

A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda*

Ignéz Helena Oliva Perpétuo e Simone Wajnman**

Introdução

A esterilização feminina no Brasil é uma questão especialmente importante na medida em que sua prevalência é comparativamente alta e tem crescido acentuadamente, sobretudo nas regiões mais pobres do país. Além disto, trata-se de um método de alta eficácia porém irreversível, o que, argumenta-se, pode ter efeitos nocivos sobre a saúde física e mental dos indivíduos.

Parece haver algum consenso em torno da idéia de que o peso excessivo da participação da esterilização no *mix* de métodos contraceptivos denota a precariedade de opções alternativas de que dispõe a mulher brasileira, combinada com uma forte e generalizada motivação para limitar o tamanho das famílias. Alguns autores, entretanto, vão mais além, argumentando que a esterilização estaria sendo conduzida de maneira indiscriminada e abusiva, atingindo sobretudo mulheres menos favorecidas economicamente e, portanto, com menos acesso à informação (1). Neste sentido, longe de ser uma escolha individual e consciente, a esterilização estaria inserida num contexto de programas de controle da natalidade em que,

autoritariamente, estariam sendo colocados à disposição da população apenas dois métodos altamente eficazes: a esterilização e os métodos hormonais (Berquó, 1987). Nesta ótica, essa oferta limitada por parte dos serviços de saúde públicos e/ou privados seria um indicativo da falta de serviços adequados de planejamento familiar integrados a programas de assistência integral à saúde, em sintonia com ações de controle da natalidade *strito sensu* (Berquó, 1990).

Outros trabalhos, por outro lado, têm tentado evidenciar a componente da demanda pela esterilização, testando a relação existente entre a adoção deste método e o *status* social de quem o adota. Utilizando informações contidas na PNSMIPF-1986 (2), Alencar e Andrade (1989) encontraram um efeito positivo da renda e educação do marido e da educação da mulher sobre a prevalência da esterilização no Brasil, indicando que esta está positivamente relacionada com o *status* social do casal, ou com a sua capacidade de obter e manipular informações. Esta evidência, segundo os autores, refutaria a hipótese segundo a qual a esterilização se daria basicamente nas camadas mais pobres da população, aquelas mais sensíveis à ausên-

* Versão revista e atualizada de trabalho publicado nos *Anais do VIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais*, São Paulo, ABEP, 1992, vol. 2, pp. 23-42, sob o título "A mulher que se esteriliza no Brasil".

** Pesquisadoras e professoras do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

cia de oferta de métodos alternativos e de acesso a informações.

Em trabalho posterior, Alencar e Andrade (1991) verificaram para todas as regiões do país a mesma relação encontrada no nível nacional, ou seja, uma relação positiva entre nível de escolaridade da mulher e esterilização feminina, quando controlada pela parturição e idade da mulher. A partir desta constatação, e da evidência de que a maior prevalência e o crescimento mais acelerado da utilização desse método se dão nas regiões mais pobres do país, os autores sugerem que a esterilização, mesmo podendo ser considerada um método precário ou indesejável, é relativamente mais acessível a pessoas que contam com mais recursos materiais e informações em países como o Brasil, onde os vários tipos de contraceptivos não são universalizados (Alencar e Andrade, 1991:16) (3). Em trabalho recente, Berquó (1994) procura enfocar a questão da demanda pela esterilização argumentando que as mulheres no Brasil, principalmente aquelas dos setores populares, encaram a esterilização como uma "tábua de salvação" para o desamparo em que vivenciam a saúde reprodutiva.

O presente artigo pretende contribuir para este debate, revendo e qualificando alguns dos argumentos presentes na literatura e acrescentando novas abordagens às informações já relativamente bem exploradas, quais sejam, as da PNSMIPF-1986. Basicamente, procuramos argumentar, em primeiro lugar, que o leque brasileiro de alternativas contraceptivas é limitado sim, como de certa forma também o é em todos os lugares do mundo, já que a precariedade de alternativas eficientes e cômodas no campo dos métodos anticoncepcionais não se restringe aos países menos desenvolvidos. Em segundo lugar, utilizando a mesma base de dados de Alencar e Andrade (1989) – ou seja, a PNSMIPF-1986 –, mas através de um

tratamento empírico distinto, mostraremos que, de fato, maior *status* social implica maior abertura do leque de utilização de métodos anticoncepcionais alternativos, que parecem depender fundamentalmente do acesso a informações, conhecimento apropriado e domínio dos próprios mecanismos de reprodução. Do ponto de vista específico da esterilização, ao contrário de Alencar e Andrade (1991), encontramos que a escolarização tende a diminuir a prevalência da esterilização, embora esta cresça com o nível de renda. O que parece confirmar a hipótese de que a renda seja fundamental para o acesso a este método, ainda que às mulheres de melhor nível educacional seja facultada uma maior gama de opções.

Finalmente, exploramos a hipótese de que, embora níveis mais elevados de renda signifiquem inequivocamente maior prevalência da esterilização, significam também uma esterilização em melhores condições. Isto porque as mulheres de melhores níveis de educação e renda esterilizam-se ao final de uma "história contraceptiva" em que métodos temporários foram utilizados para espaçar os nascimentos, e a esterilização pode se constituir num bom método anticoncepcional quando se alcança o número de filhos desejado. Entre as camadas menos privilegiadas, entretanto, a esterilização tende a se dar, ao contrário, sem que antes a mulher possa ter tido a oportunidade de planejar e administrar o tamanho de sua prole. Nesse contexto, as políticas de planejamento familiar seriam fundamentais, não no sentido de limitar a prática de esterilização, mas para garantir que esta seja uma escolha apropriada, feita no momento oportuno.

Na próxima seção procura-se contextualizar a questão da esterilização no Brasil no cenário internacional. Na terceira seção são relacionadas as taxas de prevalência da esterilização feminina no Brasil e os indicadores de educação

e renda. Em seguida, examinam-se informações que atestam a hipótese acima sugerida sobre a relação entre renda e educação e as condições nas quais se dá a esterilização. Finalmente, apresentam-se algumas conclusões.

O cenário internacional de escolhas contraceptivas

A despeito de todo investimento realizado nos últimos 30 anos no desenvolvimento e aperfeiçoamento de métodos anticoncepcionais, não existe nenhum método que alcance unanimidade de aceitação, tanto do ponto de vista médico quanto cultural, sendo eficaz, confortável, barato e, ao mesmo tempo, de reversibilidade garantida.

Os métodos atualmente disponíveis podem ser enquadrados em dois grandes grupos: os métodos "tradicionais" e os "modernos". O primeiro inclui o coito interrompido, diversas normas de orientação de abstinência sexual periódica e práticas como a ducha vaginal. O segundo, a esterilização, tanto feminina quanto masculina, os métodos hormonais (pílulas e injetáveis), os dispositivos intra-uterinos, os preservativos masculinos e os vários métodos de "barreira" femininos (diafragma, geléias, cremes e espumas espermicidas). Além de reunir os métodos de maior eficácia, o segundo grupo inclui os três únicos métodos que são dissociados do momento da relação sexual: os hormonais, o dispositivo intra-uterino e a esterilização. Todos os demais, principalmente os ditos tradicionais, são procedimentos que têm sua eficácia relacionada não só a um bom conhecimento da fisiologia reprodutiva, mas também à habilidade de adequar o desejo sexual à prática da anticoncepção.

Comparando a prevalência da contracepção nas diversas partes do mundo, estudo das Nações Unidas demonstra que o percentual de casais nos quais

a mulher se encontra no período reprodutivo e que fazem uso de anticoncepcionais é maior nas regiões desenvolvidas que naquelas em desenvolvimento (70% e 46%, respectivamente) (United Nations, 1989:42). No entanto, como pode ser visto na Tabela 1, os métodos ditos modernos apresentam maior predominância nas regiões subdesenvolvidas (90%) que nas desenvolvidas (65%). Como quaisquer cifras agregadas, estes percentuais encobrem os diferenciais existentes no interior de cada um destes grupos. No caso das regiões desenvolvidas, a dispersão quanto ao uso de métodos modernos é maior, sendo o Leste e o Nordeste Europeus responsáveis pelos valores extremos, 35% e 95%, respectivamente. Nas regiões menos desenvolvidas, o percentual de utilização de métodos modernos é mais homogêneo, variando de 75% na África a 98% no Leste Asiático (United Nations, 1989).

No Brasil, 66% dos casais adotam algum método anticoncepcional, percentual semelhante ao de regiões desenvolvidas da Ásia, Sudeste Europeu e América do Norte (4). A grande concentração da anticoncepção em apenas dois métodos, a pílula (36%) e a esterilização feminina (43%), que correspondem a mais de 2/3 dos métodos utilizados, tem sido apontada como um indicador da precariedade de alternativas anticoncepcionais no país. Reforçam este argumento comparações entre o nosso *mix* e o da média de países desenvolvidos, nos quais outros métodos têm peso significativo e os ditos métodos tradicionais têm sido utilizados com eficácia adequada, a julgar pelos baixos níveis de fecundidade nestes países. Embora seja indiscutível que o aumento do nível de informação acerca da fisiologia reprodutiva e dos métodos anticoncepcionais e um maior compromisso do poder público com a provisão de serviços de planejamento familiar são condições fundamentais para assegurar que a prática da anticoncepção no Brasil possa ser

Tabela 1

Prevalência de métodos anticoncepcionais entre casais em que a mulher se encontra no período reprodutivo e que utilizam algum método, por regiões e países selecionados, por volta de 1983 (em %)*

	Métodos Modernos					Métodos Tradicionais				
	Esterilização		Pílula	Inje- táveis	DIU	Con- dom	Barreira Vaginal	Tabela	Coito Inter.	Outros Métodos
	Fem.	Masc.								
Regiões Menos Desenvolvidas	33	12	12	2	24	6	1	5	3	3
América Latina	36	1	29	2	9	3	1	9	6	2
Brasil	43	1	36	1	1	2	1	6	7	1
Regiões Mais Desenvolvidas	10	5	20	—	8	19	3	13	20	2
Ásia (Japão)	13	3	2	—	5	69	8			
Europa										
Leste (1)	1	—	13	—	7	12	2	27	34	3
Nordeste (2)	14	13	28	—	13	23	4	1	3	1
Sudeste (3)	2	—	19	—	5	15	3	9	44	2
Oeste (4)	10	3	41	—	15	8	1	7	13	2
América do Norte	28	16	19	—	7	14	9	4	2	1

* Estas estimativas refletem pressupostos sobre o uso de contraceptivos em países sem informações.

(1) Bulgária, Tchecoslováquia, Hungria, Polónia, Roménia.

(2) Dinamarca, Finlândia, Noruega, Suécia, Reino Unido.

(3) Itália, Portugal, Espanha, Iugoslávia.

(4) Áustria, Bélgica, França, Alemanha Ocidental, Suíça, Holanda.

FONTES: United Nations, 1989; PNSMIPF-1986.

adequada à situação particular de cada casal, as diferenças entre o Brasil e o "mundo desenvolvido" precisam ser um pouco desmitificadas.

Por um lado, ao examinarmos o mix de regiões desenvolvidas com prevalência de métodos modernos menor que a observada no Brasil, verificamos que mais da metade da anticoncepção é praticada através do coito interrompido e da abstinência sexual no Leste (61%) e Sudeste (53%) Europeus. Além disso, o *condom* é o método utilizado por 69% dos casais japoneses que praticam a anticoncepção. Se o conforto associado à utilização destes métodos é no mínimo discutível, sua eficácia relativamente baixa torna-se um problema muito sério em sociedades onde a alternativa extrema do aborto, no caso de uma eventual falha, não está assegurada.

Por outro lado, em duas das regiões desenvolvidas em que os métodos

modernos predominam, o Nordeste Europeu e a América do Norte, a pílula e a esterilização são também os métodos mais utilizados, responsáveis, respectivamente, por 55% e 63% da anticoncepção, ainda que o grau de dispersão na distribuição das alternativas anticoncepcionais seja maior nestes países que no Brasil. Na América do Norte, 44% dos casais que adotam algum método encontram-se esterilizados (28% mulheres e 16% homens), sendo digno de nota o caso do Canadá, onde, em 1984, a prevalência da esterilização atingia 60% (United Nations, 1989:49). Os argumentos que geralmente cercam as estatísticas sobre a alta prevalência da esterilização no Brasil dificilmente se aplicam a estes países.

O que de fato diferencia o Brasil e os países em desenvolvimento dos países desenvolvidos, do ponto de vista da esterilização, é que a alta prevalência

deste método nestes últimos freqüentemente é melhor distribuída entre mulheres e homens. Contudo, no campo da anticoncepção em geral e da esterilização em particular, via de regra cabe à mulher a maior responsabilidade. É comum argumentar-se que diferenças na fisiologia da reprodução podem ser os determinantes básicos do maior desenvolvimento de métodos femininos, relativamente aos masculinos, dada a maior facilidade em interferir em um óvulo produzido mensalmente do que em milhões de espermatozoides produzidos constantemente (Ford Foundation, 1991:10). Este, porém, não é o caso da esterilização, e além disso, o procedimento cirúrgico no caso dos homens é mais simples, envolve menores riscos e tem menor custo do que no caso feminino. Ainda assim, a esterilização feminina é muito mais praticada do que a masculina, sobretudo em países em desenvolvimento, onde os níveis de esterilização masculina são praticamente irrelevantes.

A partir dessas referências passamos a analisar a esterilização feminina no Brasil, investigando suas características segundo o *status* sócio-econômico da mulher. Educação e renda são tomadas como *proxy* deste *status*, na suposição de que mulheres de maiores níveis de educação e renda teriam informação comparativamente mais adequada sobre o espectro de métodos disponíveis e maior acesso a eles, o que lhes permitiria maior liberdade de escolha.

Diferenciais de prevalência da esterilização no Brasil por renda e educação

O Gráfico 1 apresenta a distribuição das mulheres em união utilizando algum método, por escolhas contraceptivas, para três grupos de renda do marido (5): menor que dois salários mínimos, entre dois e cinco e

mais salários mínimos, respectivamente. Como se pode observar, a importância da esterilização no conjunto das escolhas cresce com a renda. Por outro lado, o Gráfico 2, que apresenta o *mix* de anticoncepcionais por grau de escolaridade da mulher (nenhuma escolaridade, até a 4ª série, de 5ª à 7ª série, e 8ª série e mais), mostra que o peso da esterilização no conjunto de escolhas tende a decrescer com o crescimento do nível educacional, embora essa variação seja relativamente pequena.

Alguns autores, utilizando essa mesma base de dados, já incluíram estas duas variáveis (renda e escolaridade) em análises multivariadas, de forma a estimar seu papel sobre a esterilização, controlando os resultados por um conjunto de outras variáveis explicativas.

Alencar e Andrade (1989), através do ajuste de dois modelos do tipo *logit*, onde se introduziram, alternadamente, as variáveis escolaridade da mulher e renda do marido (6), encontraram um efeito positivo da escolaridade da mulher e do marido, no primeiro modelo, e da renda do marido e escolaridade da mulher, no segundo modelo. O problema deste resultado é que a variável dependente dicotômica (Y), na qual o estado $Y=1$ indica a presença de esterilização e o estado $Y=2$ a sua ausência, inclui, quando seu valor é igual a 2, não só mulheres utilizando outras formas de contracepção, mas também mulheres não utilizando qualquer método. Quando examinamos a Tabela 2, que se refere a todas as mulheres casadas ou em união, vemos que, de fato, as taxas específicas de esterilização tendem a crescer com a escolaridade. Entretanto, na realidade, o que cresce com a escolaridade (e também com a renda) é a própria utilização de métodos contraceptivos. Assim, temos que a taxa de utilização de qualquer método, com exceção da interrupção, cresce com a escolaridade, mas se excluirmos as mu-

Gráfico 1
Distribuição dos métodos segundo a renda do marido
Brasil - 1986

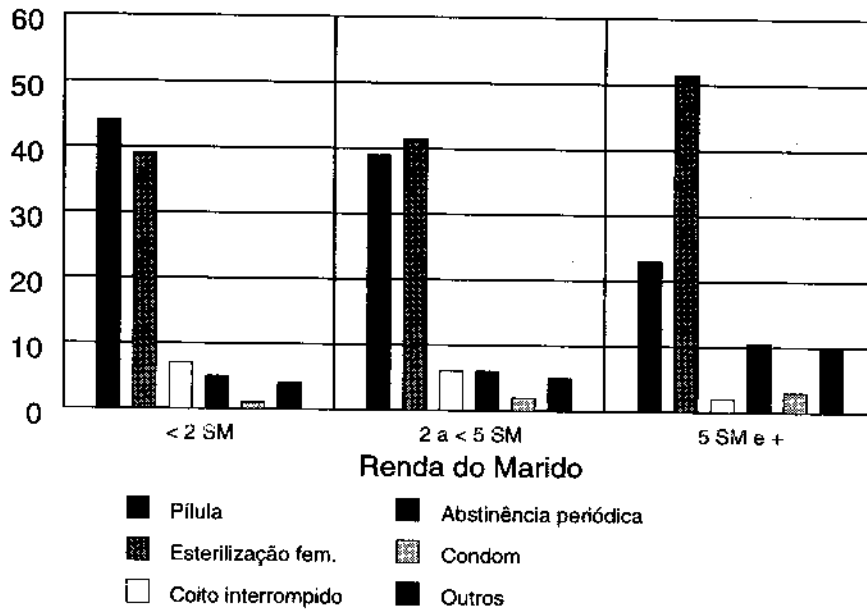


Gráfico 2
Distribuição dos métodos segundo a escolaridade da mulher
Brasil - 1986

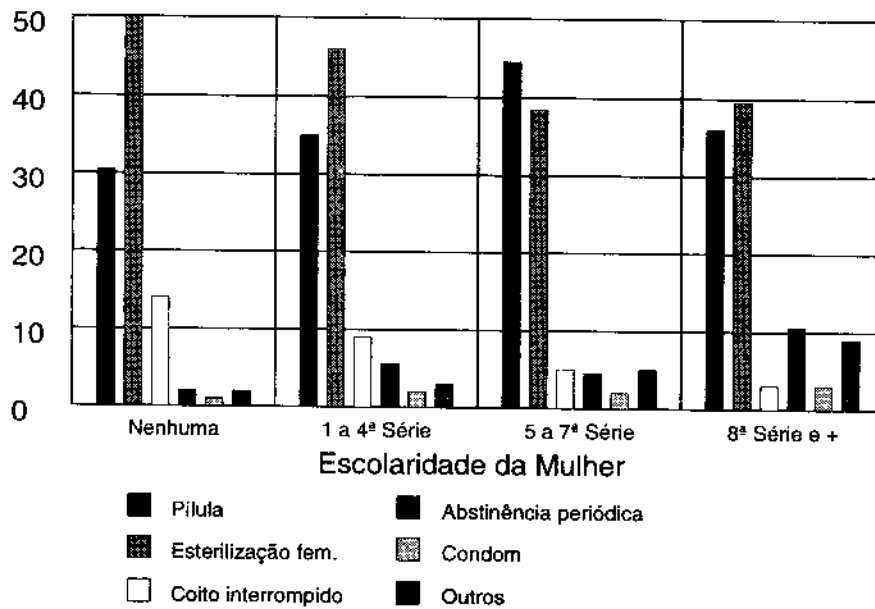


Tabela 2
Distribuição dos métodos anticoncepcionais, segundo os grupos de renda do marido e de escolaridade da mulher (em %)
Brasil - 1986

	Não Usando	Esterilização		Pílula	Condom	Outros Métodos*	Tabela	Coito Inter.	Total
		Fem.	Masc.						
Grupos de Renda									
S/ Renda ou S/ Declaração	35,7	28,3	0,3	21,5	2,0	1,9	3,7	6,4	100,0
< 2 SM	33,1	25,6	0,2	29,6	0,8	2,3	3,3	4,9	100,0
2 a 5 SM	18,8	34,0	0,5	31,4	1,7	3,2	5,1	5,2	100,0
5 SM e mais	17,8	42,6	2,9	18,8	2,3	5,4	8,5	1,9	100,0
Grupos de Escolaridade									
Nenhuma	55,1	22,3	-	13,6	0,5	1,1	1,1	6,4	100,0
1ª a 4ª Série	38,2	28,3	0,2	21,5	1,3	1,6	3,2	5,7	100,0
5ª a 7ª Série	28,1	27,9	0,4	32,1	1,4	3,1	3,4	3,6	100,0
8ª Série e mais	26,4	29,2	2,0	26,0	2,2	4,9	7,5	1,8	100,0

* Inclui DIU, diafragma, injetáveis e outros.

FONTE: PNSMIPF - 1986.

Iheres não usuárias, as taxas de esterilização na verdade passam a decrescer com a escolaridade. E o que nós interessa é muito mais entender a opção pela esterilização, entre as alternativas de anticoncepção, do que a alternativa da esterilização à utilização de qualquer outro ou de nenhum método indiscriminadamente.

Rios Neto, McCracken e Nascimento (1991), na estimação de um modelo também *logit*, porém multinomial, para determinação de escolhas contraceptivas, incluíram também a escolaridade da mulher como uma de suas diversas variáveis independentes. Neste modelo, utilizou-se como variável dependente quatro alternativas de escolhas contraceptivas, entre as quais se incluiu a esterilização. As estimativas foram realizadas não só para uma amostra de todas as mulheres, mas também para uma amostra restrita àquelas utilizando algum método anticoncepcional. Em ambos os casos, não se encontrou qualquer relação significativa entre a esterilização e a escolaridade, como também não se encontrou significância na relação entre escolaridade feminina e utilização de alguma forma de contracepção. Os autores atribuem este resul-

tado inesperado à possibilidade de que o tradicional efeito positivo da educação feminina sobre a regulação da fecundidade esteja operando através de efeitos indiretos associados a outras variáveis independentes incluídas no modelo (Rios Neto, McCracken e Nascimento, 1991:14).

Conquanto se reconheça a importância desse tipo de análise multivariada, em que se procura controlar efeitos de várias outras variáveis simultaneamente, optou-se, neste trabalho, por apresentar taxas específicas de esterilização por grupos de renda e escolaridade, de forma a captar os efeitos desagregados de uma variável controlada apenas pela outra. Assim, o que se apresenta na Tabela 3 é exatamente o detalhamento e a comprovação do que se obteve nas análises bivariadas, ou seja: que a relação entre a prevalência da esterilização e a renda do marido é positiva em todos os grupos de escolaridade, enquanto que a relação entre esterilização e escolaridade é negativa em qualquer estrato de renda. Além disto, é possível observar que a relação negativa aparentemente fraca entre a escolaridade e a esterilização no total da população é o resultado da relação

Tabela 3

Taxas específicas de esterilização entre as mulheres que utilizam algum método, segundo o nível de escolaridade da mulher e o nível de renda do marido (em %)
Brasil - 1986

	Nenhuma	1ª a 4ª Série	5ª a 7ª Série	8ª e + Série	Total	Var 1*
S/ Rendimento ou S/ Declaração	38,6	46,0	42,3	42,4	43,9	9,8
< 2 SM	54,8	39,8	26,1	33,0	38,5	-39,8
2 a 5 SM	52,1	46,1	42,5	34,9	41,8	-33,0
5 SM e mais	71,4	76,0	54,4	44,1	51,8	-38,2
Total	49,7	45,9	38,9	39,6	43,1	-20,3
Var 2**	30,3	90,9	108,4	33,6	34,5	

* Variação percentual entre os grupos "nenhuma" e "8ª série e mais".

** Variação percentual entre os grupos "< 2 SM" e "5 SM e mais".

FONTE: PNSMIPF - 1986.

positiva entre escolaridade e esterilização no grupo de renda relativo aos sem rendimentos e sem declaração.

Excluindo-se este grupo, que parece ser altamente heterogêneo e sobre o qual não se sabe muita coisa, tem-se uma forte relação negativa entre as duas variáveis em todos os níveis de renda. Por outro lado, verifica-se que há uma forte relação positiva entre renda e esterilização, especialmente nos grupos intermediários de escolarização (entre 1ª e 7ª séries) (7).

Reconhecendo os prováveis efeitos de composição da idade da mulher sobre os resultados encontrados - já que, por um lado, indivíduos mais velhos tendem a ter rendimentos mais elevados e escolaridade mais baixa, dado o crescimento recente da escolarização, sobretudo de mulheres, e, por outro lado, a idade aumenta a probabilidade de uma mulher estar esterilizada -, foram estimadas taxas específicas de esterilização por renda e escolaridade padronizadas por idade. Para esta padronização, utilizou-se a estrutura etária (em grupos decenais) do total das mulheres usando algum método contraceptivo, aplicada a todas as taxas de esterilização específicas por idade. Note-se, contudo, que dado o tamanho limitado da amostra de mulheres nesta fonte de dados, o número de mulheres esterilizadas por grupo de idade, renda e educação é em muitos

casos bastante reduzido, o que sugere alguma reserva em relação aos resultados apresentados a seguir.

O que se observa na Tabela 4, que apresenta as taxas de esterilização padronizadas, é que os totais por renda e por escolaridade continuam se comportando da mesma forma que na tabela não padronizada; ou seja, as taxas de esterilização continuam crescendo com a renda e decrescendo com a escolaridade, embora as taxas de variação sejam muito menores. Esses resultados indicam a existência dos efeitos de composição acima mencionados, mas indicam também que, independentemente destes, há um efeito positivo da renda e negativo da escolaridade sobre as taxas de esterilização, quando controlados por idade. Examinando-se os resultados de renda e escolaridade controlados um pelo outro, verificamos que as taxas padronizadas de esterilização crescem com a renda nos grupos intermediários de escolaridade (entre 1ª e 7ª séries), que representam 62% das mulheres, enquanto que quando a escolaridade é mais elevada a renda não tem importância para a esterilização (8). A relação entre escolaridade e as taxas padronizadas de esterilização nos grupos específicos de renda parece ser menos clara, não havendo decréscimo contínuo das taxas em nenhum grupo de renda (9).

Tabela 4

Taxas específicas de esterilização entre as mulheres que utilizam algum método, por nível de escolaridade da mulher, segundo níveis de renda do marido, padronizadas pela estrutura etária das mulheres de 15-44 anos (em %)

Brasil - 1986

	Nenhuma	1ª a 4ª Série	5ª a 7ª Série	8ª e + Série	Total	Var 1*
S/ Rendimento ou S/ Declaração	37,3	44,6	42,9	45,8	43,3	22,8
< 2 SM	50,5	40,1	31,6	41,7	40,2	-17,4
2 a 5 SM	36,3	44,3	51,2	41,2	43,2	13,5
5 SM e mais	35,1	68,8	55,3	41,1	47,7	17,1
Total	47,9	45,3	44,9	42,2	43,1	-11,9
Var 2**	-30,50	71,57	75,00	-1,44	18,66	

* Variação percentual entre os grupos "nenhuma" e "8ª série e mais".

** Variação percentual entre os grupos "< 2 SM" e "5 SM e mais".

FONTE: PNSMIPF-1986.

Finalmente, sob uma outra abordagem, podemos verificar que o rendimento médio (dos maridos) das mulheres esterilizadas (Cr\$ 3.316,02) é superior ao relativo às mulheres que utilizam algum método (Cr\$ 2.803,94). Se, novamente, consideramos o efeito de composição da estrutura etária mais envelhecida das esterilizadas e padronizamos o seu rendimento médio pela estrutura etária de todas as mulheres utilizando métodos, temos ainda assim um rendimento médio das esterilizadas superior (Cr\$ 3.100,68).

Todas essas evidências a respeito do papel da renda na prevalência da esterilização são coerentes com a hipótese de que, havendo uma motivação geral para o uso da anticoncepção, as mulheres que podem pagar e que recorrem aos serviços privados têm tido maior acesso à esterilização do que aquelas que dependem do serviço gratuito. A forte correlação entre partos cesarianos e esterilização pós-parto explicaria também, em parte, a importância da renda para o acesso à esterilização. Conforme assinalado por Rutenberg e Ferraz (1988), vários estudos têm mostrado que, havendo a indicação para uma cesariana, os médicos realizam este tipo de parto mais freqüentemente em pacientes particulares do que nas seguras,

e mais nestas últimas do que em indigentes.

De qualquer forma, estes dados confirmam a idéia de que a componente da demanda, evidenciada pelo papel da renda como meio de acesso à esterilização, não pode ser desprezado.

Os sinais contrários encontrados para os efeitos de renda e escolaridade sobre a esterilização nos sugerem a hipótese de que, na existência de uma forte motivação para a anticoncepção, a esterilização seria uma função, entre outras coisas, do conhecimento e do acesso a ela e, também, do conhecimento, motivação e acesso a outros métodos alternativos. Sendo assim, a educação formal poderia significar o conhecimento e a motivação para o uso de outros métodos. Não obstante, a renda seria fundamental para o acesso à esterilização. Enquanto que o acesso a outros métodos, comparativamente à esterilização, dependeria mais da educação que da renda, a esterilização (num cenário em que sua oferta não é ilimitada) dependeria mais da renda que da educação, já que os requisitos em termos de conhecimento para a esterilização são relativamente muito simples. Evidentemente, a comprovação desta hipótese dependeria de um exame mais amplo a respeito das escolhas contraceptivas e suas motivações.

Algumas características das mulheres esterilizadas, por renda e educação

Na seção anterior, o *status* sócio-econômico da mulher, medido por indicadores de educação e renda, foi relacionado unicamente com a prevalência da esterilização. Nesta seção pretende-se qualificar esta prevalência, relacionando estes mesmos indicadores sócio-econômicos com algumas características da experiência reprodutiva das mulheres esterilizadas. Estas características envolvem alguns indicadores da história reprodutiva e contraceptiva pré-esterilização da mulher e de sua percepção da adequação da esterilização ao seu desejo. Supõe-se que melhores níveis de renda e educação estejam relacionados a melhores condições de esterilização, definindo-se como uma boa condição de esterilização aquela em que a mulher, tendo planejado sua prole através de métodos temporários e alcançado o seu número ideal de filhos, opta

deliberadamente por um método irreversível.

Esta hipótese pode ser tentativamente explorada mediante as informações disponíveis na PNSMIPF-1986, utilizando alguns indicadores, que se apresentam nas Tabelas 5 e 6.

Em primeiro lugar, a história anticonceptiva pré-esterilização é examinada através de indicadores aproximados, pois uma história completa só foi pesquisada em relação aos nascimentos recentes, o que exclui grande parcela das mulheres esterilizadas. A informação sobre o primeiro método utilizado indica que uma parcela significativa de mulheres de menor nível de renda (24,5%) e educação (42,9%) não usou nenhum outro método antes da esterilização, sendo que esta parcela decresce fortemente à medida que cresce a renda e a educação. Além disso, o uso de anticoncepcionais é tanto mais precoce, do ponto de vista da parturição, quanto maior é o nível sócio-econômico das mulheres. Mulheres mais privilegiadas

Tabela 5
Algumas características das mulheres esterilizadas, segundo o nível de renda do marido (em %) Brasil - 1986

Algumas Características da Mulher Esterilizada	Grupo de Renda do Marido		
	< 2 SM	2-5 SM	5 + SM
Mulheres que usaram a esterilização como primeiro método anticoncepcional (%)	24,5	14,0	6,8
Parturição média ao usar primeiro método	2,6	1,5	0,9
Intervalo entre primeira união e primeiro nascimento:			
- % com intervalo negativo	8,9	7,4	4,1
- intervalo médio após união (meses)	16,0	16,9	19,0
Parturição à esterilização:			
- média	4,9	3,7	3,3
- % mulheres com 4 e + filhos	61,5	41,7	25,0
Idade mediana à esterilização	26,0	25,1	30,2
Intervalo médio entre o primeiro nascimento e a esterilização (meses)	110,7	99,6	90,4
Intervalo médio/número de filhos tidos	23,9	28,4	28,6
Diferença entre parturição e número de filhos desejado:			
- tidos igual desejado	27,2	38,5	45,9
- tidos mais que desejado	45,2	38,1	26,9
- tidos menos que desejado	28,2	23,4	27,4
Mulheres arrependidas da esterilização (%)	52,9	38,7	32,3

FONTE: PNSMIPF - 1986.

Tabela 6
Algumas características das mulheres esterilizadas, segundo o nível de escolaridade da mulher (em %)
Brasil - 1986

Algumas Características da Mulher Esterilizada	Nível de Escolaridade da Mulher			
	Nenhuma	1ª a 4ª Série	5ª a 7ª Série	8ª e + Série
Mulheres que usaram a esterilização como primeiro método anticoncepcional (%)	42,9	19,4	11,3	7,7
Parturição média ao usar primeiro método	3,7	2,3	1,4	0,8
Intervalo entre primeira união e primeiro nascimento:				
- % com intervalo negativo	10,7	8,0	4,9	6,0
- intervalo médio após união (meses)	16,8	15,9	17,3	20,0
Parturição à esterilização:				
- média	5,8	4,5	3,4	3,0
- % mulheres com 4 e + filhos	65,4	59,7	35,9	21,6
Idade mediana à esterilização	32,2	30,2	28,9	29,5
Intervalo médio entre o primeiro nascimento e a esterilização (meses)	136,1	111,8	92,3	73,1
Intervalo médio/número de filhos tidos	25,4	26,5	28,5	24,4
Diferença entre parturição e número de filhos desejado:				
- tidos igual desejado	19,0	27,4	43,7	50,3
- tidos mais que desejado	42,9	46,0	33,1	24,5
- tidos menos que desejado	38,1	26,6	23,2	25,2
Mulheres arrependidas da esterilização (%)	38,5	43,1	50,0	38,8

FONTE: PNSMIPF - 1986.

em relação a renda e educação utilizaram o primeiro método tendo em média, respectivamente, 1,7 e 2,9 filhos a menos que as mulheres nos grupos de menor renda e escolaridade.

Em segundo lugar, analisam-se os intervalos de tempo transcorridos entre alguns eventos significativos do ponto de vista da reprodução e algumas características da mulher à época da esterilização, que podem ser considerados como indicadores indiretos do uso de métodos temporários antes da esterilização ou do controle exercido pela mulher sobre o processo reprodutivo. Também neste aspecto existem diferenças importantes.

Ao se relacionar o primeiro nascimento com a primeira união, verifica-se que o percentual de mulheres que tiveram filhos antes do casamento diminui com o aumento da renda e da educação, e que estas variáveis apresentam uma relação positiva com o intervalo médio

entre a primeira união e o primeiro nascimento ocorrido após o casamento. Por outro lado, embora a idade mediana à esterilização aumente com a renda, a parturição à esterilização e o percentual de mulheres esterilizadas com quatro e mais filhos são tanto menores quanto maior é a renda. O intervalo médio entre o primeiro nascimento e a esterilização também varia inversamente com a renda, mas, apesar disto, a razão entre este intervalo médio e o número de filhos tidos é menor nos estratos de renda mais baixos. Esta razão pode ser considerada como um indicador aproximado do espaçamento médio entre os nascimentos, o que, indiretamente, também indicaria o controle exercido sobre a reprodução.

Estratificando as mulheres por educação, as mesmas tendências se verificam, exceto em relação às mulheres com escolaridade de 5ª a 7ª séries, que têm idade mediana à esterilização

e espaçamento médio entre nascimentos menores do que os de mulheres de maior escolaridade.

Em terceiro lugar, procura-se avaliar algumas informações relacionadas à percepção das mulheres quanto à adequação do momento da esterilização. Considerando a diferença entre o número ideal de filhos e a parturição à esterilização, nota-se que o grau de coincidência entre a parturição alcançada e o número de filhos declarado como ideal cresce significativamente tanto com a renda quanto com a educação, assim como decresce o percentual de mulheres que declararam desejar menos filhos do que sua parturição. Este é um resultado expressivo, mesmo admitindo que o conceito de "número ideal de filhos" seja um tanto vago, dada a dificuldade em se distinguir o desejo (abstrato) da intenção (guia para ação).

O outro indicador examinado, de difícil interpretação, pois depende integralmente de fatores subjetivos, refere-se à declaração das mulheres sobre estarem ou não arrependidas da esterilização. O que se verifica é que a declaração de arrependimento é tanto mais alta quanto mais baixo é o estrato social a que pertence a mulher, atingindo 53% no caso de mulheres de menor renda. Esta cifra merece atenção, ainda que não se saiba exatamente o significado deste arrependimento.

Conclusão

Testando a relação entre a prevalência da esterilização feminina e indicadores da condição sócio-econômica das mulheres, encontramos que a importância da esterilização no *mix* de escolhas contraceptivas tende a crescer com a renda e decrescer com a educação. É importante observar que estes efeitos de sinais contrários resultam que, para as mulheres mais bem posicionadas na "escala sócio-econômica" aqui avaliada

(mulheres de oito ou mais anos de estudo e cujos rendimentos do marido são maiores de cinco salários mínimos), a taxa de esterilização encontrada é de 44,1% (ver Tabela 3), taxa esta muito próxima à média brasileira (43,1%). Se assumimos que estas mulheres devem estar relativamente melhor equipadas para optar conscientemente pelo método anticoncepcional mais adequado à sua necessidade, a hipótese de que a alta prevalência da esterilização no Brasil deve-se *exclusivamente* à limitação da oferta de alternativas contraceptivas parece ficar comprometida. A alta prevalência da esterilização nos países desenvolvidos onde os métodos modernos predominam corrobora a idéia de que o nível da esterilização não tem um significado em si mesmo, importando saber qual o contexto em que as mulheres, no Brasil, estão recorrendo a este método. Esta questão reveste-se de especial importância quando se verifica que quanto menor é o nível de renda e escolaridade, pior é aquilo que se chamou neste trabalho de "condições da esterilização". Por outro lado, importa também saber quais são as motivações que estariam levando as mulheres no Brasil a optar maçivamente por este método, mesmo na eventual presença de outras alternativas anticoncepcionais. Obviamente, a base de dados com a qual se está trabalhando não permite responder este tipo de questão. Pesquisas específicas que examinem em profundidade a experiência reprodutiva das mulheres esterilizadas tornam-se, portanto, essenciais.

Apêndice 1 – Nota acerca das informações sobre renda da PNSMIPF-1986

O sério problema de se trabalhar com a variável renda na PNSMIPF-1986 é que, mesmo tomando-se a renda do marido, que é a renda que apresenta

mais casos declarados, tem-se para o conjunto das mulheres em união e utilizando algum método anticoncepcional, uma não declaração de rendimentos monetários da ordem de 25,5%, incluindo os casos em que a mulher declara que (1) seu marido recebe pagamento em bens – 1,8% dos casos; (2) seu marido não trabalha regularmente – 2,6% dos casos; (3) seu marido trabalha sem rendimento – 0,3% dos casos; e (4) não sabe/não respondeu – 18,8% dos casos; além dos *missing cases*, que correspondem a 2,7% do total.

Todas estas alternativas foram englobadas, para efeito desta análise, na categoria “sem rendimento ou declaração”, na qual, como se pode constatar, o maior peso é o da não declaração. Toda a análise das prevalências de esterilização por renda, entretanto, foi feita somente para os demais grupos de renda, considerando-se a dificuldade de

identificar essas mulheres, dada a provável heterogeneidade desse grupo.

Apesar do tamanho exagerado da categoria “sem rendimento ou declaração”, acredita-se que os resultados aqui apresentados não estejam seriamente comprometidos. Conforme se constatou, a distribuição de algumas variáveis, tais como escolaridade e idade, no interior desta categoria assemelha-se muito mais à distribuição dessas mesmas variáveis no total da população em questão do que dentro de algum grupo de renda específico. Isto nos faz supor que esta categoria pode estar relativamente bem distribuída entre as mulheres utilizando métodos. Além disso, uma análise preliminar exploratória, a partir de dados similares contidos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1986, cujas informações sócio-econômicas são reconhecidamente mais confiáveis, revelou, em linhas gerais, as mesmas tendências aqui apontadas.

Notas

- (1) Ver, por exemplo, Berquó (1982, 1994) ou Barroso (1984).
- (2) Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Brasil-1986, da Demographic and Health Surveys, administrada no Brasil pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam).
- (3) Rutenberg e Ferraz (1988) apresentam, também, dados que indicam o crescimento da porcentagem de mulheres esterilizadas em uma escala ascendente de classes sócio-econômicas, classes estas construídas com base na escolaridade e na propriedade de bens de consumo.
- (4) Para uma comparação entre o Brasil e os outros países da América Latina, ver Weinberger (1990).
- (5) Optou-se por utilizar a renda do marido como um indicador de poder aquisitivo da mulher na medida em que esta pode ser considerada uma *proxy* razoável da renda familiar, e porque, das informações disponíveis na PNSMIPF-1986, esta é a que apresenta menos casos não declarados. Contudo, reconhece-se a precariedade dessa informação, o que é discutido mais detalhadamente no Apêndice 1. Observa-se, ainda, que não são apresentados nesses gráficos as proporções relativas às mulheres cujos rendimentos monetários do marido pertencem à categoria “sem rendimento ou sem declaração”. Embora este grupo tenha um peso significativo, não há como interpretar seus resultados.
- (6) A introdução alternada destas duas variáveis tem o objetivo de eliminar possíveis distorções provocadas na regressão pelo efeito da multicolinearidade (Alencar e Andrade, 1989:1061).
- (7) Vale notar que este mesmo cruzamento, apresentado de forma sintética, foi experimentado para outros níveis de desagrega-

ção das variáveis, com os quais se chegou aos mesmos resultados.

- (8) A variação positiva das taxas de esterilização com a renda para as mulheres que declararam nenhuma escolaridade deve ser encarada com suspeita, dado o pequeno tamanho deste grupo.

- (9) Estas mesmas tendências das relações entre esterilização e renda e esterilização e educação foram confirmadas ao se ajustar, exploratoriamente, um modelo de regressão logística multivariada que incluiu, além destas variáveis, a idade, a parturição, a região de residência e a situação de domicílio.

Referências bibliográficas

- ALENCAR, José Almino e ANDRADE, Edgar Coelho. "A esterilização feminina no Brasil". *Anais do XVII Encontro Nacional de Economia*, Anpec, 1989, pp.1051-70.
- _____. A esterilização feminina no Brasil: diferenças sócio-econômicas, individuais e regionais. Relatório de pesquisa e desenvolvimento. Rio de Janeiro, UERJ/UFF, 1991.
- ARRUDA, J. M., RUTENBERG, N., MORRIS, L. *et al.* Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar – Brasil, 1986. Rio de Janeiro, Bemfam, 1987.
- BARROSO, Carmem. "Esterilização feminina: liberdade e opressão". *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 18, 1984, pp. 170-80.
- BERQUÓ, Elza. "Os corpos silenciados". *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, Cebrap, vol. 1, n. 3, julho de 1982, pp. 46-9.
- _____. "Sobre a política de planejamento familiar no Brasil". *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, ABEP, vol.4, n.1, jan./jul, 1987, pp. 95-103.
- _____. "Uma nova onda para atropelar os direitos reprodutivos". *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, ABEP, vol.7, n.1, jan./jun, 1990, pp. 87-94.
- _____. "Uma queda (cirúrgica) na fecundidade". *Imprensa*, São Paulo, ano VII, n.76, jan. 1994.
- FORD FOUNDATION. Reproductive health: a foundation strategy for the 1990's. Rio de Janeiro, mimeo., 1991.
- RIOS NETO, Eduardo L. G., McCracken, Stephen D. e NASCIMENTO, Roberto R. "Contraceptive use and fertility in Brasil". *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, Columbia, IRD/ Macro International, 1991, pp.113-34.
- RUTENBERG, Naomi e FERRAZ, E. A. "Female sterilization and its demographic impact in Brazil". *International Family Planning*, New York, vol.14, n.2, jun. 1988, pp.61-8.
- UNITED NATIONS. "Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988". *Population Studies*, New York, n. 110, 1989.
- WEINBERGER, Mary Beth. "Changes in the mix of contraceptive methods during fertility decline: Latin America and the Caribbean". *Proceedings of the Seminar on Fertility Transition in Latin America*, Liège, IUSSP, 1990.

RESUMO – A esterilização feminina no Brasil: diferenciais por escolaridade e renda.

O artigo analisa alguns aspectos da questão da alta prevalência da esterilização feminina no Brasil, utilizando as informações sobre contracepção da Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, Brasil – 1986 (PNSMIPF-1986), da Demographic and Health Surveys, administrada no Brasil pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam). Relacionando as taxas específicas de esterilização com indicadores do status sócio-econômico das usuárias, demonstra que o nível de escolaridade

zação tende a diminuir a prevalência da esterilização, embora esta cresça com a renda, confirmando a hipótese de que, embora melhores níveis educacionais ampliem o espectro de alternativas contraceptivas, a renda é fundamental para o acesso à esterilização. Por outro lado, procura-se demonstrar que mulheres de melhor nível educacional e de renda esterilizam-se em condições relativamente melhores, ou seja, ao final de uma história contraceptiva em que métodos temporários foram utilizados para espaçar nascimentos. Entre as camadas menos privilegiadas, entretanto, a esterilização tende a se dar, ao contrário, sem que antes a mulher possa ter tido a oportunidade de planejar e administrar o tamanho de sua prole.

ABSTRACT - Female sterilization in Brazil: income and education differentials. *This paper analyses some aspects of the high prevalence of female sterilization in Brazil, based on information about contraception provided by the PNSMIPF-1986. On one hand, the article relates specific sterilization rates with socioeconomic indicators, showing that sterilization level increases with income but decreases with education. The findings confirm the hypothesis that, although high education levels provide information and access to a wider range of contraceptive options, income is fundamental to provide access to sterilization surgery. On the other hand, the paper shows that the called "sterilization conditions" are much better among richer and higher educated women.*

Aprovado para publicação em 23/06/94.