

TEXTO PARA DISCUSSÃO/Nº 236

## **A Esterilização Feminina no Brasil**

Manoel Augusto Costa

SETEMBRO DE 1991

## **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA  
é uma Fundação vinculada ao Ministério da Economia,  
Fazenda e Planejamento

**PRESIDENTE**

Roberto Brás Matos Macedo

**DIRETOR TÉCNICO**

Lísio Fábio de Brasil Camargo

**DIRETOR TÉCNICO ADJUNTO**

Marcos Reginaldo Panariello

**DIRETOR DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

Renato Moreira

**COORDENADOR DE DIFUSÃO TÉCNICA E INFORMAÇÕES**

Antonio Emílio Sendim Marques

**COORDENADOR DE POLÍTICA AGRÍCOLA**

Adelina Teixeira Baena Paiva

**COORDENADOR DE POLÍTICA INDUSTRIAL E TECNOLÓGICA**

Luis Fernando Tironi

**COORDENADOR DE POLÍTICA MACROECONÔMICA**

Eduardo Felipe Ohana

**COORDENADOR DE POLÍTICA SOCIAL**

Luiz Carlos Eichenberg Silva

**COORDENADOR REGIONAL DO RIO DE JANEIRO**

Ricardo Varsano

**TEXTO PARA DISCUSSÃO** tem o objetivo de divulgar  
resultados de estudos desenvolvidos no IPEA, informando  
profissionais especializados e recolhendo sugestões.

**Tiragem: 200 exemplares**

**DIVISÃO DE EDITORAÇÃO E DIVULGAÇÃO**

**Brasília:**

SGAN Q. 908 - MÓDULO E - Cx. Postal 040013

CEP 70.312

**Rio de Janeiro:**

Av. Presidente Antonio Carlos, 51 - 17º andar

CEP 20.020

# SUMÁRIO

---

1. INTRODUÇÃO
  2. MOTIVOS PARA A ESTERILIZAÇÃO
  3. TAXAS DE PREVALÊNCIA - IDADE, PARIDADE,  
EDUCAÇÃO, ATIVIDADE ECONÔMICA E RENDA
  4. ONDE E COMO SE REALIZAM AS ESTERILIZAÇÕES
  5. UMA VISÃO REGIONAL DA ANTICONCEPÇÃO E DA  
ESTERILIZAÇÃO
  6. O BRASIL E O CENÁRIO MUNDIAL
  7. CONCLUSÕES
- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
- SINOPSE
- ANEXO
-

## **A ESTERILIZAÇÃO FEMININA NO BRASIL**

**Manoel Augusto Costa \***

\* Da Coordenadoria Regional do IPEA - Rio de Janeiro.

---

## SINOPSE

---

Este trabalho analisa o uso da anticoncepção e da esterilização no Brasil a partir de pesquisas do IBGE (PNAD) e da DHS/Bemfam, realizadas em 1986.

A taxa de prevalência entre mulheres de 15 a 54 anos é de 37,8% e se divide em 16,2% usando a pílula anticoncepcional, 15,8% de esterilizações e 5,8% utilizando outros métodos. A pílula é o método preferido, durante a primeira fase do período reprodutivo, e a esterilização, em idades mais avançadas, aproximadamente a partir dos 32 anos.

A prevalência da esterilização de 15,8% divide-se em duas componentes: 8,0%, para administrar o tamanho da família, e 7,8% por motivos de saúde. Portanto, apenas a metade dessas cirurgias se relaciona diretamente com o planejamento familiar, e a outra metade com as precárias condições de saúde das mulheres. A elevada ocorrência de múltiplas cesáreas situa o país numa posição de destaque no cenário internacional e a taxa de 8,0% de esterilizações, com o propósito de planejar a família, reflete a negligência do governo em dotar a nação de um programa de planejamento familiar que ofereça todas as alternativas anticoncepcionais.

A parturição exerce maior influência sobre a anticoncepção e esterilização do que a renda e a educação. O número idealizado de filhos, pouco acima de três, é conseguido por famílias com renda entre meio e dois salários mínimos e por mulheres com nível educacional próximo a quatro anos de estudo.

O uso de anticoncepção no Brasil não é inédito nem elevado diante do cenário internacional, ficando no mesmo nível da mexicana e abaixo das taxas observadas em países desenvolvidos. A taxa nacional só é superior às observadas em alguns países pobres como Bangladesh e Equador, por exemplo.

O mesmo pode ser dito com relação à taxa de esterilização para planejamento familiar: não é inédita e fica abaixo dos níveis observados no Canadá, Colômbia, México, Estados Unidos, China e Coréia.

---



---

## 1. INTRODUÇÃO

A esterilização difere significativamente de todos os outros métodos anticonceptivos por várias razões: a) por ser um método irreversível; b) por ser usada alternativamente para planejar a família e preservar a saúde da mulher. Esse é o método mais indicado para mulheres de alto risco reprodutivo, portadoras de cardiopatias, diabetes mellitus, hipertensão, etc; c) por ter eficácia praticamente absoluta; e d) por exigir instrumental específico e cuidados especiais, por tratar-se de uma intervenção cirúrgica, ainda que simples.

O caráter irreversível da esterilização confere-lhe implicações psicológicas, sociais e demográficas maiores do que o uso de outros métodos. A sua realização exige, teoricamente, uma reflexão profunda, por significar a interrupção definitiva da capacidade reprodutiva. Exige, também, uma postura ética e decisão técnico-profissional rigorosas, pois trata-se de cirurgia que interfere em diversos aspectos da vida da paciente.

A decisão de realizar a esterilização é profundamente influenciada por normas e valores da sociedade e envolve questões ideológicas e políticas, ao propiciar debates a respeito do controle populacional, este entendido como uma intervenção coercitiva na reprodução da população.

Por essas razões, esse método raramente é utilizado em larga escala em programas de planejamento familiar ou em qualquer sociedade. Ao contrário, quando ocorre, suscita debates e questionamentos para identificar seus fatores causais.

Esse é o caso do Brasil, onde ocorre um intenso debate a respeito do assunto, porque alguns analistas consideram a taxa de esterilização no país muito elevada.

De acordo com as pesquisas realizadas em 1986, pelo IBGE e pelo DHS/Bemfam, respectivamente 15,4% e 17,2% das mulheres com idades entre 15-44 anos haviam se submetido a essa intervenção. O número de esterilizadas, entre todas as mulheres com 15 a 54 anos, correspondia a 15,8% e entre as mulheres em união, com idades entre 15-44 anos, a 26,9%.

Este trabalho analisa o nível e aspectos da anticoncepção e da esterilização no Brasil, a partir de dados dessas pesquisas, e avalia algumas questões pertinentes para a compreensão do que vem ocorrendo

---

nessa área. Objetivamente, responde às perguntas: Qual o nível da anticoncepção e da esterilização no país? Que proporção dessas intervenções foi realizada com o propósito específico de planejamento familiar e qual a proporção motivada para salvaguardar a saúde da mulher? Como a idade, educação, número de filhos e rendimento se relacionam com a sua realização? Quando e onde se realizam essas esterilizações? Como esses fenômenos diferem regionalmente? Qual o papel das Clínicas de Planejamento Familiar? Finalmente, situa o Brasil no contexto internacional nesses campos.

## 2.MOTIVOS PARA A ESTERILIZAÇÃO

Tendo em vista que a esterilização pode ser efetuada alternativamente como método para planejar a família ou como um método para preservar a saúde das mulheres de alto risco na gravidez, é conveniente iniciar a sua apreciação segundo essas perspectivas. Isso porque essas intervenções exigem e refletem posturas diferentes. Se realizada especificamente para planejar a família, resulta de decisões da própria mulher, de acordo com seus anseios reprodutivos e familiares. Se realizada por razões de saúde, a decisão é tomada através do parecer médico, independentemente dos ideais reprodutivos da mulher. Consciente da importância dessa questão, o IBGE indagou às entrevistadas sobre os motivos que as levaram à esterilização. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

Os dados se referem à idade da mulher quando da intervenção cirúrgica e período calendário da sua realização, que se estende a anos anteriores a 1970. Conseqüentemente, refletem a experiência de diversas gerações, a partir daquelas com menos de 38 anos de idade em 1970. O quadro não reflete as motivações de todas as laqueaduras, realizadas em cada um desses períodos, ao excluir a experiência daquelas que tinham idade acima de 54 anos, quando da realização da pesquisa em 1986.



Tabela 1  
BRASIL  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTERILIZAÇÕES POR MOTIVOS DA CIRURGIA, SEGUNDO  
GRUPOS DE IDADE NA ÉPOCA DA ESTERILIZAÇÃO

Grupos de Idade na Época da Estéril	Motivo de Saúde			Planejamento Familiar			
	Total	Muitas Cesáreas	Problemas de Saúde	Total	Questão Financ.	Nº de Filhos Desejado	Outros
15 a 24	51,9	8,8	43,1	48,1	10,0	36,3	1,8
25 a 34	49,0	8,2	40,8	51,0	8,5	40,8	1,7
35 a 44	48,7	4,4	44,3	51,3	7,3	37,5	6,5
45 a 54	58,6	3,7	54,8	41,4	1,8	30,6	9,1
Total	49,5	7,4	42,1	50,5	8,4	39,2	2,9

FONTE: IBGE, PNAD 1986

NOTA: As somas não são exatas por causa das aproximações.

Portanto, o resumo captado em 1986 pode não revelar integralmente os motivos prevaletentes atualmente para essas intervenções se essas causas se modificaram sensivelmente, particularmente nos 11 anos anteriores a 1986. Como 85% das entrevistadas fizeram a cirurgia depois de 1975, deve-se encarar o quadro como um resumo satisfatório das motivações para a intervenção durante o período 1975/86, que evidentemente pode diferir das motivações reais prevaletentes no próprio ano da pesquisa. Trabalho futuro poderá testar, com o auxílio de tabulações especiais dos dados, se houve mudança significativa nessas causas durante os últimos 11 anos.

A metade (50,5%) das mulheres esterilizadas alegou ter recorrido à cirurgia por motivos relacionados diretamente com o planejamento familiar, enquanto 49,5% alegaram razões de saúde; 39,2% porque já tinham o número de filhos desejado; 8,4% por razões financeiras para não procriar; 2,9% por causa da idade, problemas com o trabalho e razões não especificadas; 42,1% declararam diretamente razões de saúde e 7,4% por já terem se submetido a múltiplas cesárias, caso em que também se recomenda a esterilização, para salvaguardar a saúde da mulher.

Independentemente de qualquer discussão, inclusive sobre a eventual falta de fidedignidade das respostas, e se essas mulheres desejavam ter mais filhos, os resultados revelam alguns aspectos relevantes da sociedade para a compreensão do fenômeno e fornece elementos para a formulação de políticas, a saber: a)

---

as precárias condições de saúde das mulheres, impelindo parcela expressiva ao uso de um método anticoncepcional irreversível para preservar a própria vida, independente de seus anseios procriativos; b) elevada ocorrência de múltiplas cesáreas, particularmente entre as mulheres na primeira parte da vida reprodutiva, situando o país numa posição de destaque no cenário internacional nessa matéria.

Esses resultados apontam, necessariamente, para a utilidade em decompor a taxa de esterilização de 15,8% (entre as mulheres com 15 a 54 anos) em duas componentes aditivas, segundo o objetivo principal da laqueadura, por terem significado social, econômico e político sensivelmente distintos: uma taxa de 8,0% correspondendo à esterilização para administrar a reprodução, e a taxa de 7,8% para administrar a própria saúde.

Portanto, se a proposição e os dados do IBGE estão corretos, dever-se-á utilizar a taxa de esterilização de 8,0% entre as mulheres de 15-54 anos, quando em estudos sobre o planejamento familiar propriamente dito. Se o propósito é estudar as condições de saúde, recomenda-se então recorrer à taxa de esterilização de 7,8%. A taxa total, embora expressando o nível do fenômeno no país, exige cuidadosa interpretação e uso, por refletir simultaneamente as duas causas. Baseado no mesmo princípio, deve-se subtrair a parcela de esterilização por razões médicas (7,8%) da taxa de prevalência total do uso do método (37,8%). Nesse caso, a taxa apropriada será de 30,0%.

Infelizmente os dados em mãos não permitem estimar diretamente essas taxas entre as mulheres casadas ou em união, com idades entre 15-44 anos, pois a pesquisa DHS/Bemfam, que focalizou esse grupo, não fornece informações sobre os motivos das esterilizações. Assim, é impossível subtrair as esterilizações motivadas por razões médicas do total de usuárias do método.

Tendo em vista a convergência dos resultados das duas pesquisas, pode-se admitir que a porcentagem das esterilizações na DHS/Bemfam (27,0%) se divide em 13,7%, para planejar a família, e em 13,3%, por motivos de saúde. Neste caso, a taxa de prevalência de métodos anticonceptivos para planejar a família é estimada em 52,7%, ao invés da de 66% publicada pela pesquisa. A subtração das entrevistadas por motivo de saúde da taxa de prevalência se apóia na mesma justificativa formulada para subtrair as mulheres submetidas a outras intervenções e que também implicaram esterilização. Segundo a pesquisa do IBGE, 2,8% das mulheres entre 15-

---

54 anos de idade haviam efetuado algum tipo de cirurgia, que extinguiu a sua capacidade reprodutiva.

A distribuição das taxas, segundo grupos de idades, aponta um conjunto coerente com o que se poderia teoricamente supor. Enquanto a parcela de esterilizações por razões de saúde aumenta com a idade, a parcela relacionada com a consecução do número desejado de filhos declina. No entanto, as porcentagens relacionadas às múltiplas cesáreas e às razões financeiras contrariam o que se poderia esperar. Observa-se maior importância relativa desses motivos nas idades mais jovens, conduzido à hipótese de que a sociedade vem modificando valores e normas relativos à gravidez, ao parto e ao número ideal de filhos. Aparentemente, parcela crescente das gerações mais jovens tende a preferir o parto cirúrgico ao natural e a realizar o número de filhos desejado na primeira parte da vida reprodutiva.

O cenário descortinado por esses dados provoca indagações fundamentais para a interpretação de outros resultados da pesquisa e aponta a necessidade de aprofundar a análise de alguns tópicos: a) Como interpretar, por exemplo, as intervenções cirúrgicas gratuitas? Significam ações filantrópicas e assistenciais, indesejáveis na área do planejamento familiar, ou ações meritórias na área da saúde? b) Quais os fatores culturais, econômicos e sociais subjacentes à elevada proporção de cesáreas e esterilizações para planejar a família? c) Quais os fatores determinantes da elevada proporção de cirurgias por razões de saúde? Esse procedimento constitui uma solução técnica simplista por parte do médico? São efetivamente necessárias, para proteger a saúde da mulher, ou apenas servem para mascarar uma atitude velada para controlar a reprodução ou interesses pecuniários? Nestes casos, como explicar o comportamento ético de milhares de profissionais trabalhando nessa área?

A taxa de 8,0% de esterilizações entre o contingente feminino de 15-54 anos de idade, com o propósito de planejar a família, pode ser considerada elevada e reflete a negligência do governo em dotar a nação de um programa de planejamento familiar que ofereça todas as alternativas anticoncepcionais. Além disso, o país tem presenciado intensos debates públicos sobre a matéria. Isto sim deve contribuir acentuadamente para a elevação da esterilização, por causa dos temores decorrentes dos ruídos e rumores, sobre os efeitos colaterais dos métodos modernos e reversíveis, promovidos pelos grupos contrários ao planejamento familiar.

---

É evidente que também se pode colocar em dúvida os critérios e interesses dos médicos ao indicarem e realizarem esse tipo de intervenção. Essa, no entanto, é uma hipótese apenas especulativa, por falta de dados para efetuarla com propriedade, mas que deve ser incorporada à pauta de pesquisas nesse campo.

Certamente há uma forte distonia entre os debates ideológicos sobre a matéria e a realidade concreta. Enquanto os acadêmicos discutem modelos operacionais teóricos, a população, por sua sabedoria ou necessidade, recorre pragmaticamente aos meios disponíveis para administrar a saúde e a reprodução. Além do mais, os especialistas ainda não indagaram seriamente se as normas e valores vigentes na sociedade se antepõem ao uso da esterilização.

Também não há dúvidas de que esse cenário reflete a fragilidade, fragmentação e insuficiência dos serviços de planejamento familiar no país, se for admitido que a utilização de métodos reversíveis é preferível ao uso de método irreversível e ao aborto, também estimado ser numeroso.

Finalmente, pode-se argumentar que parte das esterilizações decorre das falhas e ineficácia do modelo econômico, particularmente durante a década de 80. O desenvolvimento econômico não tem acompanhado o ritmo de modernização da sociedade e a mudança de normas e valores familiares. Isto é especialmente dramático na área de planejamento familiar, onde a oferta está muito aquém da demanda por anticoncepção moderna. Conseqüentemente, parcela dessa demanda recorre, necessariamente, à esterilização e ao aborto, na tentativa de não ter um maior número de filhos do que o idealizado.

### **3. TAXAS DE PREVALÊNCIA: IDADE, PARIDADE, EDUCAÇÃO, ATIVIDADE ECONÔMICA E RENDA**

As taxas de esterilização segundo grupos etários, são comparadas às de prevalência de métodos reversíveis, particularmente a pílula, para avaliar o seu uso num cenário mais amplo da anticoncepção. Esse conjunto sugere a existência de uma certa racionalidade anticoncepcional entre as mulheres e casais.

A pílula é o método preferido durante a primeira fase do período reprodutivo, e a esterilização em idades mais avançadas -- aproximadamente a partir dos 32 anos. Aparentemente, parte expressiva das mulheres dá por encerrada a vida reprodutiva a partir dessa idade, por já ter o número de filhos desejados e também para

---

evitar efeitos colaterais e o desconforto de outros métodos.

As taxas de prevalência do uso de métodos entre as mulheres economicamente ativas (PEA) e as economicamente inativas (PEI) seguem aproximadamente o mesmo padrão etário, porém em níveis distintos. Essa diferença decorre, sobretudo, da maior proporção de mulheres casadas ou em união no segundo grupo do que no primeiro.

Por tratar-se de método irreversível, a taxa modal de esterilizações indica a proporção de mulheres que estarão esterilizadas ao final do período fértil, se mantidas constantes as taxas segundo as idades. Nessas circunstâncias, pode-se admitir que 33,4% das mulheres estarão esterilizadas até o final do período fértil. Essa proporção será de 30,3%, entre mulheres engajadas na força de trabalho, e 36,5%, entre as mulheres economicamente inativas.

Tabela 2  
TAXAS DE PREVALÊNCIA DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS  
(INCLUINDO A ESTERILIZAÇÃO), POR UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS,  
SEGUNDO GRUPOS DE IDADE

---

Grupo de Idade	Usam Algum Método (incluindo a esterilização)	Esterilizadas (todos os motivos)	Pílula	Outros
15-19	8,0	0,2	6,9	0,9
20-24	30,4	3,0	23,4	4,0
25-29	51,1	15,8	28,3	7,0
30-34	58,9	26,7	23,9	8,3
35-39	59,5	33,4	16,5	9,6
40-44	51,1	30,1	10,5	10,5
45-54	26,8	18,0	3,8	5,0
Total	37,8	15,8	16,2	5,8

---

FORNE: IBGE, PNAD 1986.

Tabela 3  
BRASIL  
TAXAS DE PREVALÊNCIA DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS  
(INCLUINDO A ESTERILIZAÇÃO), POR UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS E  
CONDIÇÃO DE ATIVIDADE, SEGUNDO GRUPOS DE IDADE

Grupo de Idade	Usam Algum Método (incluindo a esterilização)		Esterilizadas (todos os métodos)		Pílula		Outros	
	PEA	PEI	PEA	PEI	PEA	PEI	PEA	PEI
	15-19	6,6	9,1	0,2	0,2	5,3	8,1	1,1
20-24	21,8	39,6	1,8	4,2	16,8	30,1	3,2	5,3
25-29	45,1	56,8	11,2	20,3	26,9	29,7	15,3	6,8
30-34	56,5	61,3	22,6	30,7	24,2	23,5	9,7	7,1
35-39	56,9	62,1	30,3	36,5	16,9	16,0	9,7	9,6
40-44	49,5	52,6	29,5	30,7	10,7	10,2	9,3	11,7
45-54	25,6	27,5	17,2	18,5	3,9	3,8	4,5	5,2
Total	35,4	39,9	14,1	17,3	15,3	16,9	6,0	5,7

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

O planejamento da reprodução decorre das populações idealizarem um tamanho familiar de acordo com a percepção acerca do papel de seus membros dentro do próprio núcleo e sociedade. Nessa idealização influem normas, valores, nível de modernização da sociedade e, para realizarem esse ideal, as famílias recorrem a métodos anticoncepcionais, que lhes permitam atingir o objetivo dentro de um horizonte temporal, definido em função da cultura e percepção do mundo.

Com o propósito de avaliar essa questão, foram realizadas inúmeras pesquisas na década de 60, que, entre outras coisas, apontaram que a diferença entre o tamanho familiar idealizado e realizado era maior quanto menor o nível educacional da mulher (e homem) e o nível de renda das famílias, por exemplo.

Portanto, o número de filhos constitui uma variável-chave na decisão do casal para recorrer ao planejamento familiar. Entretanto, o uso correto e eficaz dos métodos depende dos níveis de renda e de educação. De acordo com a experiência histórica, que sustenta, inclusive, as teorias da modernização e da transição demográfica, o tamanho familiar diminui à medida que ocorre essa modernização. Essa diminuição depende, por um lado, do processo de culturação, contemporaneamente facilitada pela extensão e eficácia dos meios de comunicação, e, por outro lado, da disponibilidade de recursos e serviços de planejamento

---

familiar. Conseqüentemente, em cada momento ou período existem, simultaneamente, um nível de fecundidade idealizado e um nível de fecundidade real.

Supõe-se que quanto menor a diferença entre esses índices, maior o exercício do livre arbítrio reprodutivo e da cidadania.

Estudos apoiados em dados das pesquisas mundiais de fecundidade (WFS) e das pesquisas DHS, realizadas durante as últimas décadas, estimaram esses índices para alguns países, conforme apresentado na Tabela 4. Tanto a fecundidade idealizada como a realizada declinam com o tempo, tendência que pode eventualmente ser interrompida ou invertida por algum motivo conjuntural ou como fruto de políticas de população.

A análise das taxas de prevalência de métodos reversíveis e da esterilização, segundo a parturição levantadas pelo IBGE reforça a hipótese da existência de uma racionalidade reprodutiva, que se relaciona com a busca da reprodução idealizada. Essa racionalidade consiste em preferir o método irreversível após a consecução do número desejado de filhos.

A soma da taxa do uso da pílula com a de outros métodos reversíveis é expressivamente maior do que a taxa de esterilização até dois filhos. Aos três filhos a diferença se inverte, entre as mulheres com quatro filhos, a taxa de esterilização mostra-se ligeiramente menor, sugerindo que o número médio desejado situa-se, nesse intervalo, em valor mais próximo de três do que de quatro. Entretanto, não parece desprezível a proporção de mulheres que realiza o tamanho familiar com dois filhos.

Tabela 4  
 ÍNDICES DE FECUNDIDADE REAL E DESEJADO SEGUNDO PAÍSES E ANOS  
 SELECIONADOS

País e Ano	Índice de Fecundidade		Diferença
	Real	Desejado	
Peru (1977)	5,3	3,0	2,3
Peru (1986)	4,0	2,6	1,4
Colômbia (1976)	4,6	2,7	1,9
Colômbia (1986)	2,9	2,1	0,8
Rep. Dominicana (1975)	5,2	3,3	1,9
Rep. Dominicana (1986)	3,5	2,6	0,9
Brasil (1986)	3,4	2,7	0,7
México (1987)	4,1	2,8	1,3

FONTES: Westoff, C. e Moreno, L. e Bongaarts, J. & Leghtbonne, R.

A Tabela 5 apresenta as taxas segundo o nível de rendimento familiar per capita, parturição e número de anos de estudo da mulher como uma proxy da educação. Outra vez deve ser recordado que a taxa de esterilização reflete, simultaneamente, uma atitude concreta de planejamento familiar e problemas de saúde, podendo-se estimar que entre 39 a 48% do seu valor resulta do primeiro fator.

As taxas, segundo renda e educação, apresentam menor variabilidade e situam-se em menor patamar do que as taxas segundo o número de filhos. A primeira observação induz à conclusão de que a última variável exerce maior influência sobre a anticoncepção moderna e a esterilização do que as duas primeiras, embora o papel destas não seja desprezível nessa determinação. A diferença entre os níveis das taxas segundo o número de filhos e as observadas segundo a renda e a educação decorre, parcialmente, do fato de o primeiro conjunto incluir apenas uma parcela reduzida de mulheres "sem companheiro", enquanto os outros dois incluem a maioria dessas mulheres. E essas fazem uso modesto da anticoncepção reversível (7,1%) e praticamente não recorrem à esterilização.



A exclusão dessas mulheres dos grupos segundo a renda e a educação resulta na obtenção de taxas padronizadas 39,7% superiores àquelas realmente observadas.<sup>1</sup> Nesse caso, a taxa modal de esterilização segundo a renda passaria para 24,6% e a de uso de pílulas para 34,4%. As taxas modais teóricas segundo a educação se elevariam para 26,0% e 24,7%, respectivamente. Como a diferença entre essas taxas padronizadas e a taxa modal observada para os mesmos métodos segundo o número de filhos, respectivamente, não é muito acentuada, pode-se concluir que, apesar do número de filhos constituir-se no principal determinante do uso da esterilização e de métodos anticoncepcionais reversivos, não é desprezível a influência da renda per capita familiar e da educação feminina no processo de racionalização da reprodução.

Tabela 5  
BRASIL  
TAXAS DE PREVALÊNCIA DO USO DE ANTICONCEPÇÃO, POR CONDIÇÃO DE UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS, SEGUNDO CLASSE DE RENDIMENTO MENSAL FAMILIAR PER CAPITA, PARTURIÇÃO E DE ANOS DE ESTUDO

Itens (incluindo a esterilização)	Usam Algum Método		
	Esterilizadas	Pílula	
<b>Classe de Renda <u>per capita</u> Mensal</b>			
sem rend.	37,4	10,5	24,6
Até 1/4	29,0	13,1	10,7
1/4 a 1/2	34,2	15,4	14,7
1/2 a 1	39,2	16,6	18,2
1 a 2	40,1	16,2	17,4
+ de 2	43,3	17,8	16,5
<b>Número de Filhos</b>			
1	48,7	2,8	36,7
2	64,0	21,9	31,3
3	67,0	40,6	17,8
4	59,1	37,1	14,8
5 e +	43,8	28,6	9,3
<b>Anos de Estudo</b>			
sem instrução	28,7	14,7	9,9
1 a 4	41,9	18,6	17,1
5 a 7	35,2	13,0	17,7
8 e +	39,1	14,3	17,6

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

NOTA: Esterilizações consideradas globalmente.

<sup>1</sup>Admitindo, por falta de informações para melhor hipótese, que essas mulheres se distribuem proporcionalmente à distribuição observada das mulheres segundo a renda e a educação.

---

O conjunto de informações aponta que o número idealizado de filhos, estimado anteriormente pouco acima de três, é conseguido por famílias com renda per capita entre meio e dois salários mínimos e por mulheres com nível educacional próximo a quatro anos de estudos.

Resta perguntar quais seriam os níveis de prevalência dos métodos, se a oferta fosse mais elástica e os programas mais eficazes.

O número elevado de abortos (não pesquisado) e esterilizações indica que ainda há uma grande demanda potencial por serviços de planejamento familiar, que não é atendida por causa da fragmentação dos serviços, resultante parcialmente da campanha de grupos radicais contra essa atividade e a falta de uma ação sistêmica por parte do governo.

Transparece da análise: a) a melhoria das condições de saúde das mulheres pode reduzir o uso da esterilização por esses motivos e, conseqüentemente, aumentar a demanda por métodos modernos; b) o número de esterilizações aumentou continuamente durante os últimos 11 anos, passando de aproximadamente 200 mil, em 1975, para um número da ordem de 700 mil, em 1986; e c) a idade média quando da cirurgia se manteve estável, um pouco acima de 31 anos durante o período.

Tudo isso sugere que o número desejado de filhos não se alterou significativamente nos últimos anos e que não foi desprezível a contribuição da esterilização para o declínio da fecundidade durante o período.<sup>2</sup>

As entrevistadas pela DHS declararam que o número ideal de filhos era de 2,8 e que esse número variava crescentemente de 2,5, entre aquelas que ainda não tinham filho, até quatro entre aquelas que, na realidade, já contavam com seis filhos.

O ponto de equilíbrio entre as duas curvas -- número atual e número ideal de filhos -- se dá em torno de 3,2. Portanto, a partir daí, o número atual ultrapassa crescentemente o número ideal. As mulheres com quatro, cinco, seis ou mais filhos consideravam ideal 3,4, 3,5 e quatro, respectivamente.

---

<sup>2</sup>A idade média das esterilizações para evitar filhos evoluiu de 31,2 anos entre aquelas realizadas entre 1975/79 para 31,6 anos durante 1980/82, 31,1 anos entre 1983/85 e 31,1 anos em 1986.

Essa informação aplicada aos dados da pesquisa do IBGE permite estimar que 37%, ou aproximadamente 8,8 milhões de mães (casais), tinham um número de filhos maior do que o idealizado. Dessas, 2,5 milhões tinham um número de filhos três vezes maior do que teriam desejado.

#### 4. ONDE E COMO SE REALIZAM AS ESTERILIZAÇÕES

Apesar de o governo não contar com programas e serviços específicos, 28,1% das esterilizações reportadas foram realizadas em unidades do Inamps ou conveniadas e em unidades de Saúde Pública. Os dados atualmente disponíveis não permitem avaliar que proporção dessas intervenções cirúrgicas foram realizadas por razões de saúde e que proporção com o propósito específico de planejar a família. O mesmo pode ser dito em relação às esterilizações em unidades médicas privadas, responsáveis por 68,4% do total de intervenções reportadas.

Tabela 6  
BRASIL  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS MULHERES DE 15 A 54 ANOS QUE FIZERAM  
CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO POR LOCAL DA ESTERILIZAÇÃO, SEGUNDO  
CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

Condição de Pagamento	Local de Esterilização				Total
	Particular	Saúde Pública	Inamps	Outros	
Gratuitas	46,3	10,9	38,5	4,2	100
Pagas	83,4	1,7	12,0	2,8	100
Total	68,4	5,4	22,7	3,4	100

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

É interessante observar que o questionário previa uma célula para posto ou clínica de planejamento familiar e outra para hospital particular filantrópico, por supor que essas unidades teriam exercido papel relevante em tais esterilizações. No entanto, como as intervenções reportadas nessas unidades foram numericamente inexpressivas, o IBGE as tabulou conjuntamente com "Outras Unidades". Isso significa a negação da hipótese de que as Clínicas de Planejamento Familiar seriam as maiores responsáveis pelas esterilizações no país, pondo em dúvida que interesses alienígenas e controlistas passem por aí. Ao contrário, os dados sugerem que o papel dessas clínicas foi desprezível e residual, tanto nesse campo como na anticoncepção científica, e particularmente quanto ao fornecimento do

---

anovulatório oral. Apenas a 3,0% das mulheres foi recomendado o uso da pílula em clínicas dessa natureza.

É evidente que se pode admitir a hipótese de que parte das mulheres pode ter confundido clínica particular com clínica de planejamento familiar e, portanto, o resultado pode conter algum tipo de distorção, mascarando o papel destas instituições nesses processos. Mesmo assim, as indicações são suficientemente fortes para sugerir que o seu papel e influência foram bem menores e irrelevantes, pelo menos no campo operacional, do que se poderia esperar, diante dos fervorosos debates e campanhas realizadas no país contra a sua atuação. Se isso é verdade, a pesquisa também estaria demonstrando uma baixa eficácia operacional dessas clínicas e sugerindo que a relação custo-benefício das suas atividades é muito elevada.

As unidades prestadoras dos serviços de esterilização o fazem quer na base assistencial gratuita, quer na de serviços pagos. E, quando realizada essa decomposição, fica transparente o papel que cada um desses setores exerce nesse fenômeno. Enquanto o setor público foi responsável por 49,4% das esterilizações gratuitas, o privado respondeu por 46,3% dessas intervenções. Já nas esterilizações pagas, o setor privado é responsável majoritariamente por 83,4% das intervenções, enquanto o setor público realizou apenas 13,8% do total dessas cirurgias.

Embora correspondendo aproximadamente ao que se poderia esperar, não se pode deixar de indagar o significado das esterilizações gratuitas no setor privado e as pagas no setor público. O que representam? Ação filantrópica do setor privado, com algum interesse subjacente, e desvios do setor público por interesses pecuniários não declarados? Os dados em mãos não permitem responder essas questões, mas ficam como indagações para futuros estudos.

## **5. UMA VISÃO REGIONAL DA ANTICONCEPÇÃO E DA ESTERILIZAÇÃO**

A exemplo de outros aspectos do desenvolvimento e modernização, a anticoncepção e a esterilização apresentam diversidades geográficas e sociais que se condicionam e refletem as diferenças entre as respectivas etapas de transição demográfica e econômica.

Encontra-se a menor taxa de prevalência do uso desses métodos no Nordeste (27,4% entre mulheres de 15-54 anos) e a maior no Sul (45,2%), registrando-se uma divergência sincrônica com as suas diferenças sócio-

---

econômicas. O nível dos indicadores do Sudeste e do Centro-Oeste se aproxima do observado no Sul, enquanto o do Norte fica mais próximo do Nordeste, configurando sumariamente duas grandes áreas no que tange ao uso de métodos anticonceptivos: Norte e Nordeste, de um lado, e Sudeste, Sul e Centro-Oeste, do outro.

Entretanto, como assinalado anteriormente, a esterilização não constitui um método exclusivamente utilizado para planejar a família, mas também para preservar a saúde da mulher com alto risco de gravidez. É recomendado geralmente quando a mulher já realizou múltiplas cesáreas.

Tendo em vista as diferenças regionais do desenvolvimento, importa avaliar a proporção das esterilizações e os motivos subjacentes à sua realização em cada uma das áreas, como um esforço para captar corretamente as eventuais divergências do fenômeno. Isto é, interessa testar as hipóteses de que as diferenças regionais do desenvolvimento se refletem tanto nos níveis do uso de métodos anticonceptivos e da esterilização, como nas suas motivações. Pode-se esperar que o recurso à laqueadura por motivos de saúde seja relativamente mais freqüente nas regiões menos desenvolvidas e, inversamente, maior nas áreas mais desenvolvidas, como um método para administrar a procriação.

A Tabela 7, contendo a distribuição das esterilizações, segundo o motivo alegado para a sua realização, reflete a complexidade da situação e aponta uma ampla diferença entre o papel seletivo das diversas causas para a intervenção, segundo as regiões: a) enquanto no Nordeste, no Sul e Centro-Oeste as razões de saúde predominam sobre a motivação para planejar a família, nas outras duas regiões ocorre o inverso; b) as laqueaduras motivadas por múltiplas cesáreas explicam de 5,7% a 8,7% dessas intervenções nas cinco regiões, apresentando a menor variação entre os cinco motivos contemplados na tabela. Este resultado sugere, entre outras coisas, que a proporção de intervenções por causa de múltiplas cesáreas independe do nível da taxa de uso da esterilização ou de fatores econômicos e sociais, e que a preferência por partos cirúrgicos é elevada em todas as regiões do país. A esterilização, nesse caso, pode representar a opção anticonceptiva menos arriscada para as mulheres que já têm inúmeros filhos (que se refletem nas múltiplas cesáreas) e não usufruem de condições de saúde que lhes permitam correr o risco de nova gravidez com o uso de um método menos eficaz; c) a alegação "explícita" de razões de saúde tem menor peso relativo no Sudeste (38,9%) e no Norte (40,5%) e encontra o máximo no Sul, onde explica 50,5%

do total de intervenções aí realizadas. É notável que esta última região ao lado do Nordeste conte com a menor prevalência de esterilizações; d) o recurso à laqueadura para fins de planejamento familiar encontra maior importância relativa no Sudeste (52,8%) e Norte (53,8%) e a menor no Sul (40,8%); e) cerca de 13,3% das mulheres nordestinas esterilizadas alegaram razões financeiras para planejar a família com a laqueadura, motivo que tem a menor importância relativa no Sul (4,1%). Como a primeira região conta com a menor prevalência de anticoncepção oral e o Sul com a maior taxa, pode-se argumentar que parte expressiva das mulheres quando desejam planejar a família recorrem à laqueadura, se não houver disponibilidade dos outros métodos, particularmente da pílula anticoncepcional.

Tabela 7  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS ESTERILIZAÇÕES POR MOTIVOS DA  
CIRURGIA, SEGUNDO REGIÕES

Regiões	Total	Motivo de Saúde		Total	Planejamento Familiar		
		Muitas Cesáreas	Problemas de Saúde		Questão Financeira	Nº de Filhos Desejado	Outras
Norte(1)	46,2	5,7	40,5	53,8	8,3	42,7	2,8
Nordeste	53,1	6,4	46,7	46,9	13,3	33,6	2,5
Sudeste	47,2	8,3	38,9	52,8	8,2	44,6	3,2
Sul	59,2	8,7	50,5	40,8	4,1	36,7	3,8
C-Oeste	54,0	6,5	47,5	46,0	6,5	39,5	2,2

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

(1) Exclui a população rural.

A pesquisa não fornece informações para avaliar as causas que provocam esse quadro de difícil apreensão e síntese. A partir dos dados, no entanto, pode-se admitir que as condições de saúde, em primeiro lugar, e condições financeiras, em segundo, são os fatores que mais contribuem "relativamente" para a determinação diferencial das laqueaduras entre as cinco regiões. A importância relativa das múltiplas cesáreas é mais homogênea do que os dois motivos anteriores, sugerindo que predominam valores igualmente homogêneos para a decisão e realização do parto cirúrgico ao invés do parto natural.

Com base nessas proporções, as taxas de prevalência da esterilização são apresentadas na Tabela 8, decompostas aditivamente em uma taxa de prevalência para planejamento familiar, incluindo aquelas realizadas por razões financeiras e outras razões, e uma taxa de

esterilização por motivos de saúde, que também inclui as proporções de intervenções por múltiplas cesáreas. A Tabela também contém as taxas de prevalência da pílula e outros métodos, e a última coluna fornece a taxa de prevalência de anticoncepção para o planejamento familiar. Esta exclui a parcela de esterilizações realizadas por razões de saúde.

Tabela 8  
TAXAS DE PREVALÊNCIA DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS  
(INCLUINDO A ESTERILIZAÇÃO) POR UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS, SEGUNDO  
REGIÕES (Mulheres entre 15-54 anos de idade)

Regiões	Total		Esterilização		Pílula	Outros	Planejar a Família
	Total		Saúde	PF(1)			
NO	31,5	16,3	7,5	8,8	11,8	3,4	24,0
NE	27,3	13,5	7,0	6,5	9,8	4,0	20,3
SE	40,9	16,3	7,4	8,9	17,5	7,1	33,5
SU	45,2	13,1	7,4	5,7	25,4	6,7	37,8
CO	43,4	27,0	14,2	12,8	12,1	4,1	29,0
BR	37,8	15,8	7,8	8,0	16,2	5,8	30,0

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

(1) Inclui outros motivos para a cirurgia.

É evidente a influência de diferentes fatores na determinação da esterilização entre as regiões que, ademais, apresentam acentuada diferença, tanto entre os níveis das taxas globais como das taxas de uso de anticoncepção para planejar a família.

A taxa de esterilização total é semelhante em quatro regiões, ao variar no pequeno intervalo entre 13,1 e 16,3% e apresenta-se num patamar inusitadamente elevado somente no Centro-Oeste (27,0%). O uso da pílula apresenta a maior divergência regional, variando entre o máximo de 25,4% no Sul e apenas 9,8% no Nordeste. Destaca-se ainda o fato de o Centro-Oeste contar com as maiores taxas de esterilização, tanto por razões de saúde como de planejamento familiar.

Na última coluna, estima-se que a taxa de prevalência de anticoncepção para planejar a família varia entre 20,3% no Nordeste e 37,8% no Sul, apontando uma acentuada divergência regional no uso e disponibilidade de métodos para esse fim.

Mesmo considerando a complexidade do processo e a falta de informações para aprofundar a matéria, não parece temerário efetuar algumas observações e admitir algumas

hipóteses para explicar as diferenças observadas regionalmente entre essas taxas: a) o maior uso da esterilização se relaciona aparentemente à menor disponibilidade de métodos anticoncepcionais reversíveis, se for admitido que há maior disponibilidade destes nas regiões mais desenvolvidas (Sul e Sudeste) e onde a transição demográfica se encontra em estágio mais avançado. Estas também são as duas regiões que apresentam as maiores taxas de prevalência da pílula: 25,4 e 17,5%, respectivamente; b) o Nordeste apresenta as menores taxas de prevalência de anticoncepção, tanto global como para planejar a família, sugerindo que aí há menor oferta tanto de serviços de planejamento familiar como de serviços de saúde do que nas demais áreas. Isso talvez explique o amplo uso do aborto na região; c) o nível excepcionalmente elevado da esterilização no Centro-Oeste é intrigante, particularmente quando comparado com o que ocorre no Nordeste e no Norte. Possivelmente recorre-se menos ao aborto naquela região do que nestas, mas não se dispõem de informações para avaliar as razões concretas das diferenças de atitude em relação aos dois métodos nessas áreas. A única hipótese possível de ser formulada neste estágio consiste em admitir que essa diferença se relacione a uma eventual preferência pela esterilização por parte dos migrantes.

Tabela 9  
IDADE MÉDIA DAS ESTERILIZAÇÕES PARA EVITAR FILHOS SEGUNDO REGIÕES  
POR PERÍODOS

Regiões	Idade Média			
	75-79	80-82	83-85	1986
Norte	30,7	29,7	28,7	30,8
Nordeste	32,4	31,4	30,4	31,2
Sudeste	30,8	32,1	31,5	31,3
Sul	32,0	32,3	32,7	31,1
C-Oeste	30,0	30,0	29,5	30,0

FONTE: IBGE, PNAD 1986.

A idade média da laqueadura apresenta variações regionais e temporais apenas modestas, sendo levemente menor no Norte e Centro-Oeste do que nas outras três regiões. Entretanto, há sinais de que essa diferença tende a diminuir e convergir para idade entre 31 e 32 anos nas cinco regiões, sugerindo haver uma estratégia anticonceptiva homogênea e que o maior ou menor uso da esterilização se relaciona, por um lado, com a atitude em relação ao aborto e, por outro, com a



---

disponibilidade de métodos modernos e reversíveis para planejar a família.

Em suma, há sinais de que é crescente o uso da esterilização e da anticoncepção em todas as regiões, mas o quadro atual reflete acentuadas disparidades, que parecem relacionar-se com a disponibilidade de serviços e métodos e com a atitude e normas da população, particularmente quanto ao aborto e à laqueadura. Esta é amplamente utilizada em todas as regiões, sendo particularmente elevada no Centro-Oeste. Entretanto, parte expressiva dessas laqueaduras decorre de más condições de saúde da população feminina. Constituindo um forte indicador das distorções e ineficácia do desenvolvimento econômico e social. É intrigante a elevada proporção de mulheres que recorrem à esterilização por já ter efetuado múltiplas cesáreas. A pesquisa do IBGE não permite aprofundar análises neste campo e a literatura não dispõe de muitas informações a respeito. De qualquer modo, fica latente que a sociedade brasileira, independentemente da região de residência e naturalidade, está mudando seu valor em relação ao parto natural. Cabe indagar se essa tendência reflete realmente uma mudança autótocne de valores e normas ou decorre de outros fatores como, por exemplo, de uma excessiva comercialização ou qualquer outra deformação do exercício da medicina no país. O uso da esterilização para planejar a família representa algo em torno da metade total das intervenções cirúrgicas e não chega a ser muito elevado, particularmente se se recordar que não há disponibilidade suficiente de serviços de planejamento familiar no país para atender a demanda potencial. Por outro lado, os dados sugerem fortemente que as mulheres de todas as regiões têm uma estratégia anticonceptiva e que recorrem à esterilização entre 31 e 32 anos para encerrar definitivamente o ciclo reprodutivo. Resta saber se essas mulheres realizaram concreta e livremente seus anseios familiares ou foram pressionadas por razões sociais e econômicas para esta atitude.

A Tabela 1, em anexo, apresenta as taxas de prevalência por métodos, segundo grupos etários e regiões. A pílula é preferida pelos contingentes mais jovens e a idade modal do uso desse método ocorre no grupo de 25-29 anos no Norte, Sudeste e Sul, enquanto no Nordeste e Centro-Oeste, no grupo imediatamente mais jovem. A partir desses grupos de idade, a preferência é nitidamente mais e mais crescente pela esterilização. Esses dados apresentam forte coerência com a idade média por ocasião da esterilização, reforçando a idéia da existência de uma estratégia reprodutiva nas cinco regiões, que tende a encerrar a capacidade reprodutiva

---

com a laqueadura em idade pouco abaixo dos 30 anos no Nordeste e no Centro-Oeste.

Chama a atenção o elevado índice de esterilização entre mulheres já no final do período fértil. Infelizmente, não há informações à mão para separar as cirurgias por razões de saúde daquelas para planejamento familiar. Entretanto, supõe-se que sejam realizadas pelo primeiro motivo. Outra vez, o cenário no Centro-Oeste é particularmente distinto, ao apontar proporções inusitadamente elevadas no contexto nacional.

O fato da proporção de usuárias da pílula anticoncepcional declinar continuamente, particularmente após os 30-35 anos, acompanhado pelo aumento simultâneo do uso de outros métodos sugere que parcela crescente das mulheres está se conscientizando das restrições médicas ao seu uso após a metade do período reprodutivo (35 anos), especialmente entre as fumantes.

A última linha da Tabela 1 (Anexo) aponta o número médio de anos de uso de cada método, de acordo com as taxas observadas por faixa etária. O tempo de uso da anticoncepção oral no Sul, onde mais se recorre a esse método, se traduz hipoteticamente num consumo de 9,1 anos durante os 40 anos de idade reprodutiva. O mesmo indicador é expressivamente menor no Nordeste (3,6), é da ordem de 4,0 no Norte e Centro-Oeste e em torno de 6,4 no Sudeste, demonstrando a pouca disponibilidade do produto ou do hábito de consumo nas regiões mais pobres.

Deve-se recordar que essas taxas se referem ao total de mulheres no grupo 15-54 anos e não apenas àquelas expostas ao risco da gravidez. Compreende-se por "exposta ao risco de gravidez" as mulheres em união consensual e que não sofram de infertilidade biológica ou decorrente de alguma cirurgia. Os dados da PNAD não fornecem informações sobre esse grupo. Entretanto, a DHS indica a idade mediana na primeira união variando entre 19,7 anos no Norte e Centro-Oeste e 22,1 anos em São Paulo, e a proporção de mulheres em união em torno de 59% do grupo com 15-44 anos. Além disso, essa pesquisa estima que apenas 72% dessas mulheres estariam expostas à concepção. Isto significa, grosso modo, que o número de anos de consumo da pílula, pelas mulheres que efetivamente recorrem ao método, pode ser estimado entre duas a três vezes os valores apresentados na Tabela 1, do Anexo.

A tabela aponta também um uso relativamente moderado da pílula entre jovens de 15-19 anos, particularmente no Nordeste. O pouco uso de anticoncepção e o início da

---

vida sexualmente ativa, mesmo sem uma união consensual permanente, talvez explique o elevado padrão reprodutivo nessa faixa etária, o que constitui um fenômeno social objeto de inúmeros estudos no país. O mesmo fato pode explicar a elevada incidência de aborto captada entre jovens, particularmente no Nordeste. Pesquisa do tipo Focus Group, realizada em 1989, em Recife, entre mulheres das classes sociais C e D, captou o uso freqüente do aborto entre adolescentes, por falta de conhecimento e disponibilidade de outros métodos e para manter-se "comunitariamente virgem". Isto é, de acordo com essa pesquisa, a perda da virgindade só era tornada pública com a "barriga".

## 6.0 BRASIL E O CENÁRIO MUNDIAL

Os últimos estudos disponíveis indicam um uso crescente de métodos anticoncepcionais na maioria dos países, particularmente da esterilização feminina. Estima-se a taxa de prevalência de todos os métodos, em torno de 1983, em 51,0% entre casais com mulheres em idade reprodutiva. Essa taxa varia acentuadamente, sendo praticamente nula em inúmeros países em desenvolvimento, mas atingindo 85,0% nos países desenvolvidos.

A Tabela 10 apresenta estimativas das taxas médias de prevalência, segundo grandes áreas, de acordo com três hipóteses de uso dos métodos.

O uso da anticoncepção permanece praticamente nulo ou em valores muito baixos em países africanos do Saara e nos da Ásia. Bangladesh, Quênia e Nepal, que contavam com taxas muito modestas até recentemente, começam a dar sinais de uso crescente de métodos anticonceptivos.

A esterilização feminina voluntária cresceu rapidamente nos últimos anos. Somada à masculina, está se transformando no método mais comum do mundo, representando aproximadamente 35% do total de usuárias. Este aumento do uso da laqueadura em inúmeros países tem correspondido a um decréscimo no uso de outros métodos modernos, especialmente do anovulatório oral.

Os Gráficos I, II, III e IV apontam a evolução do uso de métodos em quatro países para ilustrar esse processo.

É nesse cenário que deve ser avaliada a situação brasileira. O Brasil constitui uma exceção ou se enquadra dentro dos parâmetros e tendências universais?

Tabela 10  
ESTIMATIVAS GLOBAIS DA PORCENTAGEM DE MULHERES CASADAS EM IDADE  
FÉRTIL QUE USAM MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS  
1983

Áreas	Taxas de Prevalência <sup>a</sup>		
	Baixa	Média	Alta
Mundo	47	51	55
Áreas em desenvolvimento	41	45	49
Excluindo a China	28	33	38
África	9	14	19
Ásia <sup>b</sup>	46	50	54
Leste Asiático	70	74	77
Sul Asiático	29	34	39
América Latina	52	56	60
Áreas desenvolvidas	66	70	76

FONTE: ONU, Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988. New York, 1989.

<sup>a</sup>Estimativas baseadas em suposições da prevalência nos países em que os dados não são disponíveis nas tendências das informações sobre o uso atual.

<sup>b</sup>Excluindo o Japão, que está contido nas "áreas desenvolvidas".

A primeira dificuldade para efetuar essa comparação deriva do fato de a taxa de esterilização brasileira incluir as esterilizações por razões médicas (de saúde), enquanto essa causa não é incluída na quase totalidade dos países. A segunda deriva do fato de as estatísticas dos outros países corresponderem à população casada ou em união. Os dados brasileiros em mãos não se adaptam perfeitamente a esses casos: os do IBGE se referem a todas as mulheres entre 15-54 anos, embora permita separar as esterilizações decorrentes das duas causas; os dados da DHS/Bemfam referem-se à população casada (entre 14-44 anos), mas não permite separar as esterilizações segundo os motivos da cirurgia. Para a comparação ser mais apropriada, usou-se na Tabela 11 uma estimativa da taxa de prevalência excluindo a parcela de esterilizações realizadas por motivos de saúde, tal como o observado na pesquisa do IBGE.

A Tabela 11 aponta a estatística de alguns países selecionados, de acordo com os seguintes critérios: a) disponibilidade de informações; b) os mais populosos;

---

c) alguns países latino-americanos, entre os quais Colômbia e México, por contarem com políticas de população; e d) alguns países desenvolvidos, onde se faz uso da esterilização.

Embora a quase totalidade dos países europeus conte com taxas elevadas de anticoncepção, é praticamente nulo o uso da esterilização. A URSS não foi incluída na tabela por falta de informações, mas é sabido que é muito baixo o uso de métodos anticoncepcionais e da esterilização, predominando o aborto como o principal recurso para administrar o tamanho da família. Estatística disponível informa a ocorrência anual de aproximadamente 8,5 milhões de abortos nesse país.

Mesmo considerando as limitações para essa comparação, devido às incertezas acerca dos dados de muitos países, é possível efetuar as seguintes observações:

a) A taxa de prevalência do uso da anticoncepção no Brasil é relativamente elevada, apesar de o governo não atuar praticamente nesse campo e das campanhas contra esses programas no país.

b) Entretanto, a taxa de 52,7% não é inédita, fica no mesmo nível da mexicana e abaixo das observadas em países desenvolvidos e europeus. A taxa nacional só é superior às observadas em alguns países pobres, como Blangadesh e Equador, por exemplo.

c) A taxa de esterilização (13,7%) para planejar a família (excluídas as cirurgias por razões de saúde da mulher) tampouco é inédita ou especialmente elevada, quando comparada com taxas observadas em países que adotam esse método. O nível da esterilização no Brasil fica abaixo dos observados no Canadá, Colômbia, México, Estados Unidos, China e Coréia, por exemplo.

GRÁFICO I

REPUBLICA DOMINICANA

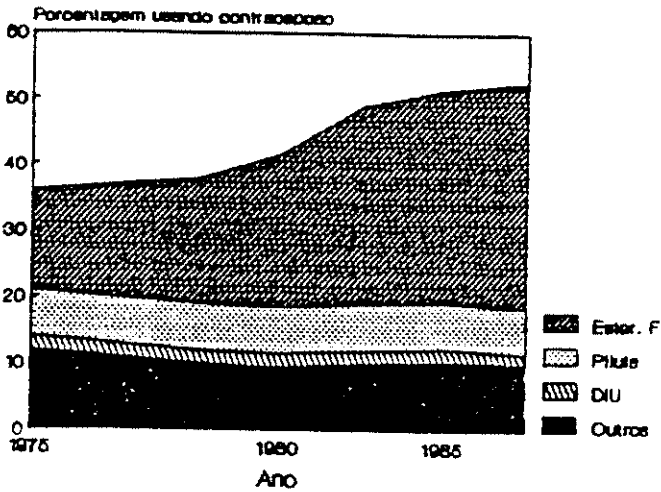


GRÁFICO II

PERU

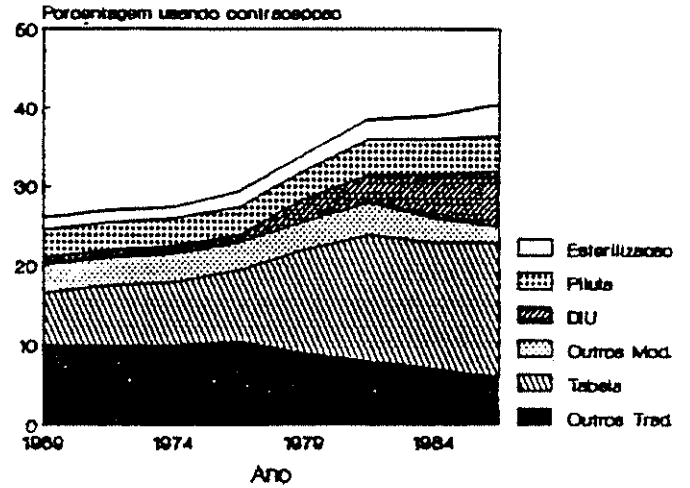


GRÁFICO III

COREIA

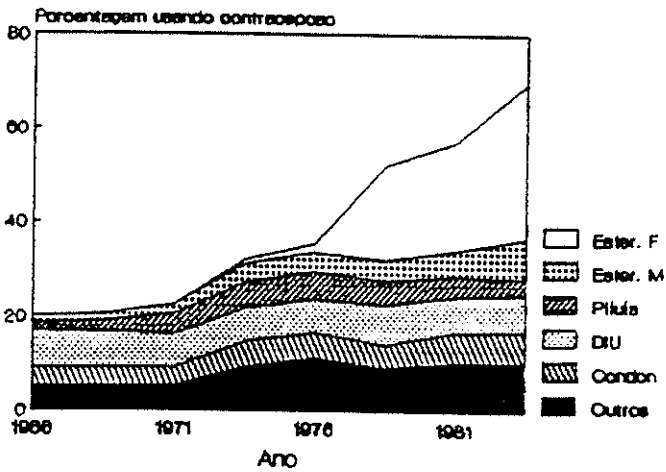
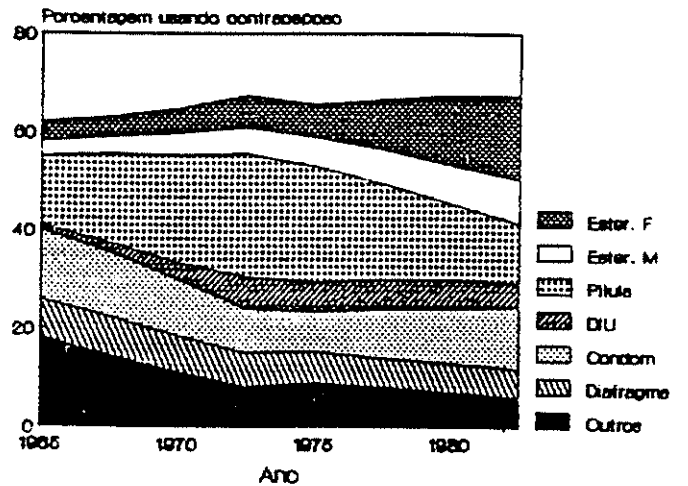


GRÁFICO IV

ESTADOS UNIDOS



Neil Parsons, opus cit.

Tabela 11  
TAXAS DE PREVALÊNCIA POR UTILIZAÇÃO DOS MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS  
SEGUNDO PAÍSES E ANOS SELECIONADOS

País e Período	Intervalo de Idade	Taxa Total Prevalência	Esteril. Feminina	Pílula	Diu	Outros
Canadá	1984 18-49	73,1	30,6	11,0	5,8	25,7
Colômbia	1986 15-49	64,8	18,3	16,4	11,0	19,1
Costa Rica	1986 15-44	69,5	13,9	20,7	8,0	26,9
Equador	1987 15-49	44,3	15,0	8,5	9,8	11,0
México	1987 15-49	53,0	18,0	9,7	10,5	14,8
Peru	1986 15-49	45,8	6,1	6,5	7,4	25,8
Est. Unidos	1982 15-44	68,8	17,4	13,5	4,8	33,1
Venezuela	1977 15-44	49,3	7,6	15,3	8,6	17,8
Bangladesh	1985 até 50	25,2	7,8	5,1	1,4	10,9
China	1985 15-49	74,0	27,0	5,0	30,0	12,0
Indonésia	1987 15-49	47,9	3,1	16,2	13,3	15,3
Coréia	1985 15-44	70,4	31,6	4,3	7,4	27,1
Brasil <sup>a</sup>	1986 15-44	52,7	13,7	25,0	1,0	13,0

FONTE: United Nations, Levels and Trends of Contraceptive use as Assessed in 1988, New York 1989.

NOTA: A Europa conta com taxas de prevalência de anticoncepção elevadas, mas a esterilização é praticamente nula, à exceção da Grã-Bretanha.

<sup>a</sup>Os dados para o Brasil não incluem as esterilizações por razões de saúde para permitir a comparação com os demais países, que usualmente não incluem essa informação. Ver método para obtê-la no texto.

<sup>b</sup>A distribuição percentual do uso de "outros" métodos está na Tabela 2, em anexo.

## 7. CONCLUSÕES

Apesar das campanhas contra e a inoperância do governo na área do planejamento familiar, a sociedade vem trilhando caminhos próprios na tentativa de ter os filhos desejados, segundo as suas normas e valores.

A taxa de prevalência do uso da anticoncepção, embora crescente, encontra-se num patamar médio (52,7%) no cenário internacional, o que é sintetizado pelo score de 51,1% para os esforços de planejamento familiar no país, de acordo com metodologia das Nações Unidas. Esse indicador varia entre zero e 120.

Embora não sendo excepcionalmente elevado em nenhuma região, o uso de anticonceptivos é maior nas regiões mais desenvolvidas. Isto parece confirmar a tese de que o aumento e difusão do uso da anticoncepção depende do nível de desenvolvimento, e suscita a suspeita de que os programas de planejamento familiar não foram

---

suficientemente dimensionados e não foi usada uma estratégia adequada nas áreas menos desenvolvidas. Isto é, parece que as atividades per se não foram suficientes para promover um aumento no uso dos métodos, e a sua maior contribuição se relaciona mais com a difusão da existência de métodos do que com o seu uso propriamente dito. Entretanto, é evidente a existência de uma estratégia anticonceptiva em todas as regiões, que culmina com a esterilização entre os 31 e 32 anos de idade. A proporção de mulheres bem-sucedidas nessa estratégia depende do nível de desenvolvimento da região e da disponibilidade de serviços. Ainda assim, pode-se perguntar se as mulheres estão realizando "livre e conscientemente" seus anseios reprodutivos ou são pressionadas por razões sociais e econômicas para essa atitude.

Qualquer discussão a respeito do assunto deve-se iniciar pelo reconhecimento de que a ampliação dos meios de comunicação tem favorecido a difusão dos métodos existentes e, particularmente, dos avanços e progressos no campo da esterilização. Os dados em mãos não permitem aprofundar a matéria, mas são suficientes para indicar que as mulheres brasileiras não têm tido facilidade de acesso a técnicas modernas de esterilizações, realizáveis após o parto e o desmame, fundamentalmente por causa das leis vigentes sobre o assunto. Assim, resta-lhes somente a alternativa de efetuar a laqueadura combinada com a cesárea, aumentando desnecessariamente seus riscos de vida e os custos financeiros individuais e sociais dessas intervenções.

Está ocorrendo um uso crescente da esterilização. No entanto, essa tendência é igualmente observada no mundo inteiro. A taxa dessa intervenção para fins precípuos de planejamento familiar não é inédita no cenário internacional ao situar-se em 13,7% (entre as mulheres casadas com 15-44 anos), patamar inferior ao observado em muitas outras nações onde se recorre a esse método. Países muçulmanos, europeus e alguns asiáticos não fazem uso da esterilização feminina por várias razões, principalmente religiosas.

A taxa de esterilização de 13,3%, motivada por razões médicas, pode ser considerada elevada e constitui o resultado mais destacável e preocupante da pesquisa, por refletir as más condições de saúde da população feminina. Este dado aponta uma problemática social extremamente séria, que antecede e independe de eventual discussões sobre o planejamento familiar propriamente dito. Neste caso, a anticoncepção é uma solução extrema e decorrente do quadro nosológico do país e não um meio para administrar a reprodução. Se a



---

informação estiver correta, significa que contingente expressivo da população feminina é obrigado a renunciar a sua vida reprodutiva por causa das más condições de vida e ineficácia social e sanitária do desenvolvimento.

Como outros aspectos do processo de desenvolvimento e modernização, há uma acentuada divergência regional e social, tanto no uso como nos motivos da esterilização. À primeira vista, a esterilização parece manter relação inversa com o aborto e ambos parecem ocorrer alternativamente em maior proporção onde há menor disponibilidade de métodos anticoncepcionais modernos. No entanto, há sinais claros de que a sociedade está preferindo o uso da esterilização, quando decide encerrar a vida reprodutiva. Essa tendência não é surpreendente e já era amplamente captada em pesquisas materno-infantil, realizadas pela Bemfam em alguns estados do Nordeste, no início da década de 80. Em geral, a proporção de mulheres que não usavam nenhum método e desejava efetuar laqueaduras era maior do que a proporção de esterilizadas por ocasião da pesquisa. Os obstáculos para a sua realização se relacionavam mais aos custos, negativa do médico em fazer a cirurgia e medo da intervenção e de efeitos colaterais do que qualquer constrangimento moral, ético ou religioso. Além disso, a maioria das que se disseram não estar interessadas na esterilização argumentou ter medo da operação e de seus efeitos colaterais, demonstrando pouco conhecimento sobre o método.

A pesquisa DHS em 1986 registrou que 37,6% das mulheres em união, que não estavam usando nenhum método anticoncepcional, pretendiam recorrer à esterilização, principalmente nos 12 meses seguintes à realização do levantamento.

É intrigante o uso expressivamente maior da esterilização no Centro-Oeste em relação às demais regiões. Não há informações para se verificar as causas dessa diferença e se há alguma relação entre o uso desse método e o aborto, mas é possível especular que exista uma relação inversa entre o uso desses dois métodos a partir de informações fragmentadas. Também fica em aberto a possibilidade de o maior uso da esterilização nessa região se relacionar a normas e valores do contingente migratório que para aí fluiu após 1980.

A realização de numerosas cesáreas, aparentemente crescente, sugere que a sociedade está mudando seus valores e normas em relação ao parto, preferindo-o cirurgicamente ao invés do natural. Este é um resultado que merece profunda reflexão e estudos para a sua



---

## BIBLIOGRAFIA

---

ABEP - PNADs em Foco, Ano 80.

BERELSON, Bernard. "KAP studies on fertility". In: Family Planning and Population Programs, A Review of World Development. University of Chicago Press, p. 655-668, 1965.

BONGAARTS, J. e Lightbourne, R. "Wanted fertility in Latin America: Trends and Differentials in Seven Countries".

COSTA, Manoel A. Política de população, compêndio para líderes, técnicos em planejamento e universitários.

CEPPD - O Segundo Brasil. Rio de Janeiro, 1990.

\_\_\_\_\_. Simpósio Nacional "O Segundo Brasil". CEPPD - O Segundo Brasil. Rio de Janeiro, 1990.

DHS/Bemfam. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar - PNSMIPF, Brasil, 1986. Rio de Janeiro, dezembro, 1987.

FAUNDES, Aníbal. "A questão da reprodução humana hoje - Uma análise crítica da contracepção no Brasil". In: Relatório do Seminário Nacional dos Direitos Reprodutivos. Embu - São Paulo, 11, 12 e 13 de setembro de 1987.

IBGE. "As informações sobre fecundidade, mortalidade e anticoncepção nas PNAD". In: Textos para Discussão n. 15, IBGE. Rio de Janeiro, junho, 1989.

MAULDING, W. Parker. "The effectiveness of family-planning programmes". In: U.N. Population Bulletin, p. 69-94, n. 27, 1989.

\_\_\_\_\_. "Estudios de fecundidad: conocimientos, actitud y practica". In: Estudios de Planificación Familiar, Asociación Colombiana de Faculdades de Medicina, p. 11-30.

---

---

ONU. Recent levels and trends of contraceptive use as assessed in 1983. ONU/ST/ESA/SER.A/92. New York, 1984.

\_\_\_\_\_. Levels and trends of contraceptive use as assessed in 1988. ONU/SR/ESA/SER.A/110. New York, 1989.

\_\_\_\_\_. Population studies, n. 100, ONU. New York, 1987.

WESTOLF, C. F. e MORENO, L. Reproductive intentions and fertility in Latin America.

---

# ANEXO

Tabela 1  
TAXAS DE PREVALÊNCIA DO USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS SEGUNDO  
REGIÕES E GRUPOS DE IDADE POR UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS  
(mulheres de 15 A 54 anos de idade)

(%)

Regiões	Usam Algum Método (incluindo a esteril.)	Esterilizadas	Pílula	Outros
Norte	31,5	16,3	11,8	3,4
15-19	7,1	0,1	5,9	1,0
20-24	28,5	5,4	19,9	3,2
25-29	45,7	17,3	21,7	6,7
30-34	49,5	34,5	11,3	3,7
35-39	44,3	33,4	5,9	5,1
40-44	40,9	28,2	9,2	3,5
45-54	22,9	19,3	2,3	1,3
anos de uso	13,1	7,9	3,9	1,3
Nordeste	27,4	13,5	9,8	4,1
15-19	5,3	0,4	4,1	0,8
20-24	21,9	3,6	15,1	3,2
25-29	40,3	17,7	16,9	5,7
30-34	45,6	25,1	14,0	6,5
35-39	45,2	28,0	11,1	6,1
40-44	41,5	26,9	6,7	7,9
45-54	17,2	12,6	1,9	2,7
anos de uso	11,7	6,3	3,6	1,8
Sudeste	40,9	16,3	17,5	7,1
15-19	8,9	0,1	7,7	1,1
20-24	31,4	2,2	24,7	4,5
25-29	52,9	14,8	30,0	8,1
30-34	63,1	26,4	27,1	9,6
35-39	64,2	33,8	18,0	12,3
40-44	53,4	30,9	10,8	11,8
45-54	29,8	19,0	4,5	6,3
anos de uso	16,7	7,3	6,4	3,0
Sul	45,3	13,1	25,4	6,8
15-19	10,5	0,0	10,0	0,5
20-24	42,2	1,8	36,2	4,2
25-29	60,9	9,8	44,7	6,4
30-34	68,6	21,1	36,9	10,6
35-39	67,0	31,4	25,2	10,4
40-44	56,7	24,0	18,2	14,4
45-54	28,0	16,1	5,9	6,1
anos de uso	18,1	6,0	9,5	2,9

(cont. Tabela 1)

Centro-Oeste	43,4	28,0	12,1	3,2
15-19	10,3	0,2	8,7	1,4
20-24	32,9	7,4	21,8	3,7
25-29	56,6	30,0	20,9	5,7
30-34	59,3	43,4	12,3	3,7
35-39	68,4	55,4	9,3	3,7
40-44	61,2	54,6	3,3	3,3
45-54	40,0	36,6	1,5	1,8
anos de uso	18,4	13,2	4,0	1,2

-----  
FONTE: IBGE, PNAD 1986.

Tabela 2  
TAXAS DE PREVALÊNCIA POR UTILIZAÇÃO DOS PRINCIPAIS MÉTODOS  
ANTICONCEPCIONAIS CONTIDOS NO ITEM "OUTROS" DA TABELA 11

País e Período	Esteril. Masculina	Injetável	Condom	Diafragma	Tabela Coito Inter.	
Canadá	12,9	...	7,9	1,5	2,3	1,0
Colômbia	0,4	2,4	1,7	2,3	5,7	5,7
Costa Rica	0,5	1,0	13,4	0,7	8,1	3,1
Equador	-	0,7	0,6	1,2	6,1	2,0
México	0,8	2,7	1,9	0,6	...	...
Peru	-	1,3	0,7	1,0	17,7	3,6
EUA	10,4	-	9,8	6,5	3,2	1,2
Venezuela	0,1	0,2	4,8	1,1	4,0	4,7
Bangladesh	1,5	0,5	1,8	0,2	3,8	0,9
China	9,0	...	2,0	1,0	...	...
Indonésia	0,2	9,5	2,0	...	...	...
Coréia	8,9	...	7,2	...	...	...
Brasil	0,8	0,6	1,7	0,5	4,3	5,0

-----  
FONTE: United Nations, Levels and Trends of Contraceptive Use as Assessed in 1988, New York 1989.