

**TEXTO PARA DISCUSSÃO N° 118
ACHADOS E PERDIDOS SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA
NA PNDS - 1996**

Laura R. Wong

Rita Badiani

Inês Quental

Novembro de 1997

Ficha catalográfica

314.332(81) Wong, Laura.

W871a Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na
1997 PNDS: 1996. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 1997.
26p. (Texto para discussão ; 118)

1. Fecundidade humana – Brasil. 2. Pesquisa Nacional
sobre Demografia e Saúde. I. Badiani, Rita. II.
Quental, Inês. III Universidade Federal de Minas
Gerais. Centro de Desenvolvimento e Planejamento
Regional. IV. Título. V. Série.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL

ACHADOS E PERDIDOS SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA NA PNDS - 1996

Laura R. Wong

Departamento de Demografia/Cedeplar - Universidade Federal de Minas Gerais

Rita Badiani

Departamento de Planejamento - BEMFAM

Inês Quental

Departamento de Pesquisas Sociais - BEMFAM

CEDEPLAR/FACE/UFMG

BELO HORIZONTE

1997

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1. SOBRE A AMOSTRA.....	6
2. ALGUNS RESULTADOS.....	7
3. ASPECTOS EMERGENTES.....	10
3.1 Tamanho da família e demandas de planejamento familiar.....	10
3.2 Saúde da Mulher	16
4. ALGUMAS QUESTÕES METODOLÓGICAS.....	21
5. COMENTÁRIOS FINAIS	22
REFERÊNCIAS	24

RESUMO

Objetiva-se ressaltar alguns resultados da pesquisa DHS/BEMFAM, 1996 e chamar atenção para aspectos recorrentes e emergentes ligados à saúde reprodutiva. Os dados fornecem uma visão positiva da situação demográfica brasileira: níveis de mortalidade infantil em continuo descenso, melhorias nas condições de saúde, maior duração da amamentação e níveis relativamente baixos de desnutrição infantil e materna. Demonstram, também, uma fecundidade baixa, coerente com o desejo de um tamanho da família reduzido e intenso uso de anticoncepção.

Assinalam-se as relativamente amplas proporções de mulheres que engravidam usando métodos modernos e altos contingentes que os abandonam acusando efeitos colaterais. Levanta-se a hipótese de que o conhecimento '*universal*' de anticoncepcionais é precário entre a população brasileira, cujas alternativas para controlar a fecundidade seriam na realidade, bastante limitadas. Salienta-se a necessidade de estudar a) diferenciais de fecundidade ainda existentes e perspectivas de homogeneização dos níveis e padrões; b) motivações, determinantes e implementação do tamanho desejado da família em estudos longitudinais e transversais; c) a equidade entre sexos e a potencialidade da mulher em relação à reprodução; d) saúde reprodutiva nos diversos segmentos populacionais, a fim de identificar as populações de alto risco, incluindo perfis epidemiológicos das DSTs e HIV/AIDS, sexualidade e relações de gênero; e) morbidade e mortalidade, destacando a atenção primária à saúde e condições para uma maternidade sem riscos.

SUMMARY

The article points out the main DHS/BEMFAM 1996 findings and suggests a research agenda concerning reproductive health. Available data give a positive portrait of the demographic Brazilian situation: sustained decrease of infant mortality levels, improvement of health conditions, longer breastfeeding periods and relatively low levels of infant and maternal under nutrition. It shows low fertility levels, consistent with a small family size desired and intensive use of contraception.

The relatively high proportion of pregnancies due to modern contraception failure and discontinuation rates due to side effects are remarked. Hence the hypotheses of insufficient knowledge of contraception and few available options of the Brazilian population for family planning is outlined. Deep research on the following issues are suggested: a) Remaining fertility differentials and perspectives on levels and patterns homogenisation; b) motivation, determinants and implementation of desired family size using longitudinal and cross sectional studies; c) gender equality and women empowerment concerning reproduction; d) reproductive health among different population groups in order to identify population at higher risks. The diagnosis shall include epidemiology of STD and HIV/AIDS, sexuality and gender relations and the most at-risk population groups, as adolescents; e) morbidity and mortality, emphasising situation of basic health care and safe pregnancy and delivery.

INTRODUÇÃO

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS-96), tal como foi divulgada no relatório final (BEMFAM-DHS, 1997), dá continuidade às pesquisas realizadas no marco do programa de pesquisas de demografia e saúde, conhecidas com as siglas DHS: a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) de 1986 e a Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste (PSFNe), de 1991.

Dentro do plano de divulgação dos dados e promoção de análises em maior profundidade, a pesquisa colocou à disposição da comunidade científica sua base de dados, distribuindo-a, em meio magnético, à pessoas e instituições em nível nacional, ligadas ao estudo da população, principalmente àquelas envolvidas com pesquisas sobre saúde reprodutiva e às que compõem o comitê consultivo da pesquisa¹.

É importante lembrar que o fato de ter sido produzida após dez anos da PNSMIPF de 1986 e após cinco anos do Censo Demográfico de 1991 faz da PNDS-96 uma valiosa fonte de referência. Isto porque, entre outros, facilita análises longitudinais para grupos etários quinquenais - muito usadas pelos demógrafos - o que, obviamente, possibilita inúmeros estudos. O acervo de dados disponíveis permite um aprofundamento nos estudos sobre, por exemplo, prioridades para melhorar a saúde da mulher e da criança, determinantes das tendências recentes registradas na mortalidade (infantil e adulta), na fecundidade, na dinâmica contraceptiva, etc.

Com estes antecedentes, e motivado pelos delineamentos do programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento de 1994 (CIPD'94), particularmente no que tange aos direitos reprodutivos, o presente artigo tem por objetivo ressaltar alguns dos mais importantes fatos e chamar atenção para vários aspectos recorrentes e emergentes - ligados à área da saúde reprodutiva - que a pesquisa está assinalando e que, pelo potencial de informações disponíveis, devem ser objeto de análises mais aprofundadas.

Para uma melhor compreensão da abrangência geográfica desta pesquisa, faz-se, previamente, uma menção ao desenho amostral.

1. SOBRE A AMOSTRA

Em sua versão de 1996, a pesquisa entrevistou 12.612 mulheres, de 15-49 anos, e coletou informação para 4.782 crianças, nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa, num universo de 16.451 domicílios. O questionário conta com as seções recomendadas pelo projeto DHS III e incluiu, grosso modo, as seguintes seções: características dos domicílios e da população entrevistada,

¹ Participaram deste comitê: Associação Brasileira de Estudos de População (ABEP), Centro de Planejamento Regional (CEDEPLAR), Centro de Medicina (CEMICAMP-UNICAMP), Center for Disease Control and Prevention (CDC), Conselho de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisas Econômicas (IPEA), Fundação Sistema Estadual de Análises de dados estatísticos (SEADE), Fundação Joaquim Nabuco (FUNDAJ), Instituto Paranaense de Desenvolvimento (IPARDES), Universidade Estadual de Rio de Janeiro (UERJ-IMS), Instituto Sociedade, População e Natureza (ISPN) e Núcleo de Estudos de População (NEPO-UNICAMP).

fecundidade, anticoncepção, determinantes próximos da fecundidade, intenções reprodutivas, conhecimento e atitudes sobre DST/AIDS, mortalidade infantil e materna e saúde da mulher e da criança - aqui incluídos amamentação, assistência ao pré-natal e ao parto, vacinação e dados antropométricos.

Foi também considerada uma sub-amostra de 25% dos domicílios para pesquisar a população masculina, objetivando registrar, desde a perspectiva do homem, informações sobre conhecimento, atitudes e práticas relacionadas a planejamento da família, intenções reprodutivas, conhecimento e comportamento sexual em face da AIDS. Foram obtidas entrevistas completas para 2,949 homens.

A amostra foi desenhada para obter resultados representativos e estimativas independentes para as sete regiões da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD) - Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste - e para as áreas de residência urbanas e rurais. Além disso, permite várias estimativas independentes para Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Bahia, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

2. ALGUNS RESULTADOS

A PNDS-96, cujos primeiros resultados estão no relatório mencionado linhas acima, confirmou muitas das tendências já conhecidas nas várias dimensões da demografia nacional e constatou a evolução positiva de muitos indicadores, consequência, em parte, do processo de transição que o Brasil está experimentando. Assim, vale a pena repetir alguns desses achados.

A Tabela 1, apresenta de forma geral e sucinta alguns indicadores referentes ao processo reprodutivo que servem como ponto de partida para as observações que se seguem.

Com relação à fecundidade, comprova-se a persistência da queda que vem ocorrendo no país desde o final dos anos sessenta. A taxa de fecundidade total (TFT) para 1994-1996 foi de 2.5 filhos por mulher, coerente com outras estimativas e reforçando hipóteses de que o Brasil estaria próximo de níveis de reposição antes de finalizar o primeiro quinquênio dos anos 2000 (IBGE, 1997). Nota-se, desta vez, a tendência de queda em todas as idades, inclusive entre jovens de 15 a 19 anos, cujas taxas de fecundidade, que no passado registraram aumentos, decresceram ligeiramente no primeiro quinquênio dos anos 90. Na população feminina como um todo, a grande maioria dos nascimentos (70%) ocorre num saudável intervalo intergenésico superior a dois anos. Apesar disso, constata-se que ainda ocorrem nascimentos com curtos intervalos, afetando as chances de sobrevivência da criança, fato mais freqüente entre mulheres sem instrução e em regiões menos desenvolvidas.

No que se refere à prática contraceptiva - virtualmente conhecida por todos os entrevistados, se considerada a resposta sobre conhecimento da algum método contraceptivo - cerca de 75% de homens ou mulheres unidos usam algum método anticoncepcional. Destes, mais de 9, em cada 10, se valem de métodos modernos. Consolidou-se, desta forma - e face a dados da década de 80 - uma tendência de aumento da prevalência de uso de métodos e de uma mudança no mix dos mesmos: a pílula perde terreno, enquanto cresce, ostensivamente, a esterilização feminina, método usado por 40.1% das mulheres unidas e em idade reprodutiva. Com isto, o Brasil situa-se, no âmbito do Terceiro Mundo, entre os países de maior prevalência do uso de métodos modernos, alcançando 70% entre mulheres atualmente unidas. Dentre os países pesquisados pela DHS, com exceção da Tailândia, este

percentual está abaixo de 60% e muito freqüentemente abaixo de 40%. (DHS, 1997). Todavia, a prevalência da esterilização é das mais altas, sendo superada apenas por Porto Rico (CDC,1997).

TABELA 1

Brasil, 1996: Indicadores selecionados ligados à reprodução e prevalência e demanda de anticoncepcionais, segundo idade das mulheres

Grupo Etário	Taxas de Fecundidade		Idade mediana (em anos)			Solteiras (%)	Mulheres sem filhos (%)
	Por mil	Distribuição relativa (%)	da 1ª relação sexual	Mulheres sem filhos (%)	ao ter o 1º Filho		
15 a 19	86.0	17.0		(*)	(*)	83.2	85.7
20 a 24	152.0	30.0	18.7	(*)	(*)	47.4	50.8
25 a 29	123.0	24.3	18.8	21.0	22.2	21.5	26.2
30 a 34	81.0	16.0	19.4	21.0	22.2	10.2	12.2
35 a 39	46.0	9.1	19.6	21.0	22.3	8.2	9.8
40 a 44	16.0	3.2	19.9	21.0	22.4	6.2	7.9
45 a 49	3.0	0.6	20.7	21.6	23.0	5.2	8.8
TFT (Por mulher)	2.5						
Total		100.0	19.5	21.1	(*)	30.6	33.4

Grupo Etário	Uso atual de anticoncepcionais entre mulheres unidas (%)				Nascimentos não planejados	Proporção de demanda total por anticoncepção
	Total	Métodos Modernos		Métodos Tradicionais		
		Total (a)	Pílula	Esterilização	(b)	(d)
15 a 19	54.1	47.2	36.1	0.4	6.3	50.2
20 a 24	66.0	61.6	39.5	11.4	4.1	46.9
25 a 29	77.6	70.1	32.9	26.9	7.3	44.8
30 a 34	84.3	78.6	23.2	42.7	5.7	51.0
35 a 39	83.2	76.8	12.4	55.1	6.2	62.5
40 a 44	79.1	72.8	7.8	58.3	5.5	72.1
45 a 49	68.6	60.4	3.8	51.5	7.9	63.8
Total	76.7	70.3	20.7	40.1	6.1	49.4
						85.8

Fonte: BEMFAM/DHS (1997) : Brasil, Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996.

(*) Não Calculada

(a) Todos os métodos modernos, inclusive Condom, métodos vaginais, etc.

(b) Tabela, Coitus Interruptus, etc.

(c) Inclui nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, classificados como não planejados no momento da concepção ou não desejados.

(d) Calculada a partir de mulheres unidas com necessidade insatisfeita de anticoncepção, usuárias de métodos e mulheres grávidas ou amenorréia cuja gravidez resultou de uma falha de métodos.

A queda sustentada da fecundidade e a alta prevalência de uso de anticoncepcionais modernos explicam-se, ou estariam associadas, ao desejo de um tamanho de família relativamente muito reduzido. Com efeito, a taxa de fecundidade desejada foi de 1,8 filhos por mulher, e - considerando este aspecto desde outro ponto de vista - quase 80% das mulheres unidas, incluindo as esterilizadas não desejam ter mais filhos.

No plano da mortalidade infantil e riscos reprodutivos, novamente a PNDS-96 confirma, claramente, uma tendência de redução, embora a mortalidade infantil ainda continue alta em comparação com outros países desenvolvidos e mesmo do Terceiro Mundo. Nos últimos 20 anos, a mortalidade infantil passou de um patamar de 75 para 39 óbitos por mil nascimentos.

Os diferenciais por nível de instrução da mãe e por assistência ao pré-natal e parto são notáveis, o que dá claras evidências sobre o caminho a seguir para intervenção e monitoramento nesses aspectos das condições de vida. Em que pesem as limitações de uma análises univariada, os resultados gerais chamam atenção para os seguintes diferenciais:

- Entre as mulheres sem nenhuma instrução, a taxa de mortalidade infantil é de 93 por mil, caindo para 28 por mil entre aquelas com 11 anos de estudo.
- A maior desvantagem é para as mulheres que não tiveram assistência alguma no pré-natal e no parto - 207 por mil.
- Persiste uma forte diferenciação regional: enquanto o Sul apresenta a menor taxa (25 por mil), no Nordeste ela é quase três vezes maior (74 por mil).
- A mortalidade infantil é maior entre filhos de mães em idades extremas do período reprodutivo (34 anos e mais), entre os que nascem em intervalos intergenésicos curtos (menos de 24 meses) e/ou de mães de alta parturição².

Com relação à atenção médica, os resultados apontam uma contínua alta na cobertura de assistência pré-natal se considerarmos o número de mulheres grávidas que nos últimos cinco anos tiveram algum tipo de atenção profissional. Esta teria passado de 58% para 86% em 10 anos, embora ainda persistam diferenças regionais e culturais significativas. É bastante alta a proporção de mulheres sem atendimento pré-natal nas áreas rurais e no Nordeste (32% e 26%, respectivamente). Entre aquelas sem nenhuma instrução, ou com mais de seis filhos, esta proporção está em torno de 40%.

A mortalidade materna, fenômeno pesquisado pela primeira vez a nível nacional, é ainda significativa segundo a PNDS-96. A Razão de Mortalidade Materna (RMM), com indicativos de declínio, teria sido de 200 mortes maternas para cada 100.000 nascidos vivos, no período aproximadamente compreendido entre 1980-90. Ressalta-se que, embora países subdesenvolvidos apresentem RMM muito maiores às obtidas para o Brasil (usualmente acima de 500.0), nos lugares em que a mulher tem pleno acesso à saúde, ela oscila em torno de 5.0. (WHO, 1997).

No que diz respeito à saúde das crianças, observa-se que 54% daquelas com até cinco anos de idade foram totalmente imunizadas, sendo essa proporção ainda maior entre as menores de 2 anos, o que demonstraria melhorias deste serviço para períodos mais recentes. Cerca de 93% das crianças foram vacinadas contra tuberculose (BCG) e 95% tomaram as primeiras doses da tríplice (difteria, tétano e coqueluche) e anti-pólio. Saliente-se que estas coberturas são as maiores entre as registradas nos países do Terceiro Mundo pesquisados pela DHS (1997). Atendendo a outros indicadores, registrou-se que menos de um quinto das crianças que apresentaram algum sintoma de infecção respiratória aguda receberam cuidados médicos e entre as que tiveram diarréia, apenas um terço foi levada a um serviço médico, indicando, possivelmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde. Acrescenta-se, entretanto, que 83% das mães pesquisadas informaram conhecer o pacote de soro rehidratante oral, o que, certamente deve ter contribuído para diminuir a busca por serviço médico, bem como de uma boa parte de mortes evitáveis.

A amamentação é amplamente difundida, atingindo 93% das crianças. Mesmo sabendo que percentuais superiores a 90% são facilmente encontrados em muitas populações, vale a pena salientar as especificidades do país. Muitas crianças começam a ser amamentadas durante o primeiro dia de vida (71%), assegurando-se assim uma melhor imunidade. A duração mediana da amamentação é de 7

² Deve-se lembrar, que este perfil de risco diferenciado segundo variáveis, ditas, reprodutivas, similar - ademais, ao risco de morte materna - é bastante típico, mesmo quando controlado o efeito de determinantes como: educação, áreas de residência urbana ou rural, etc. O mesmo perfil é encontrado, ainda, a considerar e controlar o 'confounding effect' da associação idade&parturição. A evidência pode ser encontrada, por exemplo, em PAHO/WHO, 1985; Population Reports, 1984; Graham e Airey (1987).

meses, o que é um grande avanço, considerando-se que, em 1986, era de aproximadamente 3 meses (Vitora, 1987). A qualidade e quantidade da amamentação mostram, nesta pesquisa, uma clara correlação com as características socio-econômicas da população. Em geral, mulheres mais instruídas reportaram amamentar seus filhos com mais freqüência e por mais tempo que as de menor instrução.

Por último, a desnutrição na infância apresentou, em geral, proporções bastante uniformes e relativamente baixas, quando comparadas a outros países Latino-americanos. As maiores diferenças registraram-se, novamente, segundo a instrução da mãe e, em menor medida, segundo a ordem e o intervalo de nascimento. A desnutrição crônica entre crianças menores de cinco anos é de aproximadamente 11% e, dentro deste universo, duas em cada dez padeceriam de nanismo nutricional grave. O menor índice registrou-se entre crianças menores de 6 meses, aumentando bruscamente no segundo semestre de vida, o que estaria associado à época de desmame.

3. ASPECTOS EMERGENTES

As observações anteriores fornecem no geral, uma visão positiva de vários aspectos da situação demográfica brasileira. Sucintamente, a PNDS-96 assinala níveis de mortalidade infantil em continuo descenso, melhorias nas condições de saúde, maior duração da amamentação e níveis relativamente baixos de desnutrição infantil e materna. Demonstram, também, fecundidade baixa, relativamente coerente com o desejo de um tamanho da família reduzido e prática intensa de contracepção moderna.

Simultaneamente aos indicadores que justificam as afirmações anteriores, a pesquisa oferece, também, informações que sugerem intervenção mais ativa para manter o teor otimista que os dados gerais inspiram. Adicionalmente, este mesmo banco de dados aponta novas facetas de uma dinâmica populacional, própria de situações transicionais, que precisam ser estudadas para dimensionar as demandas que certamente gerarão. Sem dúvida, são muitos os aspectos demográficos que podem ser melhor conhecidos a partir da exploração deste tipo de dados, entre eles, estão as condições de vida - e morte - das crianças, a demanda por serviços médicos para todas as idades e sexos, etc. Como mencionado na introdução, este trabalho prioriza questões relacionadas ao processo reprodutivo.

3.1 Tamanho da família e demandas de planejamento familiar

Entre os muitos aspectos que devem ser analisados com aprofundamento e rigor científico, encontra-se a expectativa com relação ao tamanho da família. Parece existir pouca dúvida com relação à universalidade de um número de filhos desejado bastante reduzido. Com efeito, com a única exceção de homens sem instrução, em nenhuma das categorias populacionais encontrou-se, como resposta, um número ideal de filhos acima de três, sendo que, no total, tanto homens como mulheres declaram que a média ideal de filhos situar-se-ia no intervalo, relativamente estreito de 2.3 a 2.6. Este valor, que poderia ser considerado bastante baixo, não difere dos estimados para outros países da região³ e se identifica com a TFT observada, que como mencionada, foi de 2.5 filhos por mulher.

³ Em Colômbia e Equador, o número ideal de filhos reportados em pesquisas para os anos pós-90, foi de 2.5 e 2.7 respectivamente. (CDC/FNUAP; 1995 e DHS/Pro-Família; 1995).

A resposta sobre o número médio ideal de filhos, como se sabe, tende a ser enviesada pelo número de filhos efetivamente tidos, resultando daí que, freqüentemente, estes números se aproximem. De forma alternativa, obter-se-ia um dado relativamente mais apurado sobre o tamanho ideal da prole ao analisar, por exemplo, aspectos relacionados à época do início das gravidezes que deram origem aos filhos tidos mais recentemente, o que permitiria deduzir o componente 'desejado' da fecundidade de uma mulher⁴. Assim, a partir de perguntas sobre a intenção, ou não, de engravidar e uso de anticoncepcionais, a PNDS-96 apresenta a taxa de fecundidade desejada, já reportada, de 1.8 filhos por mulher; este valor, comparado aos números do parágrafo anterior, implica numa diferença relativamente importante de um terço. Indicaria, ademais, que, provavelmente, o número médio ideal de filhos para os casais brasileiros, situa-se abaixo do intervalo antes mencionado.

Esta descoberta conduz aos determinantes próximos que possibilitem alcançar estes níveis, e dentre eles, a aspectos como a oferta e demanda de métodos anticoncepcionais, cuja mesuração torna-se plausível face à atual disponibilidade de dados adequados. Isto, num contexto de absolutamente ampla difusão do conhecimento de métodos - ainda que incompleta ou erroneamente - e da relativamente alta prevalência de uso.

Entre os tópicos a serem considerados, pode-se mencionar: o conhecimento de métodos anticoncepcionais, o uso correto dos mesmos e as demandas futuras.

a) O conhecimento de métodos anticoncepcionais

Se é certo que praticamente 100% dos entrevistados, homens e mulheres - sejam estes unidos ou não, e com ou sem experiência sexual - declaram conhecer ou ter ouvido falar sobre algum tipo de método, é verdade, também, que não é toda a população que conhece todos os métodos. Esta universalidade é atingida porque, praticamente todos mencionam anticoncepcionais orais, uso do condom e esterilização feminina. Em média, no entanto, as mulheres unidas conhecem apenas 7.5 métodos. Com relação aos outros métodos, observa-se que cerca de um quarto das mulheres e metade dos homens não sabem da existência do DIU, nem de procedimentos de esterilização masculina. Métodos vaginais, entre os quais se inclui o diafragma, são desconhecidos por mais da metade das mulheres e por quase dois terços dos homens.

Em acréscimo, deve-se mencionar que uma grande maioria (quase 90% de homens ou mulheres) ignora a existência de outros métodos hormonais, como é o caso dos implantes do tipo Norplant. O mesmo se aplica aos injetáveis, método, ignorados por quase metade dos homens. Considerando que, praticamente metade das mulheres que regulam a fecundidade usam a pílula, mereceria maiores considerações, por parte dos interessados em saúde reprodutiva e da mulher, o fato de, no interior desta população, existir um grande desconhecimento sobre outros métodos hormonais disponíveis. A difusão do conhecimento deve incluir, obviamente, tanto os aspectos positivos como negativos que cada método pode ter.

Em suma, estes números, ao mesmo tempo que indicam um leque relativamente amplo de alternativas pelas quais os casais potencialmente demandariam mais conhecimento e/ou

⁴ Com relação à forma de operacionalizar este conceito, veja-se, por exemplo, Bongaarts e Lightbourne, 1990; Lightbourne, 1987.

disponibilidade, mostram também que, embora todos conheçam algum método, a totalidade de alternativas não é conhecida. Conhecer todos os métodos é condição necessária para um melhor critério de escolha com consequente maior grau de liberdade para regular a fecundidade.

b) Fontes de Obtenção, falhas e descontinuação

O que foi dito anteriormente, remete à necessidade de se aprofundar sobre o grau e precisão do conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, o que inclui aspectos como fonte e mecanismos de obtenção, bem como uso adequado e correto dos mesmos.

Em primeiro lugar, com relação às fontes de obtenção, a mais citada para se conseguir anticoncepcionais é o setor público, em que se incluem hospitais públicos, conveniados e postos de saúde (34,8%), seguido de farmácias (28,7%). Percebe-se que a fonte de obtenção segue o padrão de prevalência de uso, isto é, esterilização feminina no setor público e pílula via farmácia. Feita a ponderação pelos custos de cada método, pode-se deduzir que grande parte dos recursos para cobrir a demanda por métodos anticoncepcionais corresponde ao setor público. A participação do governo, ademais, teria aumentado nos últimos anos, pois em 1986, as esterilizações feitas em instituições públicas representaram pouco mais de 55% (Arruda et al., 1987). Quando indagadas sobre a principal razão para utilização de determinada fonte de obtenção de métodos, mais da metade das mulheres (52%) reportaram como motivo ser esta a única conhecida, evidenciado novamente a escassez de opções. Fatores relacionados à qualidade foram reportados por 20% das usuárias de algum método.

Estudos sobre o custo-benefício da política passada de *laissez faire* sobre assistência em planejamento familiar que o país teve, deverão considerar esta informação e contribuir para esclarecer em que medida, omissões do passado determinaram os custos fiscais e sociais do atual padrão de uso de métodos. Servirá, também como elemento de partida para monitorar e avaliar os próximos sistemas de assistência em planejamento familiar a serem implantados.

Em segundo lugar, outro aspecto a ser considerado, dado o quadro de prevalência que praticamente limita-se ao uso da esterilização e da pílula, é a percepção da ineficácia da pílula e de outros métodos. A hipótese inicial a ser formulada poderá apoiar-se na informação da PND-96 sobre descontinuação e falha dos métodos. Com relação a este fenômeno, os dados revelam que 43% das usuárias de métodos reversíveis interromperam sua prática antes de completar um ano de uso, por diversos motivos. Esta proporção está dentro do observado nas mais variadas populações com alguma prevalência significativa⁵. Além do mais, é um valor esperado, uma vez que se trata de mulheres cuja probabilidade de ser mães - isto é, de ter pelo menos um filho, e tal como se deduz da Tabela 1- é superior a 90%. Desta forma, em algum momento da vida reprodutiva, interrompem o controle sobre a fecundidade, descontinuando, assim, o uso do método anticoncepcional.

⁵ Populações tão diversas como Romênia, Bangladesh e Colômbia com 40, 45 e 91% , respectivamente, de mulheres unidas praticando anticoncepção, apresentam proporções de descontinuação de 39 a 50 %. (CDC-IOMC, 1995; DHS-NIORT, 1994; CDC/FNUAP; 1995)

TABELA 2

Brasil, 1996: Mulheres unidas em idade reprodutiva e distribuição percentual das principais razões de interrupção do uso de métodos anticoncepcionais nos cinco anos anteriores à pesquisa (excluídas as mulheres que queriam engravidar)

Razão para interrupção do uso	Tipo de método				
	Total	Hormonais	DIU	Condom	Métodos Tradicionais
Ficou grávida	18.1	14.1	8.0	12.7	36.0
Efeitos colaterais e contra indicações	24.6	36.3	43.6	6.4	1.8
Motivos especificados (1)	30.9	20.8	15.9	60.0	38.5
Motivos não especificados e ignorados	26.3	28.9	32.5	21.1	23.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Número	6.014	3.690	65	1.014	1.246

(1) Inclui opinião do parceiro, acesso, custos, ausência de risco de engravidar, etc.

Fonte: BEMFAM/DHS (1997) : Brasil, Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996.

Faz-se interessante ressaltar que, as razões para interromper o uso de métodos anticoncepcionais devido a outras causas, que não o desejo de engravidar, devem ser objeto de maior atenção. Assim, os motivos para abandonar a prática anticoncepcional aparecem sintetizados na Tabela 2. Em primeiro lugar, ela mostra que de cada 100 mulheres utilizando algum método nos cinco anos anteriores à pesquisa, excluídas as que manifestaram desejo de engravidar, 18 deixaram de usá-lo por terem ficado grávidas durante o uso. Além da descontinuação por falha de método entre as usuárias de métodos tradicionais, que é notadamente alta⁶, observa-se que 14% das que usavam um método hormonal também engravidaram.

Em condições ideais, a efetividade de métodos hormonais está próxima de 100% e, na prática, estudos realizados durante os anos 70 nos Estados Unidos demonstraram que a pílula, por exemplo, alcançava uma efetividade de 99%. Este percentual alcançaria, em países subdesenvolvidos, como Filipinas, 95% (Bongaarts e Potter, 1983). Considerando que a composição contraceptiva dos métodos hormonais, tem, sem dúvida, evoluído significativamente até alcançar seu perfil atual, no qual a efetividade obtida em estudos clínicos é estimada em mais de 99% (Ross e Frankenberg, 1993), surge a necessidade de justificar os elevados índices de abandono, devidos a uma gravidez, durante o uso de métodos hormonais. Isto aplica-se também ao DIU, cuja efetividade - dentro dos vários tipos disponíveis e - quando corretamente usado - estima-se superior a 95%, trate-se ou não de contextos subdesenvolvidos (Ross e Frankenberg, 1993).

Uma das hipóteses seria a de associar estas altas taxas de abandono por falha do método, tanto à falta de conhecimento correto, como a falhas durante o uso dos métodos, sendo ambas provocadas pela ausência de serviços médicos adequados. As proporções de abandono seriam, assim, maiores em lugares menos privilegiados em termos de atenção à saúde, como por exemplo, o Nordeste, onde, em 1991, 17% de usuárias manifestaram terem interrompido o uso da pílula por terem ficado grávidas sem desejar (BEMFAM-DHS, 1992).

Em segundo lugar, chama atenção a grande proporção de mulheres que abandonam, tanto os métodos hormonais como o DIU, devido à efeitos colaterais e contra-indicações; em geral, estes são motivos de descontinuação de similar importância em muitas populações, estando amplamente

⁶ Esta proporção é maior que entre as mulheres que utilizavam condom, mas, estas últimas apresentam com mais freqüência, outras razões para abandonar o condom; entre elas, por exemplo, a busca por métodos mais eficazes. Acrescenta-se ainda, que as usuárias de métodos tradicionais correspondem a menos de 10% do total das usuárias. (BEMFAM-DHS, 1997).

documentados para países subdesenvolvidos (Ross e Frankenberg, 1993). Uma vez que estes métodos estão evoluindo para adequarem-se às individualidades do usuário, constitui-se, igualmente, em outro desafio diagnosticar acuradamente se esses motivos não estão, mais uma vez, associados à insuficiência de atenção médica. Adicionalmente, seria importante identificar as sub-populações com maiores proporções de abandono a fim de caracterizá-las e propor estratégias para, também, oferecer adequadamente estes métodos. Isto se aplica, particularmente, ao caso do DIU, cuja demanda, hoje inexpressiva, pode ser ampliada.

Em terceiro lugar, há que se considerar a grande diversidade da categoria "outras respostas" (apresentadas com mais detalhe no relatório final) para justificar o abandono de práticas contraceptivas. Estas incluem motivos tão variados como opiniões do parceiro, atitudes fatalistas, etc. e vários aspectos merecem atenção. O primeiro deles, reside na necessidade de explicar o fato de que, embora como se viu, haja uma alta insatisfação causada por efeitos colaterais, a porcentagem de mulheres que abandonam o método na procura de outros mais eficazes, particularmente entre usuárias de métodos modernos é inferior a 5%. O segundo aspecto tem a ver com a percepção de disponibilidade dos métodos: é praticamente inexpressivo o número de mulheres que abandonam um método acusando dificuldades de acesso ou custos. Embora se trate de percentuais residuais, a predominância, na população, de uma certa visão de que métodos de controle da fecundidade estariam à sua disposição e a impressão de que o custo monetário é secundário, é mais uma questão a ser analisada. A maneira em que tal fato contribui, ou não, para ampliar o leque de conhecimento e escolha de mecanismos para regular a fecundidade poderia ser focalizada.

Finalmente, mais um desafio com relação à avaliação do abandono de métodos está na multiplicidade de razões declaradas para descontinuar o uso dos mesmos. A dificuldade para estabelecer um critério de classificação e interpretação de tais motivos existe e deverá permanecer até posteriores coletas de dados pois, no presente caso, como mostra a Tabela 2, uma de cada quatro respostas não se enquadrava nas categorias preestabelecidas pela pesquisa.

Em resumo, o quadro desenhado por estes números informa sobre relativamente amplas proporções de mulheres que engravidam usando métodos modernos, altos contingentes que os abandonam acusando efeitos colaterais e limitações da coleta para captar todos os motivos que levam ao abandono de um método. Esta constatações possibilitam mais uma hipótese de trabalho: a de que o mencionado conhecimento quase 'universal' de métodos anticoncepcionais seria muito superficial entre a população brasileira, cujas alternativas são, na realidade, bastante limitadas.

c) Demandas futuras de anticoncepção

O relatório final da PNDS 96 assinala, com poucas ambigüidades, a existência atual de uma demanda insatisfeita por métodos anticoncepcionais, relativamente importante. São vários os indicadores deste tipo de demanda, sendo que o mais ilustrativo pode ser o *status* do nascimento ter sido, ou não, desejado pela entrevistada. Nos cinco anos prévios à pesquisa, 50% dos nascimentos ocorreram porque foram desejados e aconteceram, também, no momento planejado. Os demais, ou não foram desejados no momento, ou simplesmente não foram desejados. Voltando aos valores da Tabela 1, impressivamente, na medida em que aumenta a idade da mulher, aumenta, também, o número de nascimentos não desejados.

Com relação à demanda futura, os resultados refletem as atuais circunstâncias: no futuro, as mulheres optariam por anticoncepcionais hormonais ou pela esterilização que, como constatado, são os métodos mais amplamente conhecidos. Pode-se questionar se esta variável é útil para estimar a demanda por planejamento familiar, da mesma forma como se questionou se o número ideal de filhos seria um bom indicador do curso da fecundidade no curto e médio prazo. Tal como neste caso, os resultados estão a sugerir que as intenções de uso podem ser um bom indicador da quantidade e composição da clientela a ser esperada. A este propósito, vale a pena lembrar os números obtidos dez anos antes da PNDS-96. Com efeito, em 1986, do total de mulheres não usuárias, perto de 60% declararam que usariam algum método anticoncepcional no futuro. A perspectiva de eleger a esterilização era mais enfatizada no longo prazo e de forma bastante mais acentuada; naquela época, 43.6% de não usuárias manifestaram que elegeriam a esterilização como alternativa a ser usada, não nos próximos 12 meses, mas em algum momento no futuro. A pílula registrou apenas 24% das respostas e a abstinência periódica, 9%. A PNDS, 96 revelou um perfil bastante coerente com o que assinalava a pesquisa de 1986.

Atualmente, as mulheres que pretendem usar algum método anticoncepcional no futuro declaram que elegerão, preferencialmente, anticoncepcionais hormonais (mais de 45%); o segundo grupo importante é constituído pelas que escolheriam a esterilização a médio ou longo prazo. São 36% das mulheres, grande parte das quais, pensa recorrer à esterilização depois de ter usado a pílula durante algum tempo (12 meses, neste caso). A pouca expressividade dos outros métodos citados (DIU, condom e esterilização masculina, aparte dos métodos tradicionais), bem como a ausência de preferências por métodos menos invasivos como o diafragma, completam o panorama sobre as intenções de uso futuro de métodos anticoncepcionais.

A adequada interpretação do quadro da demanda atual e futura, é crucial, pois deverá servir de base para a formulação de planos de assistência à reprodução e alocação de recursos para planejamento familiar. Ambas as atividades deverão avaliar esta informação muito criteriosamente considerando, pelo menos, dois aspectos. O primeiro deles, o fato de as mulheres manifestarem um perfil de uso futuro que, em anterior pesquisa demonstrou ser verdadeiro - sendo imperativo explicitar, para o Brasil, o significado deste perfil de preferência. O segundo, a discussão da ética de oferecer aos casais apenas aquelas poucas alternativas por eles mencionadas e assim, contribuir para a perpetuação da cultura da pílula e da esterilização. O desenho de tais planos torna-se ainda mais difícil se, como sugerido linhas antes, o conhecimento de práticas anticoncepcionais, na verdade, está próximo de uma falácia.

Em síntese, estes são os elementos a serem estudados como ponto de partida para ter um dos direitos reprodutivos básicos, qual seja: "*o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha, seguros, eficazes, aceitáveis e que estejam dentro de suas posses, assim como outros métodos de sua escolha para regular a fecundidade, que não infrinjam a lei ...*". (CIPD'94 e FNUAP - 1997, p. 17).

3.2 Saúde da Mulher

Com relação à saúde da mulher, são vários os desafios de análise apontadas pela PNDS-96. Muitos deles estão intimamente relacionados à saúde das crianças e são objetos do que denomina-se atenção à saúde da mulher e da criança como, por exemplo, a amamentação, os períodos de insusceptibilidade pós-parto e os intervalos gestacionais. Esta seção menciona, brevemente, alguns que se referem mais propriamente à saúde reprodutiva da mulher.

a) Atenção ao parto e mortalidade materna

A PNDS-96 coletou informações bastante detalhadas quanto à atenção médica ao pré-natal e durante o parto, para todos os nascidos vivos nos cinco anos anteriores à pesquisa. Oferece, também, estimativas de mortalidade materna, muito embora, os dados não permitam um aprofundamento detalhado desta variável. De qualquer maneira, uma análise que possibilite estabelecer e quantificar relações entre a atenção médica e o acesso e disponibilidade a estes recursos e mortes maternas, demonstraria, por exemplo, a necessidade de se ampliar e democratizar a cobertura da assistência médica durante o processo relativo ao parto - o que, obviamente, deveria incluir a fase puerperal. Isto, sem dúvida, forneceria subsídios para a diminuição dos níveis da mortalidade materna que, como se viu, ainda ocasiona perdas precoces e inúteis de vida. Com efeito, depreende-se dos números apresentados no Relatório Final, que estaríamos assistindo a uma média anual de pelo menos, 2,000 mortes de mulheres em idade reprodutiva pelo simples fato de engravidar, sendo que, destas, em torno de 90% poderiam ser evitadas (WHO, 1987). Dado que as estimativas não podem ser desagregadas e a perniciosa desigualdade social que caracteriza o país, o desafio que se apresenta é o da identificação dos grupos sociais mais expostos a este risco a fim de que, também a eles, seja estendido, nos termos da CIPD⁷ 94, o '*direito de acesso a serviços de saúde que permitam à mulher uma gravidez e parto seguros*'.

b) Gravidez na adolescência

A já mencionada fecundidade entre adolescentes, ao contrário do que se registrou entre mulheres de mais idade, e como tem acontecido em muitas sociedades em situação de transição, aumentou ligeiramente nas últimas décadas⁷. A taxa de fecundidade, para cada mil jovens de 15 a 19 anos teria sido de 65.0 e 80.1, segundo os censos de 1970 e 1991⁸. O fato certamente chamou atenção e despertou a sensibilidade de muitos pesquisadores, uma vez que, proporcionalmente aos outros grupos etários, sua contribuição aos níveis da TFT começou a ser cada vez mais importante (Wong e Melo, 1987; Alegria et al., 1989; Melo 1996). O registro civil, no entanto, já assinala a incorporação das jovens à tendência generalizada de declínio da fecundidade. Segundo dados de Albuquerque e Oliveira (1996), a taxa da faixa etária mencionada, localizou-se claramente acima e abaixo de 80.0 por mil durante o segundo quinquênio dos anos 80 e primeiro quinquênio dos anos 90 respectivamente.

⁷ Este foi o caso nos Estados Unidos na época da transição da fecundidade, e tem sido uma tendência recente registrada em vários países latino-americanos (Singh e Wulf, 1994).

⁸ As fontes para ambas estimativas são: Carvalho e Pinheiro, 1986; e Sawyer e Freire, 1997.

Similar tendência detectou-se na PNDS-96: para o período 1986/90, a taxa teria sido de 97 para cada mil jovens. No período 1991/95, este valor teria diminuído para 88. Vale salientar que o fato de estes valores serem maiores que os obtidos a partir de dados censitários e de registro civil, já mencionados, justifica-se pelo maior rigor na coleta de dados que normalmente possuem as pesquisas amostrais do tipo DHS.

A hipótese da motivação para se evitar a procriação, ter se estendido, também, às jovens, abre uma série de questões que podem ser inicialmente analisadas à luz dos dados da PNDS-96. Em primeiro lugar, uma vez que é consenso internacional reduzir o número de casos de gravidez não-desejada na adolescência, nos termos do programa de ação da CIPD'94 - independentemente dos rumos da fecundidade no total da população - deve-se avaliar se realmente estamos a presenciar a incorporação definitiva, deste grupo etário, na clara tendência de declínio da fecundidade brasileira, ou se trata-se de uma mudança conjuntural. Neste último caso, corresponderia identificar os fatores associados a estas oscilações e avaliar suas consequências, sejam elas demográficas ou de qualquer outra natureza.

Em segundo lugar, aspectos tais como os padrões de entrada e permanência na vida conjugal - ou nupcialidade - e a fecundidade neste grupo etário, devem ser considerados. Sua importância, baseia-se no fato de que a fecundidade completa de uma mulher, e como consequência, a reprodução da população, operam-se através de um período de tempo que se inicia com a entrada à exposição ao risco de procriação (isto é a uma união estável) e a primeira gravidez levada ao termo de um nascido vivo. A Tabela 1 indica que haveria, em média, para mulheres adultas, um intervalo superior a um ano entre o momento em que acontece primeira união e o nascimento do primeiro filho, não podendo estimar por motivos estatísticos, similar medida para mulheres mais jovens. É importante, assim, dispor de elementos que prognostiquem a relação entre os "timings" da reprodução e da nupcialidade, e o perfil socio-econômico e cultural das gravidezes que, nestas idades, costumam precipitar as uniões conjugais. Sabe-se que famílias, assim iniciadas, determinam estratégias de sobrevivência que implicam, por exemplo, truncamento da qualificação individual e entrada precoce ao mercado laboral com baixa remuneração e consequente perda de qualidade de vida.

No pressuposto de que nem toda gravidez entre jovens abaixo dos 20 anos é um problema social, interessa, saber o grau de cobertura social que eles têm. Isto é, se, em qualquer caso, jovens que engravidam têm acesso à atenção médico-sanitária e a suficiente informação, educação sexual e arbítrio para discernir o significado de gravidez desejada, não planejada, não desejada e interrompida. Finalmente, uma vez que a fecundidade mede a freqüência de gravidezes que culminam uicamente em nascidos vivos, estudos originados a partir de dados básicos, como os da PNDS-96, deveriam apontar à necessidade de maior aprofundamento nas atitudes que os adolescentes, de ambos sexos, tomam em relação à gravidez e do respeito que por tais atitudes deve-se ter,

c) Esterilização

Desde que o recurso à esterilização foi detectado como uma prática de relevância no país, este assunto tem sido amplamente pesquisado e discutido⁹. A esterilização, segundo os dados da PNDS-96, demonstra ter uma aceitação disseminada e ampla em todos os subgrupos populacionais, considerando o uso atual, como as perspectivas de uso no futuro.

⁹ Ver por exemplo, Alencar e Andrade, 1991; Barros, 1984; Berquó, 1993; Perpétuo, 1996.

O leque de possibilidades de análises, relacionadas a essa controvertida prevalência, inclui aspectos como direitos reprodutivos, relações de gênero, acesso garantido e oportunidade de escolha de métodos anticoncepcionais, padrão uniforme de família reduzida, situação sócio-econômica, etc. Dentre estas relações, valeria a pena destacar a que associa parto cesáreo e esterilização. Com efeito, a pesquisa comprovou, mais uma vez, a alta correlação entre parto cesáreo e esterilização (4 de cada 5 esterilizações teriam sido feitas durante a cesariana), que, embora não mude segundo a idade, parece mudar segundo o nível de desenvolvimento da região e torna-se mais clara ao considerar o instrução da mulher: quanto maior o número de anos estudados, maior a porcentagem de esterilização no parto cesáreo, chegando a 81% entre as mulheres com doze ou mais anos de estudo.

A proporção de esterilizações durante o parto cesáreo pode ser interpretada como um indicador da manipulação a que as mulheres estariam sujeitas ao serem induzidas - ou coercionadas - a optar por uma esterilização. Isto aplica-se ao caso do consentimento para a esterilização ter sido dado pela mulher, no momento próximo ao parto pois, durante esta fase, ela estaria relativamente mais fragilizada. Os números obtidos, que indicam maior associação entre parto cesáreo e esterilização justamente para mulheres mais instruídas ou residindo em áreas mais desenvolvidas, apontam para a necessidade de se aprofundar o conhecimento destas relações. Assim, deve-se considerar ao menos dois planos na análise destes aspectos.

Por um lado, a inclusão de variáveis associadas ao processo de decisão, como por exemplo, época e motivação da decisão, intervalo entre a decisão e a esterilização, história de esterilizações na família, situação marital etc. Por outro, há questões metodológicas a considerar na padronização nas comparações. Perpétuo (1996), por exemplo, ao controlar os aspectos sócio econômicos na Região Nordeste, com dados de 1991, constata uma associação direta entre baixos níveis de educação e esterilizações no momento do parto, contrastando com o que os dados recentes mostram. A nível nacional, a esterilização feita fora da época do parto é, aparentemente, mais freqüente em mulheres com poucos filhos e menos instruídas e, de uma forma menos clara, em regiões menos desenvolvidas. Estes achados merecem ser objeto de análises no pressuposto ainda, de existir forças coercitivas para a mulher se esterilizar.

3.3. Relações de gênero e sexualidade

As relações de gênero determinam, muitas vezes, o cotidiano demográfico de uma população, podendo influenciar tomadas de decisões sobre auto cuidado em saúde, tamanho e formação da família, etc. É sabido, por exemplo, que em algumas culturas muçulmanas, se exige a presença do marido - e na ausência deste, um parente masculino - para que uma mulher, independente da idade, tenha acesso a cuidados médicos de qualquer natureza, incluindo atenção ao parto. No Brasil, entre os dispositivos legais para a mulher se submeter a uma laqueadura de trompas, exige-se a autorização do marido, sem a qual, não procederia a esterilização. Tais situações contrastam com o programa de ação da CIPD'94, entre, cujos princípios manifesta que: "*promover a equidade e igualdade dos sexos, atribuir poder à mulher, eliminar toda forma de violência contra a mulher e garantir sua capacidade de controlar a própria fecundidade são a pedra angular dos programas sobre população e desenvolvimento*" (CIPD' 94 e FNUAP - 1997, p. 12).

Assim, um primeiro passo para a implementação e sucesso deste tipo de ações, está no diagnóstico adequado de como se operam as relações de gênero e as desigualdades existentes, particularmente com relação ao comportamento reprodutivo, incluído aqui, o exercício da sexualidade e a epidemiologia da mesma, concretamente, aquela concernente às doenças sexualmente transmissíveis (STD) e AIDS. Sugere-se, ao menos três linhas de análise.

Em primeiro lugar, o estudo das relações de gênero que determinam a fecundidade. Neste sentido, a PNDS-96, como foi mencionado, oferece amplas possibilidades de análises, pois entrevistou cerca de 3000 homens de 15-59 anos, e desenvolveu uma linha de pesquisa objetivando conhecer as diferenças entre as preferências reprodutivas (número de filhos, "timing" da gravidez, uso de método, etc.) de homens e mulheres. A análise desses dados contribuirá, de maneira ímpar, a uma ampliação do conhecimento da fecundidade, desde que a perspectiva de problematizar e desnaturalizar as diferenças entre as percepções de homens e mulheres sejam incorporadas em tal análise. Entre os indicadores de fecundidade, segundo sexo do informante, divulgados no relatório final, por exemplo, encontra-se a expectativa sobre o tamanho da família. No pressuposto de que, em situações de menor desenvolvimento a desigualdade entre gêneros tende a ser maior, e de que esta se reflete nas diferenças com relação ao número médio ideal de filhos, a PNDS-96 apresenta-se bastante coerente. Com efeito, embora, como foi dito, a nível nacional este número varia de 2.6 para 2.3, entre homens e mulheres, respectivamente, as maiores diferenças situam-se nas regiões Norte e Nordeste, onde o desequilíbrio entre ambos indicadores é superior a 0.5 filhos. Sugestivamente, a maior diferença, localiza-se na população sem instrução: neste grupo, as mulheres desejariam ter uma média de 2.7 filhos, os homens, no entanto, desejariam 3.6.

A comprovação da associação entre condições de vida e igualdade de gêneros e consequentemente, maior/menor autonomia da mulher para decidir sobre sua fecundidade poderá ser comprovado na medida em que se explore na PNDS-96 o dado sobre comportamento reprodutivo masculino e as variáveis que, no questionário básico sobre mulheres, permitem, indiretamente, medir o equilíbrio destas relações e seu papel na determinação da fecundidade¹⁰.

Como um dado adicional sobre relações de gênero e *status* da mulher no Brasil, deve-se, ainda, considerar estudos comparativos utilizando base de dados similares. Com efeito, Kishor e Neitzel (1996)¹¹ sustentam ter se registrado, ao menos para América Latina e o Caribe, significativos progressos na área educacional, de emprego e oportunidades econômicas para as mulheres ao utilizar dados de 25 países do Terceiro Mundo. No *ranking* estabelecido neste estudo, o Brasil, estudado a partir da PNSMIPF/86, apresentaria um confortável terceiro lugar em relação ao *status* da mulher. Os dados de 1996 deverão comprovar se esse favorável diagnóstico se sustenta, na medida em que, de uma certa forma, é coerente com a coincidência entre gêneros, citada linhas acima, sobre preferências do tamanho da família, mas encontra, de maneira menos consistente com o critério de equidade de

¹⁰ O uso de pesquisas deste tipo tem mostrado resultados de forma bastante consistente. Ver, por exemplo: Goldani, 1994; Moreira, 1994; Gómez, 1995)

¹¹ Citados em: International Family Planning Perspectives (1997): KISHOR S. e NEITZEL K.: *The Status of Women: Indicators for Twenty-Five Countries - Demographic and Health Surveys*. In: Comparative Studies N. 21, Macro International, Calverton, Md., USA, 1996).

gêneros, um duplo padrão de sexualidade diferenciada para homens e mulheres (Badiani, et al., 1997)¹².

Uma outra linha de pesquisa, também possibilitada pelo banco de dados da PNDS-96, é que esta oferece uma oportunidade única de avaliação do nível de conhecimento da população brasileira e de sua prática relacionadas à transmissão da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Os dados coletados, para homens e mulheres, possibilitam estabelecer a prevalência de conhecimentos sobre DSTs e AIDS, percepções e comportamento em âmbito nacional e dentro dos subgrupos geográficos e sócio-econômicos da população, incluindo o diferencial por sexo.

Finalmente, outra perspectiva de análises, no estudo de relações de gênero e sexualidade, está na consideração de mulheres sexualmente ativas. Tradicionalmente, pesquisas do tipo DHS, centram seu interesse apenas em mulheres unidas e em idade reprodutiva, por serem elas as que, teoricamente, compõem a população em risco de procriar. Um dado inédito, no entanto, mostra que um contingente importante de mulheres não unidas respondem ser sexualmente ativas, tendo assim, no que se refere a condutas reprodutivas, contato com a população masculina e estabelecendo relações de algum tipo. Passam, assim, a integrar um importante segmento populacional exposto ao risco de procriar e demandando serviços de saúde reprodutiva e regulação da natalidade.

A PNDS-96 registra que, entre as mulheres sexualmente ativas menores de 30 anos, em torno de três quartos declaram-se não unidas, o que significa que uma proporção importante de mulheres, em idades de máxima fertilidade/fecundabilidade, estão sendo marginalizadas ao restringir os estudos a apenas as mulheres unidas. Apenas como ilustração, repete-se aqui o perfil de uso de anticoncepcionais que elas tem: o mix da prevalência - esta última, ligeiramente maior neste grupo - apresenta marcada preferência pelo uso da pílula (36%) e o condom, deixando a esterilização em terceiro lugar, com 13%. Este perfil, que sugere uma prática anticoncepcional, ao mesmo tempo segura e destinada a adiar a gravidez antes que limitar o número de filhos, deve ser foco de análises mais aprofundados, dada sua importância numérica já mencionada. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de ser explorado o contexto de uso do condom (contracepção-prevenção) considerando a velocidade que a epidemia da AIDS se alastra na população feminina e a necessidade urgente de controle da epidemia.

¹² Isto constata-se indiretamente, por exemplo, na percepção do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou, ainda, no conhecimento das mesmas. Com relação à gonorréia por exemplo, 7 em cada 10 homens lembra de sua existência, enquanto que, entre as mulheres, pouco mais de 3 em cada 10 a mencionam. (Badiani et al., 1997, p 29 e 30). Todavia, deduz-se da mesma fonte, que seria duas vezes maior a proporção de mulheres, com relação aos homens, que, reportando possuir um alto risco de contrair AIDS, não fizeram mudança alguma no seu comportamento para evitá-la.

4. ALGUMAS QUESTÕES METODOLÓGICAS

Considerando que a PNDS-96 foi elaborada dentro de um projeto internacional comparativo, iniciado na década de oitenta, uma ampla gama de instrumental metodológico está disponível, sendo que os dados brasileiros, dentro do citado projeto, têm sido igualmente analisados à luz dessas diversas metodologias.

No que concerne à aplicações metodológicas relativas, tanto ao estudo da saúde reprodutiva, como aos outros aspectos incluídos na PNDS-96, deve-se levar em conta o importante fato de se contar, também, com a PNSMIPF-86. Isto é, duas pesquisas similares, que cobrem um período temporal de dez anos e mediadas pelo censo demográfico de 1991, definindo assim, intervalos calendários quinquenais. Assumido que ambas pesquisas são comparáveis e que possuem razoável confiabilidade como apontado na Apêndice C do Relatório Final, é possível ampliar consideravelmente as análises ao considerar, entre outros, estudos longitudinais, identificando as mais diversas coortes ou gerações, usualmente categorizadas em grupos de idades quinquenais. Desta forma, seria possível 'seguir' o comportamento destas coortes com relação a qualquer aspecto levantado nas mencionadas pesquisas.

Com esta perspectiva e a partir das observações de autores como Moreno e Goldman (1991), métodos relativos a tabelas de sobrevivência e/ou de múltiplos decrementos e análises multivariadas constituem-se em importantes ferramentas para diagnósticos adequados sobre, por exemplo, os determinantes próximos da fecundidade - particularmente a amamentação e a prevalência de métodos anticoncepcionais, com suas correspondentes taxas de abandono e falha. Dentro do enfoque utilizado por Bongaarts (1978) e Bongaarts e Potter (1983), para medir esses determinantes próximos, é possível, ainda, obter uma boa aproximação da incidência de aborto induzido. Esta quantificação, em si própria, seria uma importante contribuição para o conhecimento do comportamento reprodutivo pois, estudos que utilizam técnicas indiretas e alguma dose de subjetividade, encontram um aumento sustentado da taxa de aborto para o Brasil, entre 1980 e 1991 (Singh e Sedgh, 1997). Isto teria se refletido, ainda, no aumento da proporção dos mesmos com relação aos nascimentos, o que, em termos de volume, equivale a uma incidência, aproximada, de 1.5 milhão de abortos anuais. Assim, uma vez que, a exceção do aborto, todos os componentes da equação que mede os determinantes próximos da queda da fecundidade estariam razavelmente quantificados (sendo eles: a insusceptibilidade pós-parto, a fecundidade marital e a prevalência anticoncepcional) haveria, certamente, melhores condições para medir tal fenômeno.

Com relação à informação sobre histórias de nascimentos e intervalos intergenésicos, poder-se-á se estabelecer tendências da fecundidade - corrente e passada - para pelo menos três pontos no tempo para as diferentes coortes identificadas desde 1986. Assim, a história de nascimentos coletada para 1986 poderá ser comparada à informação sobre crianças residindo nos domicílios das correspondentes mães, coletada no censo demográfico de 1991 e com a história de nascimentos coletada em 1996. Estas variáveis conjuntas - histórias de nascimentos e intervalos intergenésicos - têm sido amplamente utilizados, principalmente para medir o seu impacto na diminuição da mortalidade infantil. Abre-se agora a possibilidade de, dispondo de três fontes, aprofundar mais amplamente seu impacto na fecundidade propriamente dita.

A análise das duas variáveis mencionadas proporciona, sem dúvida, uma riqueza de informações com relação à tendência da fecundidade, que vai além da constatação de sua queda e da compreensão global dos seus determinantes, sejam estes próximos ou não. Este instrumental, no contexto de uma história de nascimentos, permite avaliar a magnitude da queda da fecundidade, a localização da mesma no tempo e a identificação das coortes de mulheres mais afetadas por esta queda. Permite também, como sugerido no trabalho de Moreno (1987), detectar aspectos que são de extrema importância para o conhecimento do processo reprodutivo, retro-alimentando, por exemplo, o conhecimento sobre o papel da anticoncepção e da lactâncio no espaçamento dos filhos e nas diferentes ordens de parturição.

Com efeito, um estudo em profundidade destes fenômenos permitiria conhecer que tipo de mudanças estão se operando no "timing" da fecundidade, qual a magnitude dos intervalos entre nascimentos, quais os determinantes destes intervalos e quais as consequências dessas eventuais mudanças no processo reprodutivo. A disponibilidade de história de nascimentos completas e incompletas permite, assim, predizer com relativa confiabilidade o comportamento esperado da fecundidade a curto e médio prazo, dado que possibilita a medição dos riscos de uma mulher passar a parturições maiores e o tempo que isto implica nos termos sugeridos, por exemplo, por Ryder (1984).

A disponibilidade de dados com relação à história de nascimentos e aos intervalos intergenésicos e a possibilidade de obtê-los indiretamente, através do Censo-91 e, diretamente, através da PNDS-96, representa uma excelente oportunidade para aprofundar o conhecimento da fecundidade do Brasil deste ponto de vista.

5. COMENTÁRIOS FINAIS

As observações anteriores, compreendem importante achados e perdidos, particularmente com relação à saúde reprodutiva que, de alguma forma, sinalizam o caminho a ser trilhado para se chegar ao exercício pleno dos direitos reprodutivos.

Em que pese as limitações resultantes do desenho amostral, pouco aprofundamento nas variáveis de *background* e o fato de que nem todos os tópicos são investigados de forma profunda e igualitária, existe, em primeiro lugar, uma base de conhecimentos bastante consolidada, com relação, por exemplo à velocidade de reprodução da população brasileira e dos meios de controle da fecundidade feminina, assim como do claro desejo de limitar o tamanho da prole. Em segundo lugar, fica evidente que existem, igualmente, muitas lacunas, fato que cobra importância na medida em que o sucesso de integração das políticas demográficas e de desenvolvimento, nos termos da CIPD'94, dependem, ademais, do *aprimoramento desta base de conhecimento, do fomento à pesquisa e do estímulo para capacitação em níveis locais e nacionais*'.

Este documento assinalou algumas das muitas possibilidades de ampliação desse conhecimento, face à atual disponibilidade de dados, particularmente os da PNDS-96. Deixamos como objetos aparte, o investimento na produção de instrumentos metodológicos mais sofisticados, ação facilitada pela disponibilidade dos dados, e o estudo da morbidade-mortalidade das crianças em geral. A importância disto último, embora escape ao objetivo do presente artigo, não se questiona, e deve ser

lembra, apenas, as grandes possibilidades de análises ao dispor de informações sobre a ‘história’ nutricional, de atenção médica primária, de incidência de doenças selecionadas e de mortes destas crianças.

Em síntese, considerando as discussões da CIPD'94, há importantes linhas de pesquisa que poderiam ser desenvolvidas prioritariamente; relativas ao processo de reprodução, sumariza-se a seguir, a necessidade de estudos sobre:

- a. Identificação de diferenciais de fecundidade ainda existentes entre diversos segmentos de população e as perspectivas de homogeneização dos níveis e padrões.
- b. Motivações, determinantes e implementação do tamanho desejado da família e/ou da fecundidade desejada e a fecundidade real em estudos longitudinais e transversais.
- c. Medição e diagnóstico da equidade entre sexos e a potencialidade - ou *empowerment*, segundo a terminologia em Inglês - da mulher em relação à reprodução, podendo enfatizar aqui, a situação da criança feminina e as responsabilidades e participação masculinas.
- d. Situação da saúde reprodutiva nos diversos segmentos populacionais, a fim de identificar as populações de alto risco, tanto em termos do indivíduo, como dos membros da família, particularmente filhos e cônjuge. Este diagnóstico poderia incluir, além de indicadores de planejamento familiar, perfis epidemiológicos das DSTs incluindo o HIV/AIDS, sexualidade e relações de gênero e detalhamento de segmentos populacionais mais expostos como, por exemplo, os adolescentes.
- e. Morbidade e Mortalidade, destacando a atenção primária à saúde e condições de maternidade sem riscos - incluindo aqui a criança.

REFERÊNCIAS

- ALEGRIA, F.V.L., SCHOR, N e SIQUEIRA, A.A.F. (1989): Gravidez na adolescência: Estudo Comparativo. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 23(6):473-476.
- ALENCAR, J.A. e ANDRADE, E.C. (1991) *A esterilização feminina no Brasil: diferenças sócio-econômicas, individuais e regionais*. Rio de Janeiro: UERJ/UFF, 1991 (Relatórios de pesquisa e desenvolvimento, 9)
- ALBUQUERQUE, F.R.P.C. e OLIVEIRA C.M.E. (1996): Níveis e Padrões de Fecundidade com base nos Nascidos Vivos provenientes do Registro Civil - Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação -1980-1995. In: *Textos para discussão* - IBGE, N. 85 - nov. /96. P 47-80 . Rio de Janeiro.
- ARRUDA, J.M., RUTEMBERG N., MORRIS, L. , FERRAZ, E.,A. *Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar, PNSMIPF : Brasil, 1986*. Rio de Janeiro : BEMFAM ; IDR, 1987. 234p.
- BADIANI, R., QUENTAL, I. e DOS SANTOS, M. E. (1997): *DST/AIDS e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: Uma análise do nível de conhecimento e comportamento de vulnerabilização*. - BEMFAM, Rio de Janeiro. 56 p.
- BEMFAM-DHS (1997): *Brasil, Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro.
- BEMFAM-DHS (1992): *Pesquisa Sobre Saúde Familiar no Nordeste Brasil 1991*. Rio de Janeiro.
- BERQUÓ, E. (1993) "Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e parto cirúrgico) À espera de uma ação exemplar". (Trabalho apresentado no Seminário " A situação da mulher e o desenvolvimento", organizado pelo Ministério das Relações Exteriores) - NEPO, UNICAMP.
- BONGAARTS, J. (1978): A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. In: *Population and Development Review*, 4 (1):105-132.
- BONGAARTS, J. and LIGHTBOURNE, R. E. (1991): "Wnated fertility in Latin America: trends and differentials in seven countries"- Buenos Aires, IUSSP - Seminar on Fertility Transition in Latin América. *Papers...* 23 p.
- BONGAARTS, J. e POTTER, R. (1983): *An Analysis of the Proximate Determinants*. Studies in Population -Academic Press - London.
- CARVALHO, J.A.M. e PINHEIRO S.M.G. (1986) Fecundidade e Mortalidade no Brasil - 1970/80. - Relatório de Pesquisa - Fevereiro de 1986 - CEDEPLAR/UFMG - Belo Horizonte.
- CENTRE FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1997): *Puerto Rico - Reproductive Health Survey 1995-1996*. English Languaje Preliminary Report.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION e FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ATIVIDADES DE POPULAÇÃO (1995): *Ecuador: Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Informe General*. Quito.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION e INSTITUTE FOR MOTHER AND CHILD CARE (1995): *Reproductive Health Survey - Romania 1993* - Bucareste.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO (CIPD'94) E FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1996): Resumo do Programa de Ação da Conferencia Internacional sobre população e desenvolvimento (Tradução não oficial do documento "Summary of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development", Nações Unidas, Nova Iorque, 1995).

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY (1997): *Newsletter* - 9(1). 12p. - Mariland - USA

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY e PRO-FAMILIA (1995): *Colombia, Encuesta Nacional de Demografia y Salud - 1995*; Bogotá, Colômbia.

DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEYS e NATIONAL INSTITUTE OF POPULATION RESEARCH AND TRAINING (1994): *Bangladesh - Demographic and Health Survey 1993-1994* - Dakkar.

GOLDANI, A. M. Família, relações de gênero e fecundidade. In: BEMFAM, DHS: *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil*: pesquisa sobre saúde familiar no Nordeste, 1991. Rio de Janeiro : BEMFAM ; DHS, .1994. p.57-80

GOMES C. C.J. (1995): Implementação das preferências reprodutivas: determinantes e implicações para a política de população na República Dominicana. Tese de doutoramento - CEDEPLAR/FACE/UFMG - Belo Horizonte.

GRAHAM W. E AIREY P. (1987): Measuring Maternal Mortality: Sense and Sensitivity. *Health Policy and Planning*, 2(4):323-333

INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERPECTIVES (1997): Women Still Lag Behind Men in Living Standards, Schooling, Employment. 23(3):142-144

IBGE (1997): Estimativas de Fecundidade para fines de Projeção da População - (Documento interno) - DEPIS - Rio de Janeiro.

LIGHTBOURNE, R. E. (1987): Reproductive preferences and behaviour. In: Cleland, John & Scott, Chris (eds.) *The World Fertility Survey: an assessment*. London: International Statistical Institute,, p. 838-861.

MOREIRA, M. M. (1994): Relações de gênero e fecundidade. In: BEMFAM, DHS: *Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil*: pesquisa sobre saúde familiar no nordeste, 1991. Rio de Janeiro : BEMFAM ; DHS, .1994. p.81-91.

MORENO, L. e GOLDMAN, N. (1991): Contraceptive Failure Rates in Developing Countries. Evidence from the Demographic and Health Surveys. In: *International Family Planning Perspectives* - 17, pp. 44-49.

MELO, A. V.: (1986): Gravidez na adolescência : uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil . In: ENCONTRO DE NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10, 1996, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte : ABEP, 1996, v. 3, p.1439-54.

- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985): *Health of women in the Americas*. Scientific Publication N. 488 - Washington - 106 p.
- POPULATION REPORTS (1984): *Healthier Mothers and Children through Family Planning*. Population Information Program. The John Hopkins University, Series J. N. 27
- PERPÉTUO, O. I. H. (1996): Esterilização feminina: a experiência da Região Nordeste - Tese de doutorado - CEDEPLAR/FACE/UFMG - Belo Horizonte.
- ROSS, J. A. e FRANKENBERG, E. (1993): *Findings from two Decades of Family Planning Research* - The Population Council - New York.
- SAWYER, D.O. and FREIRE, F.H. (1997) A Fecundidade e Mortalidade no Brasil - Projeto POP-MUM. (Trabalho em desenvolvimento). CEDEPLAR - UFMG - Belo Horizonte.
- SINGH, S. e SEDGH, G. (1997) Relación del Aborto con las Tendencias Anticonceptivas y de Fecundidad en el Brasil, Colombia y México. In: *Perpectivas Internacionales en Planificación Familiar*. Número especial de 1997. The Alan Guttmacher Institute. p 2-14.
- SINGH, S. e WULF, D. (1994): *Adolescentes de Hoy, Padres del mañana: Un Perfil de las Américas* - The Alan Guttmacher Institute - New York
- VITORA, C. (1987): *Breasfeeding - Brazil- 1986*. IRD and DHS Reports
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1987): Maternal Mortality, The Dimensions of the Problem. "Safe Motherhood Conference". Nairobi, 1, 10-13, Feb.. 1987. FHE/SMC/87.2.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997): *Safe Motherhood - A Newsletter of worldwide activity* - Issue 23 - 1997 (1) - 16 p.
- WONG, L. L. R. e MELO, A. V. (1987): Gravidez Na Adolescência. In: *São Paulo em Perspectiva* - N° 1 - Fundação SEADE - 1(1):30-36. Maio, 1987.