



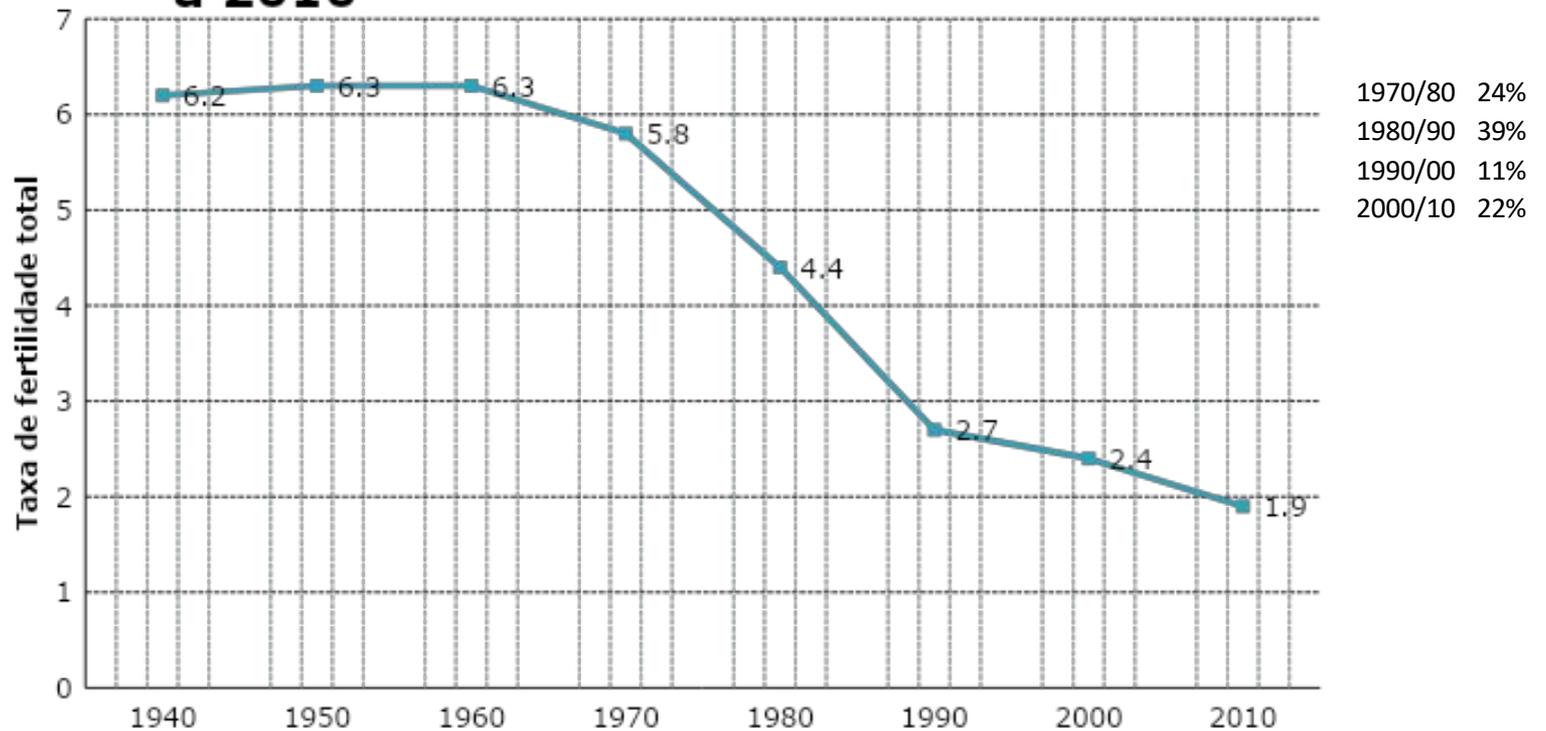
# **CENÁRIOS DA FECUNDIDADE NO BRASIL**

**ELZA BERQUÓ**

**Aula Magna Programa de Pós-Graduação em Demografia NEPO/COCEN-UNICAMP**

**ABRIL 2012**

## Taxa de Fecundidade Total, Brasil, 1940 a 2010



Fonte: IBGE (Censos Demográficos de 1940 a 2010).

Esta curva refere-se a mulheres que sobreviveram à reprodução.

Ela nos conta histórias de esperanças, expectativas e desejos bem sucedidos de ser mãe.

Nos conta também histórias de gravidezes indesejadas que por falta de informações e/ou acesso a meios para evitá-las ou para interrompê-las, levaram mulheres a gerar filhos.

Ela não registra mas pressupõe um contraponto marcado por centenas de mulheres que não sobreviveram à luta para se tornarem mães ou para evitar a maternidade.

Não cabe dúvida de que foram as mulheres mais pobres e mais desassistidas, as que pagaram o maior preço nesse processo.

## PERÍODO 1940 – 1960

- Mais de 60% da população viviam em áreas rurais;
- Maior parte dos partos ocorriam nos domicílios;
- As taxas brutas de mortalidade eram muito elevadas, exemplo: a expectativa de vida ao nascer era de 38 anos no Nordeste e de 50 anos no Sul;
- Mortalidade infantil de 150 (1940) a 120 (1960) óbitos de menores de 1 ano para 1 000 nascidos vivos;
- Mortalidade Materna em torno de 300 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos;
- A regulação da fecundidade só dispunha da abstinência e do coito interrompido.

## PERÍODO 1970 – 1980

- A partir de 1970 o país vai-se urbanizando com 56% da população morando em cidades;
- A pílula surgiu em 1965, mas até 1979 era proibido fazer propaganda sobre anticoncepcionais;
- Neste cenário, chamava a atenção o declínio significativo de 24% da taxa de fecundidade total.

Destaca-se, neste sentido o trabalho de Vilmar Faria<sup>(\*)</sup> que ao estudar as políticas governamentais de benefícios previdenciários, de saúde, de crédito ao consumidor e de telecomunicações no período 1960-85 mostrou que, embora essas políticas não tivessem sido formuladas no sentido da demanda por regulação da fecundidade, acabaram por ter efeitos sobre essa demanda e, conseqüentemente, sobre a redução da fecundidade.

(\*) FARIA, Vilmar Evangelista. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: ANPOCS. **Ciências Sociais Hoje**. São Paulo, SP: Vértice/ANPOCS, 1989.

## PERÍODO DE 1980 – 1990

Os anos 1980 constituem o momento em que explicitamente se buscou dar forma e expandir o debate público sobre o direito das mulheres a seu próprio corpo e à sua sexualidade, a seu direito de decidir.

Em 1980 – OMS estende o conceito global de saúde à área da reprodução. Em 1988 OMS cunhou a denominação de saúde reprodutiva contendo elementos básicos:

- (a) que todos tenham autonomia tanto para a reprodução como para regular a fecundidade;
- (b) que as mulheres tenham gestações e partos seguros: e
- (c) que o resultado da gestação seja bem-sucedido em termos do bem-estar da mãe e sobrevivência do recém-nascido. Além disso, os casais devem poder ter relacionamentos sexuais sem medo de gravidezes indesejadas e de contrair doenças sexualmente transmissíveis.

Em 1986 a PNDS revela que 70% das mulheres estão usando algum anticoncepcional.

Em 1988 o SUS é criado e aprovado pela Constituição Federal, que reconhece o direito de acesso universal à saúde para toda a população.

## PERÍODO 1990 – 2000

- Em 1993 é criado o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres);
- Em 1996 implantação pelo Ministério da Saúde da distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV/Aids;
- Impacto das conferências internacionais das Nações Unidas, em especial a Conferência do Cairo de 1994, única denominada de População e Desenvolvimento, que rompe com a visão anterior de metas demográficas definidas e avança no sentido dos direitos humanos. Provoca mudanças nos paradigmas, até então hegemônicos, para buscar melhorias nas condições de vida das populações humanas;
- Lei do planejamento familiar aprovada em 1997 com veto à esterilização, o qual cai em 1998;
- A PNDS 1996 mostra um descompasso entre a fecundidade observada e a desejada pelas mulheres, iguais, respectivamente, a 2,5 e 1,8 filhos por mulher;

- A PNDS 1996 revela que 78% das mulheres unidas em idade reprodutiva usavam algum método contraceptivo. Conselho Nacional de Saúde, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, elaborou a norma técnica “Prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência sexual contra mulheres e adolescentes vítima de violência sexual” com as seguintes orientações:

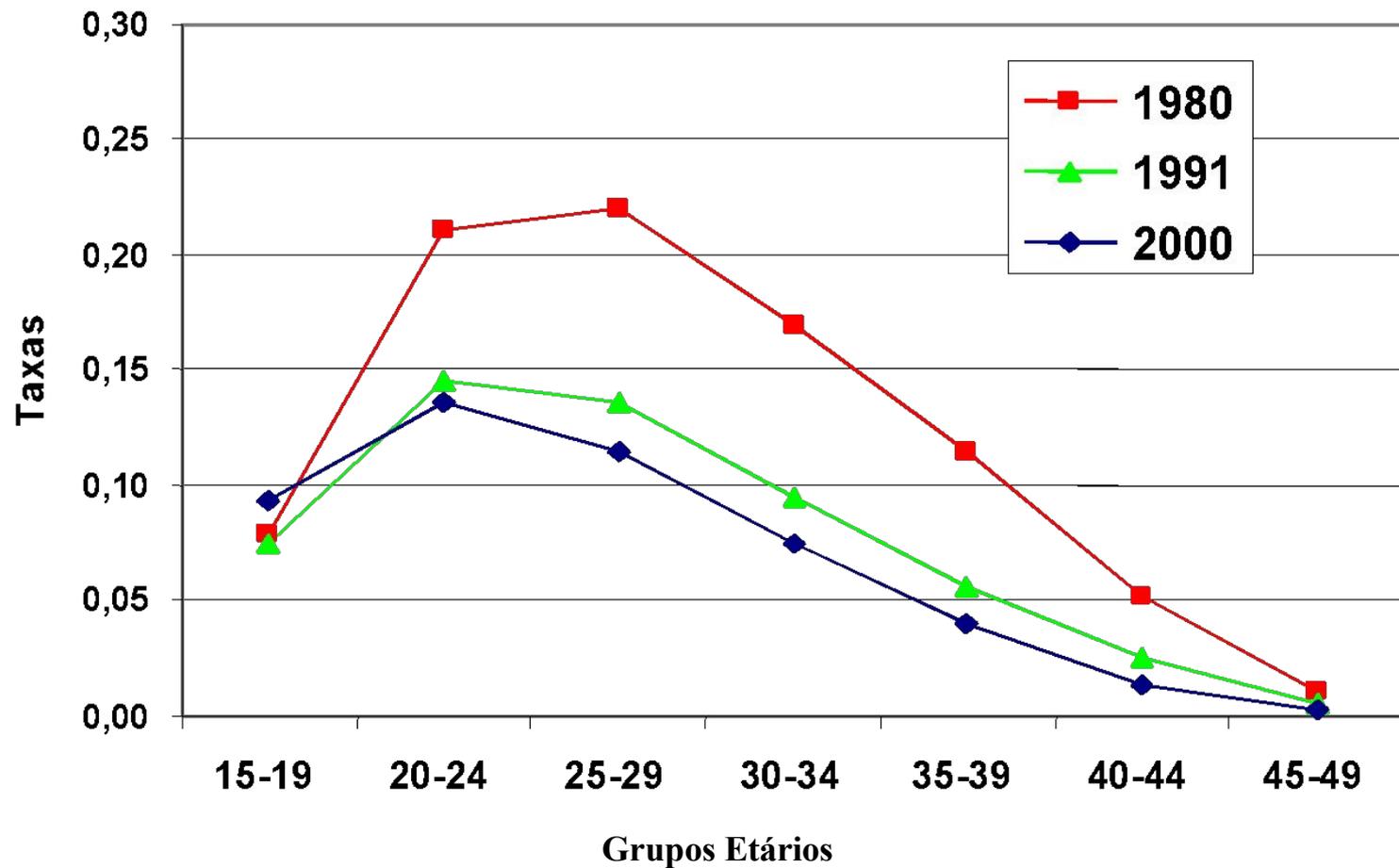
**1. Atendimento de urgência a todas as mulheres vítimas de violência sexual com medidas para:**

- Evitar a ocorrência de doenças de transmissão sexual – administração imediata de medicamentos para evitar AIDS, DST's
- bacterianas e hepatite B;
- Evitar Gravidez – com a administração da pílula do dia seguinte;

**2. Seguimento com atendimento psicológico;**

**3. Interrupção da gravidez, caso as medidas previstas no item (b) falhassem ou não tivessem sido tomadas, pois a pílula do dia seguinte só funciona se ingerida até 72 horas após a relação sexual.**

## TAXAS ESPECÍFICAS DE FECUNDIDADE POR IDADE – BRASIL 1980, 1991 E 2000



Fonte: IBGE (Censos Demográficos de 1980, 1991 e 2000).

**TFT por anos de estudos das mulheres, segundo rendimento médio mensal domiciliar per capita em salários mínimos, Brasil 1991**

Anos de Estudos	Rendimento médio mensal domiciliar per capita							Brasil
	Sem Rendimento até ¼	¼ a ½ SM	½ a 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	5 a + SM	
S/ Instrução	6.8	3.6	2.6	1.8	1.5	1.1	0.8	4.8
3 anos	6.0	3.6	2.7	2.0	1.8	1.5	1.7	3.9
7 anos	4.6	3.2	2.5	2.0	1.7	1.5	1.5	2.8
8 anos	3.5	2.8	2.3	2.0	1.7	1.5	1.5	2.2
11 anos	2.3	2.0	1.8	1.7	1.6	1.5	1.2	1.7
12 ou +	1.1	1.2	1.3	1.3	1.2	1.6	1.4	1.3
<b>Brasil</b>	<b>5.5</b>	<b>3.1</b>	<b>2.3</b>	<b>1.8</b>	<b>1.6</b>	<b>1.5</b>	<b>1.2</b>	<b>2.7</b>

Fonte: IBGE (Censo Demográfico de 1991). Microdados da Amostra.

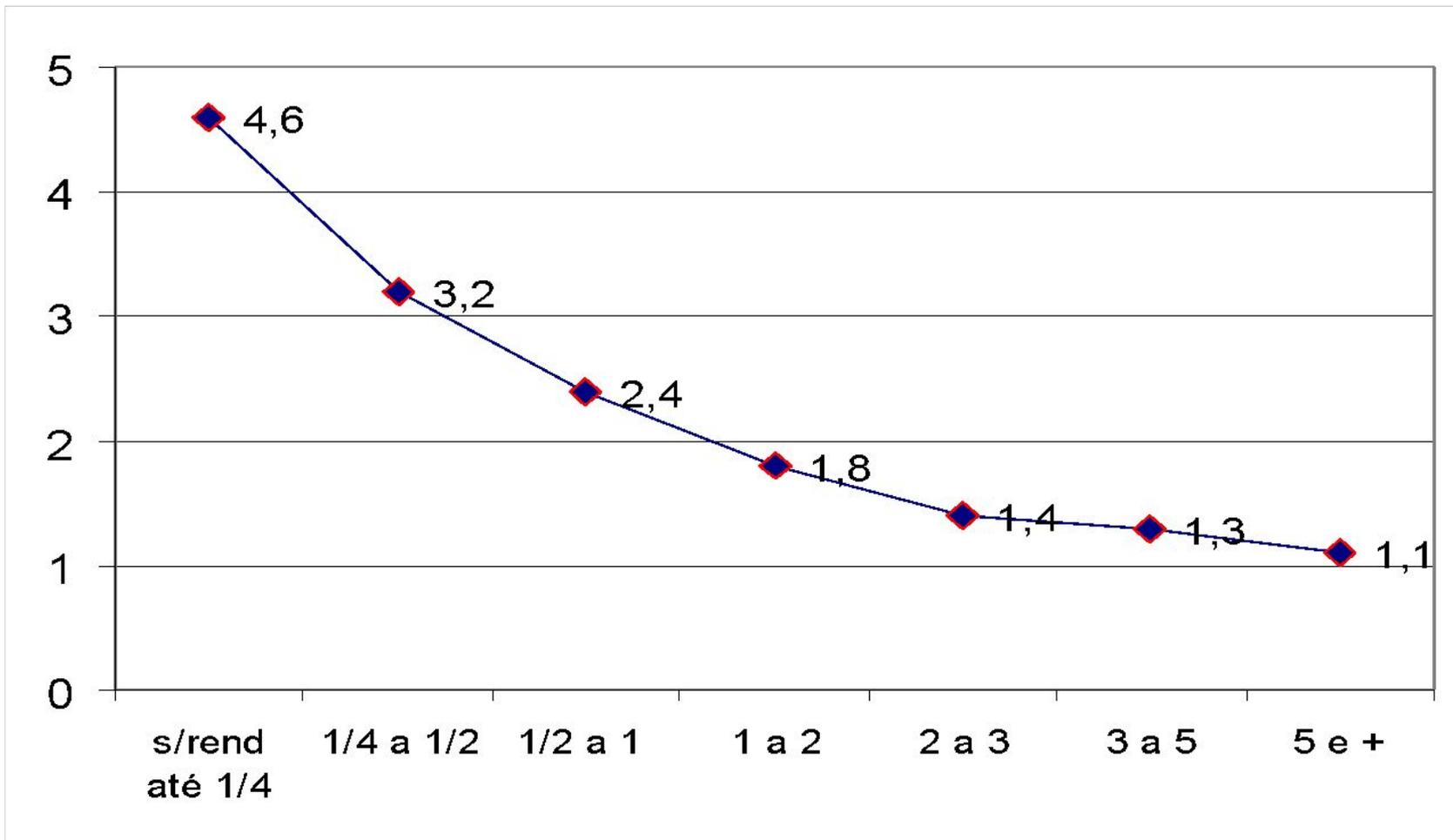
**TFT por anos de estudos das mulheres, segundo rendimento mensal domiciliar per capita em salários mínimos, Brasil 2000**

Anos de Estudos	Rendimento médio mensal domiciliar per capita							Brasil
	Sem Rendimento até ¼	¼ a ½ SM	½ a 1 SM	1 a 2 SM	2 a 3 SM	3 a 5 SM	5 e + SM	
S/Instrução	5.8	3.4	2.3	1.6	1.4	1.1	1.0	4.1
3 anos	5.2	3.6	2.7	2.1	1.7	1.7	1.1	3.6
7 anos	4.3	3.5	2.8	2.1	1.7	1.7	1.7	2.9
8 anos	3.5	3.0	2.6	2.1	1.8	1.7	1.4	2.4
11 anos	2.4	2.2	1.8	1.6	1.4	1.3	1.2	1.6
12 ou +	2.2	2.0	1.6	1.4	1.4	1.1	1.1	1.1
<b>Brasil</b>	<b>4.6</b>	<b>3.2</b>	<b>2.4</b>	<b>1.8</b>	<b>1.4</b>	<b>1.3</b>	<b>1.1</b>	<b>2.4</b>

Fonte: IBGE (Censo Demográfico de 2000). Microdados da Amostra.

Extraído de: Berquó, E.& Cavenaghi, S. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. IUSSP, 2005.

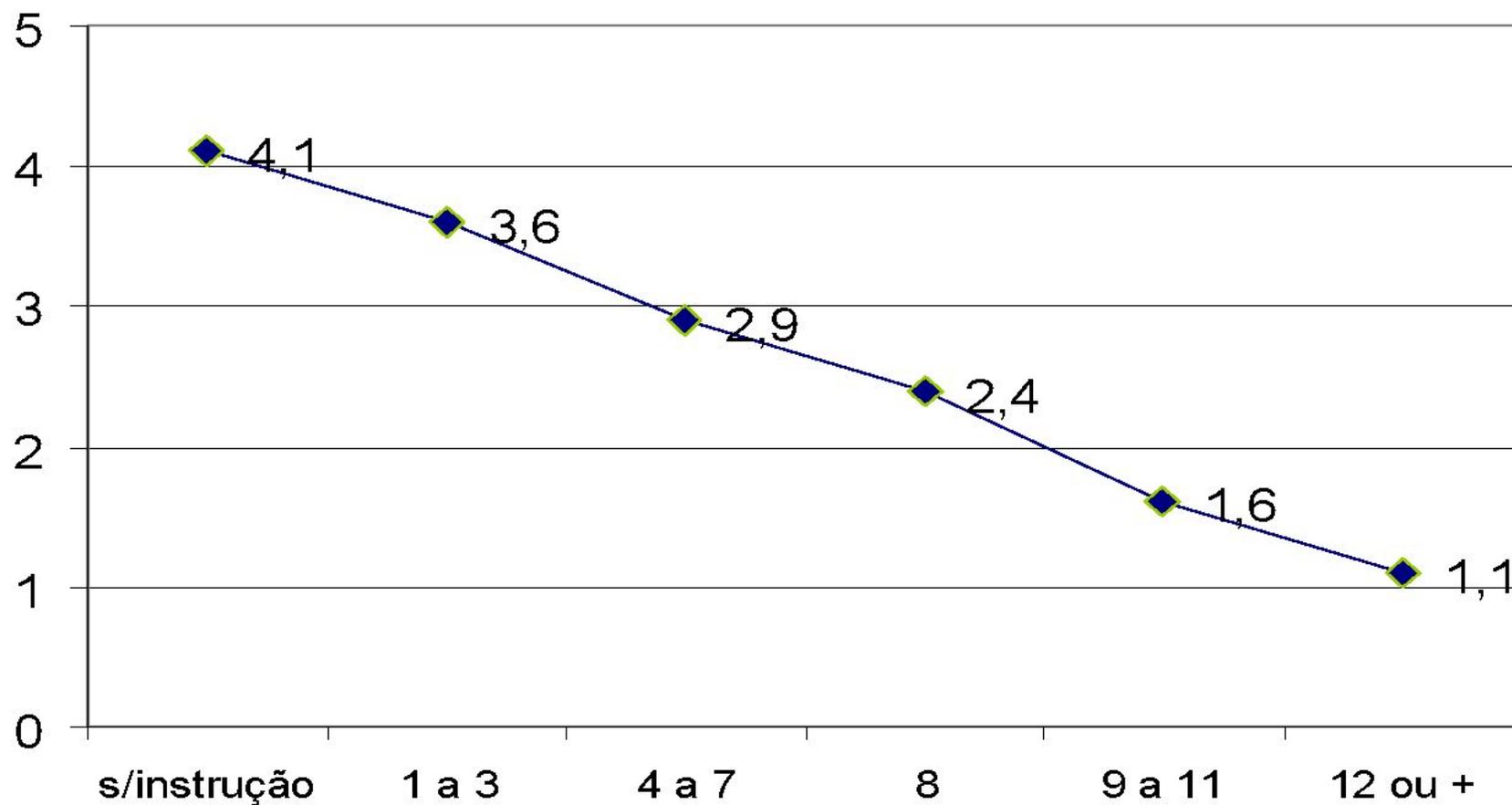
## TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO RENDIMENTO MENSAL DOMICILIAR PER CAPITA. BRASIL – 2000



Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2000).

Extraído de: Berquó, E. & Cavenaghi, S. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. IUSSP, 2005.

## TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL, SEGUNDO ANOS DE ESTUDO – BRASIL 2000



Fonte: IBGE (Censo Demográfico 2000).

Extraído de: Berquó, E.& Cavenaghi, S. Brazilian fertility regimes: profiles of women below and above replacement levels. IUSSP, 2005.

**PORCENTAGEM DE MULHERES DE 15 A 49 ANOS, CONFORME REGIME DE  
FECUNDIDADE SEGUNDO SITUAÇÃO DE DOMICÍLIO, BRASIL 1991 E 2000**

REGIME DE FECUNDIDADE	TOTAL		URBANO		RURAL	
	1991	2000	1991	2000	1991	2000
≤ 2.1	45.2	54.1	57.5	62.8	11.4	22.3
> 2.1 a 4.9	43.7	39.6	37.5	35.9	56.2	56.9
≥ 5	11.1	6.3	5	1.3	32.4	20.8
Todos os Regimes	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: IBGE (Censos Demográficos de 1991 e 2000). Microdados da Amostra.

**GRANDES REGIÕES – TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL**  
**2000 – 2010**

GRANDES REGIÕES	TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL		DIFERENÇA RELATIVA 2000/2010(%)
	2000	2010(*)	
BRASIL	2,38	1,86	-21,9
NORTE	3,16	2,42	-23,5
NORDESTE	2,69	2,01	-25,2
SUDESTE	2,10	1,66	-21,0
SUL	2,24	1,75	-21,7
CENTRO-OESTE	2,25	1,88	-16,3

Fonte: IBGE (Censos Demográficos 2000/2010) (\*) Resultados Preliminares.

## ANTICONCEPÇÃO

**Distribuição relativa de mulheres de 15 a 49 anos, segundo o uso de métodos anticonceptivos e tipo de método, por situação conjugal. Brasil 2006 (\*)**

MÉTODOS	MULHERES ATUALMENTE UNIDAS	MULHERES NÃO UNIDAS SEXUALMENTE ATIVAS	TODAS AS MULHERES
Não usa	19,4	24,8	32,2
Esterilização feminina	29,1	10,9	21,8
Esterilização masculina	5,1	0,1	3,3
Pílula	24,7	30,3	22,1
DIU	1,9	1,3	1,5
Condom	12,2	26,0	12,9
Outros métodos	4,1	4,8	3,6
Abstinência periódica	1,1	0,6	0,8
Coito interrompido	2,1	1,0	1,5
Outros	0,3	0,3	0,2
Total	100,0	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS-2006. CEBRAP. Ministério da Saúde (2008).

(\*) Demanda não atendida de planejamento familiar = 6%.

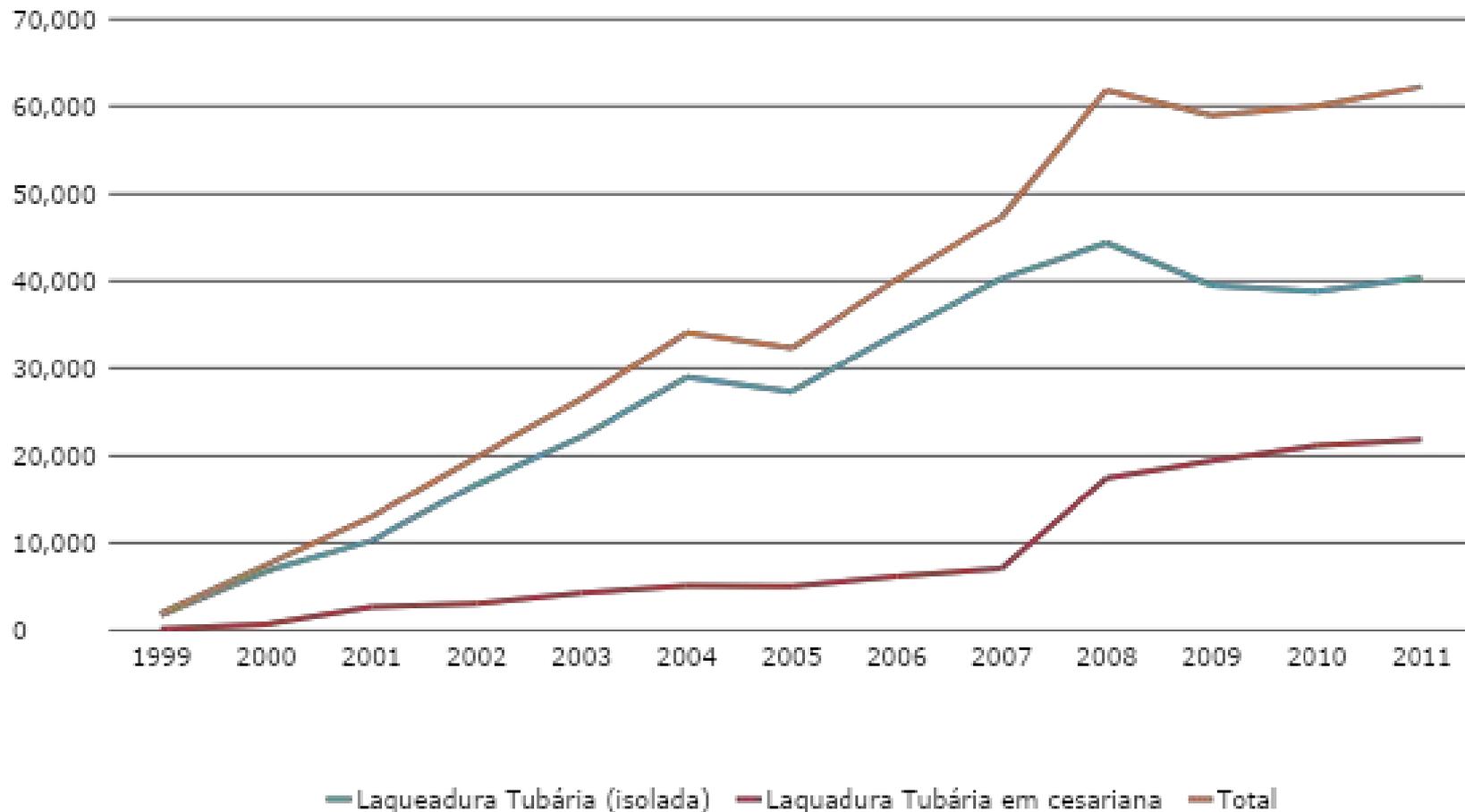
# Anticoncepção

Distribuição relativa das mulheres unidas de 15 a 44 anos, segundo o uso de métodos anticoncepcionais e tipo de método, por anos de estudo. Brasil, PNDS 1996 e 2006.

MÉTODO	NENHUM		1 A 4 anos		5 A 7 anos		8 E MAIS		TOTAL	
	96	06	96	06	96	06	96	06	96	06
Não usa	33,5	22,9	26,6	20,1	21,4	21,6	16,0	16,6	22,1	18,4
Esteriliz. fem	47,4	49,9	41,1	39,5	35,6	25,2	35,9	20,5	38,5	25,9
Esteriliz. masc	0,2	0,2	1,6	3,2	2,1	3,6	4,8	6,4	2,8	5,1
Pílula	7,7	16,4	20,0	22,2	28,4	27,1	25,7	30,0	23,1	27,4
Condom	2,7	6,0	2,8	7,2	4,6	14,9	6,7	14,8	4,6	13,0
Outros métodos	2,0	0,4	2,4	4,3	2,5	6,0	4,0	8,4	3,0	7,0
Abst. periódica	2,2	1,2	2,0	0,6	1,9	0,3	4,4	1,4	2,9	1,0
Coito interrom.	4,2	3,1	3,3	2,9	3,3	1,4	2,5	1,9	3,1	2,1
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Perpétuo & Wong. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. CEBRAP, Ministério da Saúde.

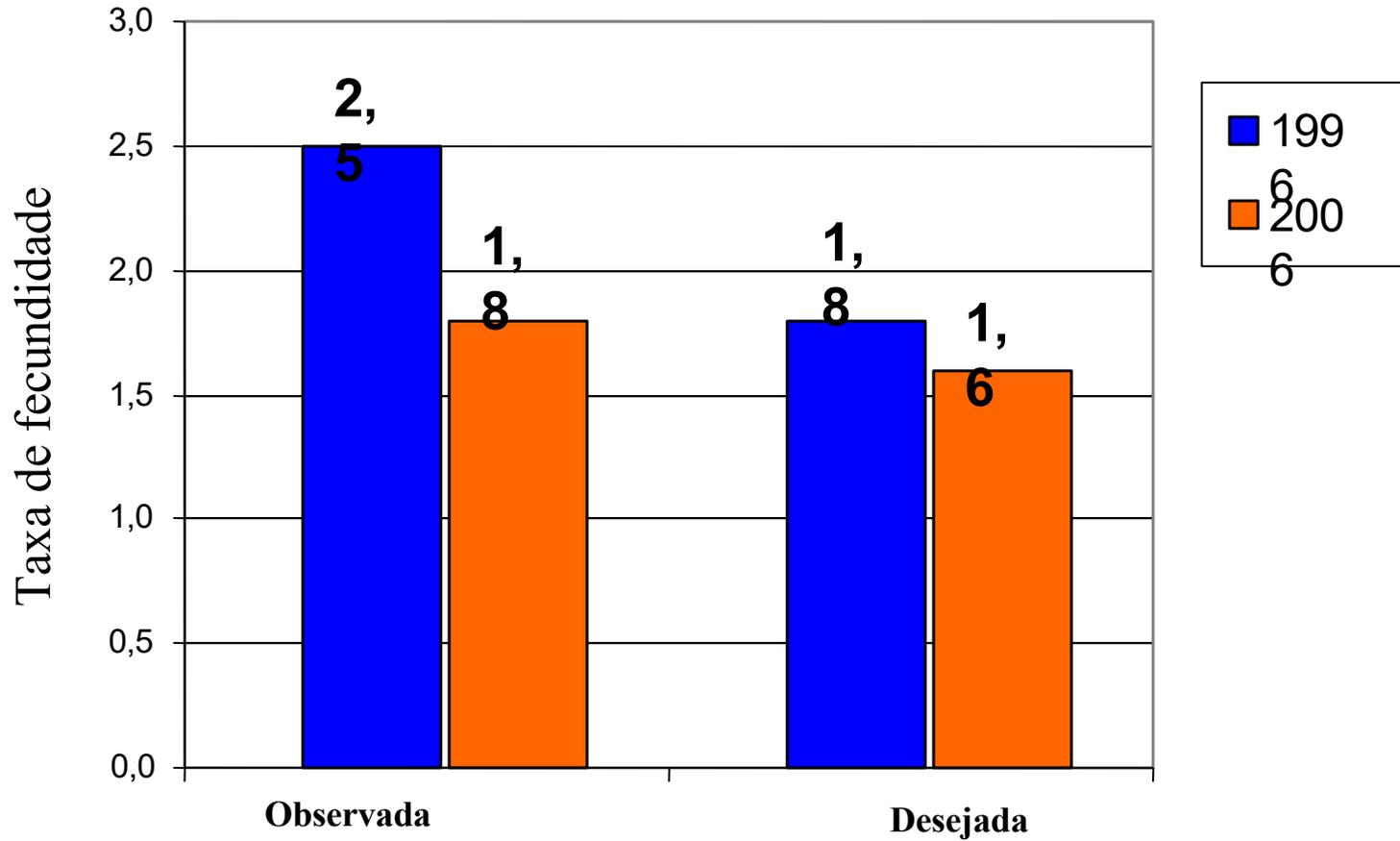
## Número de laqueduras tubárias realizadas no SUS, segundo tipo do procedimento. Brasil, 1999 a 2011



Fonte: Ministério da Saúde – Sistemas de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

## PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE

Taxa de fecundidade total observada e desejada – PNDS 1996 e 2006



**PARTICIPAÇÃO RELATIVA DA FECUNDIDADE ESPECÍFICA POR IDADE NA FECUNDIDADE  
TOTAL BRASIL 2000 E 2010<sup>(1)</sup>**

<b>GRUPOS ETARIOS</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
15 – 19	18,8%	17,7%
20 – 24	29,2%	27,0%
25 – 29	24,4%	24,0%
30 ou +	27,6%	31,3%
Total	100,0%	100,0%

**Fonte:** IBGE (Censos Demográficos 2000 e 2010). <sup>(1)</sup>Resultados preliminares.

## REPRODUÇÃO ASSISTIDA

### RESOLUÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Em 11 de novembro de 1992, o CFM publicou a Resolução 1.358 que estabelece normas éticas para o uso das técnicas de reprodução assistida no Brasil.

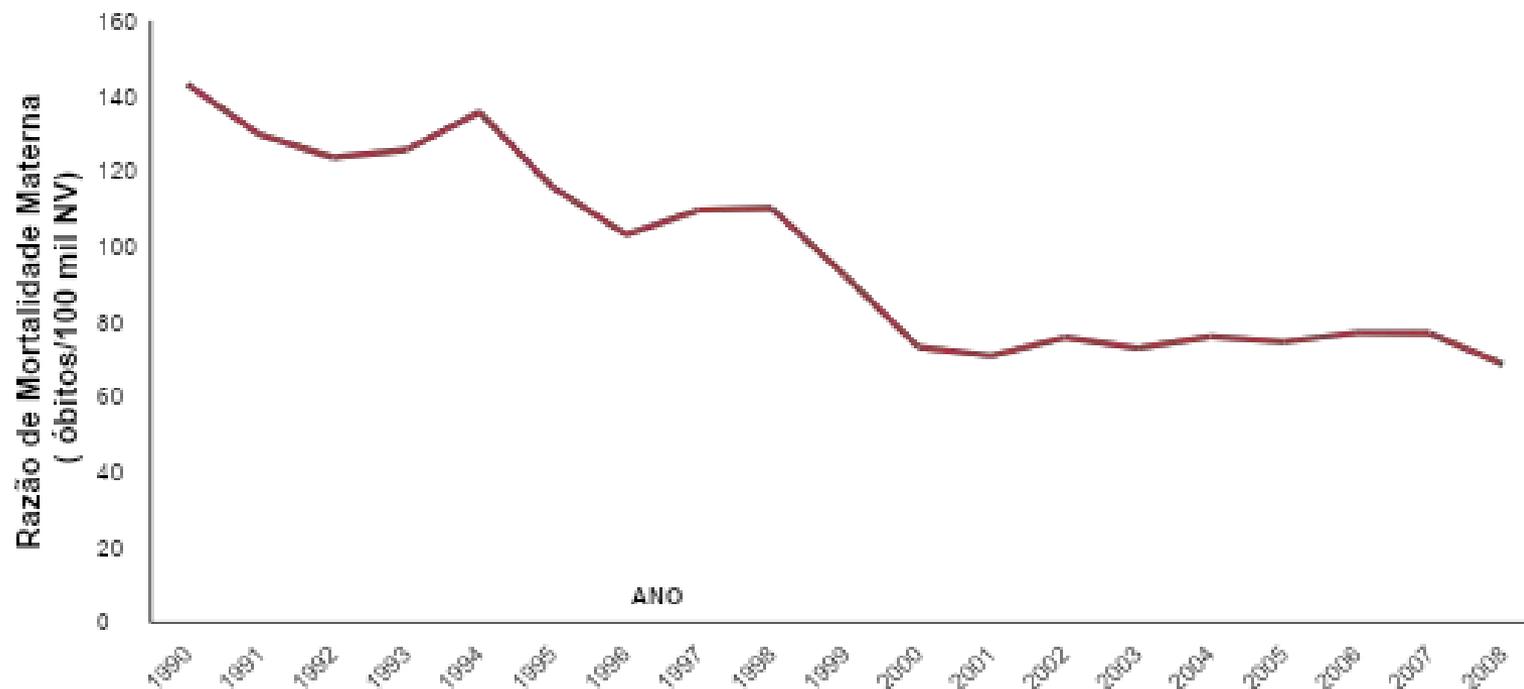
A segunda resolução do CFM – a 1.957 – foi publicada dezenove anos após a primeira, em 6 de janeiro de 2011. Essa nova resolução vem atender os avanços tecnológicos no campo da reprodução assistida, bem como as mudanças no comportamento social, possibilitando dessa forma, que mais pessoas se beneficiem das técnicas, independentemente do estado civil ou orientação sexual.

### PORTARIAS MINISTÉRIO DA SAÚDE

Possivelmente, atento ao aumento da demanda por reprodução assistida, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº426/GM instituiu em 22 de março de 2005, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida.

Apesar da existência de portarias e documentos de ação, a viabilização e implementação plena dos princípios consolidados pelo SUS – tais como **”incluir a oferta de todos os métodos e técnicas para a concepção”** no que se refere ao acesso à reprodução assistida –, ainda não saiu do papel e da intenção.

## Evolução da Razão de Mortalidade Materna estimada\*. Brasil, 1990 a 2008



Fonte: Ministério da Saúde. IDB 2010.

A Organização Mundial da Saúde, na 10ª. Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) publicada em 1992, define Mortalidade Materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após seu término, independente da duração ou da localização da Gravidez, devido a qualquer causa relacionada com a gravidez ou agravada por esta, ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais.

Extraído de Lago, Tânia. Mortalidade Materna. São Paulo, 2012 (mimeo)

## PILULA DO DIA SEGUINTE

A contracepção de emergência coloca-se como uma alternativa estratégica para a promoção de direitos reprodutivos da população brasileira. Este método anticoncepcional está legalizado e recomendado em sua forma de ação pelas instituições científicas de produção de conhecimentos, incluindo a Organização Mundial de Saúde.

A contracepção de emergência à base de pílulas orais de progestogênio **está regulamentada no Brasil há quase dez anos.**

A orientação da contracepção de emergência em situações de risco gravídico é uma obrigação dos profissionais de saúde, procurando resguardar a vontade e a saúde de seus pacientes. Essa conduta se confirma para menores de idade na faixa de 12 a 18 anos incompletos, que têm garantido, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o mesmo tratamento, configurando o atendimento de suas vontades e o sigilo de sua intimidade pelo Código de Ética Médica.

Extraído de Arilha, Margareth, Citeli, Maria Teresa & Pisaneschi, Tatiane Crenn. “Intervenções restritivas ao acesso da contracepção de emergência no Brasil (1999-2009): Um mapa geopolítico das barreiras aos direitos reprodutivos no país”. In: *Contracepção de emergência no Brasil e América Latina: dinâmicas políticas e direitos sexuais e reprodutivos*. São Paulo: Oficina Editorial, 2010, 296p. (Coleção Democracia, Estado Laico e Direitos Humanos, Comissão de Cidadania e Reprodução-CCR).

Nota: Folha de S. Paulo, 11 de março de 2012: “Governo diz que vai facilitar acesso à pílula do dia seguinte”.