

COMPORTAMENTO REPRODUTIVO DAS MULHERES RIBEIRINHAS DO AMANÃ

Edila Arnaud Ferreira Moura¹

RESUMO

Este trabalho apresenta resultados de uma pesquisa sobre o comportamento reprodutivo de mulheres ribeirinhas moradoras na Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã, Região do Médio Solimões, estado do Amazonas. A pesquisa foi realizada em 2001 com o objetivo de identificar aspectos do comportamento reprodutivo de mulheres em situação de desamparo pelos serviços públicos de saúde. Foi analisado o comportamento reprodutivo de 83 mulheres através do método da sua história reprodutiva. Essas mulheres habitam pequenas localidades que margeiam os rios e lagos no interior da floresta amazônica. O estudo permitiu identificar que essas mulheres iniciaram sua reprodução com uma idade média de 17 anos e que a idade média da última gestação foi aos 42 anos, dentre as mulheres com mais de 45 anos de idade. Desse total de mulheres 36% perderam um ou mais filhos antes que completassem cinco anos de idade. Apenas 16% faziam uso regular de contraceptivos e 12% foram esterilizadas. A pesquisa constatou que essas mulheres não têm acesso aos atendimentos básicos de saúde e o acompanhamento de sua gestação e parto depende quase que exclusivamente das ações das parteiras tradicionais locais. O estudo evidencia a importância de programas de saúde reprodutiva que reconheçam essas condições sociais e culturais locais.

PALAVRAS-CHAVE

Populações Ribeirinhas. Comportamento Reprodutivo. Mortalidade Infantil. Reprodução Social. Amazônia.

ABSTRACT

This work presents the results of a study about the reproductive behavior of riverine women living in the Sustainable Development Reserve Amanã, in the Middle Solimões region, state of Amazonas. The study was done in 2001 with the objective of identify aspects of the reproductive behavior of 83 women, collected through reproductive history methodology. These women live in small localities along the rivers and lakes in the middle of the Amazonian forest. The study identified that these women initialize their reproductive period at the age of 17, in average, and the mean age of their last pregnancy occurs at the age of 42, considering those above 50 years old. 36% of these 83 women had lost one or more of their children before the age of five. Only 16% use contraceptives and 12% are sterilized. They don't have access to the basic health assistance in a regular basis and the local midwives are extremely important in their assistance during pregnancy and delivery. This study emphasizes the importance of reproductive health programs including those social and cultural local conditions.

KEY WORDS

Riverine Populations. Reproductive Behavior. Infant Mortality. Social Reproduction. Amazônia.

¹ Universidade Federal do Pará. Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá. Rua dos Mundurucus, 4551 - Guamá. Belém (PA). CEP 66073-000. (edimoura@ufpa.br)

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre o comportamento reprodutivo das populações amazônicas são reduzidos e restritos aos centros urbanos e assim pouco contribuem para as ações políticas de saúde reprodutiva regionais. Em sua grande maioria estão estruturados em análises quantitativas com uso de estatísticas demográficas oficiais, geralmente incompletas em relação às populações rurais e em especial às populações ribeirinhas distanciadas dos centros urbanos. Essa limitação faz com que as políticas de saúde reprodutiva para essas populações rurais e ribeirinhas sejam propostas sob frágeis instrumentos de análise.

Por outro lado, a redução dos níveis de fecundidade da população brasileira no período de 1991-2000 na ordem de 23% para a Região Norte, e de 26% para a Região Nordeste, regiões que até a década de 90 apresentavam taxas superiores à média nacional (BERQUÓ, 2000), contribui para ocultar as demandas de atendimento à saúde reprodutiva das mulheres de alta prolificidade encontradas nas populações ribeirinhas de algumas regiões da Amazônia, alheias aos modernos processos reprodutivos. Os dados do censo de 2000 revelaram que o maior declínio da fecundidade no período de 1991-2000 ocorreu nas áreas rurais, em torno de 19%, nas populações mais pobres (25,4%), nas menos escolarizadas (14,3%) e entre as negras (16,3%) conforme constatou Berquó (2000).

As modernas tecnologias contraceptivas que possibilitam aos casais, ou às mulheres, opções sobre o número e espaçamento de gestações e que assim contribuíram para mudanças nos comportamentos reprodutivos em todas as regiões do Brasil, não se integraram socialmente aos processos reprodutivos das populações ribeirinhas da Amazônia como certamente em outras localidades

onde as estratégias sociais do grupo doméstico regulam-se pelo número de sua prole. Portanto, essas condições devem ser reconhecidas pelas políticas de saúde reprodutiva, assim como pelas recentes políticas de transferência de renda, que limitam o acesso aos benefícios para as famílias rurais nas mesmas dimensões quantitativas das famílias urbanas (BRASIL, 2004).

Comportamento reprodutivo é o conceito construído por demógrafos e sociólogos para apreender os processos de formação das uniões conjugais, o planejamento de sua prole e os investimentos na manutenção e reprodução desse grupo doméstico. É assim uma categoria de análise importante para a compreensão das estruturas populacionais e de suas mudanças. Sob esse enfoque é possível construir explicações sobre como os sujeitos, em especial as mulheres, racionalizam suas ações nos cuidados com seus corpos e com sua prole, no sentido de que constroem significados que orientam essas ações através de campos relacionais que incluem a organização do grupo doméstico, as relações de parentesco, as atividades produtivas, os valores culturais, o acesso ao conhecimento moderno produzido sobre a reprodução humana, entre outros. Essa abordagem permite sair das amarras do quantitativismo demográfico, demasiadamente generalistas, e compreender a comportamento reprodutivo das populações que se distanciam das taxas médias de fecundidade nacionais e regionais.

Este estudo analisa o comportamento reprodutivo em nove populações ribeirinhas moradoras na área da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã (RDSA), região do Médio Solimões, estado do Amazonas (BEZERRA, 2004).

A CONSTRUÇÃO DE DADOS SOBRE O COMPORTAMENTO REPRODUTIVO

O estudo do comportamento reprodutivo das populações requer o uso de informações quantitativas – que permitem a contabilidade do número da prole, do espaçamento entre os filhos, do período intergeracional, dos filhos que faleceram antes de completarem cinco anos de idade, entre outros, e de informações qualitativas que se referem às representações sociais sobre a reprodução doméstica. A unidade de análise deve ser o grupo doméstico, e, preferencialmente, as informações devem se referir aos sujeitos da união conjugal.

Apesar da reconhecida importância do entendimento das relações entre homens e mulheres para o estudo do comportamento reprodutivo, este estudo tem as mulheres como principais informantes. A opção foi feita pelo fato desta pesquisa ser parte integrante de um levantamento mais amplo que priorizava o estudo das condições de saúde de populações ribeirinhas da RDSA (PERES *et. al.*, 2001). No entanto, essa opção não compromete o principal objetivo do estudo, pois são as mulheres quem detém as principais informações sobre a reprodução, tanto biológica, quanto do grupo doméstico.

A coleta das informações foi feita através de entrevista semi-estruturada com 83 mulheres de nove comunidades amostrais da RDSA em 2001. Foram coletadas informações sobre a idade da menarca, da primeira e última gestações, número de gestações, tipo e local do parto, número de filhos nascidos vivos e abortos, óbitos dos filhos por idade, sexo e causa do óbito, e sobre uso de práticas contraceptivas. As mulheres foram indagadas também sobre as circunstâncias em que ocorreram os óbitos dos filhos menores de cinco anos de idade. No total dos domicílios visitados

ocorreu encontrar-se apenas um caso de mãe adotiva. Este caso não foi incluído no estudo.

O estudo foi realizado com uma amostra de 14% (83) das do total de 578 mulheres moradoras de nove das 23 localidades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã, na área do Médio Solimões, estado do Amazonas. Essas populações organizam-se em pequenos agrupamentos de 14 grupos domésticos em média, estruturados em relações de parentesco e com produção econômica diretamente relacionada à oferta sazonal dos recursos naturais e fortemente dependente do trabalho familiar. Esses agrupamentos ficam distantes, a mais de dez horas de barco (medida local de distância), da cidade de Tefé, principal centro urbano da região e onde ficam sediados os principais serviços públicos de saúde. Considerando-se a pouca variação nas condições sociais e econômicas dessas pequenas populações locais e que 87 (72%) dos 120 domicílios das comunidades amostrais foram pesquisados, a amostra de mulheres é considerada significativa. Todas as mulheres com mais de cinquenta anos foram incluídas na amostra para permitir a identificação das mudanças no comportamento reprodutivo entre gerações.

As entrevistas foram realizadas nas moradias. De forma geral, as mulheres aceitaram as questões apresentadas e, não raramente, recorriam ao companheiro, próximo ou não do ambiente da entrevista, para ajudar a lembrar a idade dos filhos falecidos, data da primeira e/ou da última gestação, e mesmo os casos de aborto. As informações sobre a idade na menarca, traduzida por elas como a “**idade em que me formei?**”, vinham geralmente acompanhadas de risos e por algum constrangimento. Não houve, no entanto, recusas ao fornecimento das informações. Certamente ocorreram omissões, conscientes ou não, e alguns erros na referência às idades e datas na primeira gestação.

As mulheres mais idosas, não exclusivamente, tiveram mais dificuldade na recomposição dos dados. As mulheres da amostra, todas mães, estavam na faixa de 17 a 73 anos. A idade mediana ficou em 32 anos. A amostra proporcionou uma distribuição eqüitativa das diversas faixas de idade permitindo comparação do comportamento reprodutivo de mulheres no início e término do período reprodutivo (15-49 anos). Essas mulheres habitavam em domicílios de organização familiar nuclear (casal e filhos em 67% das unidades domésticas), com sete moradores, em média. Em 72% dos 78 domicílios havia a presença de menores de cinco anos de idade.

COMO SE REPRODUZEM ESSAS MULHERES?

As mulheres das populações ribeirinhas do Amanã iniciam sua reprodução aos 17 anos, (n=79, idade mínima 13, idade máxima 28, mediana 17) estendendo-se por quase todo seu período reprodutivo. Os dados relativos à idade mediana da última gestação das mulheres na faixa etária superior a 50 anos foi de 42 anos. Estes dados mostraram que as filhas iniciaram seu processo reprodutivo antes que suas mães tivessem encerrado o delas.

A distribuição do número médio de filhos nascidos vivos por grupos de idade das mães no período reprodutivo, ou seja, a parturição média, mostra uma curva ascendente evidenciando a alta prolificidade do grupo (Figura 1). Na faixa etária de 20 a 24 anos as mães já tem um número médio de três filhos nascidos vivos, e este número médio chega a 10 filhos nascidos vivos para o grupo de 45 a 49 anos de idade. A parturição média aos 49 anos representa o que se denomina de fecundidade completa, admitindo-se que o período reprodutivo

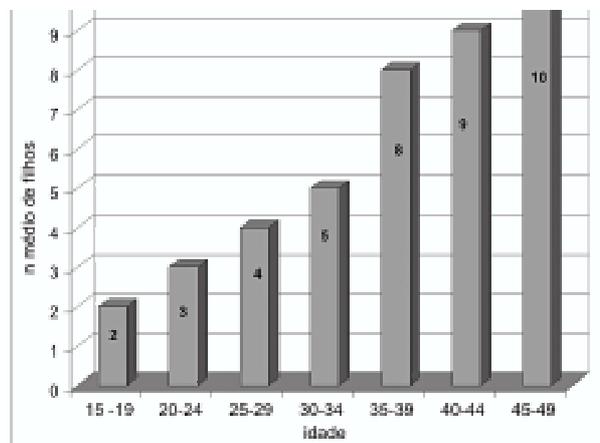


Figura 1. Número médio de filhos por grupos de idades das mães. (n = 70 mães, em 9 comunidades).

da mulher, sem o recurso às novas intervenções da tecnologia da reprodução, encerra-se em média aos 49 anos completos (SERRUYA, 1996). Assim, as mulheres do Amanã apresentaram uma fecundidade completa de 10 filhos por mulher. Esta alta prolificidade, característica dos grupos domésticos camponeses, resulta da grande importância do número de filhos para a produção doméstica, para a posse do território, para a reprodução do grupo doméstico. Este fato está diretamente vinculado ao consentimento com a união conjugal e à decisão de permanecer na localidade. As que não unem maritalmente, por opção ou não, geralmente migram para os centros urbanos. Assim como registrado no estudo dos grupos domésticos nas comunidades da Reserva Mamirauá, (LIMA; MOURA, 1995) foram identificados raros domicílios com mulheres adultas não mães, e, em apenas um domicílio foi encontrada uma mãe adotiva. A organização da produção econômica e cultural local constrói uma forte pressão para a reprodução com muitos filhos e com uma rápida sucessão de gerações. Os filhos já a partir dos cinco anos de idade ajudam os pais nas atividades agrícolas e domésticas.

A idade da primeira gestação (Tabela 1) ocorreu com maior frequência na faixa de 16 a 18 anos, 40% dos casos (n=32), sendo também alta a frequência na faixa dos 13 a 15 anos, 30% dos casos (n=24). Somando-se os dois grupos de idade, observa-se que 70% das mulheres foram mães entre os 13 e 18 anos de idade. Comparando as faixas de idade iniciantes no processo reprodutivo, 15 a 24 anos (n=25), com as faixas de idade do final do período reprodutivo, com 45 anos e mais (n=18), observa-se que as gerações mais novas (11 casos) apresentaram comportamento semelhante à população idosa (8 casos) quanto à idade da primeira gestação. Os dados da Tabela 1, referem-se à 79 mães, pois quatro tinham mais de 50 anos e não recordaram a idade da primeira gestação. Como relatado em outros estudos, há perdas de informações relativas ao ciclo reprodutivo nas mulheres mais idosas (BERQUÓ, 1988).

Tabela 1. Idade da primeira gestação por grupos de idades das mães. (n= 79 mães em 9 comunidades).

Idade atual	Idade da primeira gestação					Total de Mães
	13-15	16-18	19-21	22-24	28	
15-19	3	1	1			5
20-24	5	10	5			20
25-29	1	3	2	1		7
30-34	6	5	3	1		15
35-39	4	4	1			9
40-44	2	1	1	1		5
45-49	3	3		3		9
50 e mais	0	5	3		1	9
Total	24	32	16	6	1	79
%	30	41	20	8	1	100

MÃES QUE PERDERAM SEUS FILHOS AINDA CRIANÇAS

Do total das 83 mães entrevistadas, 30 (36%) perderam, por falecimento, um ou mais filhos antes que eles completassem cinco anos de idade. Distribuídos por grupos de idade das mães estes dados apresentam-se da seguinte forma (Tabela 2).

Tabela 2. Proporção de óbitos de filhos de 0 a 5 anos em relação ao total de nascidos vivos, e proporção de mães que perderam filhos por grupos de idades das mães. (n= 83 mães em 9 comunidades).

Grupos de idades das mães	Proporção de óbitos de filhos de 0 a 5 anos em relação ao total de nascidos vivos por grupos de idades das mães	Proporção (%) de mães que perderam 1 ou mais filhos com 0 a 5 anos
15-19	0	0
20-24	0,05	15
25-29	0,06	28
30-34	0,07	33
35-39	0,06	33
40-44	0,09	60
45-49	0,04	55
50 e mais	0,15	76

Os dados revelam que há perdas de filhos em proporções semelhantes nas faixas etárias mais jovens e que esta proporção aumenta na medida em que se avança nos grupos de idade, o que indica uma relação direta entre aumento no número de filhos nascidos vivos e óbitos na faixa de zero a cinco anos de idade. Já na faixa etária de 20 a 24 anos, 15% das mães perderam seus filhos antes que ultrapassassem cinco anos de idade. Essa proporção de mães torna-se bastante elevada nos grupos de idade mais avançada. Na faixa etária do final do período reprodutivo 76% das mães do grupo de 50 anos de idade e mais (n=13) perderam um ou mais filhos com zero a cinco anos de idade. Os dados indicaram que, apesar da possibilidade de

investimentos modernos no cuidado com as crianças, especialmente as vacinações, as jovens mães estão tendo riscos de perderem seus filhos semelhantes aos de suas genitoras.

As causas referidas aos óbitos nessa faixa de idade em sua grande maioria (36%, n=17) foram “doença de criança” ou “doença do ar”, identificação generalizada para um conjunto de sintomas que incluem febre, diarreia, enrijecimento do corpo, que podem ser conseqüências da falta de acompanhamento à saúde no período pré-natal e durante os primeiros anos de vida da criança. No estudo de Moura (1996) são analisadas com maiores detalhes a sintomatologia e representações sociais sobre as doenças infantis nas comunidades da Reserva Mamirauá, que certamente se assemelham aos casos identificados na Reserva Amanã.

Na Tabela 3 apresentam-se os dados sobre as causas referidas para os óbitos de seus filhos de zero a cinco anos, distribuídas por grupos de idades de menores de um ano e de um a cinco anos. Do total de óbitos (n=47) registrados nesta faixa de idade na história reprodutiva das 83 mães, 62% (n=29) ocorreram em crianças menores de um ano de idade. Considerando-se as causas referidas aos óbitos, no grupo de menores de um ano de idade a principal causa foi “doença de criança” referente a 52% (n=15) dos casos, seguido de diarreia e vômito em 17% (n=5) dos casos. Para o grupo de zero a cinco anos, a maior ocorrência de óbitos decorreu do sarampo em 39% dos casos (n=7) seguido dos casos de afogamento, hepatite e “doença de criança”, com dois casos cada.

Os dados em geral, obtidos da história reprodutiva das mães, indicam que as causas dos óbitos decorreram de patologias que poderiam ter sido combatidas, em sua grande maioria, pelas campanhas de vacinação e por investimentos

básicos e contínuos de educação para saúde. Os casos de afogamento ocorreram na época da cheia nas localidades de área de várzea. Nenhum dos óbitos teve seu registro civil. Em duas das comunidades visitadas havia cemitérios infantis, destinados aos casos de aborto e às crianças menores de um ano. As mães informaram que as crianças devem ser sepultadas próximas à residência dos pais, permanecendo assim próximas a eles. Como são anjos não trarão ameaças à localidade. No entanto, durante os períodos de cheia, característicos das áreas de várzea, esses pequenos cemitérios ficam completamente alagados por até três meses.

Tabela 3. Causas referidas aos óbitos de crianças de 0 a 5 anos de idade na história reprodutiva das mães. (n= 47 óbitos para 508 nascidos vivos).

Causas referidas aos óbitos	Menores de um ano	%	De 1 a 5 anos	%
Afogamento	1	3	2	11
Diarréia e vômito	5	17	1	6
Doença congênita	3	10	1	6
Doença de criança	15	52	2	11
Febre	0	0	1	6
Hepatite	0	0	2	11
Pneumonia		7	0	0
Sarampo	2	3	7	39
Verminose	0	0	1	5
Não sabe ou não lembra	2	7	1	5
Total	29	100	18	100

AS PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS

Foram apresentadas poucas referências ao uso de práticas anticoncepcionais, em qualquer que seja seu entendimento, pelas mulheres entrevistadas: apenas 13 (16%) das 83 mulheres, sendo sete na faixa de 20 a 30 anos e seis na faixa de 32 a 50 anos. A preferência é manifestada pelo uso da pílula anticoncepcional, em 10 casos, sendo que a

UAKARI

Comportamento reprodutivo das mulheres ribeirinhas do Amanã

indicação foi feita por médicos em sete casos e as demais por indicação de amigas. Como ficam muito distantes dos centros de atendimento médico, usam o contraceptivo sem regularidade e tampouco com assistência médica. Apenas uma mulher fez referência ao uso combinado de pílula anticoncepcional e camisinha. Ocorreram três referências apenas ao uso de remédios caseiros: uso de chá de “pau travoso”. Não foram feitas referências a outras técnicas contraceptivas.

Há forte referência à vontade divina sobre o número de filhos que têm, muito embora expressem a vontade de ter tido menos filhos do que na realidade têm. Outras mães manifestaram grande receio em se submeter a uma cirurgia para esterilização, muito embora entendam que esse recurso é a medida mais eficaz para elas. Na realidade se ressentem muito da falta de acesso às informações sobre as práticas contraceptivas que ainda se restringem aos ambientes urbanos.

Os partos (n=518) em sua grande maioria (85%) foram normais e domiciliares. Uma das mulheres manifestou estranheza em relação ao parto no hospital: **“Demora e a gente não sente dor”**. Dos que ocorreram no hospital 95% foram normais. Os abortos referidos ocorreram em 12% dos casos: 69 abortos em 594 gestações.

Foram registrados casos de esterilização em 12% das mulheres, por opção pessoal ou indicação médica. A Tabela 4 apresenta a distribuição dos casos por grupos de idade por ocasião da esterilização e o número médio de filhos para as mulheres esterilizadas. Em geral as que se esterilizaram na faixa de 21-24 anos foi por terem optado por famílias menores que suas mães. As que se esterilizaram com mais de 30 anos, já tinham mais de nove filhos e a decisão decorreu por orientação médica pela possibilidade de

gravidez de risco. Em dois dos casos as decisões sobre a esterilização foram do companheiro e da sogra sem que a mulher tivesse sido consultada.

Tabela 4. Mulheres esterilizadas por grupos de idade e número médio de filhos nascidos vivos. (n= 10 mulheres de 83 entrevistadas).

Idade da Esterilização	Mulheres esterilizadas	Número médio de filhos nascidos vivos
21-24	3	4
25-30	3	6
31-40	1	9
41-45	3	10
Total	10	29

CONCLUSÃO

Os dados apresentados relativos ao comportamento reprodutivo dessas mulheres ribeirinhas mostraram uma alta prolificidade, (parturição média de 10 filhos), que elas se iniciam muito cedo na atividade materna, (em média aos 17 anos), reproduzindo-se por quase todo o seu período reprodutivo (idade média da última gestação, 42 anos). Essas gestações decorrem em grande parte dos casos com total ausência de acompanhamento médico, sem assistência médica pré-natal e puerperal, muito embora seja reconhecida pela comunidade a necessidade de cuidados com a gestante e parturiente que passam a ter certas regalias na alimentação, restrições quanto ao trabalho doméstico e no uso de recursos naturais da comunidade. A gestação e o puerpério são envoltos de significados sociais e culturais que orientam os cuidados com as mulheres nesse período e as parteiras locais assumem esses cuidados, juntamente com os curandeiros e os agentes comunitários de saúde.

Foi registrado um caso de mortalidade materna (óbito de gestante com tuberculose). Apesar das ações modernas das grandes mobilizações políticas para a adequada assistência à saúde da mulher no

Brasil (BILAC; ROCHA, 1998) essas mulheres ribeirinhas, como outras em outras regiões rurais deste país, (FERNANDES, 2003; SCOTT, 2001) ainda não tem seus direitos constitucionais assegurados. As mulheres das faixas etárias mais jovens têm problemas semelhantes aos de suas mães em relação aos reduzidos índices de acompanhamento pré e pós-natal e em relação aos riscos de mortalidade aos seus filhos menores de cinco anos de idade. A manutenção dos baixos níveis de escolaridade para essas populações e o distanciamento do acesso aos modernos serviços de saúde, fazem com que essas mulheres orientem a sua reprodução sob a insegurança de quantos filhos irão sobreviver. Estudo realizado por Peres *et. al.* em 2001, sobre as condições de saúde dessas populações ribeirinhas da Reserva Amanã identificou que somente 14% da população examinada (n=355) estava com a imunização básica completa para a sua faixa etária.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) ao analisarem a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, criado pelo Ministério da Saúde em 2000, mostraram que esse atendimento ainda se concentra bastante nas regiões Sul e Sudeste, paradoxalmente onde os índices de mortalidade materna e infantil são os menores do Brasil. Identificaram nesse estudo que havia uma demanda de crescimento ao atendimento pré-natal de 105% na região Norte segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS) para o ano de 2000. Ressaltam ainda nesse estudo como a predominância do modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático distancia a população do atendimento à sua saúde, tornando necessária a criação de um programa, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, para que se invistam recursos em capital humano e social para que se assegure um atendimento de qualidade a essas mulheres. Há, portanto, a constatação pelas agências

governamentais de saúde das grandes demandas pela humanização dos atendimentos às gestantes e parturientes. Enfatizamos a necessidade de incluir nesta humanização o reconhecimento aos valores culturais locais das populações ribeirinhas da Amazônia.

O comportamento reprodutivo das mulheres desse estudo ocorre sob condições de risco. A alta taxa de fecundidade indica que essas mulheres ribeirinhas se reproduzem com gravidezes de risco para si e para seus filhos, conforme as considerações do Ministério da Saúde (2000) uma vez que, na maioria dos casos, não atendem ao período mínimo intergestacional de 18 meses estabelecido pelos parâmetros da medicina moderna, quase todos os partos são realizados sem a assistência pré-natal e em poucos casos o casal ou a mulher planejam a sua reprodução.

Os resultados deste estudo evidenciam a grande demanda por investimentos de qualidade em programas de saúde reprodutiva para as mulheres ribeirinhas dessa região da Amazônia.

AGRADECIMENTOS

A autora agradece a colaboração de Pedro Leal, sociólogo e bolsista do IDSM, e à Dra. Elizabeth Ferreira pela realização de algumas das entrevistas. Agradece também à Carmem Antonieta Silva e à Dávila Suelen Corrêa pela preparação do banco de dados.

REFERÊNCIAS

BERQUÓ, Elza S.; CUNHA, Estela Maria G. P. da (Orgs.). **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979-1995)**. Campinas: Unicamp, 2000.

BERQUÓ, E. S. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa. *Revista Ciência e Cultura*, São Paulo, v. 40, n. 7, 1988.

BEZERRA, Niele Peralta. **Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã**. Tefé: Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, 2001. Disponível em: <<http://www.mamiraua.org.br/2-2-a.html>>. Acesso em: 26 abr. 2004.

BILAC, Elisabete Dória; ROCHA, Maria Isabel Baltar da (Orgs.). **Saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**. Campinas: PROLAP, ABEP, Nepo/Unicamp/ São Paulo: Ed. 34, 1998.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.presidencia.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5209.htm>. Acesso em: 13 fev. 2004.

FERNANDES, Magda Fernanda Medeiros. Mulher, família e reprodução: um estudo de caso sobre o planejamento familiar em periferia do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, suppl. 2, p. 253-261, 2003. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 maio 2005.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS/ Estado de la Población Mundial. **El Consenso de El Cairo, diez años después**: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. EUA: UNFPA, 2004. 124 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org>>. Acesso em: 17 mar. 2005.

LIMA, Deborah de M; MOURA, Edila A. A Reprodução Social de Grupos Domésticos em Comunidades do Mamirauá. **Projeto Mamirauá**, n. 6, 1995. Relatório Semestral.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): O Ministério, 2000.

MOURA, Edila A. F. A compreensão cultural da doença infantil em comunidades ribeirinhas do Amazonas. In: ENCONTRO DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. **Anais...** Caxambu: ABEP, 1996. v. 4. p. 2109-2126. Disponível em: <http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=028&nivel=0>. Acesso em: 20 mar. 2005.

PERES, Lena Vânia Carneiro; BRUCKI, Sonia Maria Dozzi; FERREIRA, Elisabeth Maria Pereira; MOURA, Edila Arnaud Ferreira. **Levantamento Sócio-Epidemiológico das Comunidades da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Amanã**. Tefé: IDSM, DFID, UFPA, 2001. Relatório.

SECRETARIA DE POLÍTICAS, ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER. **Gestação de Alto Risco**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164 p. ISBN 85-334-8228-7. Disponível em: <<http://www.providaanapolis.org.br/gestao.htm>>. Acesso em: 09 maio 2005.

SERRUYA, Suzanne. **Mulheres esterilizadas**: submissão e desejo. Belém: UFPA-NAEA/UEPA, 1996.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tânia Di Giacomio. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 269-279, set. 2004. ISSN 1519-3829. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 11 maio 2005.

SCOTT, R. Parry. Agentes comunitários e saúde reprodutiva: uma experiência recente no Nordeste brasileiro. In: OLIVEIRA, Maria Coleta; ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina**. Campinas: Unicamp/Nepo, 2001. p. 49-69.