

Nascimentos não planejados no Brasil eram 46% em 2006. Diminuíram?

Tania Di Giacomo do Lago*

Introdução

A proximidade de 2016 tem feito crescer a expectativa e a preocupação de uma grande comunidade composta por organizações da sociedade civil, demógrafos, profissionais e gestores de saúde, que esperam pela realização da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Afinal, há três décadas, esta investigação se realiza nos anos com “final 6” no Brasil.

Sintonizadas com este sentimento, integrantes do Grupo de Trabalho de Fecundidade e Comportamento Sexual e Reprodutivo, reunidas durante o Congresso da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (Abep) em novembro de 2014, propuseram-se a identificar as questões necessárias para compreender o comportamento reprodutivo no presente, que deveriam ser respondidas em uma nova rodada da pesquisa. É preciso examinar também se, à luz das informações produzidas em inquéritos populacionais recentes e diante da conjuntura econômica vigente, é mesmo imprescindível realizar a PNDS 2016.

A presente nota pretende contribuir para essa reflexão. Após um breve resumo sobre os antecedentes e propósitos da PNDS no Brasil, examinam-se os conteúdos correlatos abordados em inquéritos populacionais de âmbito nacional, realizados a partir de 2010. Identificam-se temas atualmente em investigação no programa da *Demographic and Health Survey* (DHS), bem como algumas lacunas essenciais a serem preenchidas por uma nova PNDS.

* Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo-SP, Brasil (tania_di@uol.com.br).

Antecedentes

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde é originária do Programa DHS e tem como objetivo prover dados e análises comparáveis internacionalmente para um amplo conjunto de indicadores relacionados a mulheres em idade fértil e crianças. O Programa DHS, iniciado em 1984, é financiado pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento (USAID) e, atualmente, implementado pela ICF Internacional. As pesquisas recebem financiamento também de outros doadores e dos países que as desenvolvem. O programa propõe a realização de um inquérito populacional (*standard DHS surveys*) a cada cinco anos e um inquérito de menor tamanho amostral, focado em um número menor de indicadores-chave, essenciais para o monitoramento de condições de saúde reprodutiva e infantil e/ou de políticas públicas a elas relacionadas (*intering DHS surveys*) (<http://www.dhsprogram.com/Who-We-Are/About-Us.cfm>). A cada uma destas “rodadas” (identificadas como fases da DHS), o Programa propõe e disponibiliza instrumentos de coleta e análise de dados para abarcar um conjunto de tópicos acoplados ao núcleo central de interesse da DHS. Os temas que compõem este núcleo central, desde sua origem, são a reprodução e a saúde na infância. A partir da terceira rodada ou fase 3, propôs-se a inclusão opcional na pesquisa de uma amostra de homens com 15 a 54 anos de idade, para o estudo da fecundidade masculina e seus determinantes, bem como do conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à prevenção da Aids.

As sessões sobre reprodução feminina permitem traçar as trajetórias reprodutivas das mulheres por meio do registro cronológico da história de nascimentos, de marcadores da história contraceptiva e da incidência de eventos que influenciam esses percursos. Dessa forma, é possível não só estimar taxas de fecundidade, como também analisar seus determinantes próximos (início da atividade sexual, vida marital, momentos da reprodução, anticoncepção, entre outros). No que se refere à anticoncepção, verificam-se, além da sua prevalência e a de cada método contraceptivo, seus antecedentes, as fontes de obtenção e dificuldades de acesso a elas relacionadas. Estima-se a proporção de mulheres com necessidades não atendidas em contracepção, considerando-se suas intenções reprodutivas.

A partir da história de nascimentos, selecionam-se aqueles ocorridos em período recente (as três rodadas nacionais consideraram os cinco anos anteriores à entrevista) para dimensionar a proporção de não planejados e avaliar os cuidados recebidos pelas mulheres durante a gestação, o parto e o pós-parto e pelo recém-nascido.

Ao perguntar à mulher se, ao engravidar de cada um destes nascimentos recentes, ela “queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo ou não queria ter (mais) filhos”, obtêm-se informações para elaboração de indicadores preciosos, como a porcentagem de nascimentos não planejados (os que ocorreram em momento anterior ao desejado – *mistimed pregnancy* – somados aos que ocorreram quando a mulher não queria (mais) ter filhos – *unwanted pregnancy*) e a fecundidade não desejada (o número médio de filhos não desejados ao longo da vida reprodutiva). Estes indicadores podem ser entendidos como

“medida sintética” das condições existentes naquela sociedade para que as mulheres possam, efetivamente, regular sua fecundidade, de forma a alcançar seus propósitos.

O recorte dos nascimentos ocorridos no quinquênio que precede a entrevista e as informações obtidas sobre a atenção recebida na gestação e parto propiciam o estudo da saúde da criança desde o nascimento até os cinco anos de idade. São investigadas as condições do parto, as do recém-nascido (idade gestacional, peso e intercorrências) e de aleitamento materno, que, como se sabe, determinam fortemente a sobrevivência e a qualidade de vida na infância. Coletam-se, ainda, informações sobre vacinação infantil, prevalência e tratamento de doenças respiratórias agudas e diarreicas. O estado nutricional das crianças é avaliado por meio de antropometria.

No Brasil, a pesquisa nacional de demografia e saúde foi realizada, em 1986, sob o título de Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (BEMFAM, 1987), em 1996, como Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1997) e, em 2006, foi intitulada Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (BRASIL; CEBRAP, 2008). Elas têm por referência a primeira, a terceira e a quinta fases do Programa DHS, respectivamente. Os resultados das três iniciativas permitem comparações nacionais e internacionais dos aspectos que integram aquele núcleo central: reprodução e saúde infantil. As duas últimas incorporaram temas adicionais.

As pesquisas de 1986 e 1996 foram realizadas pela Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam) e receberam financiamento internacional por meio do Programa DHS. A terceira foi contratada pelo Ministério da Saúde por meio de edital de licitação, sendo inteiramente financiada por aquele órgão e realizada pelo Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap), em cooperação com universidades brasileiras.

A PNDS 2006 teve seu escopo definido pelo edital, mantendo a maior parte dos temas tratados em 1996, o que permite a análise dos avanços ocorridos no país naquela década acerca da saúde reprodutiva e na infância. Essa última edição incorporou temas novos (segurança alimentar, acesso a medicamentos, deficiência de vitamina A e anemia ferro-priva), mas deixou de incluir módulos sobre mortalidade materna, DST/Aids e um questionário específico para os homens, todos presentes na PNDS 1996 (BERQUO et al., 2008, p. 9).

Muitos destes temas foram abordados em inquéritos populacionais realizados na última década. Trata-se, portanto, de saber se há lacunas a impedir nossa compreensão sobre a trajetória da reprodução e da saúde na infância desde 2006 até o presente.

Reprodução e saúde na infância em inquéritos domiciliares nacionais recentes

Saúde na infância

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde em 2013 (IBGE, 2014), incluiu um módulo sobre saúde das crianças, abordando os seguintes aspectos: idade à primeira consulta médica; realização de procedimentos de triagem neonatal; e um *proxy* de cobertura vacinal ao analisar a adequação das doses

da vacina tetravalente. Foram coletadas, ainda, informações sobre aleitamento materno e alimentação infantil (IBGE, 2013).

No que se refere à imunização, a opção por um *proxy* pode ter minimizado as dificuldades de captar com precisão a adequação para todas as vacinas previstas no calendário vacinal nacional. Apesar dos esforços contínuos do Ministério da Saúde para uniformizar a caderneta de vacinas, padronizar a nomenclatura das mesmas e a forma de registro que permite diferenciar datas de agendamento da vacina e datas em que as mesmas foram efetivamente aplicadas, é possível encontrar diferentes apresentações ao longo do território. Apenas profissionais de saúde habituados às diferentes nomenclaturas e abreviações utilizadas para uma mesma vacina são capazes de transcrever corretamente as informações registradas em qualquer tipo de carteira vacinal para o modelo utilizado na coleta de dados. A não compreensão destas equivalências leva um leigo, ainda que treinado, a não reconhecer uma dada vacina, acarretando subestimativas da cobertura vacinal. Nesse sentido, é fato positivo que o Ministério da Saúde tenha incluído, na chamada pública para apresentação de projetos de pesquisa lançada em maio de 2015, a realização de inquérito específico para avaliar a situação vacinal nas capitais e regiões metropolitanas (BRASIL, 2015).

O limite da PNS ao analisar a saúde da criança foi restringir a população de interesse às crianças menores de dois anos, uma vez que os indicadores de morbimortalidade utilizados internacionalmente para monitorar os avanços conquistados na proteção da infância referem-se aos primeiros cinco anos de vida.

A avaliação do estado nutricional por meio de medidas antropométricas não foi realizada para as crianças na PNS. Depois da PNDS 2006, esta avaliação em âmbito nacional só foi feita na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), em sua edição de 2008-2009 (IBGE, 2010), mas está prevista na edição da POF que irá a campo ainda em 2015.

Fecundidade e comportamento reprodutivo

Estimativas de taxas de fecundidade total e específicas por idade e a análise de seus diferenciais sociais, econômicos e regionais podem ser geradas a partir de dados coletados no Censo e na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Mais recentemente, as taxas podem também ser estimadas a partir de dados advindos do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc), que já atingiu cobertura superior a 90% em todas as unidades da federação. O que estas fontes não permitem é a análise dos determinantes próximos da fecundidade, todos relacionados aos domínios da vida privada: sexualidade, vida afetiva/conjugal, história reprodutiva e contraceptiva.

A PNS coletou dados relacionados a esses temas,¹ mas utilizou marcadores da história reprodutiva que não possibilitam analisar aqueles determinantes, nem estabelecer comparações com as três pesquisas nacionais de demografia e saúde realizadas anteriormente.

¹ As informações coletadas foram: antecedente de alguma gestação; idade à primeira gestação; número de partos e de cesarianas; algum aborto espontâneo; algum aborto /provocado; número total de nascidos vivos e de filhos mortos; número de nascimentos vivos prematuros e/ou com baixo peso.

A ausência do registro da história de nascimentos impede a construção da tábua de fecundidade e a estimativa da intensidade da fecundidade segundo a ordem de parturição. Isso inviabiliza a identificação de momentos de encerramento, espaçamento e de postergação do início da reprodução. No que se refere à anticoncepção, a pesquisa pretendeu captar a prevalência da prática contraceptiva e dos métodos anticoncepcionais, mas a pergunta utilizada difere da padronizada internacionalmente pela DHS e poderá induzir a subestimativa da esterilização feminina e masculina (IBGE, 2013).

Além disso, não foram coletadas informações sobre idade de início da atividade sexual, idade de início da contracepção, momento de início da anticoncepção (se antes ou depois da primeira gestação, ou da maternidade).

Por outro lado, a seção da pesquisa que avalia a atenção recebida na última gestação ocorrida nos dois anos precedentes à pesquisa não só mantém comparabilidade com os indicadores utilizados na PNDS, como também amplia esta avaliação. A PNS ainda inovou ao introduzir questões para captar a prevalência da esterilidade, uma vez que não existem estimativas originárias de estudos com base populacional no Brasil. Mas, ao restringir a idade mínima das mulheres elegíveis a 18 anos, a pesquisa impôs um grande limite ao estudo do comportamento reprodutivo. Como se sabe, a alta frequência da maternidade entre 15 e 19 anos, em meio ao regime de baixa fecundidade total, é uma marca do padrão de reprodução brasileiro.

Focos do Programa DHS na atualidade

As várias rodadas de pesquisas inseridas no Programa DHS têm colaborado para a coleta de informações que, transformadas em indicadores, permitem monitorar o andamento dos países rumo ao cumprimento de ações e metas de desenvolvimento acordadas no âmbito das Nações Unidas. Mais especificamente, estimam-se indicadores para avaliar se houve progressos na promoção da saúde na infância e da saúde reprodutiva, na redução das desigualdades de gênero e para a erradicação da violência contra a mulher. A sétima fase do Programa, que abrange o período de 2013 a 2018, vem sendo utilizada por um grande número de países para avaliar seu desempenho em relação às Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM) a serem alcançadas até o final de 2015, particularmente as MDM 4 (reduzir em $\frac{3}{4}$ a mortalidade abaixo dos cinco anos) e a 5B (universalizar o acesso a serviços de saúde reprodutiva). Nesse sentido, o Brasil prescinde da PNDS para responder à MDM 4, pois pode estimar a taxa de mortalidade na infância a partir de dados de registro, mas só poderá posicionar-se diante da MDM 5B se puder comparar dados atuais sobre acesso a métodos contraceptivos àqueles obtidos na PNDS 2006. Aliás, o compromisso internacional para garantir o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e o exercício dos direitos reprodutivos permanecerá para além de 2015. Ele está contemplado entre os objetivos de desenvolvimento sustentável (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal>) e exigirá informações que monitorem nossos esforços nessa direção.

Entre os tópicos adicionais ao núcleo central sobre reprodução e saúde na infância, abordados pelo Programa DHS nesta rodada, o estudo da situação da violência doméstica contra as mulheres no país viria complementar dados obtidos em outras pesquisas nacionais recentes no Brasil. A PNS perguntou a homens e mulheres se haviam sofrido violência perpetrada por pessoa desconhecida no ano anterior à entrevista, onde ela ocorreu e quem foi o(a) agressor(a). Esta formulação da pergunta, no entanto, permitirá estimar a frequência percebida de violência. Segundo estudiosos do assunto, não é raro que uma mulher responda negativamente a essa questão, pois elabora os maus tratos recebidos do companheiro como “‘ignorância’, ‘estupidez’ e outros termos parecidos” (SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2003, p. 12). Nesses casos, a ocorrência da violência só é captada como resposta a questões bastante explícitas, tais como “você recebeu tapa, chute, beliscão” ou outras agressões físicas especificadas? O módulo elaborado pelo programa DHS utiliza um rol de questões bastante específicas, já empregado em vários países e que, portanto, também permitiria comparar a magnitude do problema no Brasil àquela encontrada em contextos nacionais semelhantes (<http://www.dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS-Questionnaires.cfm#sthash.GU8cfcTv.dpuf>). Há também uma série de pesquisas nacionais sobre o tema apoiadas pela Secretaria de Políticas para as Mulheres, entre as quais um inquérito telefônico realizado pelo DataSenado a cada dois anos com mulheres com 16 anos ou mais, residentes no Brasil e com acesso a telefone fixo (BRASIL, 2013).

Embora não se trate de um tópico com um questionário específico, documentos do Programa chamam a atenção para o potencial da DHS em prover as nações com informação sobre a juventude: homens e mulheres (WAY, 2014). Ainda que não se entrevistem meninas com 10 a 14 anos, dados sobre o início da atividade sexual, da prática contraceptiva e da maternidade obtidos junto às jovens de 15 a 24 anos de idade têm possibilitado vislumbrar como as desigualdades sociais vêm determinando trajetórias sexuais e reprodutivas, no mínimo diversas no Brasil. No entanto, não sabemos como isso ocorre entre os jovens ricos e pobres, brancos e negros.

Considerações finais

Uma primeira observação que emerge da comparação de questões abordadas pela PNDS com outros inquéritos populacionais em curso no país é sua maior abrangência na compreensão do quadro de saúde na infância e sua robustez, precisão e capacidade de comparação internacional no campo da fecundidade e do comportamento reprodutivo. Tais fatores sugerem fortemente como seria importante incluir a realização periódica da PNDS no Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE, evitando superposições de temas, de forma a tornar mais leve e específica cada uma das investigações que o compõem.

No que se refere a 2016, a grande lacuna a ser preenchida pela PNDS é o panorama da reprodução no Brasil. Não se trata apenas de satisfazer nossa curiosidade sobre possíveis movimentos para postergação da maternidade, mas sim de saber se fomos capazes de

fortalecer as condições concretas para o exercício dos direitos reprodutivos. Entre 1996 e 2006, caminhamos muito pouco na redução da proporção de nascimentos não planejados. Eles representavam, naqueles anos, respectivamente, 50% e 46% do total de nascimentos. E não temos ideia do que ocorreu nesse sentido na última década. Iniciativas governamentais para ampliar o acesso à anticoncepção no âmbito do SUS e do Sistema de Saúde Suplementar foram lançadas nesse período. Elas têm sido efetivas? Têm sido suficientes? Esta é uma questão vital para a vida das mulheres. Ter a reprodução sob seu controle é, para as mulheres, condição fundamental para o desenvolvimento de um projeto autônomo de vida. Sendo o aborto legal em situações muito restritas no Brasil, a gravidez não planejada pode interromper precocemente estudos, projetos de desenvolvimento profissional ou pessoal, de outra ordem.

Nesse sentido, monitorar a manutenção/redução de desigualdades de acesso a meios de regulação da fecundidade é essencial para reduzir o abismo que separa mulheres ricas de pobres. E talvez seja hora de também avaliarmos como as desigualdades econômicas, de raça e etnia impactam a vida sexual dos jovens brasileiros e como a instalação precoce da paternidade interfere em suas vidas.

Referências

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil. **Pesquisa Nacional de Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar**. Rio de Janeiro, 1987.

_____. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**: relatório da pesquisa. Rio de Janeiro, 1997.

BERQUO, E.; GARCIA, S.; LAGO, T. D. G. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. Dimensões do comportamento reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, 2009. p. 9. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. Relatório final. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_PNDS2006_04julho2008.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE. Edital – n. 1, de 28 de maio de 2015. **Diário Oficial da União**, n. 102, 01 de jun. de 2015. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=01/06/2015&jornal=3&pagina=104&totalArquivos=240>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Transparência. DataSenado. **Violência doméstica e familiar contra a mulher**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senado/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_contra_a_Mulher_2013.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 21 ago. 2015.

_____. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Questionário dos moradores do domicílio. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

_____. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**. Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivaextensao_2_cartilhaviolencia.pdf>.

WAY, A. **Youth data collection in DHS surveys: an overview**. Rockville, Maryland: ICF International, 2014 (DHS occasional paper, n. 9). Disponível em: <<http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/OP9/OP9.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

Sobre a autora

Tania Di Giacomo do Lago é médica sanitária, doutora em Demografia pelo Núcleo de Estudos de População – Nepo, da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp. Pesquisadora do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e professora assistente do Departamento de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Coordenadora do GT Fecundidade e Comportamento Reprodutivo da Associação Brasileira de Estudos de População – Abep.

Endereço para correspondência

Rua Raul Pompeia, 1100, apto 13, Vila Pompéia
05025-011 – São Paulo-SP, Brasil

Recebido para publicação em 20/08/2015
Recomendado para publicação em 25/08/2015
Aceito para publicação em 31/08/2015