



DESIGUALDADES RACIAIS NO ACESSO A ATENÇÃO PRÉ-NATAL POR USUÁRIAS DO SUS EM SALVADOR, BAHIA

Patrícia Mallú Lima Domingues¹
Quessia Paz Rodrigues²
Enilda Rosendo do Nascimento³

RESUMO: *Objetivo:* verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal entre usuárias de serviços públicos de saúde em Salvador/Bahia. *Metodologia:* Esta pesquisa é um recorte da investigação intitulada: “Acesso de mulheres ao cuidado em saúde: determinações de gênero e raça/cor”. Trata-se de um estudo transversal, realizado em 4 organizações públicas de saúde que realizam parto no município de Salvador. A amostra foi constituída por 449 puérperas que estiveram internadas, no período de coleta de dados, nas organizações selecionadas. Os dados foram coletados através de entrevista estruturada. Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os softwares estatísticos Epidata e SPSS versão 15.0. Os aspectos éticos do estudo foram observados de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. *Resultados:* No município de Salvador, há uma maior concentração de mulheres realizando pré-natal (94%), com 6 ou mais consultas (51,2%) e iniciando as consultas ainda no 1º trimestre de gestação (63%.) Apesar de não detectar diferença significativa para a raça/cor, observou-se distinção nas proporções investigadas. *Conclusões:* Verificou-se que os indicadores de acesso ao pré-natal para a cidade de Salvador apresentaram resultados satisfatórios. Não houve associação significativa entre raça/cor e o acesso à atenção pré-nata. Portanto, as questões relativas ao acesso apontam mais no sentido de questões sociais do que físico-biológicas.

Palavras-chave: Acesso aos serviços em saúde; Desigualdades em saúde; Racismo e saúde.

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XX, a saúde da mulher foi incorporada às políticas públicas de saúde com os programas materno-infantis, os quais tinham por base apenas a especificidade reprodutora feminina, reflexo da condição social das mulheres à época (BRASIL, 2001). Nesse sentido, os serviços assistenciais de saúde eram voltados para a atenção no período gravídico-puerperal e tinham por objetivo prover o nascimento de crianças saudáveis e reduzir as altas taxas de mortalidade infantil.

Ao lado disso, começa a se estruturar e crescer a assistência privada em saúde permitindo que mulheres de poder aquisitivo compatível com os serviços oferecidos passassem a usufruí-los em maior escala. Entretanto, a pequena capacidade instalada dos serviços públicos de

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do Grupo de Pesquisa sobre Saúde da Mulher – GEM/UFBA. E-mail: patriciamallu@yahoo.com.br – Autor.

² Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Integrante do GEM. E-mail: quessia_paz@hotmail.com – Co-autor.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA. Integrante do GEM. E-mail: enilda@ufba.br – Co-autor.



saúde, aliada às precárias condições econômicas, impedia o acesso a esses serviços de grande parte da população feminina.

No final dos anos 1970, o feminismo emerge com força, no Brasil, tendo as políticas de saúde à mulher, a melhoria das condições de saúde das mulheres e a ampliação das ações para além do período gravídico-puerperal como principais bandeiras. Com isso, no início da década de 1980, criou-se o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que além de contemplar a atenção direcionada para o pré-natal, parto e puerpério, inclui ações específicas para assistência às mulheres em casos de abortamento, institui e/ou amplia os Programas de Planejamento Familiar, prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, etc. (BRASIL, 2004a). Apesar desse grande avanço nas políticas de saúde, algumas especificidades das múltiplas mulheres existentes não foram observadas no texto do PAISM.

No final dos anos 90, o feminismo brasileiro incorpora na sua prática política e teórica o conceito de diferença levando à revisão de sua pauta de reivindicações na saúde para assumir o que Scott (1992) denomina a “diferença dentro da diferença”. Isso se dá pela emergência de outros movimentos de pessoas excluídas socialmente, com destaque para o movimento negro.

Nessa perspectiva, formula-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em 2004, ampliando suas ações para atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, tendo em vista as suas especificidades (BRASIL, 2004a). Dessa forma, pretende-se que a PNAISM passe a atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo o direito de acesso aos serviços de saúde de forma universal e integral, oferecendo atendimento de qualidade, sempre no sentido da equidade social (BATISTA; KALCKMANN, 2003).

Apesar do direito ao acesso aos serviços de saúde ser garantido desde a Constituição de 1988, com a finalidade de reduzir a morbidade e mortalidade evitáveis, ainda é precária a assistência prestada à mulher durante a gravidez, parto e puerpério, atestado pela alta taxa de mortalidade materna e suas principais causas. Segundo o censo de 2002, a taxa de mortalidade materna no Brasil correspondeu a 74,5 por cem mil nascidos vivos, sendo considerada alta para os padrões aceitos mundialmente, e há evidências de que essa taxa varia de acordo com especificidades de mulheres como poder aquisitivo, região geográfica, e, principalmente, a raça/cor (BRASIL, 2004b).

De acordo com os dados da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, em 2008 houve trinta e sete óbitos maternos em Salvador, sendo que trinta e um foram mulheres negras (21 pardas e 10 pretas) e apenas quatro brancas, correspondendo a 84% e 11% do total de óbitos maternos, respectivamente (SESAB, 2009).

Esses dados demonstram, de certo modo, deficiências no acesso à assistência no período gravídico-puerperal de qualidade. Pois segundo o Ministério da Saúde, cerca de 70% das mulheres brasileiras são usuárias do SUS e aproximadamente 65% dos óbitos maternos ocorrem no momento do parto. Suas causas podem ser reduzidas em mais de 90% dos casos, através, dentre outros aspectos, do acesso a serviços de cuidados pré-natais (BRASIL, 2004a; TANAKA, 1998).



Apesar da instituição da assistência pré-natal há décadas, sempre presente no escopo das ações praticadas pelos serviços de saúde, ainda existem questões que devem ser discutidas. Questões estas relacionadas ao acesso, a qualidade da atenção prestada, o vínculo entre o pré-natal e o parto, humanização da atenção e as inaceitáveis taxas de mortalidade materna e perinatal.

No tocante à relação entre acesso ao cuidado e classe social, a investigação realizada por Nascimento, Paiva e Rodrigues (2007) sobre a assistência pré-natal em Salvador, através do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), aponta baixa cobertura de consultas pré-natais nas unidades de saúde, assim como, baixa cobertura de vacinação antitetânica e de teste anti-HIV. Esses serviços são utilizados em grande parte por mulheres de baixa renda.

Segundo Perpétuo (2000) as mulheres negras apresentaram menor acesso à assistência obstétrica e o percentual de mulheres negras que não realizam o pré-natal é maior em comparação com as brancas. Além disso, para as mulheres negras a interação entre os fatores biológicos, sociais e ambientais a tornam mais vulneráveis a alguns agravos como hipertensão arterial, diabetes, dentre outras. Sabe-se que estas doenças são consideradas de alto risco durante o período gravídico-puerperal.

Do exposto, conclui-se que os problemas de saúde das mulheres distribuem-se de maneira desigual e são maiores nos grupos sociais menos privilegiados, sendo a raça/cor um dos fatores implicados nas desigualdades de acesso a atenção em saúde.

Tendo, portanto, como objeto a associação entre raça/cor e o acesso a atenção pré-natal, o estudo teve o seguinte objetivo: verificar a associação entre raça/cor e o acesso ao cuidado pré-natal entre usuárias de serviços públicos de saúde em Salvador/Bahia.

Trata-se de um recorte da investigação intitulada “Acesso de mulheres ao cuidado em saúde: determinações de gênero e raça/cor”, que está sendo desenvolvido com o apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido no período de março de 2007 a dezembro de 2008, em quatro organizações públicas de saúde que realizam partos no município de Salvador, Bahia. Os critérios utilizados para a seleção destas organizações foram: representatividade estatística para o município; redução dos custos no deslocamento para a realização da pesquisa; organizações com maiores números de leitos obstétricos; disponibilidade da informação quanto ao número de partos ocorridos em 2006, dado essencial para o cálculo do tamanho da amostra.

Para este estudo foi traçada uma amostra probabilística constituída por 449 puérperas internadas nas organizações de saúde selecionadas. Os critérios adotados para inclusão dessas mulheres na pesquisa foram: estarem internadas nas enfermarias obstétricas, no pós-parto imediato ou mediato, em condições de responder e dispostas a participar. Foram excluídas aquelas que não realizaram o pré-natal em serviços públicos de saúde.



O cálculo do tamanho da amostra foi traçado no intuito de se obter uma amostra significativa, tomando como base o número de partos ocorridos em 2006 e número de leitos obstétricos em cada organização.

Utilizou-se como técnica de amostragem a estratificada, ou seja, houve um tamanho de amostra mínimo para cada organização de saúde selecionada para o estudo. Segundo Berquó, Souza e Gotlieb (2006), este tipo de amostragem é essencial quando a(o) pesquisadora(or) deseja que as subpopulações sejam representadas com a mesma proporcionalidade da população total.

A coleta dos dados foi realizada no período de dezembro de 2007 a março de 2008. Os dados foram obtidos através de entrevista estruturada. Para a realização das entrevistas, fazia-se um levantamento, através do censo, do quantitativo de mulheres internadas nas enfermarias obstétricas e respeitando os critérios de inclusão e exclusão da amostra, era aplicado o formulário. Essa entrevista tinha duração média de 10 minutos.

Neste estudo considerou-se como variável independente a raça/cor. Esta informação foi colhida através da autodeclaração e categorizada tomando como referência as categorias utilizadas pelo IBGE: branca, preta, parda, amarela e indígena. As pessoas que se autoclassificam como pretas ou como pardas foram consideradas para fins analítico da raça negra. Considerou-se como variáveis dependentes: realização do pré-natal; número de consultas pré-natal; início do pré-natal.

As informações contidas nos questionários foram armazenadas no Epidata. Para utilização deste software, inicialmente foi construída uma “máscara” do roteiro da entrevista e posteriormente inseridos todos os dados coletados. Posteriormente, os dados foram transferidos para o software SPSS versão 15.0, onde foi realizada a limpeza no banco, análise descritiva e de associação entre raça/cor e o acesso a atenção ao parto. Os resultados foram apresentados sob forma de tabelas e gráficos. Posteriormente foi feita a discussão dos fenômenos relevantes identificados.

Os aspectos éticos legais do estudo foram observados de acordo com a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde através do encaminhamento e aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa. Foram encaminhados ofícios às organizações de saúde selecionadas para o estudo solicitando autorização para a coleta de dados. Além disso, todas as mulheres que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, após serem informadas dos riscos e benefícios da pesquisa, sendo garantido o anonimato e permissão para desistir de participar em qualquer momento sem nenhum tipo de penalização.

RAÇA/COR E ACESSO À ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Resultados

A partir dos dados coletados verificou-se que as mulheres do estudo, em sua maioria tem entre 20 a 35 anos (73,5%), de 1 a 2 filhos (78,2%), entre 10 a 12 anos de estudo (54,8%), são casadas ou vivem em união consensual (79,1%), exercem ocupações sem remuneração, como estudantes e/ou donas de casa (55,7%) e com renda familiar *per capita* entre 0 a 2 salários



mínimos (79,1%). Com relação à religião, os maiores percentuais encontrados foram de católicas (37,6%) e das que se declararam sem religião (32,1%). No que diz respeito à raça/cor, majoritariamente são negras (92%).

Os dados referentes ao acesso ao pré-natal, apresentados na Tabela 1, apontam uma maior concentração de mulheres realizando o pré-natal (94,0%), com 6 ou mais consultas (51,2%), iniciando ainda no 1º trimestre (63,0%). Apesar de não detectar diferença significativa para a raça/cor, observou-se distinção nas proporções investigadas. Todas as brancas realizaram o pré-natal. Entretanto, foram as que iniciaram o pré-natal mais tardiamente (6,5%). As pretas, por sua vez, obtiveram maior proporção para realização de 6 ou mais consultas e início do pré-natal no 1º trimestre.

Tabela 1. Distribuição das mulheres segundo a raça/cor e o acesso aos serviços assistenciais de pré-natal. Salvador, 2008.

Acesso aos serviços assistenciais de pré-natal	Total	Preta	Parda	Branca	Indígena	P-valor*
Realizou pré-natal						
Sim	422 94,0%	200 93,0%	186 93,9%	31 10,0%	5 100,0%	
Não	27 6,0%	15 7,0%	12 6,1%	0 0,0%	0 0,0%	0,140
Número de consultas						
≥ 6 consultas	216 51,2%	107 53,5%	90 48,4%	16 51,6%	3 600,0%	
1-5 consultas	206 48,8%	93 46,5%	96 51,6%	15 48,4%	2 40,0%	0,648
Início do pré-natal						
1º trimestre	266 63,0%	127 63,5%	117 62,9%	17 54,8%	5 100,0%	
2º trimestre	146 34,6%	69 34,5%	65 34,9%	12 38,7%	0 0,0%	0,821
3º trimestre	10 2,4%	4 2,0%	4 2,2%	2 6,5%	0 0,0%	0,200

*Foi retirado as indígenas para o cálculo do p-valor.

Encontra-se na Tabela 2 as médias do número de consultas pré-natais, da idade gestacional na primeira consulta. Observam-se valores muito próximos quando comparada as raças/cores, especialmente entre pretas, pardas e brancas.



Tabela 2. Medidas descritivas referentes às informações de acesso aos serviços assistenciais de pré-natal e raça/cor. Salvador, 2008.

Assistência pré-natal	Total	Preta	Parda	Branca	Indígena
Número de consultas					
Média	5,60	5,66	5,50	5,61	5,50
Desvio padrão	2,337	2,078	2,637	1,995	2,637
Máximo	18	15	18	9	18
Mínimo	1	1	1	2	1
N	422	200	186	31	5
IG na primeira consulta*					
Média	3,14	3,15	3,15	3,35	1,60
Desvio padrão	1,482	1,495	1,448	1,582	0,894
Máximo	9	9	7	7	3
Mínimo	1	1	1	1	1
N	422	200	186	31	5

* meses

Do total de 449, apenas 27 mulheres não realizaram o pré-natal. Dentre os motivos alegados destaca-se a gravidez indesejada/ não planejada, relaxamento/preguiça e problemas na oferta e organização dos serviços (Gráfico 1). Esses problemas referem-se à dificuldade de encontrar vaga no SUS, não haver pré-natal no posto mais próximo, o posto de saúde ficar várias vezes em greve e não conseguir atendimento na primeira consulta.

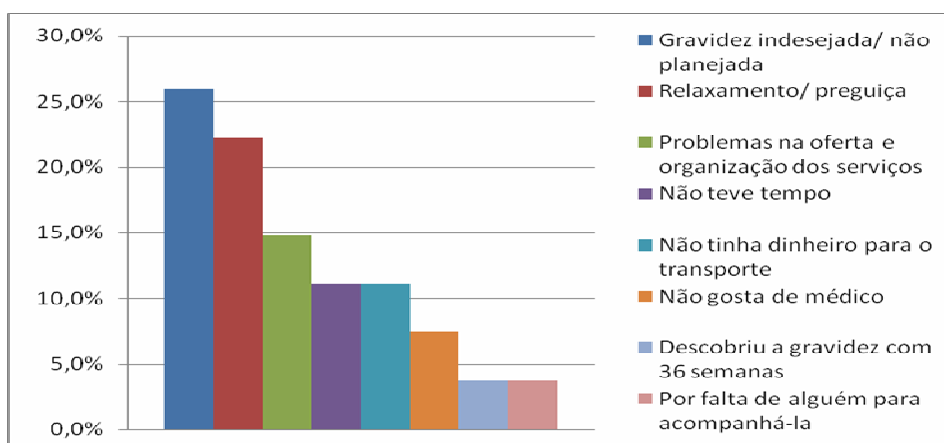


Gráfico 1. Percentual de mulheres segundo motivo para não realizar o pré-natal. Salvador, 2008.

Discussão

A cobertura da assistência pré-natal em Salvador foi de 94%. Esta alta cobertura também foi identificada em outros locais. Nos municípios de Caxias do Sul, Juiz de Fora, São



Luiz e Rio de Janeiro, apresentaram cobertura pré-natal de 95,4%, 99,04%, 89,5%, 96,3%, respectivamente (TREVISAN *et al*, 2002; COUTINHO *et al*, 2003; COIMBRA *et al*, 2003; LEAL *et al*, 2004).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) 2006, o acesso à assistência pré-natal ampliou-se bastante, tendo em vista que dentre os nascidos vivos nos cinco anos anteriores às duas pesquisas, a porcentagem de mulheres que não realizou qualquer consulta ao longo da gestação diminuiu de 14% para 1%. Os investimentos realizados pelo MS, referentes à implementação das políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal têm refletido no aumento da cobertura pré-natal nos últimos anos.

No Brasil vem-se registrando aumento do número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,1 consultas por parto em 2003 (BRASIL, 2005). A média de consultas realizadas em Salvador foi de 5,6 consultas por mulher, dado semelhante ao encontrado pelo MS em 2005. Entretanto ao compararmos o percentual de realização de no mínimo seis consultas pré-natal (51,2%), como recomenda o MS desde 2000, este valor ainda é inferior ao encontrado para o Brasil bem como para outros municípios.

A PNDS 2006 destaca que 77% das mulheres brasileiras realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal. O percentual de mulheres que compareceu a sete ou mais consultas cresceu de 47%, em 1996, para 61% em 2006. A média de consultas por gestante neste estudo, foi de 6,4.

Dentre as mulheres do estudo, 63% iniciaram precocemente o pré-natal. Esse achado merece destaque, pois ao compararmos a outros estudos realizados também com usuárias do SUS, vê-se que os maiores percentuais para início do pré-natal ocorreu no 2º trimestre, sendo que em Caxias do Sul, detectou-se um percentual de 51,5%; em Ribeirão Preto, 54,3%; e em Juiz de Fora, 61,1% (TREVISAN *et al*, 2002; BRIENZA, CLAPIS, 2002; COUTINHO *et al*, 2003).

Em contrapartida, o estudo realizado por Silveira, Santos e Costa (2001) identificou que 46% das gestantes usuárias do SUS, ingressaram no programa do pré-natal durante o primeiro trimestre, 41% no segundo e 13% no terceiro. Mas ainda assim, o percentual encontrado para Salvador mostra que a atenção pré-natal tem sido efetiva.

CONCLUSÃO

Observou-se bons indicadores reportando uma atenção qualificada, onde mais da metade das puérperas iniciaram o pré-natal precocemente, realizaram seis ou mais consultas. Entretanto, identificou-se que dentre as mulheres que não tiveram acesso ao pré-natal, todas eram negras, devido a problemas na acessibilidade de ordem sócio-organizacional e geográfica, além da influência de seus comportamentos. Estes achados indicam necessidade de aprofundar o tema diversificando a metodologia para incluir a exploração qualitativa da informação.

Quanto à relação da raça/cor e o acesso ao pré-natal, não houve diferença significativa. Este fato deve-se em parte por se tratar de uma população homogênea, ou seja, com as mesmas características socioeconômicas. Portanto, faz-se necessária a ampliação deste tipo de



investigação para a rede privada onde majoritariamente é usada por mulheres brancas, com melhores condições financeiras, para que, dessa forma, se analise o diferencial do acesso à assistência ao pré-natal.

E, finalmente, embora tenhamos optado pela identificação racial através da auto-declaração, acreditamos que isto possa se constituir em um fator de limitação do estudo, pois a auto-classificação quanto à raça/cor dos indivíduos é algo subjetivo encontrando-se vinculada à sua identidade. Sendo assim, a classificação final declarada por cada sujeito, em sua grande maioria, remete muito mais à sua posição social. Por outro lado, considerando as controvérsias e divergências a respeito de quem é negra(o) no Brasil, as questões relativas ao acesso apontam mais no sentido de questões sociais do que físico-biológicas.

Entretanto, o desenvolvimento de pesquisas com recorte racial é de extrema relevância para descobrir as nuances de cada tipo de população. E, a partir daí, realizar uma intervenção mais equânime nas necessidades específicas apresentadas por determinado grupo, sem deixar de lado a importância da conscientização das pessoas, em assumir sua identidade racial.

Logo, é importante a implantação em todos os formulários de saúde o quesito cor, para que sirvam como subsídios na elaboração de políticas públicas de saúde e de reparação social.

REFERÊNCIAS

BATISTA, L. E.; KALCKMANN, S. Raça, etnia e saúde. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, n. 31, p. 3, 2003.

BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P.; GOTLIEB, S. L. D. **Bioestatística**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2006. 350 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004b. 14 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2004a. 82p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, DF, 2005. 158 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2001. 199 p.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. C. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. Dissertação



(Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

COIMBRA, L. C. *et al.* Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 456-462, 2003.

COUTINHO, T. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 717-724, 2003.

LEAL, M. C. *et al.* Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no Município de Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S63-S72, 2004.

NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S.; RODRIGUES, Q. P. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 2, p. 191-197, 2007.

PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva. *Jornal da Rede Feminista de Saúde*, São Paulo, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/jornal/html>>. Acesso em: 15 set. 2003.

SILVEIRA, D. S. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. C. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 17, n.1, p. 131-139, 2001.

SCOTT, J. História das mulheres. In: BURQUE, P. **A escrita da história**. São Paulo: Novas Perspectivas/UNESP, 1992. p. 63-95.

SESAB. SUVISA. DIS. SIM. Informações em saúde. Mortalidade-Bahia: **Óbitos maternos por causas obstétricas diretas e indiretas ocorridos em Salvador/Ba em 2008 por raça/cor**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/sim/obtba.def>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec, 1998. 107p.

TREVISAN, M. R. *et al.* Perfil da assistência Pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, vol. 24, n. 5, p. 293-299, 2002.