

FECUNDIDADE E DINÂMICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA



© UNFPA Brasil/Ternando Ribeiro



Fundo de População
das Nações Unidas

FECUNDIDADE E DINÂMICA DA POPULAÇÃO BRASILEIRA



Fundo de População
das Nações Unidas

Este relatório foi desenvolvido sob a orientação e supervisão da área de População e Desenvolvimento do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil. Os posicionamentos das pessoas responsáveis pela pesquisa não refletem a opinião institucional do UNFPA no Brasil.

REPRESENTANTE DO UNFPA NO BRASIL

Jaime Nadal

COORDENADORA DE PROGRAMA DO UNFPA NO BRASIL

Tais Freitas Santos

ASSESSOR PARA POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO UNFPA NO BRASIL

Vinícius do Prado Monteiro

PESQUISA

Suzana Cavenaghi
José Eustaquio Alves

EQUIPE EDITORIAL

Coordenação editorial: Paola Bello

Edição de texto: Bruna Tiussu

Revisão: Equipe de programa do UNFPA no Brasil

Design Gráfico: Diego Silva

Brasília, dezembro de 2018.

ISBN 978-85-98579-20-7

SUMÁRIO

1

**AS TRANSFORMAÇÕES
DEMOGRÁFICAS**

PÁG.8

2

**OS DIFERENTES CAMINHOS DA
QUEDA DA FECUNDIDADE NO BRASIL** PÁG.12

3

**PADRÕES E DIFERENCIAIS
RECENTES DA FECUNDIDADE NO BRASIL** PÁG. 18

4

O ACESSO À CONTRACEPÇÃO PÁG.32

5

**O FUTURO DA FECUNDIDADE
E AS POLÍTICAS PÚBLICAS** PÁG. 38

INTRODUÇÃO

A transição demográfica pela qual o Brasil tem passado faz parte de um processo iniciado há décadas. As altas taxas de mortalidade e natalidade vistas no passado reduziram e, em um primeiro momento, deram lugar a uma população jovem mais numerosa. Com as mulheres brasileiras tendo menos filhos, a base da pirâmide populacional se reduziu e o cenário aponta para uma população que está envelhecendo progressivamente.

A redução no número de filhos por mulher aconteceu de forma ampla, geral e irrestrita. Em maior ou menor escala, ela esteve associada a indicadores de desenvolvimento econômico, ao fortalecimento das instituições públicas e a mudanças nas relações de gênero. Mas as desigualdades que permanecem tão marcantes na sociedade brasileira também refletem no acesso a informações e a serviços. Assim, a educação e a renda, duas das desigualdades mais relevantes no Brasil, impactam diretamente nas taxas de fecundidade.

Em um extremo, mulheres com mais anos de estudo e com uma progressão maior na carreira profissional têm cada vez menos filhos, muitas vezes menos do que o número desejado, em especial por não conseguirem conciliar trabalho e família. O mesmo acontece quando se analisam os índices de acordo com a renda: nos 20% dos domicílios com maiores rendimentos no país, as mulheres têm taxas de fecundidade que não chegam às taxas de reposição delas mesmas na população (ao redor de 1, frente à taxa de reposição de 2).

Na outra ponta, e com número significativo de pessoas, percebe-se que as mulheres com menos anos de estudo ainda

têm mais filhos do que desejam. Isto porque, em geral, mulheres com menos escolaridade, rendimento e oportunidades também acabam tendo filhos quando são jovens – e, na maioria, filhos nascidos de gravidezes não planejadas.

Em 2006, quase 60% das mulheres que se tornaram mães entre os 15 e 19 anos e 50% das que tiveram filhos entre os 20 e 24 anos de idade não queriam ter engravidado naquele momento. Ou seja, embora as políticas públicas tenham aumentado a oferta de informações e insumos e o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva, ainda estão aquém do ideal que permita às mulheres a garantia de seus direitos.

Com os altos níveis de gravidezes não desejadas em mulheres mais jovens, percebe-se um fenômeno importante no Brasil: a transição demográfica não aconteceu com as mulheres tendo filhos em idades mais avançadas, mas a maternidade ocorre em alta proporção no início da juventude, seguida do controle da fecundidade ainda em idades jovens.

A taxa de fecundidade é hoje um dos fatores de maior efeito da dinâmica da população brasileira e, portanto, de grande importância na elaboração de políticas públicas que considerem os novos perfis demográficos. E em um país de dimensões como o Brasil, grande em extensão e em desigualdades, é fundamental analisar as diferentes nuances geográficas e socioeconômicas que impactam diretamente nas taxas de fecundidade e na autonomia das decisões sobre a vida reprodutiva.



1

**AS
TRANSFORMAÇÕES
DEMOGRÁFICAS**

A transição demográfica — passagem de altas a baixas taxas de mortalidade e natalidade — acontece em sincronia com o desenvolvimento econômico. Na medida em que há avanços na urbanização, na industrialização, na ampliação e diversificação do consumo e no acesso aos direitos de áreas como educação, trabalho e proteção social, as taxas de mortalidade começam a cair de maneira sustentada. E, após um período, caem também as de fecundidade (número médio de filhos por mulher).

A diminuição da mortalidade, principalmente na infância, se deu ao longo da história por vários fatores. Entre eles estão aqueles ligados ao aumento da renda per capita, como melhores condições de vida, de moradia, de alimentação e de estudos. Também contribuíram fatores ligados ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, de higiene e de saneamento básico.

Esses mesmos fatores socioeconômicos auxiliaram na transição da fecundidade. Primeiro porque a queda da mortalidade infantil aumentou a taxa de sobrevivência das crianças. Logo, as famílias passaram a atingir mais cedo seu número ideal de filhos. Segundo porque o processo de modernização gerou uma alteração na relação custo-benefício dos filhos (Becker, 1960) e uma reversão do fluxo intergeracional de riquezas (Caldwell, 1982). Ou seja: o desenvolvimento provocou uma redução na demanda de filhos e a universalização da família pequena, com maior mobilidade espacial e social.

Progressos econômicos, sociais e culturais, não necessariamente nesta ordem, portanto, são determinantes globais na redução da fecundidade.

O CENÁRIO BRASILEIRO

A dinâmica demográfica no Brasil não difere da observada nos demais países, embora tenha particularidades e um ritmo

próprio de desdobramento — ela é mais acelerada em relação à média global.

O processo de transição demográfica brasileiro pode ser observado na Figura 1, que apresenta as taxas brutas de mortalidade (TBM) e de natalidade (TBN) do passado e projeções para o futuro, em um panorama que compreende de 1872 a 2060.

Em 1872, a TBM estava em 32,5 óbitos por cada mil habitantes. Chegou a 27,8 na virada do século e teve uma redução mais considerável até 1945, alcançando 20,9. A exemplo da maioria dos países, apenas ao fim da Segunda Guerra Mundial apresentou um declínio rápido, chegando a menos de 10 em 1965.

A queda posterior foi vagarosa, pois a TBM já estava muito baixa, atingindo seu menor nível somente em 2009, com 6 óbitos por cada mil habitantes. Desde então, ela sobe lentamente, como consequência do processo de envelhecimento populacional. Segundo estimativas do IBGE (2018), em 2060 a TBM brasileira deve estar em 12,5.

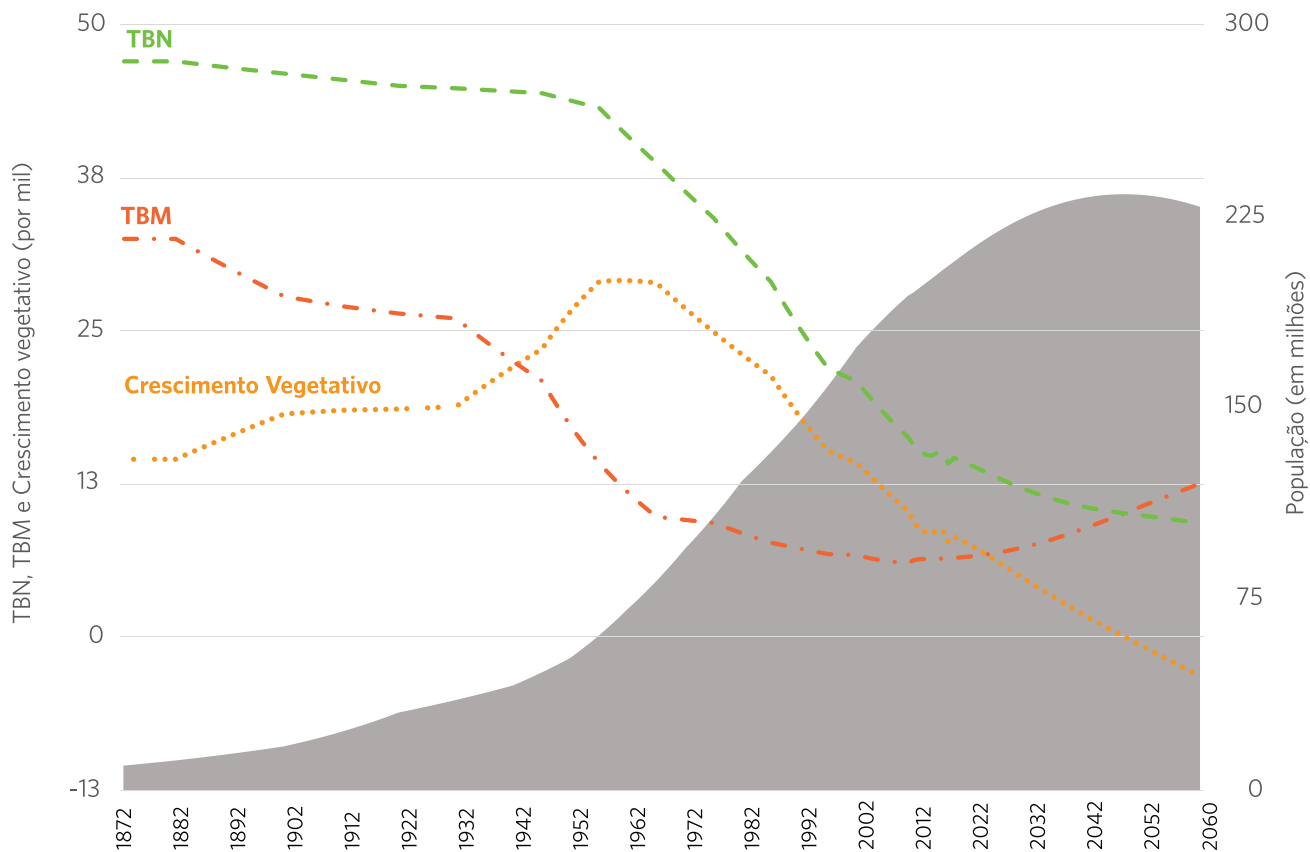
A diminuição da taxa de mortalidade na infância foi algo bastante expressivo no país e responsável por um maior número de filhos sobreviventes ao longo da história. Entre 1950 e 1955, ocorriam 190 óbitos de crianças menores de cinco anos por cada mil nascidos vivos (ONU, 2017). Entre 1970 e 1975, esse número havia reduzido para 121, e continuou em queda acelerada até os anos 2000, chegando hoje a 18 por mil nascidos vivos.

Por outro lado, a taxa bruta de natalidade no Brasil ficou praticamente estável entre 1872 e 1920, quando passou de 47 nascimentos por cada mil habitantes para 45. Até 1962, a TBN caiu de maneira modesta para 40 e nas décadas seguintes teve declínios mais significativos, chegando a 30, em 1982, e a 20, em 2002.

De acordo com as projeções do IBGE (2018), a TBN deve alcançar os 10,07 nascimentos por cada mil habitantes em 2047,

FIGURA 1

População e Transição Demográfica no Brasil: 1872-2060 - Taxa Bruta de Mortalidade (TBM), Taxa Bruta de Natalidade (TBN) e Crescimento Vegetativo



Fonte: IBGE, Séries históricas e Estatísticas; Projeções Populacionais, Revisão 2018.

Nota: valores anuais interpolados linearmente.

ficando, pela primeira vez, abaixo dos 10,14 da TBM. Com este cenário, a partir desse ano as duas curvas-base, TBM e TBN, irão se inverter. E a população brasileira passará a apresentar decréscimo absoluto em seu volume — caso a migração mantenha um saldo nulo: se o número de pessoas que deixam o país for o mesmo das que vêm viver aqui.

Essa tendência fica mais clara na análise do comportamento da curva do crescimento vegetativo, que é a diferença entre a TBM e a TBN (Figura 1). Antes de 1889, a taxa de crescimento vegetativo era de aproximadamente 1,5% ao ano. Passou para quase 2% nas três primeiras décadas do século 20. E atingiu seu pico entre 1950 e 1960, com índice próximo aos 3%. A partir de 1970, começou a cair bruscamente, ficando abaixo de 1% em 2010. Ela deve alcançar o número zero em 2047, para então iniciar a fase de decréscimo.

Com tais mudanças, a população brasileira, que totalizava 10 milhões de habitantes em 1872, passou para 17,4 milhões em

1900 e deu um salto de quase dez vezes no século 20, somando cerca de 170 milhões de habitantes em 2000. Se as previsões se confirmarem, o pico populacional do país também deve ser atingido em 2047, quando serão 233,23 milhões de habitantes.

Em resumo, o Brasil já deixou para trás as altas taxas de mortalidade e natalidade, uma estrutura etária jovem e um alto crescimento populacional. Hoje, apresenta um regime demográfico com baixas taxas de mortalidade e natalidade, uma estrutura etária em envelhecimento e uma população que tende ao decréscimo.

Conhecer essa nova realidade é fundamental para o bom planejamento das políticas públicas do país. Entre os componentes que mais irão impactar o cenário futuro da dinâmica demográfica está a transição da fecundidade. A seguir, apresentamos um panorama dessa transição não apenas sob a perspectiva do Brasil como um todo, mas também a partir da análise de grupos populacionais, com recortes geográficos e socioeconômicos.





2

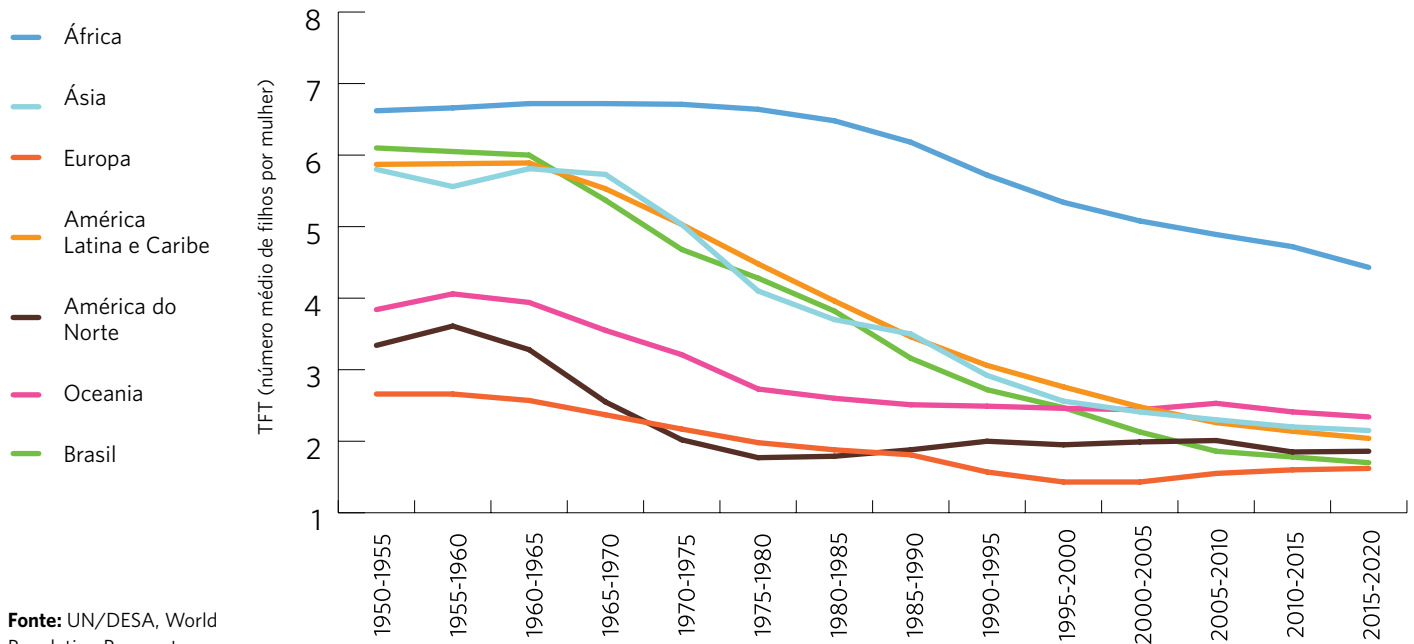
**OS DIFERENTES
CAMINHOS
DA QUEDA DA
FECUNDIDADE
NO BRASIL**

A transformação de altas para baixas taxas de fecundidade, processo conhecido como transição da fecundidade, ocorreu em todos os países. De acordo com a Figura 2, entre 1950 e 1965, a taxa de fecundidade total (TFT) no mundo estava em torno de 5 filhos por mulher, e só caiu pela metade a partir de 2015. Atualmente, com exceção da África, todos os continentes apresentam média próxima ou abaixo do valor de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por mulher.

A transição da fecundidade no Brasil foi muito semelhante à observada na Ásia e na América Latina como um todo até a década de 1990. Mas seu ritmo de queda se acelerou nos anos 2000, atingindo média de 1,7 filhos por mulher de 2010 a 2015. O processo brasileiro está entre os que ocorreram em um menor intervalo de tempo, embora Cingapura, Irã e Coreia do Sul tenham tido as transições mais velozes.

FIGURA 2

Taxa de Fecundidade Total (TFT) para o Brasil e continentes observada (1950-2010) e estimada (2015-2020)



Fonte: UN/DESA, World Population Prospects: The 2017 Revision.

O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE POR REGIÕES

A média nacional de redução do número de filhos não reflete os diferentes caminhos percorridos pelas regiões e pelas Unidades da Federação (UFs) do Brasil. A Figura 3 traz a comparação entre a taxa de fecundidade total das regiões e a média nacional, calculadas com base nos dados dos censos demográficos do IBGE de 1940 a 2010.

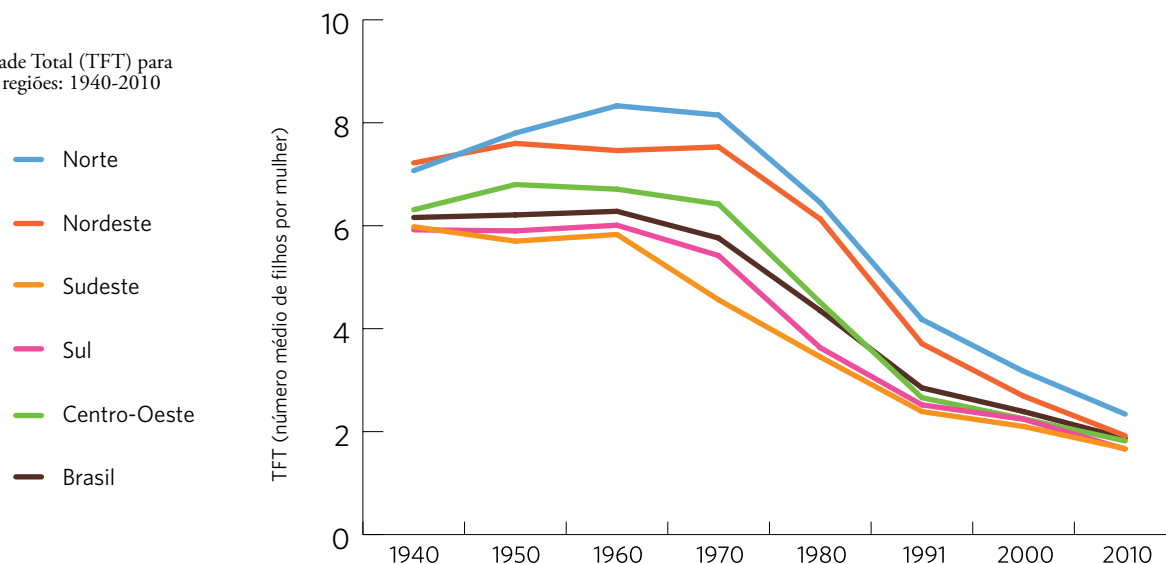
O Sudeste (SE) e o Sul (SU), regiões mais desenvolvidas economicamente e de maior renda, apresentam TFT abaixo da média nacional em todo período estudado e alcançaram o nível de reposição nos cinco primeiros anos deste século. Já o Centro-Oeste (CO) teve TFT próxima de 6,5 filhos por mulher entre 1950 e 1970, mas uma queda muito rápida nas duas décadas seguintes, ficando abaixo da média nacional em 1991, com 2,7 filhos por mulher. A região também chegou ao nível de reposição entre 2000 e 2005.

O Nordeste (NE) e o Norte (NO), regiões menos desenvolvidas economicamente, menos urbanizadas e de menor renda, apresentam as maiores taxas de fecundidade ao longo do mesmo período. Entre 1940 e 1970, ela estava ao redor de 7 filhos por mulher. Na sequência, subiu ligeiramente no Nordeste, enquanto no Norte chegou à marca dos 8. Somente nas três décadas seguintes a TFT das duas regiões teve uma grande queda, ficando, nos anos 2000, em torno de 3 filhos por mulher.

Apesar dos diferentes caminhos traçados pelas regiões, houve uma reaproximação de suas taxas de fecundidade total no período final da transição. Mesmo o Nordeste, que possuía a maior TFT em 1940 e ainda tem um modesto grau de desenvolvimento econômico, atingiu marca abaixo do nível de reposição em 2010, igualando-se às regiões mais desenvolvidas.

FIGURA 3

Taxa de Fecundidade Total (TFT) para o Brasil e grandes regiões: 1940-2010



Fonte: IBGE, Censos Demográficos, 1940-2010, Séries Estatísticas.

Nota: O Estado do Tocantins está considerado na região Centro-Oeste para dados até 1980 e na região Norte a partir de 1991.

O DECLÍNIO DA FECUNDIDADE POR ESTADOS

Diferenças nas taxas de fecundidade total também são observadas internamente em cada região. Ainda que não detalhe cada caso, a Figura 4 traz a TFT das 27 Unidades da Federação entre 1940 e 2010¹ e aponta distinções em seus ritmos de queda.

Em muitos aspectos, as disparidades entre as UFs reproduzem as desigualdades regionais: estados do Norte e do Nordeste têm TFT mais elevadas, enquanto os do Sudeste e do Sul possuem TFT mais baixas. No entanto, os extremos da curva — os níveis de fecundidade no início e no final da transição — são maiores quanto mais amplo é o detalhamento geográfico.

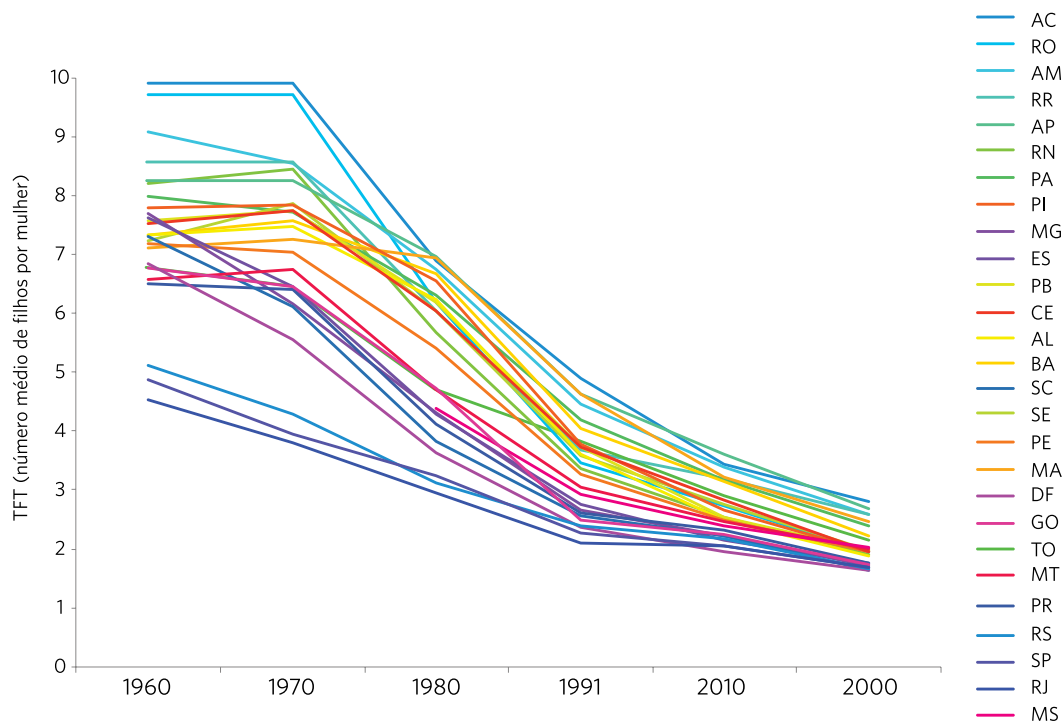
Entre 1960 e 1970, por exemplo, Rondônia (RO) e Acre (AC) tinham taxa média de quase 10 filhos por mulher, enquanto Rio Grande do Sul (RS), São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ) apresentavam, nesta ordem, as mais baixas taxas de fecundidade, em torno de 4 — número menor, inclusive, do que o da média nacional. Ainda em 1970, o Distrito Federal (DF) também ficou com TFT abaixo da média nacional.

Dez anos mais tarde, todos os estados do Sudeste e do Sul, além do DF, já haviam alcançado TFT abaixo da média nacional. E continuaram a liderar a transição da fecundidade nas décadas seguintes.

FIGURA 4
Taxa de Fecundidade Total (TFT) para as Unidades da Federação, 1960-2010

Fonte: IBGE, Censos Demográficos, 1960-2010.

Nota: Dados pontilhados se referem a estimativas para as unidades que foram elevadas a categorias de Estado durante o período observado.



1 O número de Unidades da Federação mudou ao longo desse período no Brasil, assim, para ter uma visão completa de todo o período em todos os estados existentes na atualidade, os valores da TFT dos estados que foram criados a partir de certo momento foram estimadas como sendo a da região ou mesma do ano anterior da UF de origem.

Em meados da primeira década dos anos 2000, o Brasil alcançou o nível de reposição — taxa ao redor dos 2 filhos por mulher —, momento no qual a teoria pressupunha o fim da transição da fecundidade. Apesar de registrarem ritmos de queda tão diferentes, 18 das 27 UFs nacionais apresentavam, em 2010, TFT abaixo do nível de reposição. Este total era composto por todos os estados do Sudeste, Sul e Centro-Oeste, incluindo o Distrito Federal, além de Rondônia, na região Norte, e Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Sergipe e Bahia, na região Nordeste.

Os números comprovam que a queda da fecundidade no Brasil ocorreu de forma ampla, geral e irrestrita, principalmente se analisadas as áreas geográficas. Os fatores determinantes deste declínio estão associados aos indicadores de desenvolvimento econômico, mas não somente a eles. Também se relacionam a indicadores de mudanças institucionais e culturais, que possibilitaram a difusão de um novo comportamento reprodutivo, aos aspectos ligados à vida das mulheres e às relações de gênero na família e na sociedade. Determinantes que dizem respeito à regulação da fecundidade, principalmente ao acesso a métodos contraceptivos, estão diretamente ligados à realização plena do número de filhos desejados neste novo regime demográfico.

Apesar da tendência à convergência das taxas de fecundidade nas regiões e nas UFs, o Brasil ainda apresenta diferenças no número médio de filhos por mulher ao fazermos recortes, por exemplo, a partir de características educacionais e econômicas. Da mesma maneira, a distribuição etária das mulheres que têm filhos é bastante distinta nos diversos segmentos populacionais. Estas disparidades são frutos da heterogeneidade socioeconômica ainda presente no país.







3

**PADRÕES E
DIFERENCIAIS
RECENTES DA
FECUNDIDADE
NO BRASIL**

Embora a taxa de fecundidade total no Brasil esteja abaixo do nível de reposição, o padrão reprodutivo brasileiro apresenta grandes diferenças. Muitas delas compartilhadas com outras nações em desenvolvimento.

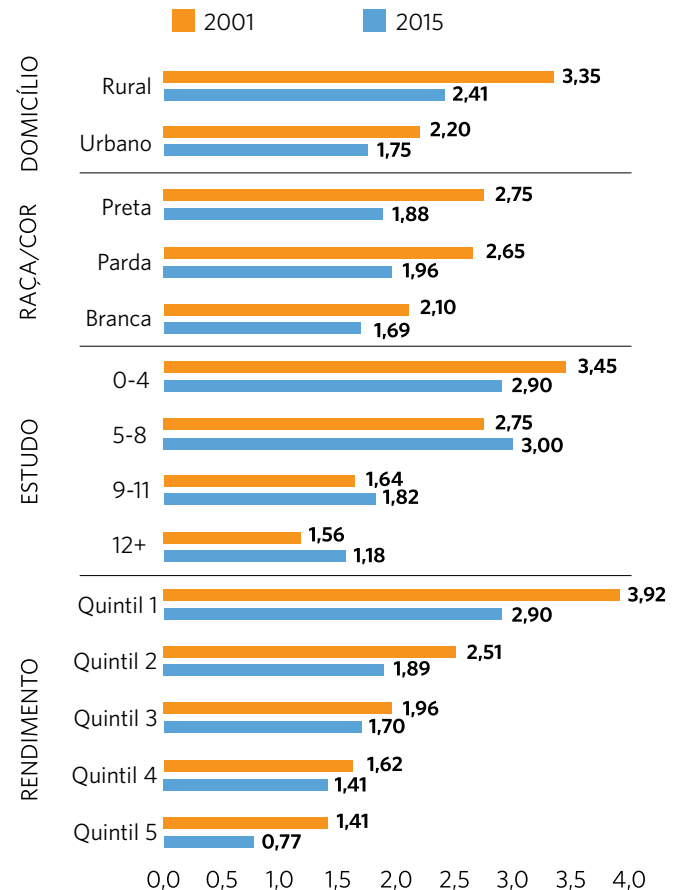
No cenário geral, o país possui fecundidade precoce: alta taxa no início do período reprodutivo, entre jovens com menos de 24 anos. Exibe grande diferença na média de filhos se comparadas mulheres mais escolarizadas ou em melhor situação econômica e as menos escolarizadas ou mais pobres. E apresenta ainda um número relativamente baixo de mulheres sem filhos, cerca de 10%, mas com um sinal de crescimento deste índice em anos recentes, principalmente entre as mais escolarizadas.

Quando analisamos as taxas de fecundidade por grupos populacionais específicos, determinados a partir de lugar de residência, cor da pele ou raça, anos de estudos e rendimento, conseguimos visualizar melhor esse panorama heterogêneo.

DIFERENCIAIS SOCIOECONÔMICOS DO NÚMERO MÉDIO DE FILHOS POR MULHER

Quando a taxa de fecundidade total no Brasil passou de 2,35 filhos por mulher, em 2001, para 1,83, em 2015², as diferenças no padrão reprodutivo diminuíram entre todos os grupos populacionais, sejam eles classificados a partir de lugar de residência, raça/cor³, anos de estudos ou rendimento médio mensal domiciliar⁴ (Figura 5). Ainda assim, há distinções nos dias de hoje. As maiores são observadas em relação ao nível de escolaridade das mulheres e de rendimento domiciliar.

FIGURA 5
Taxa de fecundidade total por categorias de raça/cor das mulheres, situação de domicílio, grupos de anos de estudo completos e quintos de rendimento médio domiciliar per capita, Brasil, 2001 e 2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2001 e 2015.

- Os dados da população feminina por grupos de idade na PNAD 2015, por problemas de subcobertura populacional na coleta dos dados e da não correção desses dados após a coleta, apresentam inconsistências quando utilizados para estimar a fecundidade. A partir da comparação das taxas de fecundidade específicas por idade estimadas com os nascimentos ocorridos em 2015 (Sistema de Informações de Nascidos Vivos), e da estimativa da população feminina (revisão de 2013 da projeção do IBGE), foi realizada correção nas taxas.
- Devido ao pequeno tamanho populacional a população indígena não pode ser representada com dados da PNAD.
- As mulheres foram divididas segundo rendimento médio domiciliar em cinco grupos. O primeiro localiza as mulheres em 20% dos domicílios com menores rendimentos (Grupo 1). No grupo 2 estão os próximos 20% e assim por diante, com o grupo 5 sendo aquele que inclui as mulheres residentes em 20% dos domicílios com os maiores rendimentos.

Em 2015, por exemplo, apesar de o Brasil ter alcançado taxa de fecundidade total abaixo do nível de reposição, alguns grupos populacionais ainda apresentavam índice ao redor de 3 filhos por mulher. Este número era encontrado em grupos com menos de nove anos de estudos ou entre as residentes em lares com até um salário mínimo de rendimento domiciliar per capita.

Na análise por grupos educacionais, é importante destacar que o enorme aumento da escolarização causou um efeito de composição, com um aparente crescimento na taxa de fecundidade das mulheres nas categorias intermediárias (de 5 a 8 e de 9 a 11 anos de estudos) entre 2001 e 2015. Esta tendência, um reflexo da melhoria educacional pela qual o país passou, não significa uma reversão no comportamento reprodutivo das mulheres (Cavenaghi e Berquó, 2014).

Já a diferença na fecundidade entre grupos com distintos padrões socioeconômicos é potencializada por dois motivos relacionados ao comportamento reprodutivo. Primeiro porque mulheres com baixo nível educacional não têm seus direitos reprodutivos atendidos e, em geral, possuem mais filhos do que desejam. Segundo porque, do outro lado, as mais escolarizadas estão tendo um baixo número de filhos, às vezes abaixo do desejado, devido às dificuldades de conciliar trabalho e família.

Estes dois fatores se reforçam e mantêm uma enorme lacuna entre os valores mais altos e mais baixos da TFT, apontando, inclusive, para uma leve divergência nas taxas encontradas nos últimos 15 anos, nos recortes de educação e rendimento. Este último mostra os maiores diferenciais entre todos os grupos populacionais (Cavenaghi e Berquó, 2014), apontando para o fato de que as mulheres no mais alto estrato socioeconômico apresentam fecundidade abaixo de um filho por mulher.

TAXA DE FECUNDIDADE POR GRUPOS DE IDADE

Nos países desenvolvidos, a transição da fecundidade se deu com as mulheres passando a ter filhos mais tarde no ciclo reprodutivo, com o aumento do intervalo entre os nascimentos dos bebês e com a limitação dos filhos de ordem superior (Coale, 1973). O Brasil não segue este padrão. A Figura 6 mostra a distribuição da fecundidade por idade das mulheres comparada às subregiões com médias de fecundidade abaixo de 2,5 filhos por mulher, para cotejar a distribuição em populações com fecundidade baixa. Nesta comparação fica claro que o país se assemelha apenas ao padrão etário latino-americano, com fecundidade mais alta em idades jovens.

Aqui, não houve uma elevação da idade da mulher ao ter filhos. Elas tornam-se mães majoritariamente entre 20 e 24 anos. O que caracteriza que a transição da fecundidade do Brasil se dá pelo fato de elas passarem a controlar a fecundidade ainda em idades jovens, após terem poucos filhos.

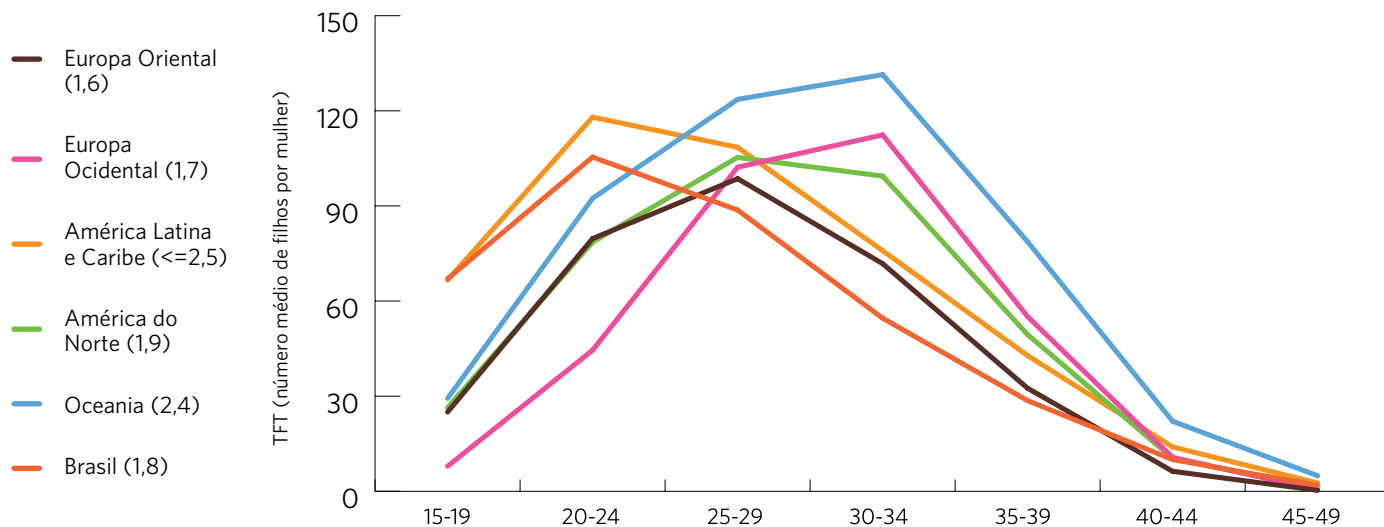
Esse controle da fecundidade é feito por terminação, e não por espaçamento entre o nascimento dos filhos. Isso faz com que o país apresente uma estrutura de fecundidade rejuvenescida, ao contrário da estrutura “envelhecida” da Europa, por exemplo.

Em um país com fecundidade abaixo do nível de reposição, o comportamento de ter filhos cedo e interromper a vida reprodutiva também cedo é, em parte, decorrente de falha na educação sexual integral e no acesso aos métodos contraceptivos durante a vida sexual ativa, uma vez que há alta incidência de gravidez não planejada.



FIGURA 6

Taxas de fecundidade específicas por idade para o Brasil em 2015 e médias para sub-regiões com fecundidade abaixo de 2,5 filhos por mulher em 2010-2015 (Taxa de fecundidade total entre parênteses)



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2015. UN Population Prospects, 2017 review.

Em 2015, no Brasil e na América Latina a fecundidade de adolescentes (entre 15 e 19 anos) estava acima de 60 nascimentos para cada mil mulheres, mais do que o dobro da taxa observada neste grupo etário nas regiões desenvolvidas. O ápice da distribuição da fecundidade no Brasil estava no grupo de 20 a 24 anos, enquanto na América do Norte e na Europa oriental ele se concentrava nas mulheres entre 25 e 29 anos, e na Oceania e na Europa ocidental, nas de 30 a 34 anos.

A alta taxa de fecundidade entre jovens na América Latina, incluindo o Brasil, não é intencional. Em sua maioria, as mulheres não desejam ser mães nesta faixa etária. O índice se justifica pela falta de acesso adequado aos serviços de saúde reprodutiva e aos métodos de contracepção, resultando em um grande volume de nascimentos indesejados (Rodríguez-Vignoli; Cavenaghi, 2017).

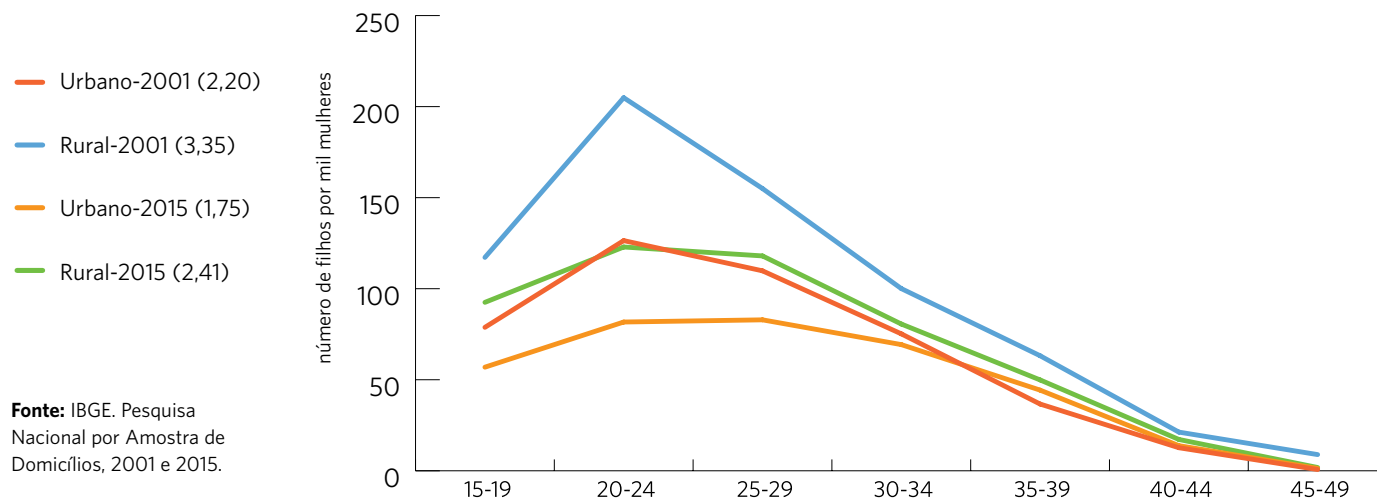
TAXA DE FECUNDIDADE POR SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO

A taxa de fecundidade com padrão rejuvenescido observada no país como um todo se repete na análise por segmentos populacionais, ainda que tenha sofrido alterações entre 2001 e 2015. De acordo com a situação de domicílio (Figura 7), as taxas rurais são maiores do que as urbanas em todos os grupos etários, mas ambas caíram neste intervalo de tempo, entre todas as idades.

Embora menos acentuadas, as taxas de fecundidade rurais mantiveram a estrutura jovem: o índice das mulheres entre 15 e 19 anos caiu de 117 nascimentos por cada mil, em 2001, para 92,5, em 2015. O grupo de 20 a 24 anos apresentou queda maior, foi de 204,9 para 126,4 neste mesmo período.

FIGURA 7

Taxas de fecundidade específicas por idade segundo situação de domicílio e (TFT entre parênteses), Brasil, 2001 e 2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2001 e 2015.

Já no meio urbano, o ápice da taxa de fecundidade mudou de grupo entre 2001 e 2015: estava nas mulheres entre 20 e 24 anos e passou para as de 25 a 29 anos. Apesar de pequena, a mudança indica que mulheres de alguns grupos populacionais passaram a adiar o nascimento dos filhos. Não se trata necessariamente de ter o primeiro filho mais tarde, uma vez que a taxa de fecundidade entre adolescentes no meio urbano ainda é alta, mas aponta para um espaçamento maior entre os nascimentos de mães jovens⁵.

Com essas mudanças, o padrão da fecundidade por idade torna-se mais similar nas áreas urbanas e rurais a partir de 2015. Porém, ainda existe uma grande discrepância nos grupos etários de mulheres mais jovens, entre 15 e 29 anos.

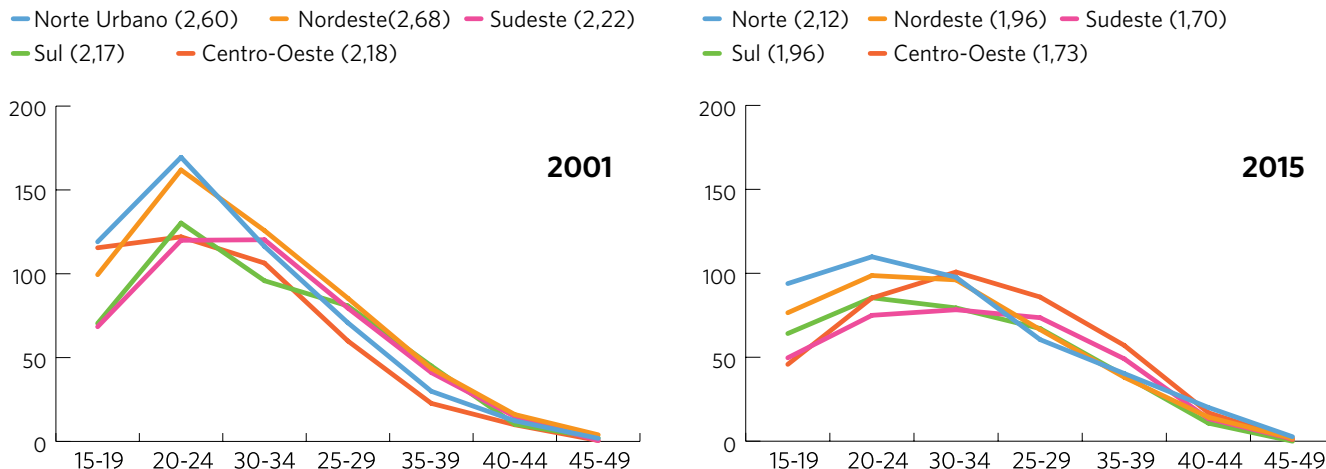
TAXA DE FECUNDIDADE POR REGIÃO

Nos últimos 15 anos, o padrão etário da fecundidade mudou bastante nas grandes regiões brasileiras (Figura 8). Assim como as alterações vistas na área rural, aqui também foram as mulheres entre 20 e 29 anos as propulsoras da transformação.

A fecundidade que começou cedo na vida dessas mulheres significou também uma interrupção da vida reprodutiva ainda em idades jovens. E a fecundidade entre adolescentes diminuiu de forma geral ao longo do período — apesar de ainda continuar com valores bastante altos e de ser um importante diferencial entre as regiões.

FIGURA 8

Taxas de fecundidade específicas por idade segundo grandes regiões (TFT entre parênteses), Brasil, 2001 e 2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2001 e 2015.

Nota: Região Norte somente inclui área urbana em 2001.

5 A informação sobre idade ao ter o primeiro filho não está disponível nas PNADs, informação que seria fundamental para registrar a mudanças na postergação da idade ao iniciar a maternidade. O dado mais recente para este indicador está disponível somente na PNDS de 2006. Com as informações das PNADs, censos demográficos ou do sistema de estatísticas vitais somente é possível calcular a idade média da fecundidade não a idade média das mães ao primeiro nascimento. A idade média da fecundidade para vários recortes populacionais está disponível no Anexo B.

Outra novidade é que as regiões Sudeste (em maior grau) e a Sul (em menor grau) passaram a mostrar sinais de um adiamento da fecundidade. Não somente porque o índice de adolescentes se tornando mães caiu, mas porque a taxa de fecundidade das mulheres entre 20 e 29 anos diminuiu, achatando a curva, que antes tinha um pico bastante visível no grupo etário de 20 a 24 anos. Na região Sul, observa-se ainda que as mulheres de 25 a 29 anos passaram a ter maior taxa de fecundidade entre todos os grupos. Se este comportamento é uma tendência real ou algum viés apontado pela PNAD, somente os dados do próximo Censo Demográfico poderão confirmar.

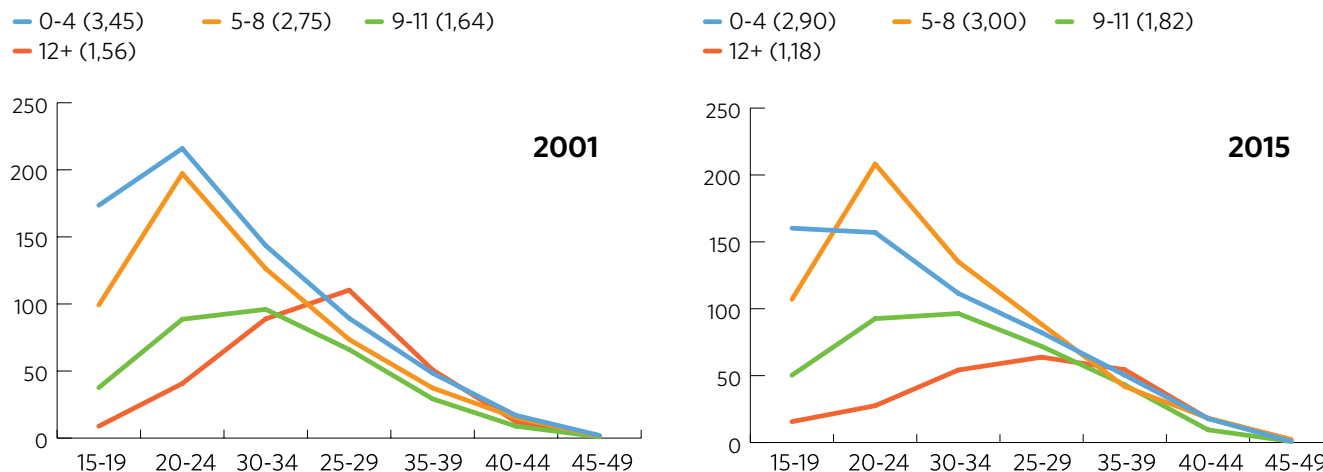
TAXA DE FECUNDIDADE POR NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Quando observadas sob o recorte do nível de educação, as taxas de fecundidade por idade apontam uma clara divisão de acordo com anos completos de estudos: mulheres com baixa escolaridade têm filhos mais cedo, enquanto as com alta escolaridade tendem a adiar a maternidade (Figura 9).

Em 2001, mulheres com 0 a 4 anos de estudos tinham uma TFT de 3,4 filhos, que declinou para 2,9 em 2015. A queda, porém, foi menor no grupo etário de 15 a 19 anos, cuja taxa de fecundidade passou de 173,5 filhos por cada mil

FIGURA 9

Taxas de fecundidade específicas por idade segundo anos de estudo completo das mulheres (TFT entre parênteses), Brasil, 2001 e 2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2001 e 2015.

mulheres para 160,2. Ou seja, adolescentes ainda exibem nível de fecundidade semelhante ao de países da África Subsaariana, os quais têm fecundidade total acima de 5 filhos por mulher.

Como apontado, entre as mulheres com 5 a 8 anos de estudos nota-se um pequeno aumento da TFT entre 2001 e 2015 devido ao efeito composição, ou seja, devido ao aumento do nível educacional de mulheres antes menos escolarizadas e que já tinham um número maior de filhos. Isso provocou a aparente elevação da taxa de 2,8 para 3 filhos. Mas o padrão da curva permaneceu quase inalterado, com ápice no grupo etário de 20 a 24 anos e com altos níveis de fecundidade adolescente.

Esse efeito de composição também aparece entre as mulheres com 9 a 11 anos de estudos, onde a TFT subiu de 1,6 em 2001 para 1,8 em 2015. Entretanto, neste grupo, a estrutura das taxas específicas tem uma distribuição mais envelhecida, com ápice na faixa etária de 25 a 29 anos.

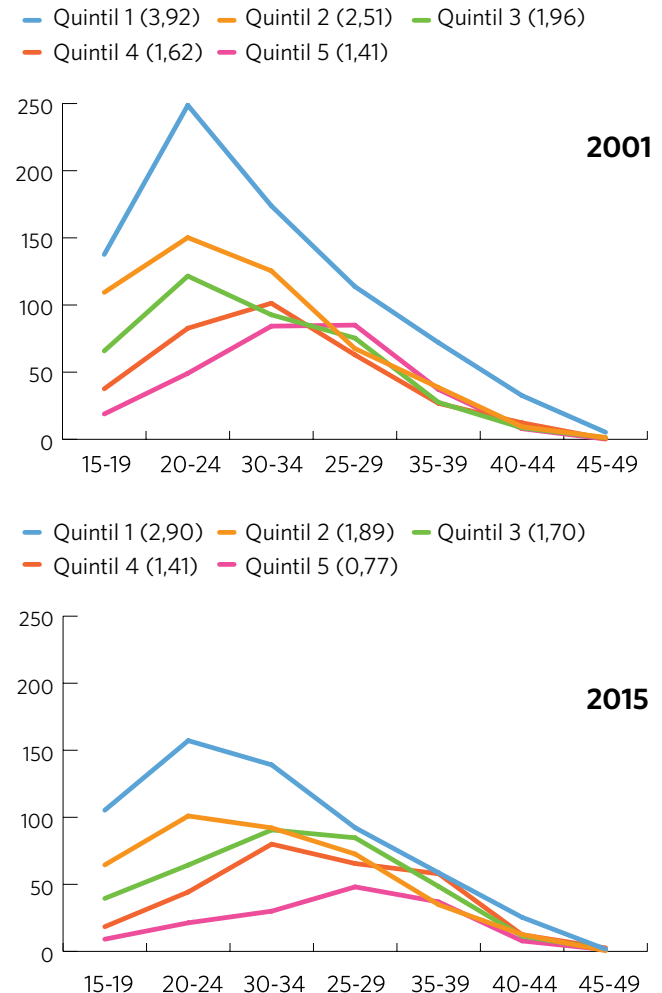
No grupo das mulheres mais escolarizadas, com 12 ou mais anos de estudos, a TFT já era baixa em 2001 (1,6) e caiu ainda mais em 2015, ficando em 1,2. A distribuição das taxas específicas também tinha padrão “envelhecido”, com ápice nas mulheres entre 30 e 34 anos. Vale destacar o baixo nível da fecundidade adolescente (grupo de 15 a 24 anos⁶), algo semelhante ao padrão da Europa ocidental.

TAXA DE FECUNDIDADE POR RENDIMENTO

Assim como no recorte por grupos educacionais, a estrutura das taxas específicas de fecundidade fica mais “envelhecida” mais alto o rendimento dos domicílios onde residem as mulheres (Figura 10).

FIGURA 10

Taxas de fecundidade específicas por idade segundo quintos de rendimento médio domiciliar per capita (TFT entre parênteses), Brasil, 2001 e 2015



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2001 e 2015.

6 Deve-se ter em mente que o grupo de 15-19 anos, algumas mulheres ainda não tiveram tempo de alcançar 12 anos de estudo.



De 2001 a 2015, a fecundidade caiu em todos os quintos de rendimento médio domiciliar per capita. Mas os grupos socioeconômicos mais pobres e mais ricos foram os que tiveram maior influência na diminuição da taxa de fecundidade neste período.

Em 2001, a TFT do primeiro quinto de renda era de 3,0 filhos por mulher. A taxa específica da faixa etária entre 15 e 19 anos era de 137,6 filhos por cada mil mulheres, e de 248,8 no grupo de 20 a 24 anos. No outro extremo, as classes mais abastadas tinham TFT de 1,1 filhos, o ápice de fecundidade estava no grupo etário de 30 a 34 anos e o índice de fecundidade adolescente já era muito baixo.

Apesar do declínio da fecundidade observado ao longo destes 15 anos, em 40% dos domicílios mais pobres as mulheres ainda têm filhos acima do nível de reposição e em idades muito jovens. Esta realidade pode levar as famílias à reprodução dos ciclos intergeracionais de pobreza, pois ao se tornarem mães

cedo as mulheres têm menor chance de alcançar alto nível educacional, de entrar ou permanecer no mercado de trabalho e realizar todo o seu potencial.

Já nas classes mais altas, a fecundidade média é menor do que um filho por mulher. Em 2015, nos 20% dos domicílios com maior renda, a taxa de fecundidade total estava no nível conhecido por *ultra-low*, muito abaixo da capacidade de reposição da população e semelhante a alguns países europeus que têm vivenciado taxas de fecundidade abaixo de 1,3 filho, com fortes indícios de que caíram na armadilha da baixa fecundidade (Lutz, Skirbekk, Testa, 2006; McDonald, 2008)⁷. Para este grupo etário, a taxa de fecundidade do grupo etário entre 15 e 19 anos era quase nulo e a curva que mostra a postergação da fecundidade (Grupo 5, em 2015) pode indicar também que estas mulheres adiam tanto a maternidade que acabam por ter poucos ou mesmo nenhum filho.

7 A hipótese da armadilha da baixa fecundidade está baseada no argumento que países europeus que chegaram ao nível de fecundidade de 1,5 ou abaixo disso não conseguem recuperar a níveis próximos da reposição, diferentemente daqueles que tiveram declínio abaixo da reposição, mas ficaram ao redor de 1,8 filho.

TAXA DE FECUNDIDADE POR RAÇA/COR

A análise da taxa de fecundidade por raça ou cor de pele exige algumas ressalvas: devido ao tamanho amostral da PNAD, não foi possível obter estimativas de índices da população indígena em 2001, portanto estão disponibilizados somente dados de 2010, de acordo com o Censo Demográfico (Figura 11). A PNAD também traz instabilidades nas taxas estimadas para a população preta, sobretudo na curva de 2001, quando apenas cerca de 10% das brasileiras se classificaram nessa cor de pele.

Em 2001, só as mulheres declaradas brancas tinham TFT no nível de reposição (2,1). Elas também apresentavam um considerável diferencial de fecundidade nos grupos mais jovens se comparados às mesmas faixas etárias das pretas e pardas. Ao longo de 15 anos, a TFT das mulheres brancas caiu para 1,7 filho e houve uma mudança no ápice da distribuição da fecundidade para o grupo com idades entre 25 e 29 anos.

Já o nível e o padrão etário da fecundidade das mulheres declaradas pretas e pardas eram muito similares em 2001: TFT de 2,7 e de 2,6, respectivamente. Em 2015, as pretas passaram a ter fecundidade ligeiramente menor do que as pardas: 1,9 contra 2,0. Ambas, porém, mantiveram uma estrutura de distribuição jovem.

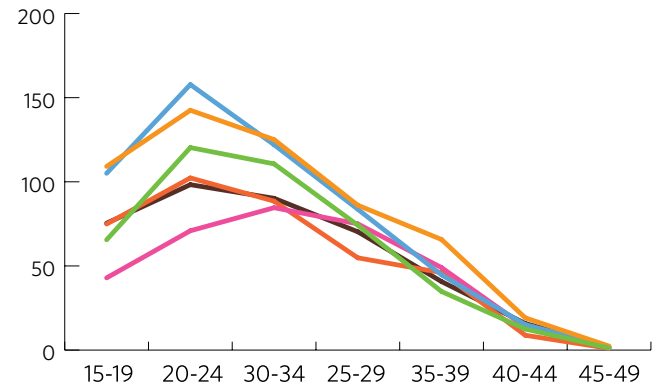
Os dados do Censo Demográfico de 2010 mostram que a taxa de fecundidade das indígenas é mais alta do que todos os outros grupos de raça/cor. Enquanto sua TFT total era de 3,9 filhos, ela subia para 5,0 considerando apenas as que residiam na zona rural e caía para 2,73 entre as que viviam em áreas urbanas —valor mais próximo ao das mulheres pardas, de 2,1.

Com relação à estrutura etária, assim como as demais mulheres, as indígenas também apresentam alta fecundidade nos grupos mais jovens, mas em níveis muito mais altos, prin-

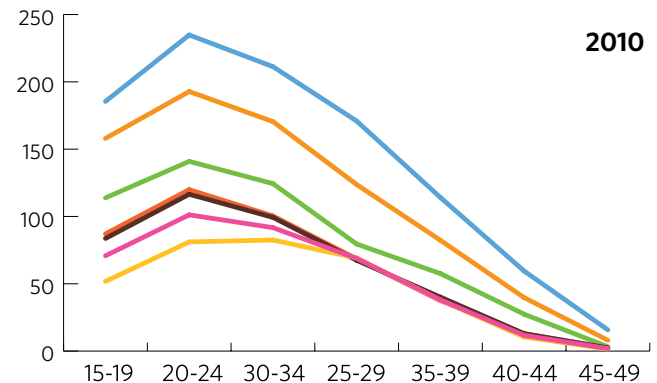
FIGURA 11

Taxas de fecundidade específicas por idade segundo raça/cor das mulheres, Brasil (TFT entre parênteses), 2001 e 2015 e 2010.

2001 — Branca (2,10) — Preta (2,75) — Parda (2,65)
2015 — Branca (1,69) — Preta (1,88) — Parda (1,96)



Brasil (1,90) — Preta (2,14) — Indígena (3,87) — Indígena Urbano (2,73) — Indígena Rural (4,96)
 Branca (1,67) — Preta (2,11)



Fonte: IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD, 2001 e 2015. Censo Demográfico de 2010.

principalmente entre as residentes da área rural, em sua maioria moradoras de Terras Indígenas.

Mas, no geral, as indígenas também possuem alta fecundidade em grupos etários mais avançados, ainda que haja um diferencial bastante significativo nos recortes por idade entre residentes de áreas urbanas e rurais. Os dados do Censo Demográfico não permitem saber se essas altas taxas resultam do desejo dessas mulheres de terem mais filhos ou se são consequência do difícil acesso aos meios de regulação da fecundidade.

AS MULHERES ESTÃO TENDO O NÚMERO DE FILHOS DESEJADOS?

Uma das formas para saber se as brasileiras conseguem realizar suas intenções reprodutivas é utilizar o conceito de número ideal de filhos, que calcula a evolução das taxas de fecundidade

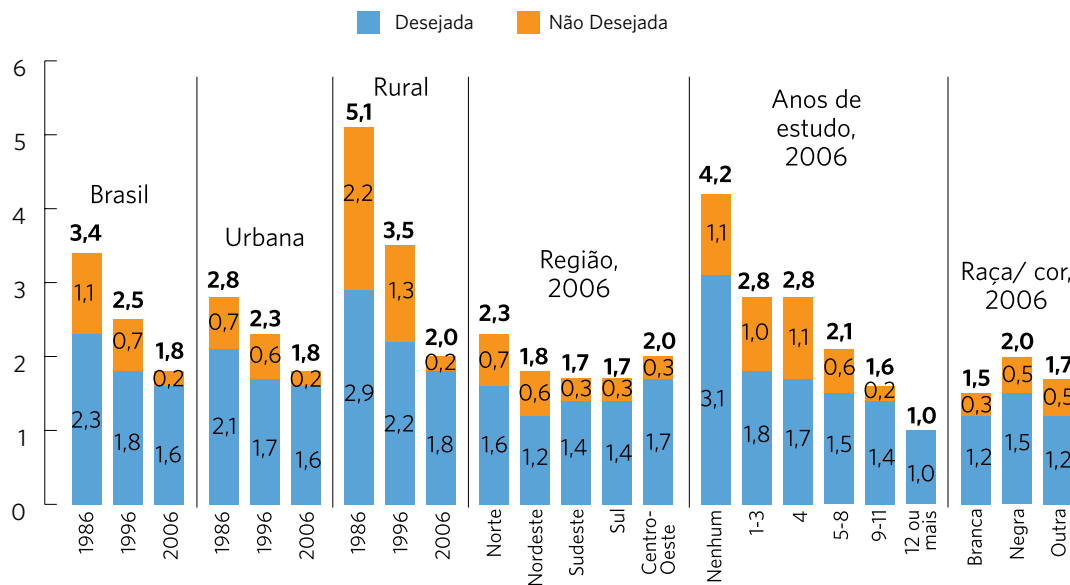
desejada e não desejada, e que resulta da diferença entre o número ideal de filhos e o valor observado. A Pesquisa de Demografia e Saúde mais recente, de 2006, diz que esse número ideal estava em torno de 2 para os distintos segmentos populacionais, portanto abaixo da taxa de fecundidade observada para os grupos socioeconômicos mais desfavorecidos. Os dados mais antigos disponíveis, de 1986, indicavam um valor de número ideal de filhos mais alto, mas ainda menor que 3 filhos por mulher, e muito abaixo da fecundidade observada naquele período.

As taxas de fecundidade desejada e não desejada mostram qual tem sido a tendência na realização do tamanho da família. Ambas diminuíram ao longo do tempo, porém, mesmo com uma TFT de 1,8 filhos por mulher, em 2006, alguns dos nascimentos ainda não haviam sido desejados (Figura 12), visto que a TFT desejada foi de 1,6.

FIGURA 12

Taxas de fecundidade total, desejada e não desejada observadas para os três anos anteriores à entrevista, segundo características selecionadas, Brasil, 1996 e 2006

Fonte: Bemfam, Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, 1986 e Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996. Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS, 2006).



No recorte por situação de domicílio, nota-se uma enorme queda da fecundidade não desejada entre mulheres da zona rural, indicando que elas passaram a concretizar melhor suas preferências reprodutivas ao longo dos anos. Já na segmentação por condição socioeconômica, com dados de 2006, vê-se que somente o grupo das mulheres mais escolarizadas conseguiu transformar sua intenção em realidade. Chama a atenção ainda que o ideal reprodutivo dessas mulheres era de apenas um filho em 2006.

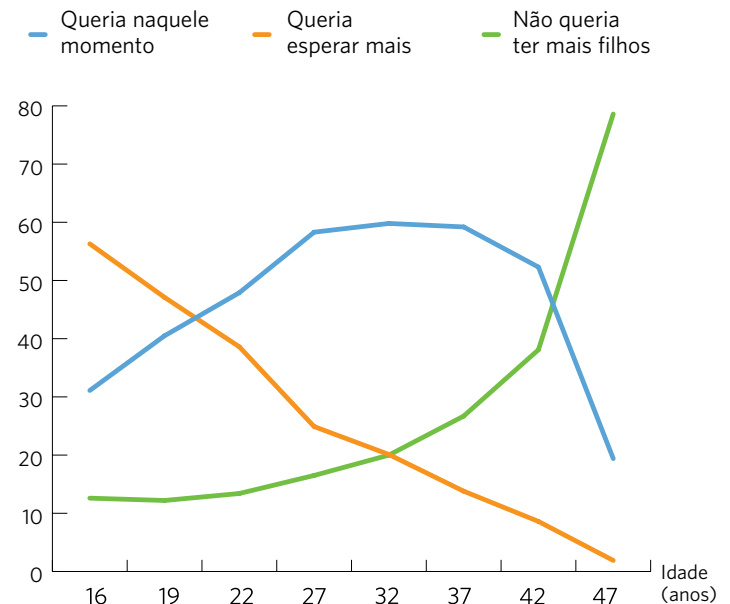
Na PNDS, outra maneira de investigar a intencionalidade da gravidez foi a partir das respostas das mães sobre os nascimentos recentes quando questionadas se queriam ter ficado grávidas naquele momento, se gostariam de ter tido o filho mais tarde ou se já não desejavam ter mais filhos quando engravidaram, observando a intencionalidade de maneira retrospectiva. Como os dados são de 2006, mudanças podem ter ocorrido desde então, uma vez que a fecundidade caiu ainda mais a partir deste ano e, em teoria, as mulheres passaram a ter maior acesso à contracepção. No entanto, a Pesquisa Nascer no Brasil, de 2011/12, apesar de metodologia distinta da PNDS⁸, mostrou que ocorreram poucas alterações na porcentagem de gravidez não planejada ao longo destes seis anos.

De acordo com a Pesquisa Nascer no Brasil, 55,4% das mulheres entrevistadas no pós-parto relataram não ter planejado aquela gravidez. Deste total, 29,9% disseram que não queriam mais ter filhos, enquanto 25,5% não desejavam ter filho naquele momento (Theme-Filha et al. 2016). Os respectivos valores obtidos com a mesma pergunta, mas para diferente grupo populacional, na PNDS de 2006 foram 45,8%, 17,6% e 28,2%. Ou seja: pode-se dizer que a Pesquisa Nascer no Brasil encontrou 55,4% de falha contraceptiva no pós-parto e a PNDS, 45,8% dos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à pesquisa.

Perguntar à mãe depois do nascimento do filho (criança com até cinco anos) ou durante a gravidez⁹ se ela queria ter tido aquele filho poderia intuir uma resposta positiva, devido à pós-racionalização ou mesmo constrangimentos. Mas uma considerável porcentagem de mulheres, crescente de acordo com sua idade, disse não querer ter mais filhos: 10% entre as respondentes com 15 a 19 anos, 40% entre as acima dos 40 anos; e 80% entre as que já passaram dos 45 anos (Figura 13).

FIGURA 13

Distribuição percentual de nascimentos (inclui gravidez atual) nos cinco anos anteriores à pesquisa segundo planejamento, por idade da mãe na época do nascimento, Brasil, 2006



Fonte: Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006.

8 A PNDS entrevista mulheres em seus domicílios e a pergunta é realizada com relação aos nascimentos ocorridos nos cinco anos anteriores à pesquisa. Na Pesquisa Nascer no Brasil, as mulheres são entrevistadas no hospital no momento pós-parto e a pergunta é referente a este último nascimento.

9 A pergunta utilizada para nascidos vivos foi: "Nesta gravidez (DE NOME) queria ter filho naquele momento, queria esperar mais tempo, ou não queria mais filho?". E para a gravidez atual foi: "Quando ficou grávida, estava querendo engravidar naquele momento, queria esperar mais, ou não queria ter (mais) filhos?".

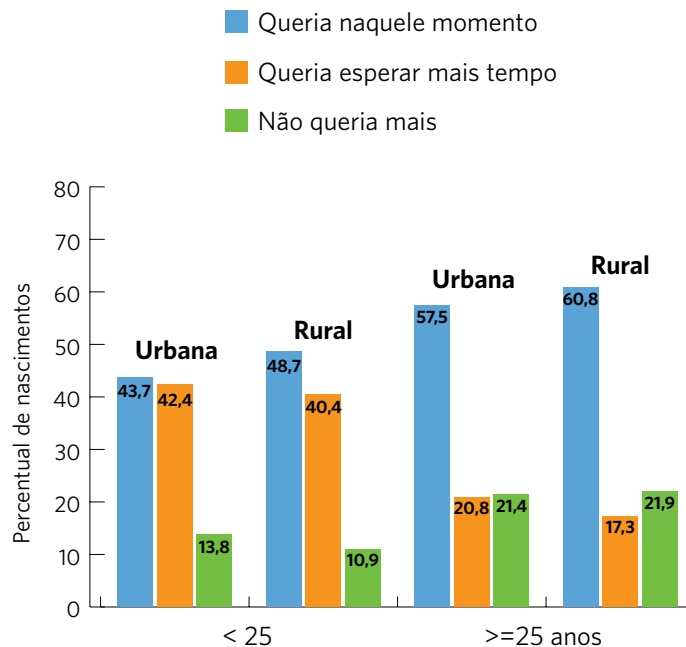
Uma curva praticamente oposta é percebida na porcentagem de mulheres que gostariam de ter filho naquele momento. E as que queriam esperar mais concentram-se nas menores faixas etárias. Portanto, os dados de 2006, de que quase 60% das mulheres que tiveram filhos entre 15 e 19 anos e quase 50% das que tiveram com idades entre 20 e 24 anos não queriam ter engravidado naquele momento, ressaltam que o padrão de fecundidade rejuvenescido ainda presente no Brasil não é resultado da vontade da maioria das mulheres de procriar cedo, mas da falta de um planejamento da vida reprodutiva com os devidos cuidados para evitar, de maneira efetiva, uma gravidez não intencional.

Essa diferença no comportamento por idade se reproduz no recorte por áreas urbanas e rurais ou por grandes regiões do país. Ou seja, todas as mães residentes em zonas urbanas ou rurais e nas cinco regiões apresentam porcentagens similares entre as que não queriam ficar grávidas naquele momento ou não desejavam ter mais filhos (Figura 14), ainda que os níveis e padrão da fecundidade sejam diferenciados nessas áreas.

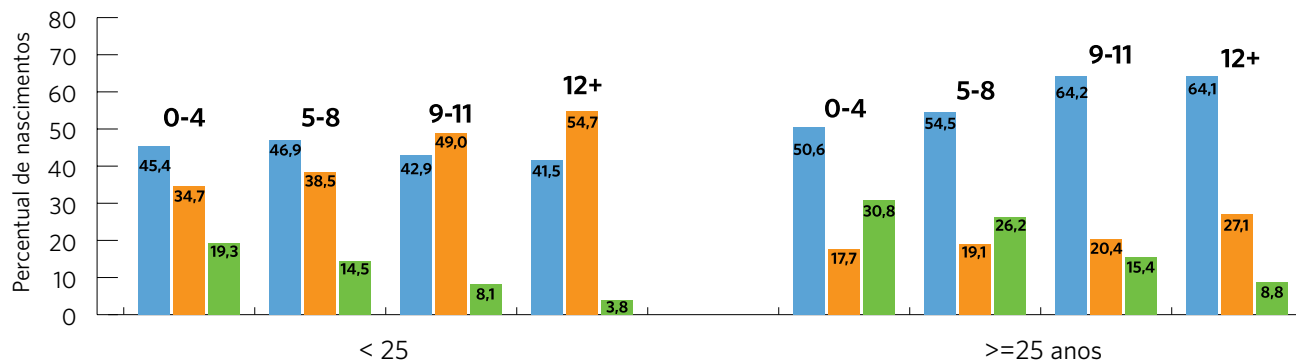
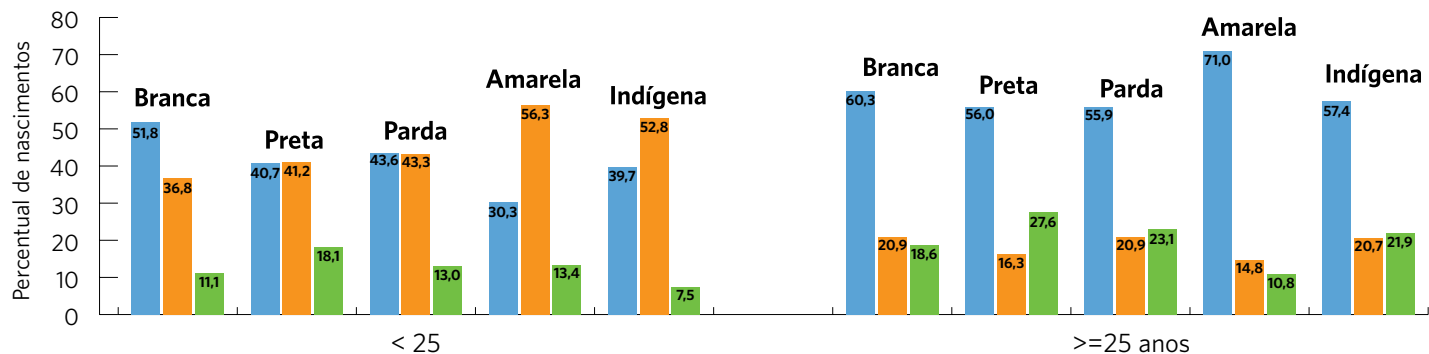
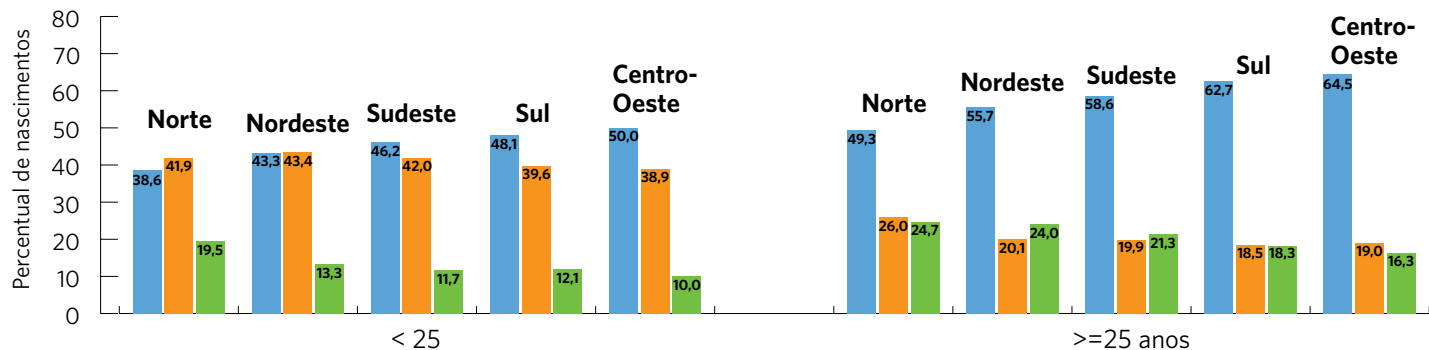
Apesar de algumas diferenças pontuais, as análises por raça/cor e nível educacional também trazem altas porcentagens de mulheres que não queriam a gravidez naquele momento nos grupos com idades abaixo de 25 anos. É mais uma evidência de que a falha no planejamento da vida reprodutiva prevalece em mulheres jovens, em todos os segmentos populacionais.

FIGURA 14

Distribuição percentual de nascimentos (inclui gravidez atual) nos cinco anos anteriores à pesquisa segundo o planejamento, por características da mãe, Brasil, 2006



Fonte: Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006.





4

**O ACESSO À
CONTRACEPÇÃO**

Os meios que permitiram a rápida queda da taxa de fecundidade no Brasil a partir de meados dos anos 1960 foram o acesso aos métodos contraceptivos modernos para os grupos de baixa renda (Merrick; Berquó, 1983).

Além de ser um determinante próximo da regulação da fecundidade (Bongaarts, 1978), o acesso aos métodos contraceptivos é um direito de quem deseja planejar o número e o espaçamento de seus filhos (Martine, Cavenaghi, Alves, 2013). Por isso a importância de analisar quais métodos são utilizados e como são obtidos pelas mulheres (ou casais) no país.

Apesar dos programas de planejamento familiar e da vida reprodutiva não terem sido oferecidos pelo sistema público de saúde durante boa parte da transição da fecundidade (ficaram disponíveis a partir de 1999), houve um aumento significativo na prevalência de contracepção moderna. Entretanto, não há muita

informação sobre essa prevalência de maneira comparável e em nível nacional: a primeira data de 1986 e a mais recente de 2006.

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 foram coletados dados sobre prevalência contraceptiva, mas o método e o desenho do questionário utilizados não permitem comparação direta de tendências com os dados anteriores. Eles possibilitam analisar a prevalência atual e o método-mix com o leque de opções contraceptivas atualmente utilizadas no país de maneira pontual.

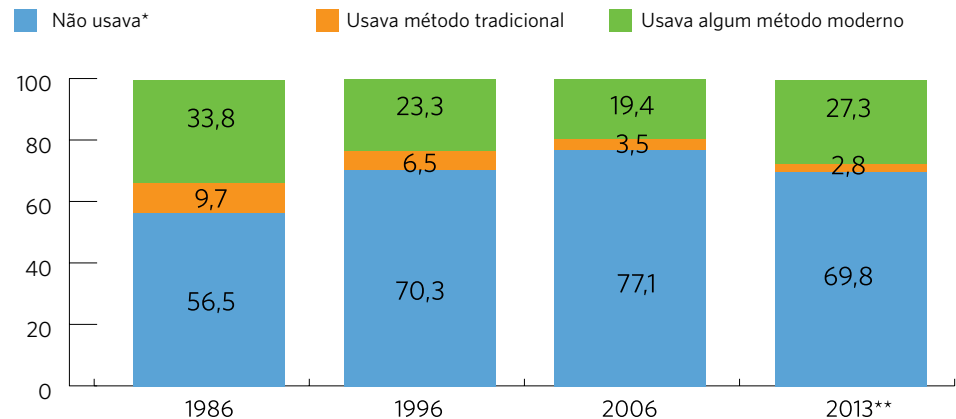
Assim, ainda que não comparáveis, panoramas gerais para mulheres unidas em idade reprodutiva de 2013 e dos anos anteriores dão uma visão global sobre o uso de contraceptivos no Brasil (Figura 15). A razão de prevalência contraceptiva é bastante alta (70% em 2013 e 80% em 2006) e a maioria dos métodos são os considerados modernos. Os tradicionais, inclusive, foram cedendo lugar a eles.

FIGURA 15

Distribuição percentual de mulheres atualmente unidas e usando algum método, segundo o tipo de método, Brasil, 1986, 1996, 2006 e 2013

Notas: * Inclui mulheres grávidas (2,8%), sexualmente inativas (2,5%), e hysterectomizadas ou sem menstruação (9,4%), além daquelas que são sexualmente ativas que não usam métodos (12,6%).

** Mulheres de 18 a 49 anos de idade e metodologia não comparável com os demais anos.



A porcentagem de mulheres em união que não utilizavam métodos contraceptivos (que por definição incluem as que não estavam sob risco de gravidez) era de 27,3% em 2013. No entanto, as sexualmente ativas que não usaram métodos contraceptivos nos últimos 12 meses e, portanto, se encontravam sob risco de gravidez, somavam 12,6%. Entre estas ainda estão as que optaram por não utilizar métodos pois desejavam engravidar.

Em 2006, a estimativa de mulheres com necessidades contraceptivas insatisfeitas era de 6% (United Nations, 2017), indicador não disponível por meio da PNS de 2013.

Esse baixo valor de demanda insatisfeita por contracepção não é compatível com os altos índices de fecundidade não desejada observados em todos os grupos populacionais. Duas hipóteses para este resultado são: a falha contraceptiva provocada por uso intermitente ou inadequado dos métodos e a falta de acesso ou disponibilidade dos métodos mais apropriados.

OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PREDOMINANTES

O deficiente acesso à contracepção no Brasil é notado na Figura 16, a partir do painel A e do mix de métodos entre usuárias do painel B. As distribuições em conjunto permitem observar a prevalência de cada método e quais eram os mais usados, independentemente da porcentagem de usuárias de métodos.

Apesar de muitos métodos estarem disponíveis⁸ no Brasil, dois são predominantes em todos os anos: a esterilização feminina e a pílula (Painel B). Isso indica um provável problema na seleção dos métodos, visto que tratam-se de mulheres de distintos contextos sociais e regionais, idades e número de filhos nascidos vivos, além de serem métodos basicamente femininos.

Até 1996, a esterilização feminina e a pílula somavam em torno de 80% dos métodos utilizados (Painel B). Em 2013, percebe-se uma diminuição da esterilização feminina e um aumento na escolha por camisinha masculina. Porém, ainda assim, a esterilização feminina e os métodos hormonais (pílula, injetáveis e implantes) continuam sendo a “escolha” em praticamente 80% dos casos.

Entre os hormonais, a pílula sempre foi muito utilizada. Mas a partir de 2006 ela cedeu algum lugar aos injetáveis e, em menor escala, aos implantes. Em 2013 seu uso é o mais prevalente entre todos os métodos: mais de 35% das mulheres declararam utilizar métodos hormonais, sendo a pílula a escolha de 30,8% das mulheres entre 18 e 49 anos (Painel A). Entre as usuárias de métodos, em 2013 a pílula (44,1%) foi o método mais utilizado no ano anterior à pesquisa e junto com os injetáveis e hormonais (6,7%) representavam, portanto, mais de 50% do uso de contracepção no país (Painel B).

O DIU, método muito eficaz e com alto uso em outros países, historicamente não está entre os mais utilizados no Brasil. Seu baixo uso atual pode estar relacionado à carência de acesso a médicos ou a programas de planejamento reprodutivo, uma vez que é necessária intervenção médica para sua colocação e acompanhamento. O mesmo comportamento se observa com relação aos métodos de barreira, como diafragma, que quase não aparece citado nas pesquisas. A baixa prevalência de ambos os métodos ou, de fato, o pequeno mix de métodos, pode estar relacionada à baixa oferta ou recomendação desses métodos nos serviços de saúde.

11 Alguns métodos como contracepção de emergência e outros não aparecem na lista porque têm prevalência menor que 0,1%.

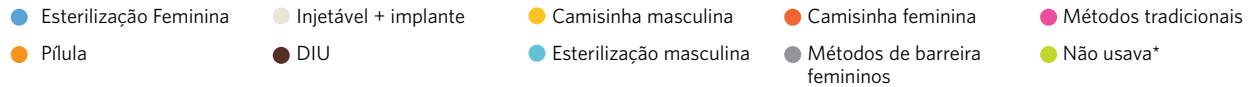


FIGURA 16A

Prevalência de métodos contraceptivos modernos e tradicionais por tipo de método, Brasil, 1986, 1996, 2006, 2013

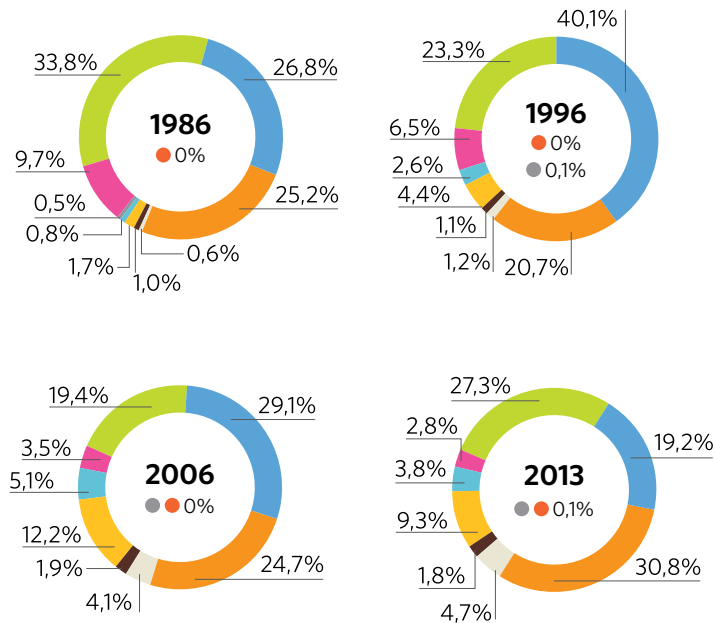
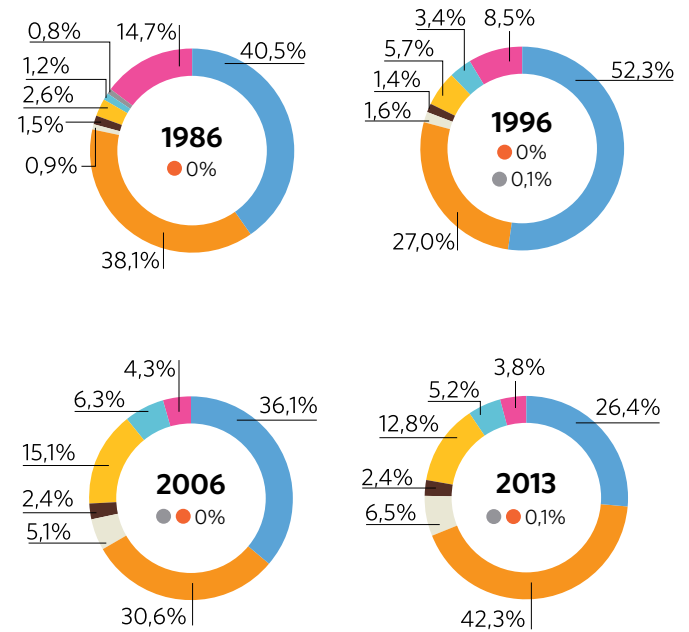


FIGURA 16B

Mix de métodos contraceptivos por tipo de método, Brasil, 1986, 1996, 2006, 2013



Fonte: Bemfam, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 1986 e 1996. Ministério da Saúde, Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), 2006. IBGE, Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013.

Nota: ** Mulheres de 18 a 49 anos de idade e metodologia não comparável com os demais anos.

A ESTERILIZAÇÃO FEMININA NO BRASIL

Diante do desejo de poucos filhos e de os nascimentos acontecerem muito cedo na vida reprodutiva das mulheres, a esterilização feminina acabou sendo a escolha de muitas brasileiras, apesar de não ser o único método moderno permanente e eficaz — por exemplo, com forte resistência ao uso de vasectomia, apesar do modesto aumento ao longo dos anos.

Os dados mostram um grande aumento no uso da esterilização feminina entre mulheres de 15 a 49 anos de 1986 a 1996: de 26,8% para 40,1%. É preciso destacar que além de não ser ofertada pelo SUS até 1999, a esterilização feminina era proibida por interpretação da Constituição. Portanto, entre as usuárias, 57% das mulheres unidas de fato optaram pelo método no período. Na década seguinte percebe-se uma queda alta, com a porcentagem equivalente observada em 2006 de 37,7%.

Pesquisas realizadas no Brasil na década de 1980 já mostravam a alta prevalência da esterilização feminina como método contraceptivo (Cavenaghi, 1997). Elas eram realizadas em clínicas particulares ou mesmo no SUS, mediante pagamentos extras, registradas como salpingectomia, ou vinculadas ao parto por cesariana (Berquó; Cavenaghi, 2003) ou ainda como moeda de troca em eleições (Caetano; Potter, 2004). Estimativas a partir de recortes populacionais, indicam a maior prevalência da esterilização feminina em grupos menos escolarizados e residentes em áreas menos desenvolvidas.

No momento atual, as pesquisas indicam que a esterilização feminina, disponível desde 1999 no SUS, vem cedendo lugar ao uso de métodos hormonais.





5

**O FUTURO DA
FECUNDIDADE E
AS POLÍTICAS
PÚBLICAS**

A transição demográfica é um fenômeno irreversível. O cenário demográfico para o século 21 é de baixas taxas de mortalidade e de natalidade, alta esperança de vida ao nascer, poucos filhos por mulher e uma estrutura etária envelhecida, com uma população com grande proporção de idosos.

O número de filhos por mulher continua apresentando desigualdades, ainda um reflexo das heterogeneidades regionais e sociais no Brasil. E de acordo com a média do tamanho ideal de família, em torno de dois filhos, observa-se que na população de baixo nível socioeconômico há uma fecundidade indesejada por excesso, enquanto na de alto nível existe uma fecundidade indesejada por falta.

Este superávit de filhos por um lado e déficit por outro são ambos reflexo da dificuldade na implantação dos direitos sexuais e reprodutivos no país. Já tivemos avanços desde a implantação do PAISM, em 1983, e a aprovação do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), em 1994. Mas após quase 25 anos do Programa de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo, de 1994, ainda há lacunas para se alcançar a autodeterminação reprodutiva e o livre exercício da sexualidade, com responsabilidade e saúde, especialmente entre jovens.

Os dados observados neste documento indicam que a taxa de fecundidade continuará baixa. Porém, observando-se os valores para os cinco grupos específicos (pelo recorte de rendimento domiciliar), pode-se pressupor que não ficará abaixo de 1,5 filhos por mulher, se as condições atuais se reproduzirem no curto e médio prazo.

O padrão de fecundidade jovem no país deverá continuar nos próximos anos. A taxa específica de fecundidade das mulheres entre 15 e 19 anos pobres e de baixa escolaridade deve

continuar diminuindo, mas em ritmo lento, se seguir o padrão de queda recente.

No entanto, vale lembrar que as gestações não desejadas ou inoportunas indicam potencial violação dos direitos reprodutivos, como falta de acesso, acesso inadequado ou inexistente a programas de planejamento da vida reprodutiva direcionados aos jovens e a pouca disponibilidade de educação integral em sexualidade. Mesmo uma gravidez desejada durante a adolescência pode refletir na falta de opções oferecidas à população jovem, caso ocorra devido às baixas expectativas de realização no ensino superior ou participação no mercado de trabalho com empregos decentes.

Outra tendência é o adiamento da fecundidade em alguns grupos e regiões do Brasil, cujo efeito será a diminuição da taxa de fecundidade no futuro próximo. No entanto, o número de filhos pode ser recuperado no médio prazo se as mulheres tiverem seus filhos mais tarde, e não no início do período reprodutivo. Entretanto, este comportamento depende, entre outras, de políticas de conciliação de trabalho e família, que também considerem um maior envolvimento dos homens nas responsabilidades com a vida reprodutiva.

Independentemente do nível de fecundidade, o maior desafio é implantar ações e políticas públicas para garantir que todas as pessoas possam ter o número de filhos que desejam ao longo de suas vidas reprodutivas e com o espaçamento que lhes pareça mais adequado. Como o Programa de Ação da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994 afirma, todas as pessoas devem ter acesso universal à saúde e aos direitos reprodutivos, o que reflete na plena realização das pessoas e no desenvolvimento social e econômico do país (Nações Unidas, 1994).

O DIREITO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A necessidade de universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva é estabelecida no Programa de Ação da CIPD do Cairo, em princípios aprovados na conferência:

“Princípio 8: Toda pessoa tem direito ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental. Os estados devem tomar todas as devidas providências para assegurar, na base da igualdade de homens e mulheres, o acesso universal aos serviços de assistência médica, inclusive os relacionados com saúde reprodutiva, que inclui planejamento familiar e saúde sexual. Programas de assistência à saúde reprodutiva devem prestar a mais ampla variedade de serviços sem qualquer forma de coerção. Todo casal e indivíduo têm o direito básico de decidir livre e responsabilmente sobre o número e o espaçamento de seus filhos e ter informação, educação e meios de o fazer” (Nações Unidas, p. 43).

Em 2005, nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) ficou estabelecida a meta 5B, que estipulava o alcance do acesso universal à saúde reprodutiva até 2015. Como o objetivo não foi conquistado, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabeleceram nova meta, até 2030, tal como nos itens abaixo:

“3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.” (p.18)

“5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.” (p. 20)

Em novembro de 2012, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012) lançou o Relatório sobre a Situação da População Mundial, “Por escolha, não por acaso: Planejamento Familiar, Direitos Humanos e Desenvolvimento”, que traz evidências do impacto econômico positivo do planejamento familiar para os indivíduos, as comunidades e os países.

RECOMENDAÇÕES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O acesso aos serviços de saúde reprodutiva e ao planejamento familiar é um direito humano que contribui na qualidade de vida dos cidadãos e no desenvolvimento econômico e social do país. O seu não cumprimento reflete em pobreza, exclusão, problemas de saúde e desigualdade de gênero. Algumas recomendações são sugeridas neste sentido:

- Empoderar jovens e mulheres para que consigam tomar decisões informadas e autônomas sobre sua via sexual e reprodutiva.
- Implementar a educação integral para a sexualidade que garanta que adolescentes e jovens tenham informação adequada para a idade, com enfoque participativo, intercultural, de gênero e de direitos humanos. E assegurar que essa educação seja oferecida com qualidade, por profissionais capacitados, e de forma integrada com a saúde.
- Garantir e ampliar o acesso a contraceptivos modernos em todo o território nacional, incluindo contracepção de emergência e de longo prazo, para mulheres e homens de toda as faixas etárias e dos mais variados grupos populacionais, com atenção especial a territórios de difícil acesso.

- Garantir serviços, atendimentos e cuidados adequados nos casos de aborto legal, assim como a atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento, ampliando o debate sobre o tema da saúde pública.
- Assegurar serviços de saúde sexual e reprodutiva prestados por profissionais qualificados e que sejam serviços acessíveis em aspectos físicos, financeiros e culturais. Também investir na qualificação de profissionais que trabalham nos sistemas de saúde, eliminando barreiras de informação, com atenção especial à população jovem atendida
- Melhorar a qualidade dos serviços de saúde reprodutiva em geral e oferecer um acesso universal, para homens, mulheres, adolescentes, jovens, idosos e pessoas com deficiência, sem discriminação.
- Implementar políticas de conciliação entre trabalho e família e de redução das desigualdades de gênero, pois a realização da maternidade não deve concorrer com uma vida produtiva no mercado de trabalho e a plena realização profissional



REFERÊNCIAS

- BECKER, G. S. An economic analysis of fertility. In: BECKER, G. S. **Demography and economic change in developed countries**. New York, NBER, 1960.
- BERQUO, E.; CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S441-S453, 2003.
- BONGAARTS, John. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. **Population and Development Review** 4(1):105-132, 1978.
- CAVENAGHI, S. Female Sterilization and Racial Issues in Brazil, **Dissertação de Mestrado**, Sociology Department of the University of Texas at Austin, maio de 1997.
- CAVENAGHI, S.; BERQUÓ, E. Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010. In: Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. **Serie e-Investigaciones**, N. 3, Rio de Janeiro: ALAP, p. 75-90, 2014.
- CAETANO, A. J.; POTTER, J. E. Politics and female sterilization in the Brazilian Northeast. **Population and Development Review**, v. 30, n. 1, 2004.
- CALDWELL, J. C. **Theory of fertility decline**. London: Academic, 1982.
- COALE, A. The demographic transition reconsidered. In: **Proceedings** of the International Population Conference, Liege. Vol. 1: 53-72. Liege: International Union for the Scientific Study of Population. 1973.
- LUTZ, W.; SKIRBEKK, V.; TESTA, M. The Low Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and fewer Births in Europe, **Vienna Yearbook of Population Research**, p. 167-192, 2006.
- MARTINE, G. **Formación de la Familia y Marginalidad Urbana en Río de Janeiro**. Santiago de Chile: Celade, 1975.
- MARTINE, G. ALVES, JED. CAVENAGHI, S. Urbanization and fertility decline: Cashing in on Structural Change, **IIED Working Paper**. IIED, London, December 2013.
- MCDONALD, P. Very Low Fertility Consequences, Causes and Policy Approaches, **The Japanese Journal of Population**, V.6, N.1, 2008.
- MERRICK, T.; BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington, National Academy, 1983.
- NAÇÕES UNIDAS. Texto Integral do Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, Egito, 5 a 13 de setembro de 1994.
- NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em <http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/Agenda2030-completo-site.pdf>. Acesso em: 29 set de 2018.
- PNDS. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- RODRIGUEZ-VIGNOLI, J.; CAVENAGHI, S. Unintended fertility among Latin American adolescents: a growing trend across all socioeconomic groups. In: **International Population Conference**, 2017, Cape Town. Cape Town: IUSSP, 2017. v. 1. p. 1-27.
- ROSER, M. Life Expectancy. Published online at OurWorldInData.org, 2018, Retrieved from: '<https://ourworldindata.org/life-expectancy>' [Online Resource]
- THEME-FILHA, M. et al. Factors associated with unintended pregnancy in Brazil: cross-sectional results from the Birth in Brazil National Survey, 2011/2012. **Reproductive Health**, v. 13, pp.235-265, 2016.
- UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas. Por escolha, não por acaso: planejamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento, New York, 2012.
- UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). **World Contraceptive Use 2017** (POP/DB/CP/Rev2017).



Fundo de População
das Nações Unidas

Assegurando direitos e opções para todos

Fundo de População das Nações Unidas no Brasil

Casa da ONU

Setor de Embaixadas Norte - SEN,

Quadra 802 Conjunto C Lote 17

Brasília - DF

unfpa.org.br

    @unfpabrazil

ISBN 978-85-98579-20-7

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-98579-20-7



9 788598 579207