos anticoncepcionais. Frente ao aumento na disponibilidade de diferentes métodos, iniciar atividades de

cobertura comunitária para que as usuárias de métodos para os quais existam contra-indicações adotem os mais indicados para cada caso.

Esclarecer o status legal da esterilização e, tanto quanto necessário, incluir a esterilização masculina e feminina nos serviços públicos de saúde, sujeitos a procedimentos bem definidos de escolha consciente.

Revisar a segurança das pílulas que existem no mercado, em termos de segurança dos seus níveis de estrógeno.

-incluir os grupos com necessidades não atendidas nos serviços de planejamento familiar, especialmente adolescentes.

Expandir, nos serviços de saúde, as atividades oferecidas aos adolescentes. Acompanhar as mães solteiras adolescentes após o parto, orientando-as em matéria de métodos anticoncepcionais e de educação sexual.

4. Dar início a ações de redução da morbidade e mortalidade maternas.

Apoiar a criação de comissões de mortalidade materna, para discutir e estabelecer padrões de qualidade para os serviços.

-causadas por abortos de alto risco

Introduzir programas de orientação em hospitais, para prestar informação e serviços de planejamento familiar a pacientes sob tratamento por complicações relacionadas com o aborto.

Fortalecer a educação sanitária, incluindo informação sobre planejamento familiar nas escolas primárias e secundárias.

Treinar médicos em técnicas de aborto e desenvolver um sistema eficaz de encaminhamento em caso de aborto nas circunstâncias permitidas por lei.

causadas por carências de atenção pré-natal e de encaminhamento de casos de gravidez de alto risco e emergências obstétricas.

causadas pelo mau estado de nutrição das grávidas.

causadas pela malária

5. Determinar populações-alvo para o "screening" do câncer de mama e de colo de útero.

6. Preparar um plano coerente de médio prazo para combater as doenças sexualmente transmissíveis e as infecções do trato genital.

Desenvolver um sistema coerente de encaminhamento entre os serviços de saúde. Expandir a infra-estrutura de saúde nas áreas rurais e periféricas urbanas desatendidas.

Instituir o "screening" amplo da anemia na atenção pré-natal.

Destinar serviços de planejamento familiar aos adolescentes.

Instituir campanhas educativas especiais para as mulheres em idade reprodutiva, referentes às precauções indispensáveis para evitar a malária durante a gravidez.

Expandir a rede de laboratórios capacitados ao diagnóstico do câncer de colo de útero. Procurar, numa fase inicial, incluir no "screening", pelo uma vez nas suas vidas, as mulheres de alto risco. Incluir o exame da mama nos exames físicos de rotina. Expandir a educação para o autoexame da mama.

Auspiciar a pesquisa em saúde para melhor compreender a prevalência e as consequências das doenças sexualmente transmissíveis e as infecções do trato genital. Fortalecer as ações de prevenção: educação sanitária, promoção do uso de preservativos e outros métodos que reduzam os riscos de DST.

Orientar melhor os programas de nutrição suplementar de grávidas, lactantes e crianças de 0 a 3 anos.

Incluir, na agenda de pesquisas a SUCAM a médio prazo, estudos operacionais sobre a melhor maneira de dar cobertura às grávidas com educação e serviços de prevenção e tratamento da malária

Aumentar a cobertura, incluindo o "screening" das mulheres de 25-60 a cada 3-5 anos, com testes de Papanicolaou. Aplicar experimentalmente e avaliar diferentes programas de cobertura.

Tomando por base essa pesquisa, preparar as intervenções apropriadas.

EXECUTIVE SUMMARY

Introduction

1. With the rapid socioeconomic changes in Brazilian society in recent decades, the role of women in society has undergone a profound evolution. The transition from a high fertility to a low fertility society is well underway: the average number of births a woman can expect in her lifetime has fallen from 5.8 in 1970 to about 3.3 in 1985, and the ideal family size reported by young women today indicates that fertility will continue to drop. As fertility has declined, women's educational levels and labor force participation rates have increased. As a result, Brazilian women provide essential support for their families, either in conjunction with their spouse or as the sole supporter. At the same time, women continue to have the primary responsibility for the care and health of their children.

2. Women of reproductive age make up about one-quarter of the Brazilian population. In part because of their reproductive health needs, women tend to use health services much more than men in Brazil. Yet their reproductive health needs are poorly met. Compared to other countries at similar income levels, Brazil has high rates of maternal mortality and morbidity, illegal abortion (generally performed under dangerous conditions), and unnecessary cesarean sections. While these problems reflect problems of the health care system in general, women are a particularly vulnerable and important group both because of their additional health needs associated with reproduction and because of the importance of women's health for the health and survival of their children. Women are also vulnerable because they are disproportionately poor, and the severity of their health problems is often compounded by their poverty and limited access to services.

3. Women's reproductive health was selected as the focus of this report, as part of a series of reports on health in Brazil ^{1/}, because the distortions in the provision of reproductive health care, and the resulting costs, are particularly acute. Reproductive health services encompass care during pregnancy, delivery, and postpartum; prevention and treatment of cervical and breast cancer, sexually transmitted diseases and reproductive tract infections; and family planning information and services.

^{1/} These reports include an analysis of the allocation, efficiency and equity of public spending on social programs (Brazil - Public Spending on Social Programs: Issues and Options, 1988) [120] and an analysis of the problems the Brazilian health system will face in coming decades as the population gets older and as chronic and degenerative diseases and AIDS increase (Adult Health in Brazil: Adjusting to New Challenges, 1989) [118]).

Reproductive health care is broader than maternal and child health care, because the former addresses women's health needs beyond those associated with pregnancy.

4. Recognizing the importance of reproductive health, the Ministry of Health created the Integral Program of Women's Health (PAISM) in 1984, to be carried out in the public health network of the Ministry of Health and the State and Municipal Secretariats of Health. The PAISM program was envisioned as a comprehensive program, covering all major aspects of women's reproductive health. The other major public sector provider of health services, the National Institute for Medical Assistance and Social Security (INAMPS) announced soon thereafter that it would also implement the PAISM program in the health services it provided and financed, directed primarily, to formal-sector workers and their dependents. ^{2/} However, implementation of this program at both the federal, but especially the state and municipal, levels, has been slow, in part due to systemic problems in the health care system related to management, its curative bias, financing, and training of health staff. Difficulties have also stemmed from controversies over the nature and scope of family planning services to be offered under the program.

Key Reproductive Health Problems in Brazil

6 key problems *

5. Poor urban and rural women are most affected by the weak reproductive health program in the public health system. The private sector is providing care to some women, but the quality of care in the private sector (as in the public) is often inadequate. Some of the most serious problems include:

o Severely limited choice of available contraceptive products and information. The most striking characteristics of contraceptive use in Brazil are: its high prevalence, in spite of restrictions on the availability of methods, and the very narrow range of methods used. Over 80 percent of all users rely on one of two methods--either oral contraceptives or female sterilization. By contrast, contraceptive use in Colombia, Costa Rica, Mexico and Jamaica is spread across many more methods--80 percent of users rely on four or five different methods. The most popular method in Brazil--female sterilization--is expensive and, because of its questionable legal status, difficult to obtain except in conjunction with another surgical operation, most often a cesarean delivery. Results of a 1986 national survey showed that three-quarters of all female sterilization had occurred at the time of childbirth, usually after a cesarean. This situation encourages overuse of surgical procedures in order to have access to sterilization, and precludes the development of well-defined informed consent procedures. The major sources of contraceptives include pharmacies (for over 90 percent of pill users) and private physicians and hospitals and INAMPS (for sterilizations). A large

^{2/} Initiatives have since been undertaken to unify the financing and provision of services by federal, state, and municipal governments into a decentralized public health system, under various initiatives (Integrated Health Actions (AIS), Unified and Decentralized Health System (SUDS), and, under the New Constitution of 1988, the Unified Health System (SUS)).

proportion of pill users in Brazil have medical contraindications to its use (approximately 39 percent of pill users smoke, for example).

o High rates of unsafe abortion (the lifetime induced abortion rate has been estimated at over two abortions per woman). Abortion explains as much as 20 percent of maternal mortality in Brazil. Given the illegal status of abortion ^{3/}, the risks associated with clandestine abortion are largely a function of the woman's ability to pay--thus, the poor and uneducated tend to be exposed to the greatest risks of mortality and morbidity from abortions. In addition to the mortality risks, abortion performed in less than adequate conditions can result in serious chronic health problems, including infertility. Treating abortion-related complications also consumes significant public health resources. Approximately two percent of all hospital admissions in 1988 in the INAMPS-contracted system were due to abortion-related complications. This corresponded to approximately one percent of all INAMPS-contracted hospital spending, and six percent of INAMPS-contracted spending on obstetrics in that year.

o High rates of cervical cancer, the number one cause of cancer deaths among Brazilian women. Although cost-effective technologies exist for controlling cervical cancer through regular screening and follow up, only two percent of Brazilian women are estimated to have been screened by the public health system. The incidence of cervical cancer is inversely related to income--it is highest in the North and Northeast and lowest in the South. Where screening is most needed, in the poorer North and Northeast, it is least available. Breast cancer is the second major cause of cancer deaths in women in Brazil. As with cervical cancer, screening (breast self-examination and physical exam by medical personnel) is important, because most breast cancers progress relatively slowly, and the prognosis for survival depends in part upon the stage of the cancer at diagnosis. The vast majority of Brazilian women do not have access to these low-cost screening methods.

o Large numbers of women with virtually no prenatal care. Approximately one in four pregnant women receive no prenatal care [5]. In rural areas and among women with no education, approximately one in two pregnant women give birth with no prenatal care. Even where prenatal care is offered, standard tests, such as for anemia and syphilis, are often excluded, and referral of high-risk pregnancies and obstetrics emergencies to appropriate facilities is haphazard. The most dramatic outcome of the lack of or poor quality prenatal care is maternal mortality. In study of the municipality of Sao Paulo [64], the maternal mortality ratio was estimated at 100 deaths per 100,000 live births in 1986; this compares with 7 deaths per 100,000 live births in the United States. Of the maternal deaths in this study in Sao Paulo, 64 percent were attributed to pregnancy.

3/ Abortion is illegal except when the pregnancy results from rape or when the pregnancy threatens the life of the woman. In practice, however, abortion is rarely provided legally for cases of rape (many physicians/hospitals require juridical permission, which is difficult, if not impossible to obtain, and involves lengthy delays), as well as for cases when the pregnancy threatens the life of the woman.

complications, many of which could have been avoided by better prenatal care and management of high-risk pregnancies.

o The world's highest rate of cesarean section deliveries. In 1981, an estimated 31 percent of all hospital births were by cesarean section in Brazil, compared with 15 percent in England and Wales, under 10 percent in the Netherlands, and 25 percent in the United States. The rate is believed to have continued to increase since 1981. More than half of these cesareans are unnecessary; this high rate of unnecessary surgery is largely a reflection of sociocultural factors, the way obstetrics is organized and practiced, and institutional, financial, and legal factors, including the fact that multiple cesareans provide a justification for a sterilization under the present Medical Code of Ethics. The health and financial costs to this pattern of services are considerable: health risks to the newborn ^{4/}, higher maternal mortality and morbidity, and an estimated US\$62 million annually in additional financial costs borne by the public sector (or, approximately one percent of all public spending on health). Government began to take steps to limit unnecessary cesarean sections in the early 1980s, but its success has been limited.

o A growing threat to women's (as well as men's) well-being, from sexually transmitted diseases (STDs) and other reproductive-tract infections. Little information exists about the prevalence and consequences of sexually transmitted diseases in Brazil, other than AIDS. Only three sexually transmitted diseases are required to be reported to the federal government: AIDS, gonorrhea, and syphilis. As of October 1989, Brazil had nearly 8,000 reported AIDS cases, placing it in second only to the U.S. in the number of reported cases. While men are still far more likely to be infected than women, an increasing proportion of new cases in Brazil are women. The AIDS epidemic poses an enormous challenge to the public health care system. But much less is known about other STDs and pelvic infections in Brazil, the consequences of which range from limited infection to sepsis and death. Other risks include tubal scarring and infertility and/or ectopic pregnancy. On the basis of community studies in other countries, public health researchers now argue that these diseases are a "silent epidemic"--that if the prevalence and devastating consequences of these diseases were known, selective screening programs to treat these diseases would easily be seen as cost effective. However, so little is known about the prevalence and consequences of these diseases in Brazil that it is extremely difficult to design appropriate public health interventions.

The Context of the Health System

6. The unresponsiveness of the public health system to women's basic health needs reflects broader problems in terms of misallocation of resources, inequitable distribution of services, and inefficient use of resources in the public health system. The public sector spends approximately US\$50 per capita per year on health, which compares favorably

^{4/} The newborn delivered by cesarean section faces two major risks: prematurity, resulting from incorrect estimation of gestational age, and a greater likelihood of respiratory distress, even for babies born at term.

with spending levels in other middle-income countries. The problems in health, however, relate less to inadequate total spending on health than to inequitable and inefficient patterns of spending.

7. The allocation of spending has favored high-cost, hospital-based curative care over basic preventive and simple curative care. Currently, about 70 percent of all public spending in Brazil is on hospitals, a much higher proportion than in other countries with similar per capita GDP, and a higher proportion than in industrialized countries [118]. Yet the promising PAISM program has barely been implemented. Basic reproductive health care (prenatal care, screening for cervical cancers, information and education programs, etc.) remains underfunded as have other types of basic health care.

8. Inequities in the distribution of public spending for health are substantial, with spending per capita in the Southeast more than twice that in the Northeast, and per capita availability of hospital beds and outpatient facilities in the South and Southeast more than double the availability in other regions. In the area of reproductive health, uneducated and poor rural and urban women have less access to prenatal care, cervical and breast cancer screening, and family planning information and services. In areas where the public health system is active, internal efficiency is low. Financial and management control of health services is weak, and the skills mix and productivity of human resources is low. In the area of reproductive health, a glaring example of inefficiency is the way public resources are used for childbirth to pay for unnecessary cesareans that are costly and pose additional health risks to the mother and child.

9. The broader problems in the health system are widely recognized in Brazil, and several measures have been initiated in recent years to improve the efficiency and equity of the public health system. These include a series of management and financing reforms within INAMPS and efforts to modernize information systems and improve referral systems in certain states. In addition to these reforms, efforts to unify and decentralize the publicly financed health system resulted in the 'SUDS reform, which was reinforced by the mandates for the health system laid out in the new Constitution of 1988. While the process of decentralization and unification will be difficult and lengthy, given the generally weak capabilities of state and municipal health secretariats, over the long run this process offers the opportunity to make the health system more modern, flexible, and responsive to local needs.

Policy Options to Improve Women's Reproductive Health

10. Many of the measures needed to improve women's reproductive health in Brazil are neither technically complex nor costly. Health education, adequate prenatal care, provision of good quality contraceptive services, and screening for cervical and breast cancer are cost-effective interventions that, while technically straightforward, require better management and financing of basic and preventive health care in order to be successfully implemented. This report recommends the following priority actions:

11. Improve poor women's access to reproductive health services. In order to reach this target group, health infrastructure and human resources need to be strengthened in rural areas and in poorer urban areas. Government could consider financing nongovernmental organizations (NGOs) to provide certain services, wherever NGOs can provide higher-quality services or can reach unserved women at reasonable cost. To expand coverage to include poor women without increasing health spending, a reallocation of public spending away from high-cost curative services towards basic health care is needed.

12. Within reproductive health, cost savings could be generated by increasing access to good quality family planning programs which would reduce the demand for abortions and reduce abortion-related complications requiring treatment. Making legally allowable abortion accessible would also reduce the costs associated with high-risk pregnancy. Substantial cost savings could also be achieved by reducing the number of unnecessary cesarean sections. Measures to reduce the number of unnecessary cesarean sections include a public education campaign, changes in the organization and practice of obstetrics, and institutional and legal actions. For example, the government could: set limits on the incidence of cesarean deliveries in hospitals with which it contracts to provide services; authorize payment for anesthesia, which would make vaginal delivery more attractive to the patient; remove the incentive to have a cesarean in order to get a tubal ligation by providing a full range of contraceptive options. Government policies in these areas, such as reimbursement, often set the standard for the private health insurance sector. Thus, a change in government policy in this area can be expected to yield broader societal benefits in reducing the rate of cesarean section for privately financed deliveries as well.

13. Cost savings in these areas could be redirected to improvement of prenatal care and other screening programs. In order to improve the efficiency of health services, better information and cost systems need to be developed to provide decision makers with the tools to monitor the public sector's service program coverage and costs. In addition, periodic national-level surveys, similar to the 1989 National Health and Nutrition Survey and the 1986 BEMFAM/IRD survey, would provide policy makers with valuable information about program coverage, and health and nutrition status.

14. Develop a coherent policy towards the private sector, in order to improve the scope and quality of its services. The Government's limited resources will have the biggest impact if they are targeted to services for the poor and essential monitoring, regulatory, information and education functions. Despite quality problems and the omission of important service areas, the private (nongovernmental) sector is a major source of reproductive health care for Brazilian women. Government could help improve the health status of Brazilian women by developing a coherent policy towards the private sector that recognizes the role of the private sector and articulates ways to improve its performance. Summarizing and

publicizing the activities of the larger group medicine plans 5/ to consumers and employers would help promote competition based on quality and the scope of services. On quality control, the government needs a system to monitor the implementation of the PAISM guidelines in the private sector, directly and/or through professional medical organizations and women's groups. The regulatory framework could also be used more effectively to improve women's reproductive health. For example, accreditation of medical schools could be based, in part, upon the inclusion of stronger curricula in reproductive health, including family planning. The interpretation of the legal code for male and female sterilization could be clarified 6/ and any legally permitted sterilization made subject to well-defined informed consent procedures.

15. Emphasize quality and safety of family planning services. Family planning has generated much controversy in Brazil, in part due to the nature of its introduction in Brazil in the mid-60s. NGOs with foreign funding were the first to offer family planning programs on a significant scale, often outside the context of broader health services, and these efforts were seen by many Brazilian groups as efforts to introduce "population control" rather than to improve women's health. The debate over this issue continues to paralyze implementation of family planning programs. Family planning needs to be firmly recognized as one of the most fundamental interventions to protect the health of women and children. It is also a basic human right, mandated under the 1988 Brazilian Constitution.

16. The public sector's most important function in family planning is to ensure that women have access to information and to good quality services, whether from the public or private sectors. Increased access to better quality family planning information and services would reduce the demand for clandestine, unsafe abortions and reduce morbidity and mortality from inappropriate contraceptive use.

17. A broad choice of methods is a fundamental aspect of any good quality family planning program. Immediate actions need to be taken to

5/ This information could include, for example, whether or not family planning services are provided and, if provided, the method mix available, the percentage of deliveries by cesarean section, whether prenatal care is provided and what is included under prenatal care, what treatment is available for high-risk pregnancies, if any, and policies for screening for cervical and breast cancer.

6/ The Ministry of Health maintains that under the legal code, sterilization is illegal, except in cases of medical necessity, such as severe diabetes, heart problems, or a history of multiple cesarean sections. Because sterilization is not officially recognized as a contraceptive method, INAMPS does not reimburse for sterilization, and guidelines for sterilization have not been developed under the PAISM program. The legality is sufficiently ambiguous, however, that many health providers see male and female sterilization, at the patient's request and with full informed consent, as a legitimate part of medical practice.

promote broader choices, both in the public and private sectors, by training health staff at the state and municipal level, widely promoting health education programs, and ensuring better logistics for contraceptive supply and distribution to public agencies, either through the Federal Drug Company (CEME) or through other mechanisms. Contraceptive availability could also be increased by reducing the import duty (currently 65 percent) on condoms. While this import tariff protects the two major domestic producers of condoms in Brazil, it does not benefit the consumer (the price of condoms in Brazil is high relative to international prices), and could be reconsidered in the face of the AIDS epidemic, as well as for family planning reasons.

18. Initiate special efforts to reduce maternal mortality and morbidity. Maternal mortality committees have been created in several states in Brazil to better monitor the number and causes of maternal deaths, in order to establish appropriate policies to improve care. Maternal mortality and morbidity can be reduced by improving prenatal care, referral of high-risk pregnancies, and treatment of obstetric emergencies; reducing the number of unsafe abortions; reducing the incidence of malaria among pregnant women; and improving the nutritional status of pregnant women. Given that a significant proportion (25 to 40 percent) of adolescent pregnancies are unwanted, information and services need to be targeted particularly at this age group. Both private and public hospitals and clinics could institute programs to counsel patients treated for abortion-related complications, instead of discharging them without providing contraceptive information and methods; this might help prevent subsequent unwanted pregnancies. Abortion is permitted in certain cases under Brazilian law. Unsafe abortions could be reduced by making abortions available in regular health services for those cases where they are permitted by law. To do so would require physician training in abortion techniques and the development of a strong referral system for cases where the pregnancy is a result of rape or threatens the life of the woman. Anemia screening programs with adequate follow up in prenatal care would help improve the nutritional status of pregnant women. Nutritional programs also need to be better targeted towards high-risk groups: young children and pregnant and lactating women.

19. Set targets for screening against cervical and breast cancer. Simple screening for cervical cancer and for breast cancer constitute high-priority, cost-effective interventions to improve reproductive health. A joint committee of the Ministry of Health and INAMPS set the target group for cervical cancer screening as women between the ages of 25 and 60, to be screened every three years, following two years of negative test results. Given the current low level of coverage, implementation of these screening targets will require major investments in laboratory capacity and training of technicians and medical staff, and will take many years. ^{7/} In addition, the government needs to ensure quality control in both public and

^{7/} Coverage is currently estimated to be highest in the state of Sao Paulo, which introduced an aggressive cervical cancer screening program in 1987, including expansion in laboratory facilities, referral centers and training of personnel. The number of exams given has more than tripled from 1987 to 1989.

private laboratories and to conduct educational outreach activities. More rapid expansion of program coverage would be possible by using middle-level personnel to conduct the exam, as state services in Pernambuco and Sao Paulo appear to have successfully done. Good estimates do not exist on how many women have the physical breast exams and do self-examination on a regular basis, but coverage is probably even less than for cervical screening. Most women do not have routine gynecological and physical exams, and even when they do, physical breast exams are often excluded.

20. Develop coherent medium-term plan to combat sexually transmitted diseases and pelvic infections. Research on the prevalence and consequences of STDs and reproductive-tract infections is urgently needed in Brazil in order to design appropriate interventions. In the short run, preventive activities should be expanded, including: (1) education about the risks of sexually transmitted diseases and (2) encouragement of contraceptive methods likely to diminish the risks of transmission, especially in high-risk women.

xxx

APPENDIX

POLICY ACTION PLAN

Objective

1. Improve poor rural and urban women's coverage with reproductive health services.

-reallocate public spending away from high-cost curative services towards basic health care.

-improve health infrastructure and human resources in rural areas and in poorer urban areas.

2. Develop a coherent policy towards the private sector, in order to improve scope and quality of services financed by the private sector

Immediate Actions

Introduce family planning in all public health services, supporting a wide range of methods.

Take measures to reduce costs of unnecessary cesarean sections.

Finance NGO groups to provide certain services, wherever these groups can provide higher-quality services or can reach unserved women at a reasonable cost.

Give women, through the network of existing women's groups as well as other community groups, greater participation in the design and monitoring of women's reproductive health programs at the municipal and state level.

Collect and monitor information about private sector involvement in services. Publicize guidelines established under the PAISM program to the private sector.

Longer Term Actions

Incorporate health management in medical school curricula. Improve health information systems in order to monitor service programs. Initiate periodic national-level surveys to monitor health and nutrition status and use of health services.

Increase training of midwives and other non-physician personnel. Strengthen obstetrics education, with more attention to vaginal deliveries.

Institute system to monitor quality control in the private sector, either directly, and/or through professional organizations (ABRAMGE, FERRASCO, ABEPF, etc.)

xxxix

1. Emphasize quality and safety of family planning services

-improve training of health personnel, pharmacists and retailers

-increase method mix available and decrease use of contraception with contraindications

Offer short courses for physicians, middle-level personnel and pharmacists/retailers in family planning.

Initiate information and education programs.

Review the need for price controls for contraceptives and the consequences of the existing price controls.

Decrease import tariffs on condoms.

Include a wide range of contraceptives in CEME's drug purchase and distribute to the states and municipalities.

Provide training to current health staff on the provision of a wide range of contraceptive methods. Once alternative methods are available, initiate community outreach activities to attract women using contraceptive methods with contraindications to seek alternative methods.

Clarify the legal status of sterilization and, to the extent appropriate, include male and female sterilization in public health services, subject to well defined informed consent procedures and screening guidelines. Review the safety of the pills currently on the market in terms of levels of estrogen.

Strengthen medical and nursing school curricula, including detailed coverage of family planning and sexuality.

Modernize DIMED's review and approval process for the safety and efficacy of pharmaceutical products.

Explore options to increase condom production in Brazil.

Train surgical teams so they can provide women with opportunities for both postpartum and interval sterilization.

-target those with unmet need for family planning services, particularly adolescents.

Expand services for adolescents in health services. Counsel and follow up unmarried teenage mothers following birth about contraceptive methods and sex education.

4. Initiate special efforts to reduce maternal mortality and morbidity

Support the establishment of maternal mortality committees to discuss and establish standards of care.

-due to unsafe abortion

Train physicians in abortion techniques and develop a strong referral system for abortion when legally permitted. Introduce counseling programs in hospitals to provide family planning information and services for patients undergoing treatment for induced abortion-related complications.

Strengthen health education, including family planning information, in primary and secondary schools.

-due to poor pre-natal care and referral of high-risk pregnancies and obstetric emergencies.

Develop a coherent referral system between health care facilities. Expand health infrastructure in underserved rural and peripheral urban areas.

-due to poor nutritional status of pregnant women.

Implement widespread screening for anemia in prenatal care.

Better target nutritional supplementation programs to pregnant and lactating women and young children.

-due to malaria

Institute educational campaign targeted at women of reproductive age regarding precautions needed to avoid malaria during pregnancy.

Include in SUCAM's medium-term research agenda operational studies on how best to reach pregnant women with education and services to prevent and to treat malaria.

5. Set targets for screening against cervical and breast cancer.

Expand cytology training, cervical cancer laboratory network. Attempt to screen women at risk at least once in their lifetime. Include breast examination in physical exams on a regular basis. Expand education in breast self-examination.

Increase coverage to screen women aged 25 to 60 every 3 to 5 years with pap smears. Experiment with and evaluate different outreach programs.

6. Develop a coherent medium-term plan to combat sexually transmitted diseases and genital tract infections.

Sponsor health research to better understand the prevalence and consequences of sexually transmitted diseases and genital tract infections. Strengthen preventive actions: health education, promote the use of condoms and other methods that reduce risks of STDs.

Based on such research, design appropriate interventions.