

Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS – 1996

Laura L. Rodríguez Wong^{*}
Rita Badiani^{**}
Inês Quental^{***}

Introdução

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 - PNDS-96 -, tal como foi divulgada em seu 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.

Com o objetivo de divulgar seus achados e promover análises em maior profundidade, a PNDS-96 colocou à disposição da comunidade científica sua base de dados, distribuindo-a, em meio magnético, às pessoas e instituições ligadas ao estudo da população, principalmente àquelas envolvidas com pesquisas sobre saúde reprodutiva e às que compõem o comitê consultivo da pesquisa.¹

É importante lembrar que o fato de ter sido produzida dez anos após a PNSMIPF-86 e cinco anos depois do Censo Demográfico de 1991 faz da PNDS-96 uma valiosa fonte de referência. Isto porque, entre outros aspectos, 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, as prioridades para melhorar a saúde da mulher e da criança, ou os 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

^{*}Professora do Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG - e pesquisadora do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar - da mesma universidade.

^{**}No momento que o texto foi elaborado, era pesquisadora do Departamento de Planejamento da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam), tendo sido a coordenadora geral da pesquisa. Hoje trabalha na Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS - ABIA .

^{***}Pesquisadora do Departamento de Pesquisas Sociais da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil - Bemfam.

¹ Participaram deste comitê: a Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP -, o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - Cedeplar - da UFMG, o Centro de Medicina da Universidade Estadual de Campinas - Cemicamp -, o Center for Disease Control and Prevention - CDC -, o Conselho de Planejamento do Distrito Federal - Codeplan -, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE -, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA -, a Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados Estatísticos - SEADE -, a Fundação Joaquim Nabuco - Fundaj -, o Instituto Paranaense de Desenvolvimento - Iparde -, o Instituto de Medicina Social - IMS - da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ -, o Instituto Sociedade, População e Natureza - ISPN - e o Núcleo de Estudos de População - NEPO - da Unicamp.

por objetivo ressaltar alguns fatos mais importantes e chamar a atenção para vários aspectos recorrentes e emergentes — ligados à área da saúde reprodutiva — assinalados pela pesquisa, os quais, pelo potencial de informações disponíveis, devem ser objeto de análises mais aprofundadas.

Para uma melhor compreensão da abrangência geográfica da PNDS-96, faremos, previamente, uma menção ao seu desenho amostral.

Sobre a amostra

Em sua versão de 1996, a PNDS 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, seguindo as recomendações do Projeto DHS III, incluiu, grosso modo, as seguintes seções: características dos domicílios e da população entrevistada; 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 subamostra de 25% dos domicílios para pesquisar a população masculina, objetivando registrar, da 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 de Domicílios — 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.

Alguns resultados

A PNDS-96, cujos primeiros resultados estão no relatório mencionado - Bemfam - DHS, 1997 -, confirmou muitas das tendências já conhecidas nas várias dimensões da demografia nacional e constatou a evolução positiva de muitos indicadores, conseqüência, 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 60. A taxa de fecundidade total -TFT- para 1994-96 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%) ocorreu 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 às práticas contraceptivas — virtualmente conhecidas por todos os entrevistados, se considerada a resposta sobre conhecimento de algum método contraceptivo —, constatou-se que cerca de 75% de homens ou mulheres unidos

Tabela 1
Indicadores selecionados ligados à reprodução e prevalência e demanda de anticoncepcionais,
por grupos de idade das mulheres - Brasil - 1996

Grupos de idade	Taxas de fecundidade		Idade mediana (em anos)			Solteiras (%)	Mulheres sem filhos (%)
	Das mulheres (%)	Distribuição relativa (%)	Da 1ª relação sexual	À 1ª união	Ao ter o 1º filho		
Total		100,0	19,5	21,1	...	30,6	33,4
15 a 19 anos	86,0	17,0	-	83,2	85,7
20 a 24 anos	152,0	30,0	18,7	47,4	50,8
25 a 29 anos	123,0	24,3	18,8	21,0	22,2	21,5	26,2
30 a 34 anos	81,0	16,0	19,4	21,0	22,2	10,2	12,2
35 a 39 anos	46,0	9,1	19,6	21,0	22,3	8,2	9,8
40 a 44 anos	16,0	3,2	19,9	21,0	22,4	6,2	7,9
45 a 49 anos	3,0	0,6	20,7	21,6	23,0	5,2	8,8
Taxa de fecundidade total (por mulher)	2,5						

Grupos de idade	Uso atual de anticoncepcionais entre mulheres unidas (%)					Nascimentos não planejados (3)	Proporção de demanda total por anticoncepção (4)
	Total	Métodos modernos			Métodos tradicionais (2)		
		Total (1)	Pílula	Esterilização			
Total	76,7	70,3	20,7	40,1	8,1	48,4	85,8
15 a 19 anos	54,1	47,2	36,1	0,4	6,3	50,2	79,4
20 a 24 anos	66,0	61,6	39,5	11,4	4,1	46,9	83,7
25 a 29 anos	77,6	70,1	32,9	26,9	7,3	44,8	88,8
30 a 34 anos	84,3	78,6	23,2	42,7	5,7	51,0	91,2
35 a 39 anos	83,2	76,8	12,4	55,1	6,2	62,5	89,9
40 a 44 anos	79,1	72,8	7,8	56,3	5,5	72,1	86,0
45 a 49 anos	88,6	60,4	3,8	51,5	7,9	63,8	71,7

Fonte: Bemfam-DFS, 1997.

(1) Todos os métodos modernos, inclusive condom, métodos vaginais, etc. (2) Tabela, coitus interruptus, etc. (3) Inclui nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos classificados como não planejados no momento da concepção ou não desejados. (4) Calculada a partir de mulheres unidas com necessidade insatisfeita de anticoncepção, usuárias de métodos e mulheres amenomêicas ou grávidas cuja gravidez resultou de uma falha de métodos.

usam algum método anticoncepcional. Destes, mais de nove em cada dez se valem de métodos modernos. Consolidou-se, desta forma – e em face de dados da década de 80 –, uma tendência de aumento da prevalência de uso de métodos e de redução no já reduzido *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. Este padrão de prevalência situa o Brasil, no âmbito do Terceiro Mundo, como um dos países de maior prevalência de uso de métodos anticoncepcionais. A prevalência

alcança 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 no Brasil é das mais altas, sendo superada apenas por Porto Rico (CDC, 1997).

A queda sustentada da fecundidade e a alta prevalência de uso de métodos explicam-se, ou estão associadas, ao desejo de um tamanho de família relativamente muito reduzido. Com efeito, a taxa de fecundidade desejada foi de 1,8 filho por

mulher, e considerando este aspecto de 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 visando à intervenção e monitoramento nesses aspectos das condições de vida. Em que pesem as limitações de uma análise univariada, os resultados gerais chamam a atenção para os seguintes diferenciais:

a) 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;

b) a maior desvantagem é para as mulheres que não tiveram assistência alguma no pré-natal e no parto (207 por mil);

c) 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);

d) 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 parturição.²

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 —, que teria passado de 58% a 86% em dez 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 em nível nacional, é ainda significativa, segundo a PNDS-96. A Razão de Mortalidade Materna - RMM - brasileira, com indicativos de declínio, teria sido de 200 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos no período aproximadamente compreendido entre 1980 e 1990. Ressalta-se que embora países subdesenvolvidos apresentem RMMs muito maiores que as obtidas para o Brasil (usualmente acima de 500), nos lugares em que a mulher tem pleno acesso à saúde esta proporção oscila em torno de 5 (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 dois anos, o que demonstra 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 antipólio. Salienta-se que estas coberturas são as maiores entre as registradas nos países do Terceiro Mundo pesquisados pela

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 e WHO (1985), Population Reports (1984) e Graham e Airey (1987).

DHS (1997). Atendendo a outros indicadores, registrou-se que menos de um quinto das crianças que apresentaram algum sintoma de infecção respiratória aguda recebeu cuidados médicos, e entre as que tiveram diarreia, 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 reidratante oral, o que certamente deve ter contribuído para diminuir a busca por serviço médico, bem como 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 brasileiras começam a ser amamentadas no primeiro dia de vida (71%), assegurando-se, assim, uma melhor imunidade. A duração mediana da amamentação é de sete meses, o que é um grande avanço, considerando-se que em 1986 era de aproximadamente três meses (Vitora, 1987). A qualidade e quantidade da amamentação mostram, nesta pesquisa, uma clara correlação com as características socioeconômicas da população. Em geral, mulheres mais instruídas reportaram amamentar seus filhos com mais frequência 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 às de 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 dos nascimentos. 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 seis meses, aumentando bruscamente no

segundo semestre de vida, o que estaria associado à época de desmame.

Aspectos emergentes

As observações arroladas fornecem, no geral, uma visão positiva de vários aspectos da situação demográfica brasileira; sucintamente, a PNDS-96 assinala níveis de mortalidade infantil em contínuo 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 a prática intensa de contracepção moderna.

Simultaneamente aos indicadores que justificam estas afirmações, a pesquisa oferece também informações que sugerem a 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 se dimensionar as demandas que certamente gerarão. Sem dúvida, são muitos os aspectos demográficos que podem ser mais bem conhecidos a partir da exploração deste tipo de dados, como 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.

Tamanho da família e demanda de planejamento familiar

Dentre os muitos aspectos que devem ser analisados em profundidade e com rigor científico está a expectativa com relação ao tamanho da família. Parece existir pouca dúvida acerca da 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 declararam 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 América Latina³ e se identifica com a TFT observada, que, como vimos, foi de 2,5 filhos por mulher.

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 se 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 o uso de anticoncepcionais, a PNDS-96 apresenta a taxa de fecundidade desejada, já reportada, de 1,8 filho por mulher, valor este que, se comparado aos números do parágrafo anterior, indica uma diferença relativamente importante de um terço. Indica, 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 possibilitam alcançar estes níveis e, dentre eles, aspectos como a oferta e demanda de métodos anticoncepcionais, cuja mensuração torna-se plausível em face da atual disponibilidade de dados adequados. Isto, num contexto de ampla difusão do conhecimento desses métodos – ainda que incompleta ou erroneamente – e da relativamente alta prevalência de seu uso.

Dentre os tópicos a serem considerados destacam-se: 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 a metade dos homens não sabem da existência do DIU, nem de procedimentos de esterilização masculina. Métodos vaginais, dentre 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, métodos ignorados por quase metade dos homens. Considerando que a pílula é um método bastante utilizado, mereceria maiores considerações por parte dos interessados em saúde reprodutiva e da mulher o fato de existir um grande desconhecimento sobre outros métodos hormonais disponíveis. A difusão do conhecimento deve incluir, obviamente, tanto os aspectos positivos como os negativos que cada método pode ter.

³ Na Colômbia e no Equador, o número ideal de filhos reportado em pesquisas para os anos pós-1990 foi de 2,5 e 2,7, respectivamente (DHS e Pro-Família, 1995; CDC e FNUAP, 1995).

⁴ Com relação à forma de operacionalizar este conceito, ver, por exemplo, Bongaarts e Lightbourne (1991) e Lightbourne (1987).

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 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 conseqüente maior grau de liberdade, do meio de regular a fecundidade.

b) Fontes de obtenção, falhas e descontinuação

O que foi dito acima 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 o uso adequado e correto dos mesmos.

Com relação às fontes de obtenção de anticoncepcionais, a mais citada é o setor público, em que se incluem hospitais públicos, conveniados e postos de saúde (34,8%), seguida 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 a utilização de determinada fonte de obtenção de métodos, mais da metade das mulheres (52%) reportaram como motivo ser esta a única conhecida, evidenciando, novamente, a escassez de opções. Fatores

relacionados à qualidade foram reportados por 20% das usuárias de algum método.

Assim sendo, faz-se importante lembrar que estudos sobre o custo-benefício da política passada de *laissez faire* sobre assistência em planejamento familiar no País deverão considerar as informações acima e contribuir para esclarecer em que medida omissões do passado determinaram os custos fiscais e sociais do atual padrão de uso de métodos.

Outro aspecto a ser considerado, dado o quadro atual de prevalência — que praticamente se limita à esterilização e ao uso da pílula —, é a percepção da ineficácia da pílula e de outros métodos. A hipótese inicial a ser formulada poderá apoiar-se na informação oferecida pela PNDS-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 significativa.⁵ Além do mais, é um valor esperado, uma vez que se trata de mulheres cuja probabilidade de serem mães — isto é, de terem pelo menos um filho —, tal como se deduz da Tabela 1, é superior a 90%. Desta forma, em algum momento da vida reprodutiva elas interrompem o controle sobre a fecundidade, descontinuando, assim, o uso do método anticoncepcional.

As razões para interromper o uso de métodos anticoncepcionais que não o desejo de engravidar, sintetizadas na Tabela 2, devem ser objeto de maior atenção. Em primeiro lugar, os dados mostram que de cada 100 mulheres utilizando algum método nos cinco anos anteriores à pesquisa, excluídas as que manifestaram desejo de

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

Tabela 2
Distribuição das mulheres unidas em idade reprodutiva, com indicação do método anticoncepcional utilizado e das principais razões de interrupção do uso de métodos anticoncepcionais nos cinco anos anteriores à pesquisa - Brasil - 1996

Razão para interrupção do uso	Tipo de método				
	Total	Hormonais	DIU	Condom	Métodos tradicionais
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ficou grávida	18,1	14,1	8,0	12,7	36,0
Efeitos colaterais e contra-indicação	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
Número de observações	6 014	3 690	65	1 014	1 246

Fonte: Bemfam-DHS, 1997.

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

engravidar, 18 deixaram de usá-lo por terem ficado grávidas durante o uso. Além da descontinuação por falha do método entre as usuárias de métodos tradicionais, que é notadamente alta,⁶ observa-se que 14% das que usavam um método hormonal também engravidaram.

Em condições ideais, a efetividade de métodos hormonais está próxima de 100%; na prática, estudos realizados durante os anos 70 nos Estados Unidos demonstraram que a pílula, por exemplo, alcançava uma efetividade de 99%; em países subdesenvolvidos, como as Filipinas, este percentual alcançaria 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 destes métodos devido a gravidezes iniciadas durante seu uso. Isto se aplica também ao DIU, cuja efetividade —

dos vários tipos disponíveis, e quando corretamente usado — estima-se ser superior a 95%, trate-se ou não de contextos subdesenvolvidos (Ross e Frankenberg, 1993).

Uma das hipóteses seria associar essas altas taxas de abandono da contracepção por falha do método tanto à limitação de conhecimento, como a falhas durante o seu uso, 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 a atenção a grande proporção de mulheres que abandonam tanto os métodos hormonais como o DIU devido a efeitos colaterais e contra-indicações; em geral, estes são motivos de descontinuação de similar importância em muitas populações, estando amplamente documentados para países subdesenvolvidos

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

(Ross e Frankenberg, 1993). Uma vez que estes métodos estão evoluindo para se adequarem 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. Ademais, seria importante identificar as subpopulações com maiores proporções de abandono, a fim de caracterizá-las e propor estratégias para oferecer-lhes 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 é a necessidade de explicar o fato de que, embora haja uma alta insatisfação causada por efeitos colaterais, é inferior a 5% a porcentagem de mulheres que abandonam o método na procura de outros mais eficazes, particularmente entre usuárias de métodos modernos. 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 de que seu custo monetário é secundário é outra questão a ser analisada, focalizando-se de que maneira isso contribui, ou não, para ampliar o leque de conhecimento e escolha de mecanismos para regular a fecundidade.

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, uma vez que, no presente caso, como mostra a Tabela 2, uma de cada quatro respostas não se enquadra nas categorias preestabelecidas pela pesquisa.

Em resumo, o quadro desenhado por estes números nos informa sobre relativamente amplas proporções de mulheres que engravidam usando métodos modernos, sobre os altos contingentes de mulheres que os abandonam acusando efeitos colaterais, e sobre limitações da coleta para captar todos os motivos que levam ao abandono de um método. Estas 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, dos quais talvez o mais ilustrativo seja o status de o 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, observamos que à medida que aumenta a idade da mulher, aumenta também o número de nascimentos não desejados.

Com relação à demanda futura, os resultados refletem as circunstâncias atuais: 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 prazos. 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; 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 prazos; são 36% das mulheres, grande parte das quais pensa em recorrer à esterilização depois de ter usado a pílula durante algum tempo (12 meses, neste caso). A pouca expressividade dos outros métodos (DIU, condom e esterilização masculina, além dos métodos tradicionais) e 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 planeamento familiar. Ambas as atividades deverão avaliar essas informações muito criteriosamente, considerando ao menos dois aspectos. Primeiro, o fato de as mulheres manifestarem um perfil de uso futuro

que, em pesquisa anterior, demonstrou ser verdadeiro — sendo imperativo explicitar, para o Brasil, o significado deste perfil de preferência. Segundo, será necessário discutir a ética de se 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, 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 se ter um dos direitos reprodutivos básicos, qual seja: “o direito de homens e mulheres à informação e ao acesso a métodos de planeamento 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).

Saúde da mulher

Com relação à saúde da mulher, são vários os desafios de análise apontados pela PNDS-96. Muitos deles estão intimamente relacionados à saúde das crianças e são objeto do que se denomina atenção à saúde da mulher e da criança — como, por exemplo, a amamentação, os períodos de insuscetibilidade pós-parto e os intervalos gestacionais. A seguir, mencionamos 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 atenção médica e disponibilidade e acesso 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 da pesquisa que estaríamos assistindo a uma média anual de pelo menos 2 mil mortes de mulheres em idade reprodutiva pelo simples fato de engravidarem, sendo que, destas, em torno de 90% poderiam ser evitadas (WHO, 1987). Tendo em vista 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 CIPD'94, o "direito de acesso a serviços de saúde que permitam à mulher uma gravidez e parto seguros".

b) Gravidez na adolescência

A 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 décadas.⁷ A taxa de fecundidade para cada mil jovens de 15 a 19 anos teria sido de 65 e 80,1, segundo os Censos de 1970 e 1991, respectivamente.⁸ O fato certamente chamou a atenção e despertou a sensibilidade de muitos pesquisadores, uma vez que, proporcionalmente aos outros grupos etários, sua contribuição para o aumento dos 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 de fecundidade das adolescentes localizou-se acima e abaixo de 80 por mil durante o segundo quinquênio dos anos 80 e o primeiro quinquênio dos anos 90, respectivamente.

Similar tendência foi detectada na PNDS-96: para o período de 1986-90, a taxa teria sido de 97 para cada mil jovens; no período de 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 do registro civil, já mencionados, justifica-se pelo maior rigor na coleta de dados que as pesquisas amostrais do tipo DHS normalmente apresentam.

A hipótese de a 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 buscar reduzir o número de casos de gravidezes não desejadas 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 presenciando a incorporação definitiva deste grupo etário na clara tendência de declínio da fecundidade brasileira, ou se trata-se de uma mudança apenas conjuntural. Neste último caso, caberia identificar os fatores associados a estas oscilações e avaliar suas conseqüências, sejam elas demográficas ou de qualquer outra natureza.

Em segundo lugar, aspectos como os padrões de entrada e permanência na vida

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 as estimativas são Carvalho e Pinheiro (1986) e Sawyer e Freire (1997).

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 conseqüência, a reprodução da população operam-se ao longo de um período de tempo que começa com o início da exposição ao risco de procriação (isto é, de uma união estável) e a primeira gravidez levada a 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 a 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 socioeconômico 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, o truncamento da qualificação individual e a entrada precoce no mercado laboral com baixa remuneração e conseqüente 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 médica 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 frequência de gravidezes que culminam unicamente em nascidos vivos, estudos originados a partir de dados básicos, como os da PNDS-96, deveriam apontar a necessidade de maior aprofundamento nas atitudes que os adolescentes, de ambos os 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 discutido.⁹ A esterilização, segundo os dados da PNDS-96, demonstra ter uma aceitação disseminada e ampla em todos os subgrupos populacionais, tanto no que se refere a seu uso atual quanto às perspectivas de seu uso no futuro.

O leque de possibilidades de análises relacionadas a essa controversa prevalência inclui aspectos como direitos reprodutivos, relações de gênero, acesso garantido e oportunidade de escolha de métodos anticoncepcionais, padrão uniforme de família reduzida, situação socioeconômica, 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 eles (quatro de cada cinco esterilizações teriam sido feitas durante a cesariana), correlação que, embora não mude segundo a idade, parece mudar segundo o nível de desenvolvimento da região e torna-se mais clara ao se considerar o grau de 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 12 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 coagidas – a optar pela laqueadura. Isto se aplica ao caso de o consentimento para a esterilização ter sido dado pela mulher no momento próximo ao parto, posto que 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

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

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 das comparações. Perpétuo (1996), por exemplo, ao controlar os aspectos socioeconômicos 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. Em 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 existirem forças coercitivas para a mulher se esterilizar.

Relações de gêneros e sexualidade

As relações de gênero determinam, muitas vezes, o cotidiano demográfico de uma população, podendo influenciar tomadas de decisões sobre autocuidado 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, de um parente masculino – para que uma mulher, independente da idade, tenha acesso a cuidados médicos de qualquer natureza, incluindo atenção ao parto. No Brasil, uma das exigências legais para a mulher se submeter a uma laqueadura de trompas é a autorização do marido. Tais situações contrastam com o programa de ação da CIPD'94, de acordo com o qual “[...] promover a eqüidade 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 o sucesso deste tipo de ações é fazer um diagnóstico adequado de como operam as relações de gênero e das 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 análise, pois entrevistou cerca de três mil 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 para a ampliação do conhecimento da fecundidade, desde que a perspectiva de problematizar e desnaturalizar as diferenças entre as percepções de homens e mulheres seja incorporada em tal análise. Dentre os indicadores de fecundidade segundo o sexo do informante divulgados no relatório final da pesquisa encontra-se, por exemplo, 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, este número varie, nacionalmente, 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 os indicadores é superior a 0,5 filho. Sugestivamente, a maior diferença localiza-se na população sem

instrução: neste grupo, as mulheres desejariam ter uma média de 2,7 filhos, ao passo que os homens desejariam ter 3,6 filhos.

O pressuposto da associação entre condições de vida e igualdade de gêneros e, conseqüentemente, 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 fecundidade.¹⁰

Como um dado adicional sobre relações de gênero e status da mulher no Brasil, deve-se ainda considerar estudos comparativos utilizando bases de dados similares. Kiskhor e Neitzel (1996),¹¹ por exemplo, utilizando dados de 25 países do Terceiro Mundo, sustentam ter havido, ao menos para a América Latina e o Caribe, significativos progressos na área educacional, de emprego e oportunidades econômicas para as mulheres. No *ranking* estabelecido neste estudo, o Brasil, analisado de acordo com os dados da PNSMIPF-86, apresentaria um confortável terceiro lugar em relação ao status da mulher. Os dados de 1996 deverão comprovar se esse diagnóstico favorável se sustenta, pois se de uma certa forma ele é corente com a coincidência entre gêneros sobre preferências do tamanho da família, mencionada acima, encontra, de maneira menos consistente com o critério de equidade de gêneros, um duplo padrão de sexualidade diferenciada para homens e mulheres (Badiani et al., 1997).¹²

O banco de dados da PNDS-96 também oferece uma oportunidade única de avaliação do nível de conhecimento e da prática da população brasileira relacionados à transmissão da AIDS e de outras doenças sexualmente transmissíveis. Os dados coletados, para homens e mulheres, possibilitam estabelecer a prevalência de conhecimentos sobre DST e AIDS, percepções e comportamento em âmbito nacional e dentro dos subgrupos geográficos e socioeconômicos da população, incluindo o diferencial por sexo.

Finalmente, outra perspectiva de análise no que se refere às 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 novo da pesquisa, no entanto, mostra que um contingente importante de mulheres não unidas responde ser sexualmente ativo, ter contato com a população masculina, estabelecer relações de algum tipo, passando, assim, a integrar o segmento populacional exposto ao risco de procriar e demandando serviços de saúde reprodutiva e regulação da natalidade.

Na PNDS-96, em torno de três quartos das mulheres sexualmente ativas menores de 30 anos declararam-se não-unidas, o que significa que uma proporção importante de mulheres em idades de máxima fertilidade/fecundabilidade está sendo marginalizada ao

¹⁰ O uso de pesquisas deste tipo tem mostrado resultados bastante consistentes. Ver, por exemplo, Goldani (1994), Moreira (1994) e Gómez (1995).

¹¹ Citados em *International Family Planning Perspectives* (1997).

¹² Isto se constata indiretamente, por exemplo, na percepção do risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou, ainda, no conhecimento das mesmas. Com relação à gonorréia, por exemplo, sete em cada dez homens lembram de sua existência, ao passo que, entre as mulheres, pouco mais de três em cada dez a mencionam (Badiani et al., 1997, pp. 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.

se restringir os estudos somente às mulheres unidas. Apenas como ilustração, vale lembrar o perfil de uso de anticoncepcionais que elas têm: o *mix* da prevalência – ligeiramente maior neste grupo – apresenta marcada preferência pelo uso da pílula (36%) e pelo condom (17%), deixando a esterilização em terceiro lugar (13%). Este perfil, que sugere uma prática anticonceptiva ao mesmo tempo segura e destinada a adiar a gravidez antes que limitar o número de filhos, deve ser foco de análises mais aprofundadas, dada a sua já mencionada importância numérica. Acrescenta-se, ainda, a necessidade de se explorar o contexto de uso do condom (contracepção-prevenção), tendo em vista a velocidade com que a epidemia da AIDS se alastra na população feminina e a urgência de controlá-la.

Algumas questões metodológicas

A PNDS-96 foi elaborada no âmbito de um projeto internacional comparativo, iniciado na década de 80, e contou com uma ampla gama de instrumental metodológico, à luz do qual os dados, inclusive os brasileiros, foram analisados.

No que concerne a 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 as pesquisas são comparáveis e possuem razoável confiabilidade, como apontado no Apêndice C do relatório final (Bemfam-DHS, 1997), é possível ampliar significativamente as análises com estudos longitudinais que identifiquem 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 referidas pesquisas.

Com esta perspectiva, e a partir das observações de 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. A partir 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 se teria refletido, ainda, no aumento da proporção de abortos 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, à exceção do aborto, todos os componentes da equação que mede os determinantes próximos da queda da fecundidade – ou seja, a insuscetibilidade pós-parto, a fecundidade marital e a prevalência anticoncepcional – estariam razoavelmente quantificados, haveria, certamente, melhores condições para medir tal fenômeno.

Com relação à informação sobre histórias de nascimentos e intervalos intergenésicos, poder-se-á 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 utilizadas, principalmente para medir o seu impacto na diminuição da mortalidade infantil. Dispondo-se agora de três fontes, abre-se a possibilidade de aprofundar mais amplamente o impacto dessas variáveis na fecundidade propriamente dita.

A análise das duas variáveis proporciona, sem dúvida, uma riqueza de informações acerca da 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, sua localização no tempo, e ainda identificar as coortes de mulheres mais afetadas por ela. Permite também, como sugerido no trabalho de Moreno (1987), detectar aspectos que são de extrema importância para o conhecimento do processo reprodutivo, retroalimentando, por exemplo, o conhecimento sobre o papel da anticoncepção e da lactância no espaçamento dos filhos e nas diferentes ordens de parturição.

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

A possibilidade de obter dados sobre as histórias de nascimentos e os intervalos intergenésicos, tanto indiretamente, através

do Censo Demográfico de 1991, quanto diretamente, através da PNDS-96, representa uma excelente oportunidade para aprofundar o conhecimento da fecundidade do Brasil deste ponto de vista.

Comentários finais

As observações anteriores compreendem alguns achados e perdidos com relação, particularmente, à saúde reprodutiva no Brasil, os quais, de alguma forma, sinalizam o caminho a ser trilhado para se chegar ao exercício pleno dos direitos reprodutivos.

Em que pesem as limitações resultantes do desenho amostral, o pouco aprofundamento nas variáveis de *background* e o fato de que nem todos os tópicos são investigados com a mesma profundidade, existe, em primeiro lugar, uma base de conhecimentos bastante consolidada com relação, por exemplo, à velocidade de reprodução da população brasileira e aos meios de controle da fecundidade feminina, assim como ao 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, depende do "aprimoramento desta base de conhecimento, do fomento à pesquisa e do estímulo para capacitação em níveis locais e nacionais".

Este artigo assinalou algumas das muitas possibilidades de ampliação desse conhecimento em face da atual disponibilidade de dados, particularmente os da PNDS-96. Deixamos de incluir no seu escopo artigo-objetos como 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 deste último, embora escape ao objetivo do presente trabalho, não se questiona; deve ser lembrado, apenas, as grandes possibilidades

de análise ao se 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 algumas linhas de pesquisa que poderiam ser desenvolvidas prioritariamente. Com relação ao processo de reprodução, registramos 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 ou *empowerment* – segundo a

terminologia em inglês – da mulher em relação à reprodução, podendo-se 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 se 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).

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, F. R. P. C., CASARES, C. M. E. O. Níveis e padrões de fecundidade com base nos nascidos vivos provenientes do Registro Civil - Brasil, grandes regiões e unidades da Federação 1980-1995. In: COMPONENTES da dinâmica demográfica brasileira: textos selecionados. Rio de Janeiro: IBGE, 1996. 117 p. p. 47-80. (Textos para discussão, n. 85).
- ALEGRIA, F. V. L., SCHOR, N., SIQUEIRA, A. A. F. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 473-476, 1989.
- ALENCAR, J. A., ANDRADE, E. C. A esterilização feminina no Brasil: diferenças socioeconômicas, individuais e regionais. In: RELATÓRIOS de pesquisa e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1991. n. 9.
- BADIANI, R., QUENTAL, I., SANTOS, M. E. *DST/AIDS e a Pesquisa nacional sobre demografia e saúde: uma análise do nível de conhecimento e comportamento de vulnerabilização*. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997. 56 p.
- BARROSO, C. Esterilização feminina: liberdade e opressão. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, p. 170-180, 1984.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar (anticoncepção e parto cirúrgico) à espera de uma ação exemplar. In: SEMINÁRIO A SITUAÇÃO DA MULHER E O DESENVOLVIMENTO, 1993. Campinas: Núcleo de Estudos de População, Universidade de Campinas, 1993. Organizado pelo Ministério das Relações Exteriores.
- BONGAARTS, J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, New York, v. 4, n. 1, p. 105-132, 1978.
- _____, LIGHTBOURNE, R. Wanted fertility in Latin America: trends and differentials in seven countries. In: GUZMÁN, J. M.,

- SINGH, S., RODRÍGUEZ, G. (Orgs.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford: Clarendon Press, 1991. p. 227-241.
- _____, POTTER, R. *An analysis of the proximate determinants: studies in population*. Londres: Academic Press, 1983.
- CARVALHO, J. A. M., PINHEIRO S. M. G. *Fecundidade e mortalidade no Brasil 1970/80: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional /Universidade Federal de Minas Gerais, 1986.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo. *Resumo do programa de ação*. Tradução não oficial do documento Summary of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1995.
- DEMOGRAPHIC and health surveys. *Newsletter*, Maryland, v. 9, n. 1, 1997.
- _____. 1993-1994. Dacar: National Institute of Population Research and Training, 1994.
- ENCUESTA demográfica y de salud materna e infantil. Informe general. Quito: Fondo das Nações Unidas para Atividades de População, 1995.
- ENCUESTA nacional de demografia y salud 1995. Bogotá: Demographic Health Survey: PRO-FAMILIA, 1995.
- ESTIMATIVAS de fecundidade para fins de projeção da população. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. Documento interno.
- FERRAZ, E. A. (Org.) Fecundidade, anticoncepção e mortalidade infantil. In: PESQUISA sobre saúde familiar no Nordeste 1991. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1994. 247 p. p. 81-91.
- GOLDANI, A. M. Família, relações de gênero e fecundidade. In: PESQUISA sobre saúde familiar no Nordeste 1991. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1994. 247 p. p. 57-80.
- GÓMEZ, C. C. J. *Implementação das preferências reprodutivas: determinantes e implicações para a política de população na República Dominicana*. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1995.
- GRAHAM, W., AIREY, P. Measuring maternal mortality: sense and sensitivity. *Health Policy and Planning: a journal on health in development*. London, v. 2, n. 4, p. 323-333, 1987.
- HEALTH of women in the Americas. *Scientific Publication*, Washington, n. 488, 1985. 118 p.
- HEALTHIER mothers and children through family planning. Population information program. Population Reports. Baltimore: The Johns Hopkins University, 1984. (Series J. N., n. 27).
- KISHOR, S., NEITZEL, K. The status of women: indicators for twenty-five countries. *Comparative Studies*, Calverton, Md., n. 21, 1996.
- LIGHTBOURNE, R. E. Reproductive preferences and behaviour. In: CLELAND, J., SCOTT, C. (Eds.). *The world fertility survey: an assessment*. Oxford: The International Statistical Institute, 1987. 1058 p. p. 838-861.
- MATERNAL mortality: the dimensions of the problem. In: INTERNATIONAL SAFE MOTHERHOOD CONFERENCE, 1987, Nairobi. Geneva: World Health Organization, 1987. 56 p.
- _____. *Safe motherhood: a newsletter of worldwide activity*, v. 1, n. 23, 1997.
- MELO, A. V. Gravidez na adolescência: uma nova tendência na transição da fecundidade no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 10., 1996, Caxambu. *Anais ...* Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996. v. 3, p. 1439-1454.

- MOREIRA, M. M. Relações de gênero e fecundidade. In: PESQUISA sobre saúde familiar no Nordeste 1991. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1994. 247 p. p. 81-91.
- MORENO, L. N. Fertility change in five Latin-American countries: a covariance analysis of births intervals. *Demography*, Washington, D.C., v. 24, n. 1, p. 23-41, Feb. 1987.
- _____. GOLDMAN, N. Contraceptive failure rates in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *International Family Planning Perspectives*, New York, n. 17, p. 44-49, 1991.
- PERPÉTUO, O. I. H. *Esterilização feminina: a experiência da região Nordeste*. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.
- PESQUISA nacional sobre demografia e saúde 1996. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1997. 182 p.
- PESQUISA nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar 1986. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1987. 24 p.
- PESQUISA sobre saúde familiar no Nordeste 1991. Brasil. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, 1992. 247 p.
- REPRODUCTIVE health survey - Romania 1993. Bucareste: Institute for Mother and Child Care, 1995.
- _____. 1995-1996: English language preliminary report. Puerto Rico: Centre for Disease Control and Prevention, 1997.
- ROSS, J. A., FRANKENBERG, E. *Findings from two decades of family planning research*. New York: The Population Council, 1993.
- RYDER, N. B. Expectations and progressive analysis in fertility prediction. In: *Population projections: methodology of the United Nations*. New York: United Nations Department of International Economic and Social Affairs, 1984. p. 33-38.
- SAWYER, D. O., FREIRE, F. H. *A fecundidade e mortalidade no Brasil: Projeto POP-MUM*. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1997.
- SINGH, S., SEDGH, G. Relación del aborto con las tendencias anticonceptivas y de fecundidad en el Brasil, Colombia y México. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*. New York, p. 2-14, 1997. Número especial.
- SINGH, S, WULF, D. *Adolescentes de hoy, padres del mañana: un perfil de las Américas*. New York: The Alan Guttmacher Institute, 1994.
- VITORA, C. G. Breastfeeding 1986. Brazil. IRD and DHS Reports, 1987.
- WOMEN still lag behind men in living standards, schooling, employment. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 23, n.3, p. 142-144, 1997.
- WONG, L. R., MELO, A.V. Gravidez na adolescência. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 30-36, maio 1987.

Resumo

O artigo objetiva ressaltar alguns resultados da pesquisa DHS/BEMFAM, 1996 e chamar a 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 contínuo 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. O trabalho assinala as relativamente amplas proporções de mulheres que engravidam usando métodos modernos e os 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.

Abstract

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 homogenization; 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, emphasizing situation of basic health care and safe pregnancy and delivery.