

Indicadores da saúde sexual e reprodutiva

WILZA VILELLA¹

SÔNIA CORREA

Nos últimos anos, segmentos da sociedade civil organizada têm realizado significativo esforço para definir indicadores que possam retratar o impacto das ações implementadas pelos governos sobre a vida das pessoas em resposta aos compromissos assumidos no Ciclo Social da ONU.² Mas existem limites na realização do monitoramento de políticas em países como o Brasil, cuja dimensão continental e a profunda desigualdade social produzem uma especial complexidade, de difícil captação quando se utilizam indicadores de abrangência nacional. Sendo o indicador nacional uma média entre extremos distantes e distintos, seu alcance como instrumento político e de controle social fica reduzido, na medida em que não expressa uma realidade imediatamente identificável pelas pessoas envolvidas em ações de *advocacy* localmente. No que se refere ao monitoramento de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva, a questão se torna ainda mais delicada, por problemas que vão da definição dos indicadores, da qualidade e acessibilidade da informação, até à sua interpretação.

O *Observatório da Cidadania* utiliza apenas dois indicadores de saúde sexual e reprodutiva em suas tabelas de monitoramento: o percentual de partos assistidos em hospitais e a redução da mortalidade materna. Considerando o primeiro deles, é preciso chamar a atenção para o fato de que no Brasil – diferentemente de outros países em desenvolvimento (em especial na Ásia e na África) – mais de 90% dos partos são hospitalares. Garantir que as mulheres tenham seus bebês em locais adequados é, portanto, uma meta de saúde muito limitada para um país que é a 11ª economia no mundo e apresenta um considerável desenvolvimento científico-tecnológico na área da Saúde.

Entretanto, e apesar desse desenvolvimento, ainda é inaceitavelmente elevado o número de mulheres que, no Brasil, morrem durante o parto. Nesse sentido, foi uma decisão sábia a inclusão, a partir de 1999, da morte materna nas listas de variáveis utilizadas para monitorar o cumprimento das metas em Saúde.

A taxa de morte materna é considerada, internacionalmente, um indicador muito sensível de saúde da população. Assim como a mortalidade infantil, informa não apenas sobre patologias, como também sobre as condições sociais, culturais e econômicas que determinam maior ou menor vulnerabilidade das mulheres.

No Brasil e no mundo, é relativamente consensual a idéia de que os índices de morte materna são influenciados pela proporção de partos atendidos por pessoal qualificado³ – que corresponde ao primeiro indicador utilizado pelo *Observatório*. Mas também

se sabe que, para aferir os demais fatores que determinam a vulnerabilidade das mulheres diante da morbidade e mortalidade reprodutiva, é preciso introduzir outras variáveis.

Uma delas é a escolaridade – como medida *proxy* de pobreza e inclusão social. Além disso, num país com as dimensões continentais do Brasil, também se faz necessário desagregar essas informações – por região e raça/etnia – de maneira a ter uma apreensão mais apurada dos efeitos das condições sociais sobre a morte materna. Finalmente, é fundamental não apenas informar o número de partos hospitalares, mas também buscar informações que permitam medir a qualidade da assistência oferecida.

Morte nas sombras

Segundo informações oficiais disponíveis (BID, Brasil, 2000), a taxa de morte materna em 1998 foi estimada em 69,8 óbitos por 10 mil crianças nascidas vivas, com uma variação entre 86,6 (Minas Gerais) e 43,7 (Santa Catarina).⁴ Existe também uma grande variação no coeficiente de mortalidade feminina proporcional por causa materna, que, em 1997, oscilou entre 3,21, no Sudeste, e 8,72, na região Norte (MS, Datasus).

Contudo, o próprio Ministério da Saúde admite que os dados atualmente disponíveis padecem de subnotificação, da ordem de 100%, e não possibilitam fechar estimativas mais apuradas do óbito materno no país. Os documentos oficiais ainda recomendam cuidado na interpretação das oscilações regionais ou temporais desse indicador, pois elas podem não corresponder às diferenças reais da magnitude do evento e, sim, às diferenças na qualidade do sistema de notificação.⁵

São várias as razões que explicam a má qualidade da informação sobre óbito materno. A primeira delas é que se trata de um evento *raro* – o número absoluto de casos não é tão volumoso quanto o de outros eventos epidemiológicos – e os

1 Wilza Vilella é médica, assistente de direção do Instituto de Saúde – SES/SP, pesquisadora responsável pelo monitoramento da CIPD para RedeSaúde/RSMLAC. Sônia Correa é antropóloga, pesquisadora do Ibase/Rede Dawn.

2 A iniciativa *Observatório da Cidadania* se inscreve nesse contexto, concentrando sua atenção no acompanhamento das Conferências de Desenvolvimento Social (Copenhague, 1995) e da Mulher, Desenvolvimento e Paz (Pequim, 1995). Este artigo pretende examinar e problematizar, de forma preliminar, os limites e possibilidades dos indicadores de saúde das mulheres utilizados pelo *Observatório da Cidadania* em seus relatórios anuais para avaliar os cumprimentos das metas do Ciclo Social da ONU.

3 Sloan *et alii*, "An ecologic analysis of maternal mortality ratios". *Studies in family planning*, vol.32, n. 4, dezembro de 2001, p.352.

4 Curiosamente, esta taxa varia segundo a fonte, mesmo as oficiais.

5 www.saude.gov.br/sps/area_tecnica_de_saude_da_mulher/morte_materna.

casos são, em geral, muito dispersos. A morte materna é aquela que ocorre durante a gestação e até 42 dias após o parto, existindo, portanto, grande possibilidade de que as mulheres morram fora dos hospitais.

Tais características exigem um sistema de vigilância e investigação bem-estruturado, relativamente sofisticado e descentralizado. O dado de morte materna padece de elevado grau de subnotificação por efeito de fatores combinados: o sub-registro de óbitos no geral que, em algumas regiões brasileiras, chega a quase 40%; o não-registro de informações que possibilitem caracterizar o óbito como materno; e problemas na metodologia de investigação dos casos suspeitos.

Recentemente, por pressão da Comissão Intersetorial de Saúde da Mulher e do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovada uma resolução do Ministério da Saúde que torna o óbito materno evento de notificação compulsória. A nova orientação pode fazer com que, no médio prazo, observemos melhorias na qualidade da informação disponível. No momento, porém, a vigilância do óbito materno é só uma ferramenta efetiva para monitorar a qualidade de atenção em saúde reprodutiva – e fundamentar estratégias de controle social – em algumas localidades onde os sistemas de vigilância e os comitês de morte materna estão funcionando adequadamente. Portanto, o uso da taxa de óbito materno como indicador de cobertura nacional, para as finalidades propostas pelo *Observatório da Cidadania*, exige enorme cautela, pois, como se viu, os dados atualmente disponíveis não têm a qualidade e precisão necessárias.

Vale ressaltar ainda que a meta proposta nos acordos internacionais era de redução do óbito materno de 50% em dez anos. Entretanto, avaliar seu cumprimento é, na prática, impossível. Quando a meta foi definida, em 1994, não se sabia exatamente de quanto era a taxa, de fato, em 1990. Da mesma forma, é precipitado afirmar, a partir dos dados disponíveis, que a aparente estagnação da taxa, na primeira metade da década de 1990, tenha sido seguida de elevação na segunda metade da década. Isso porque as taxas mais elevadas podem ser resultado não, exatamente, de um maior número de mortes, mas sim da melhoria geral do sistema de notificação de mortalidade e, mais especificamente, da ampliação do número de Comitês de Morte Materna em estados, municípios e mesmo em hospitais.

Seja como for, é preocupante que a taxa de óbito materno no Brasil se mantenha tão elevada (e subestimada), quando a quase totalidade dos partos ocorre dentro de hospitais ou estabelecimentos de saúde. Segundo o Sinasc (Sistema Nacional de Informação sobre Nascidos Vivos), em 2001, 3 milhões 209 mil 731 partos ocorreram em hospitais ou outros estabelecimentos de saúde. Apenas 107 mil ocorreram fora de um serviço de saúde. Assim, no caso do Brasil, a relação entre óbito materno e assistência ao parto não parece se comportar como esperado, sugerindo a necessidade de aprofundamentos na análise de ambos indicadores.

Dados do Comitê de Morte Materna do Paraná para 1998 mostram que as mulheres que morrem por causa materna são jovens (média de 33 anos); 63% têm apenas até quatro anos de estudo; e sobrevivem com uma renda de até três salários mínimos. Dos óbitos estudados no Paraná, 92% dos partos foram realizados em hospitais, embora apenas 62% por obstetras. Considerando que os dados são bastante semelhantes aos encontrados por outros comitês que fazem tal sistematização, fica evidente que a qualidade do atendimento ao parto não está automaticamente garantida pela grande cobertura de assistência ao parto que temos hoje no país. Na verdade, o óbito materno mostra a deficiência qualitativa, e não quantitativa, da atenção à saúde no país, tanto quanto aponta para a situação de extrema vulnerabilidade na qual vivem as mulheres pobres em nosso país.

Em razão dos limites dos dados disponíveis sobre morte materna, seria interessante identificar outros indicadores de maior confiabilidade que pudessem ser utilizados como *proxy*. Uma proposta nesse sentido seria, por exemplo, incluir na bateria de indicadores relevantes para monitorar políticas de saúde sexual e reprodutiva, informações sobre mortalidade neonatal – bebês que morrem imediatamente após o parto.

Duas razões justificam essa estratégia. A informação sobre mortalidade neonatal é muito mais confiável, pois mais de 90% dos óbitos ocorrem em hospitais. Sobretudo, as causas subjacentes à morte neonatal se aproximam, em alguns aspectos, daquelas que explicam a morte materna: condições sociais de exclusão, má nutrição (anemia), presença de outras enfermidades e, mais especialmente, falta de acesso ou baixa qualidade da atenção pré-natal. Sem dúvida, as taxas de mortalidade neonatal não permitem captar outros fatores intervenientes na morte materna, como é o caso do aborto, ou sua associação com violência de gênero. Mas sua utilização pode contribuir para suprir, ainda que parcialmente, as lacunas atuais de informação sobre o óbito materno no país.

Outros marcadores

Diante da enorme disponibilidade de dados sobre saúde no Brasil, acessíveis por meio eletrônico, valeria a pena, adicionalmente, considerar outros dois indicadores, internacionalmente recomendados para o monitoramento/avaliação das políticas públicas de saúde sexual e reprodutiva (em particular das mulheres): a prevalência de uso de contraceptivos, e o avanço da infecção pelo HIV.

Em relação ao primeiro, é amplamente reconhecido por especialistas da área que a grande cobertura de uso de contraceptivos, no Brasil, por um lado, indica uma maior autonomia reprodutiva das mulheres. Mas, por outro, não pode, nem deve, ser imediatamente interpretada como tradução de um avanço nas políticas de saúde das mulheres.

Ao contrário, no Brasil, a ampliação vertiginosa do uso massivo de contraceptivos se deu num contexto inicialmente caracterizado pela omissão do governo brasileiro em relação à oferta de contracepção (1960-1980) e, em seguida, marcado pelo descompromisso com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, que preconizava, com vigor, assistência à anticoncepção no sistema público de saúde.

Daí resultou a concentração da contracepção no uso de dois métodos, esterilização e pílula. As farmácias são os grandes fornecedores das pílulas e a laqueadura corresponde ao método mais amplamente oferecido pelo SUS – embora a oferta se dê em circunstâncias bastante problemáticas. Apesar de ter sido aprovada a Lei do Planejamento Familiar em 1997 – que define critérios e assegura acesso à ligadura de trompas e à vasectomia no SUS – continua a prevalecer uma outra lógica na oferta do procedimento: pagamento por fora ao profissional, associações com parto cirúrgico e, em algumas regiões, verifica-se ainda um forte vínculo entre oferta de laqueaduras e a *compra/venda de voto* nos períodos eleitorais.⁶

Nessas circunstâncias, a prevalência contraceptiva só seria um bom indicador de saúde reprodutiva se fosse mais bem qualificado, complementado por outras informações. Por exemplo, sabe-se que, no Brasil, é maior o risco de morte materna no parto cirúrgico do que no parto natural. Seria interessante, por exemplo, incluir, nesse tipo de análise, informações sobre óbito materno ocorrido em situação de laqueadura associada com cesariana. O dado ainda não está disponível, mas poderá vir a ser coletado à medida que se observem melhorias nos sistemas de vigilância da morte materna, nacional e locais.

No que diz respeito aos métodos reversíveis, e mais especialmente à pílula, também seria interessante incluir informações quantitativas sobre efeitos colaterais e insatisfação com os métodos, as quais podem ser coletadas nas pesquisas periódicas sobre prevalência contraceptiva (DHSS – *Demographic and Health Services – Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde*).⁷

Também é importante chamar a atenção para a disparidade que se observa entre a elevada prevalência de uso de contraceptivos (mais de 70% das mulheres brasileiras em união usam algum método) e o número estimado de abortos provocados no país. Em razão da ilegalidade, não é possível aferir com exatidão o número de abortos realizados no país. Mas as cerca de 300 mil

hospitalizações ocorridas no SUS por complicações de aborto em 2001 (Datusus, 2002) mostram que as falhas no acesso das mulheres à contracepção não podem ser tomadas apenas na perspectiva do percentual de “necessidades não atendidas”.

É sabido que as mulheres que podem pagar interrompem suas gestações quando assim o decidem sem maiores danos à saúde. As que não conseguem pagar pelo procedimento – mas têm acesso aos seguros privados de saúde –, em caso de complicações, podem recorrer a serviços relativamente bem qualificados. Assim, as mulheres que buscam o SUS para atendimento das complicações de abortos clandestinos e inseguros são aquelas que, além de não terem tido adequado acesso à contracepção, também não tiveram meios seguros de interromper uma gestação não desejada.

Mais uma vez, estamos diante de uma parcela da população feminina muito vulnerável, que recorre ao SUS numa situação extrema e de risco. Segundo várias pesquisas qualitativas disponíveis, essas mulheres são, em geral, maltratadas pelos profissionais, que as consideram criminosas.

Em um grupo focal realizado como parte de uma pesquisa qualitativa sobre desenvolvimento humano na cidade do Rio de Janeiro, em 2000, as mulheres de um bairro pobre diziam, por exemplo, que “*a mulher que chega abortada num hospital é tratada como animal*”.⁸ Dito de outro modo, estamos ainda muito distantes da perspectiva de empoderamento e construção da autonomia das mulheres recomendada pela Plataforma de Ação Pequim. Seria estratégico, nessa nova etapa de monitoramento de políticas, identificar indicadores quantitativos que pudessem também mensurar esse hiato de poder e de direitos.

Descompasso entre políticas e serviços

No Brasil, é fundamental chamar a atenção para o fato de que a concentração da prática da contracepção no uso de pílulas e da esterilização é especialmente preocupante perante o avanço da epidemia do HIV entre mulheres.

Como já apontado por diferentes autores, verificável através dos boletins epidemiológicos da Coordenação Nacional de DST/Aids, a *feminização* da Aids no Brasil se dá no processo de pauperização e banalização da epidemia. Assim, as mulheres brasileiras que vivem com o HIV têm na média o mesmo perfil daquelas que morrem no parto ou que se submetem a abortos inseguros, posteriormente recorrendo ao SUS. Outra ilustração contundente quanto à qualidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pode ser identificada no âmbito da política nacional de prevenção da transmissão vertical do HIV.

6 A esterilização foi regulamentada apenas em 1997, através da lei do planejamento familiar. No entanto, segundo pesquisa realizada pela Comissão de Cidadania e Reprodução, em unidades de saúde da Região Metropolitana de São Paulo, mais da metade dos obstetras entrevistados desconhecia a lei e seu conteúdo, e os hospitais utilizavam critérios próprios para realizar o procedimento. Estudo amplo e profundo, realizado por André Caetano em Pernambuco, em 1998/1999, constata a forte relação entre a oferta de ligação de trompas e os sistemas políticos locais em cidades da Zona da Mata e também na Região Metropolitana do Recife.

7 A última PNDS foi realizada em 1996.

8 Marcus Mello, Regina Novaes e Sônia Correa.
In: http://www.no.com.br/Carla_Rodrigues/arquivo.

Desde 1996, tem sido realizado considerável esforço pela Coordenação Nacional de DST/Aids para disponibilizar os exames e medicamentos necessários e prevenir a transmissão vertical do HIV no SUS. Entretanto apenas 34% do número de gestantes estimadas a cada ano como tendo sido infectadas pelo HIV recebem o benefício. Isso ocorre porque persiste na ponta do sistema uma clara dissociação entre os serviços de atenção pré-natal e as iniciativas de prevenção de HIV/Aids.

Além disso, e ainda mais relevante, é constatar que os/as profissionais que atendem o pré-natal têm uma dificuldade *ideológica* de reconhecer a sexualidade das mulheres que buscam seus serviços. Uma avaliação mais fina dessa política exigirá, portanto, combinar indicadores quantitativos quanto à disponibilidade dos medicamentos com medidas qualitativas dos vieses de percepção dos/as profissionais.

Seria interessante cogitar se a incidência de DSTs, cuja magnitude no país atingiu números próximos a 10 milhões no último ano⁹ (ainda com problemas de notificação), não seria um indicador mais sensível de saúde sexual do que a Aids. Embora a epidemia de Aids tenha, de fato, contornos mais dramáticos, talvez seja o caso de começar a tomar a ocorrência e notificação de DSTs como um indicador mais fidedigno da incorporação de práticas de sexo protegido, da inclusão dos homens nos atendimentos básicos de saúde e de elaboração de uma estratégia mais efetiva de promoção da saúde sexual.

Novos diagnósticos

Em 1995, logo após a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) a Rede de Saúde da Mulher da América Latina e do Caribe iniciou um projeto de monitoramento regional das diretrizes contidas no documento final da conferência, com apoio do Fundo de População das Nações Unidas, incluindo sete países.

O projeto foi formulado em três etapas: na primeira, realizou um diagnóstico em cada país, assumido como linha de base para avaliação dos eventuais avanços ou retrocessos. A segunda consistiu de um processo de *advocacy* em temas definidos por cada um dos países participantes em função do resultado do diagnóstico e/ou da oportunidade política. A terceira etapa, com término previsto para novembro de 2002, consiste na realização de um novo diagnóstico, que possibilite a avaliação dos avanços obtidos no período 1995/2001.

O diagnóstico inicial do Brasil, que participa desse esforço através da RedeSaúde, já apontava as limitações de um trabalho dessa natureza com abrangência nacional, em função das desigualdades regionais, da falta de periodicidade ou atualização de algumas bases, e da subnotificação de alguns eventos.

Ao mesmo tempo, foi observada a discrepância entre a esfera jurídico-normativa, bastante avançada, e a concretização das diferentes normas, projetos, programas e leis. Para a última etapa do projeto, optou-se por desenvolver uma base de dados, **Atenea**, que, programada em Access, pudesse armazenar os dados dos diagnósticos inicial e final, facilitando a análise regional e possibilitando análises parciais em cada país participante do projeto.

Os resultados da pesquisa realizada para o preenchimento da base de dados confirmam a distorção que sofrem alguns dados, processados em âmbito nacional, em função das desigualdades regionais. Tomemos como exemplo a questão relativa ao tipo de parto e idade materna. De acordo com o Cenepi (2002, p. 91):

*“observa-se um excesso de partos cesáreos entre os partos não-SUS nas regiões sul, centro-oeste e sudeste (...). As desigualdades observadas devem refletir mais aspectos relacionados à pressão de oferta (...) Quanto ao percentual de nascidos vivos de mães adolescentes, foi identificada uma tendência de valores mais elevados deste indicador em estados com menores graus de urbanização...”*¹⁰

A discrepância entre os marcos legais e sua efetivação também é um problema que persiste. Embora a existência da lei ou da norma seja essencial para o exercício prático de alguns direitos, seriam necessários outros passos para assegurar que os direitos previstos nas leis sejam realmente exercidos. Este é o caso da atenção humanizada ao aborto incompleto e a interrupção voluntária da gravidez, quando resulta de violência sexual.

A lei que garante esse direito levou mais de 50 anos para ser posta em prática. Mesmo o atual esforço da equipe da Área Técnica de Saúde da Mulher e de diversas ONGs, visando capacitar equipes de hospitais públicos a realizar esse procedimento, ainda não existe no país uma rede de serviços geograficamente organizada de modo a dar conta da demanda e de incorporar ao sistema a demanda reprimida por esse tipo de atenção.

Dito de outro modo, a prodigalidade das normas, leis e dados disponíveis não encontra correspondência na facilidade de informações relativas a recursos financeiros alocados e a estratégias de adequação de infra-estrutura e capacitação de recursos humanos. Assim, é praticamente impossível conhecer o montante alocado e executado em cada programa, por rubrica ou atividade realizada.

9 Moherdau, 2001. CN DST /Aids, Ministério da Saúde (mimeo).

10 “Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório”. MS/Cenepi/OPAS/OMS/Funasa, Brasília, 2002, p.91.

Caminhos futuros

As considerações preliminares quanto ao preenchimento e utilização da **Atenea** somam-se às inquietações já levantadas em relação às propostas de monitoramento de políticas e nos levam a listar algumas interrogações e sugestões.

- Exatamente o *que* ou *quem* estamos monitorando? Ações do governo, ações do Estado ou ações públicas? Essa distinção, que nem sempre é fácil de fazer, é importante, dado que a distância entre a esfera jurídico-normativa e a concretização das ações, muitas vezes, reflete a distância entre Estado e governo. O mesmo raciocínio se aplica às ações empreendidas por ONGs: são ações públicas viabilizadas por alguns governos em resposta a um modelo de Estado, cujos resultados devem ser contabilizados junto com os resultados das ações governamentais *strictu sensu*?
- É preciso perguntar ainda se o objetivo de uma proposta de monitoramento – como o realizado pelo *Observatório da Cidadania* ou pela RedeSaúde – é verificar ganhos na saúde das mulheres, no sentido estritamente sanitário, ou avaliar em que medida esses ganhos refletem o reconhecimento das mulheres como sujeitos e como cidadãs?

- Os indicadores definidos para o monitoramento de qualquer política pública devem preencher alguns requisitos básicos, quais sejam: simplicidade de cálculo, disponibilidade, atualidade, periodicidade, confiabilidade e adequação aos objetivos propostos.¹¹ A proposição aponta para a utilização de dados oficiais, e coloca o seguinte desafio: quais são aqueles que, satisfazendo as exigências de um bom indicador, são sensíveis suficientemente para captar aquilo que desejamos – os espaços onde a ação pública ainda mostra-se frágil? Não seria o caso de nos debruçarmos num esforço de maior aprofundamento na análise das informações disponíveis no país, visando à construção de indicadores mais sensíveis e adequados às ações de controle social implementadas no âmbito do SUS?
- A produção de índices simples, que pudessem combinar um número pequeno de indicadores, poderia ser uma alternativa para aprofundar sua potencialidade analítica e política. Essa estratégia já tem sido aplicada, com sucesso, em alguns municípios brasileiros, e talvez deva ser considerada como o passo seguinte do nosso esforço de produzir instrumentos para a promoção equitativa e efetiva da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e dos homens no Brasil. ■

11 Op.cit.

Atenea

Para compor a **Atenea** foi construída uma matriz de indicadores, organizados segundo a lógica de contemplar tanto os eixos definidos pela CIPD quanto as diretrizes de avaliação de políticas públicas em Saúde. Estes correspondem ao modelo de avaliação de políticas públicas em Saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde. Segundo a OMS, a implementação de uma política de saúde exige procedimentos legais e normativos, recursos financeiros, infra-estrutura física e capacitação de recursos humanos, sensibilização da opinião pública e monitoramento/divulgação dos resultados.

Assim, estão compreendidos indicadores de:

1. Contexto global: marcos jurídico-legais;
2. Processo: capacidade institucional, alocação de recursos, resultados;
3. Impacto;
4. Transparência: oportunidade e facilidade de informação.

Para compor a **Atenea**, é realizado um levantamento exaustivo de dados oficiais, sempre que possível, de modo a que cada grupo de indicadores seja aplicado aos temas que correspondem às diretrizes da CIPD, a saber:

- a) violência sexual contra meninas;
- b) responsabilidade masculina em saúde reprodutiva;
- c) participação de mulheres organizadas em instâncias de decisão;
- d) acesso dos/as adolescentes a informações sobre saúde sexual e reprodutiva;
- e) qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva;
- f) tratamento humanizado ao aborto incompleto;
- g) prevenção e assistência a pessoas vivendo com HIV/Aids.