

MUDANÇAS RECENTES NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL E NA COLÔMBIA – COM ESPECIAL MENÇÃO À ESTERILIZAÇÃO FEMININA E MASCULINA

Flávia Alfenas Amorim¹

Suzana Cavenaghi¹

José Eustáquio Diniz Alves¹

Introdução

O Brasil é o primeiro e a Colômbia é o terceiro país mais populoso da América Latina. Ambos vêm passando por um processo de transição da fecundidade bastante acentuado nas últimas décadas. O Brasil, apesar de que em 1986 tinha nível de fecundidade maior que a Colômbia, chega na atualidade com uma taxa muito inferior. Atualmente, no Brasil a taxa de fecundidade está bem abaixo do nível de reposição e a Colômbia ainda não chegou neste nível. São vários os determinantes sociais, econômicos e culturais que explicam este processo de transição. Em termos de determinantes próximos da queda da fecundidade, a contracepção tem um papel importante como forma de terminação da parturição nestes países, com algumas diferenças notáveis com relação ao tipo de métodos mais prevalentes, mas com alta prevalência de esterilização feminina em ambos os países.

Nos últimos anos o uso de métodos masculinos, especialmente vasectomia, vem apresentando crescimento nos dois países. Na Colômbia a porcentagem de vasectomias ainda é muito reduzida, comparada à prevalência dos demais métodos, mas este procedimento vem ganhando algum destaque entre os métodos selecionados, mas o maior aumento fica por conta da esterilização feminina que já apresentava alta prevalência. No Brasil o aumento no uso da vasectomia chamou atenção, aliado a uma re-

dução da laqueadura, assim como o aumento no uso do condom entre a população mais jovem (Perpétuo 2008).

A forma de organização do sistema de saúde pública e a atuação de organizações não governamentais ligadas à prestação de serviços de planejamento familiar estão presentes nestes países, mas com formas de atuação que foram se diversificando ao longo dos anos. Em termos de legislações nestas áreas estes países também têm algumas similaridades que podem explicar os tipos e as proporções de métodos utilizados e, conseqüentemente, dar indicações no sentido de compreender os níveis e padrões da fecundidade atual nestes países.

O objetivo deste trabalho é traçar um breve panorama do declínio da fecundidade, da evolução da distribuição e uso de métodos contraceptivos na Brasil e na Colômbia. Buscamos reconhecer os processos similares e aqueles divergentes pelo qual passaram estes países, e compreender como estes processos acabaram por determinar o padrão e os níveis de contracepção e, conseqüentemente, os níveis atuais da fecundidade nestes países. Buscamos ainda alguns elementos para entender o crescente aumento de métodos contraceptivos masculinos, em especial a esterilização voluntária, e levantar algumas hipóteses sobre os rumos futuros da contracepção nestes países. Partimos de uma breve análise da fecundidade, apontando para os fatores indicados na literatura como explicativos desta queda. Em seguida, por ser a contracepção um dos determinantes próximos que permitiram o declínio da fecundidade, destacamos as características de normatização e leis em torno do planejamento familiar nestes países. As mudanças no *mix* de métodos utilizados no Brasil e na Colômbia são analisadas desde 1986 e, finalmente, apresentamos um perfil com características socioeconômicas e demográficas, dos usuários de métodos para o período mais recente.

Método e dados

Buscaremos traçar o perfil dos usuários de esterilização voluntária no Brasil e na Colômbia a partir de uma análise descritiva bivariada, utilizando as variáveis sócio-demográficas disponíveis nas pesquisas de Demografia e Saúde realizadas nestes países e seus cruzamentos com os tipos de métodos contraceptivos utilizados na data da pesquisa.

Como parte do foco do trabalho está na comparação do perfil das mulheres que mencionam os procedimentos de esterilização masculina e feminina como método contraceptivo e, tendo em vista o elevado número desses procedimentos entre mulheres unidas, a população de interesse para o presente trabalho constitui-se justamente deste grupo. A maior prevalência da esterilização (masculina e feminina) entre mulheres em união pode ser explicada tendo-se em vista que, dado o caráter irreversível da esterilização, optam por ela com maior frequência, homens e mulheres

cujo número desejado de filhos já foi alcançado e que, em alguns casos, vivenciaram a experiência de uma gravidez indesejada.

Dados

As fontes de dados utilizadas para a elaboração do trabalho foram as pesquisas sobre Demografia e Saúde realizadas no Brasil (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde - PNDS) de 1986, 1996 e 2006 e na Colômbia (*Encuesta Nacional de Demografía y Salud* - ENDS) de 1986, 1995 e 2005. Estas pesquisas vêm sendo realizadas em diversos países desde 1984 e fornecem informações sobre os mais variados aspectos da vida sexual e reprodutiva das mulheres, de seus cônjuges/companheiros, além de dados sobre a saúde de seus filhos e informações socioeconômicas, demográficas e culturais da população de interesse. Para realização deste trabalho as informações mais relevantes foram aquelas referentes às características socioeconômicas e demográficas das mulheres e de seus cônjuges/companheiros, bem como as relacionadas aos métodos contraceptivos utilizados no momento da pesquisa. O Quadro 1 mostra o detalhamento das categorias disponíveis para as variáveis utilizadas no trabalho e a descrição de cada uma delas.

No Brasil a primeira pesquisa foi realizada em 1986 (Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Família - PNSMIPF). Desde então, três outras pesquisas foram levadas a cabo. Uma em 1991, realizada especificamente na região do Nordeste. A terceira em 1996, Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde - PNDS, contou com questionários destinados não só as mulheres, mas também com questionários aplicados aos homens. A mais recente das pesquisas realizadas no Brasil ocorreu em 2006. Na Colômbia, mais de pesquisas do tipo DHS foram realizadas a partir dos anos 1980 e o país participou das pesquisas da *World Fertility Survey*, ainda na década de 70. As pesquisas tipo DHS ocorreram em 1986, 1990, 1995, 2000 e 2005.

A análise mais detalhada do perfil das mulheres segundo o uso atual de métodos contraceptivos, neste trabalho, é realizada utilizando-se os dados das pesquisas mais recentes nestes países. As variáveis utilizadas são: idade (da mulher e de seu cônjuge/companheiro), número de filhos, método contraceptivo atual, anos de estudo/grau de instrução (da mulher e de seu cônjuge/companheiro) e cor/raça (no caso da pesquisa brasileira). As categorias utilizadas foram agrupadas de forma a permitir comparação entre os dois países. As variáveis, suas categorias e o agrupamento utilizado se encontra no quadro em anexo.

Antecedentes

Estudos da Divisão de População das Nações Unidas mostram que o processo de queda da fecundidade tem se aprofundado em todas as regiões do mundo. Embora ainda existam diferenciais elevados de fecundidade (alguns países mantêm altas taxas de fecundidade, especialmente na África Subsaariana e em regiões muito pobres da Ásia), existe um processo de convergência para níveis historicamente baixos, quando consideramos as regiões desenvolvidas, as regiões em desenvolvimento e as regiões menos desenvolvidas. De acordo com Henning (2003),

“... en el año 2000 la gran mayoría de los países en desarrollo había experimentado un descenso sustancial de la fecundidad, pasando en muchos casos de entre 6 y 8 hijos por mujer a un nivel cercano a 3 hijos por mujer o menos. Así, durante 1950- 2000 el número de países con una tasa global de fecundidad superior a los 5 hijos por mujer disminuyó de 130 a 47, mientras que el número de países con una tasa de fecundidad igual o inferior a 2,1 hijos por mujer, aumentó de 5 a 63 países.” (p. 30)

Na América Latina e no Caribe o processo de convergência para baixos níveis de fecundidade é ainda mais evidente. Brasil e Colômbia são países onde a fecundidade era alta e passou por uma transição muito rápida, sendo que o primeiro já se encontra com níveis de fecundidade abaixo do nível de reposição. Schkolnik (2003) classifica os países da região segundo quatro etapas da transição, correspondentes ao período 1995-2000:

“Transición incipiente: Guatemala y Haití; transición moderada: Bolivia, Nicaragua, Honduras y Panamá; transición plena o en progreso: El Salvador, Perú, Ecuador, Venezuela, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, México y Panamá; transición avanzada: Argentina, Chile, Uruguay y Brasil y transición muy avanzada: Cuba.” (p. 34)

A Colômbia foi classificada como país em transição plena ou em progresso e o Brasil como país em transição avançada. Contudo, se a mesma classificação fosse feita com os dados de 2005 e 2006, ambos os países teriam dado um passo à frente, ou seja, atualmente podemos classificar a Colômbia como transição avançada e o Brasil como em transição muito avançada. A continuada queda da fecundidade no Brasil pode ser definida como espetacular, pois o país mais populoso da América Latina é o que apresenta o segundo menor número médio de filhos por mulher. Passou a Argentina, Uruguai e o Chile, só tendo à frente Cuba, cuja TFT é de 1,5 filhos por mulher (Armas 2008).

Nestes países analisados, as mulheres com curso superior tinham fecundidade abaixo do nível de reposição desde os anos 90. No entanto,

para que a taxa de fecundidade total ficasse abaixo do nível de reposição no Brasil, - queda de 2,5 filhos para 1,8 filhos por mulher entre 1996 e 2006 - foi preciso que aqueles setores que estavam mais atrasados e que apresentavam fecundidade mais elevada acelerassem sua queda. Os dados mostram que foi no meio rural, nas regiões Norte e Nordeste e entre a população mais pobre, onde a queda da fecundidade foram maiores. Houve também no Brasil um processo de mobilidade social dos estratos menos privilegiados, confirmando aquilo que sugeriu Chackiel e Schkolnik (2003):

“Los cambios en el comportamiento de las variables demográficas de un país son el resultado, en consecuencia, de lo que ocurre dentro de cada sector y, al mismo tiempo, se ven afectados por la transferencia de personas entre diferentes sectores, es decir por la movilidad social. Así, por ejemplo, en tanto exista movilidad ascendente, con un porcentaje mayor de población con comportamientos propios de sectores medios y altos, se lograrán avances en la transición, sin que ello implique necesariamente cambios de conductas dentro de cada uno de los grupos sociales. Sin embargo, el peso relativo de estos dos factores ha estado cambiando. Dado que los cambios demográficos han estado ligados, en parte importante, a las conductas de los mencionados estratos medios y altos, existe la expectativa de que las tendencias futuras estén ligadas fundamentalmente a lo que ocurra en los grupos más rezagados en la transición.” (p.52).

No Brasil, a discussão sobre a queda da fecundidade tem uma rica literatura que, de modo geral, explica a redução do tamanho das famílias por dois conjuntos de fatores: a) aqueles ligados à estrutura econômica (urbanização, industrialização, monetarização, assalariamento, participação da mulher no mercado de trabalho, aumento e diversificação do consumo, etc.); b) fatores ligados às transformações institucionais e das políticas públicas (secularização, difusão, educação, saúde, previdência, telecomunicações, mudanças nas relações de gênero, etc.). Diversas abordagens explicam a queda na fecundidade no Brasil (Carvalho, Paiva e Sawyer 1981, Merrick e Berquó 1983, Faria 1989, Alves 1994, Martine 1996). Estudos recentes sobre mensuração dos fatores que estão associados à queda da fecundidade no Brasil, a partir de análise espaço-temporal, mostram a força dos determinantes sócio-econômicos, mas discutem o papel da inovação e difusão de comportamentos neste processo (Potter, Schmertmann e Cavenaghi 2002, Schmertmann, Potter e Cavenaghi 2008). Os dados atuais sobre fecundidade confirmam a continuidade de queda, mas não sabemos, entretanto, se essa queda apresentada na PNDS-2006 vai ser manter, estabilizar ou mesmo voltar a subir. Em termos teóricos, existe uma expectativa que a fecundidade continue declinando, pois o número de filhos das mulheres apresenta uma tendência de queda na medida em que cresce a mobilidade social.

Os estudos sobre os determinantes da queda da fecundidade na Colômbia apontam para explicações que vão na mesma linha das teorias gerais da modernização, urbanização e industrialização, onde a inserção das mulheres no mercado de trabalho e seu melhor acesso à educação são fatores que explicam o declínio da fecundidade (Ordóñez 1999, Florez 2000). Em primeiro lugar, o declínio da mortalidade e um aumento na nupcialidade, como mostrado em Zamudio e Rubiano (1991) deram as condições iniciais para o declínio da fecundidade. No entanto, nota-se claramente que a literatura Colombiana coloca a implementação dos programas de planejamento familiar como um dos fatores responsáveis pela queda da fecundidade (Florez 2000, Ordóñez e Rocío 2002, Cadavid-Zuleta 2004). É interessante observar que essa discussão se deu em toda América Latina, onde se buscava entender se existiam fatores sócio-econômicos e culturais que faziam com que as mulheres (ou os casais) desejassem menos filhos ou se os programas de planejamento familiar foram responsáveis por criar uma demanda antes inexistente por regulação da fecundidade. Os programas de planejamento familiar e a disponibilização dos métodos contraceptivos foram com certeza fatores que possibilitaram a queda da fecundidade, mas os diferenciais atuais nas taxas de fecundidade e o acesso diferencial à contracepção por níveis sócio-econômicos, aliados aos dados de necessidades insatisfeitas de contracepção entre os grupos mais pobres, não permitem que este tipo de dúvida ainda exista. O planejamento familiar é um direito de todos e não deve ser pensado ou negado à população, independente de status social ou idade, por ser um possível mecanismo de controle da fecundidade e, por consequência, controle do crescimento populacional.

Vários fatores estruturais, institucionais e individuais explicam a queda da fecundidade, e sem dúvida, o que possibilitou a adoção de um padrão familiar de poucos filhos foi o aumento do uso de contraceptivos, especialmente os métodos modernos nos dois países analisados. No Brasil, a prevalência era de 66,2% em 1986 e chegou a 80,6% em 2006. Já na Colômbia, em 1986 a prevalência era de 64,8% e passou para 78,2% em 2005. No entanto, não devemos nos esquecer do papel da interrupção da gravidez não planejada, por falta ou falha no uso de métodos contraceptivos, amplamente citado na literatura, de ambos os países, e que apesar da dificuldade de mensuração é reconhecidamente um problema grave de saúde pública (Martine 1996, Florez 2005, Florez e Soto 2006).

Na seção seguinte fazemos uma breve descrição das tendências da fecundidade nestes países, quanto ao nível e ao padrão por idade, para em seguida analisarmos as prevalências contraceptivas.

Os níveis e padrões da fecundidade no Brasil e na Colômbia

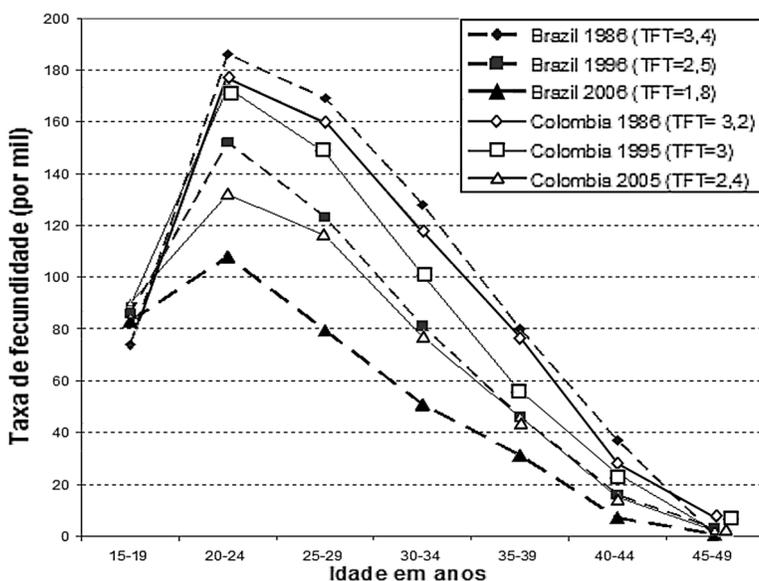
As pesquisas da DHS mais recentes apontam para tendências importantes na dinâmica da fecundidade na América Latina, como continuação na queda da fecundidade, mesmo após níveis baixos. O Brasil passou de uma taxa de fecundidade total de mais de 6 filhos por mulher em 1960 para 3,4 filhos em 1986 e chegou a 1,8 filho em 2006. Na Colômbia a taxa que era de, aproximadamente, 7 filhos por mulher em 1960 passou para 3,2 filhos em 1986 chegando a 2,4 filhos em 2005. A fecundidade caiu mais rapidamente na Colômbia até os anos 80, mas a partir daí as taxas brasileiras aceleraram o ritmo de queda. Ambos os países partem de um patamar acima de três nascimentos por mulher, em 1986, com o Brasil apresentando maior taxa, contudo, em 1996 se inverte a situação (Brasil com 2,5 e Colômbia com 3,0 filhos por mulher) e esta tendência permanece nos anos atuais, deixando a Colômbia acima do nível de reposição e o Brasil já bem abaixo.

As taxas de fecundidade específicas por idade apresentam distribuição bastante semelhante, destacando desde 1986 uma fecundidade mais concentrada nas idades mais jovens, nos dois países. Ao longo dos anos o rejuvenescimento se acentua, com quedas nas taxas para mulheres em idades mais avançadas no período reprodutivo, inclusive com queda bastante forte para as mulheres de 20-24 anos no Brasil. O único grupo que mantém o nível e até apresenta aumentos na década de 90 é o grupo de 15-19 anos, em ambos os países. Interessante observar que na Colômbia a queda da fecundidade entre 1986 e 1995, além de pequena, se dá somente nos grupos de 25 anos ou mais. No período seguinte, o grupo de 20-24 apresenta uma queda bastante forte e é a maior comparada com os demais grupos etários. De uma certa forma, pareceria que a queda acentuada ocorrida no Brasil de 86 a 96 ficou “represada” na Colômbia, mas na década seguinte a Colômbia intensifica esta queda, contudo, apenas chega nos níveis do Brasil de 10 anos antes, com exceção do grupo de 20-24 anos. Isto se dá, pois o Brasil continuou com a tendência acentuada de queda neste último período, com exceção para as jovens e adolescentes, que apresentam taxas estáveis comparadas a 1996.

É preciso notar que a queda da fecundidade se deu no Brasil sem uma política explícita do governo para reduzir o número de filhos. A oferta de meios contraceptivos ocorreu nas décadas de 1960 e 1970, especialmente, via mercado, o que excluiu amplas parcelas da sociedade que não tinham dinheiro para comprar os métodos modernos disponíveis. Somente com o lançamento do Programa de Assistência à Saúde Integral de Mulher - PAISM - em 1983 e com a Lei do Planejamento Familiar, em 1996, é que o Brasil passou a incorporar os direitos reprodutivos nas políticas de saúde (Alves 2006). Na Colômbia, também a falta de uma política de planejamento familiar por parte do governo, implicou na ação de clínicas

particulares com o objetivo de preencher tal lacuna. Dentre estas podemos citar a Profamilia² - *Asociación Pro-bienestar de la Familia*, uma entidade privada de planejamento familiar que teve, e tem até hoje, participação significativa nessa área. Esta atua inclusive como um dos órgãos financiadores da ENDS. De acordo com Viveros (1998: 98) “*La escasa cobertura que el Estado colombiano ha mantenido en este campo ha ocasionado que las acciones de Profamilia fueran, hasta hace pocos años, prácticamente las únicas que se registraran en el país.*”

Gráfico 1
Taxas de fecundidade total e específica, Brasil 1986, 1996 e 2006, Colômbia 1986, 1995 e 2005.



Fonte: Macro International Inc, Measure DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, Abril, 2008.

A ausência do Estado nas políticas de direitos à saúde reprodutiva e na implementação de programas de planejamento reprodutivo, além de causar parte dos diferenciais sócio-econômicos nos níveis de fecundidade, ainda observado na maioria dos países da América Latina, também pode ser contabilizada, em parte, como responsável pelo padrão jovem da fecundidade no Brasil e na Colômbia. O acesso à contracepção para jovens, até os dias atuais ainda é bastante ineficiente, apesar da reconhecida tendência à iniciação da prática sexual em idades cada vez mais jovens. Além da iniciação, a mudança no comportamento sexual mais livre, com maior

freqüência das práticas, coloca os jovens sob maior risco de gravidez não planejada. A dificuldade das instituições normativas e regulatórias em lidar com este comportamento, não criou os mecanismos necessários para dar aos jovens os meios necessários para exercer seus direitos sexuais livremente, sem o risco de uma gravidez indesejada. As taxas de fecundidade altas em jovens e adolescentes no Brasil e na Colômbia mostram somente uma parte muito pequena desta questão, pois são gravidezes que geraram nascidos vivos. A prática da interrupção voluntária da gravidez nestes dois países, somente permitidas recentemente em situações muito especiais, é um evento que, apesar de todos as dificuldades de medição e tabus envolvidos em sua discussão, deve ser realmente mensurado e analisado em conjunto com as taxas de fecundidade de jovens, principalmente em análises por diferenciais sócio-econômicos.

Aspectos da legislação sobre planejamento familiar e a prática da esterilização voluntária

Somente na Constituição Brasileira de 1988, o livre exercício do planejamento familiar passou a ser explicitamente reconhecido como direito dos casais e obrigação do Estado em fornecer os meios necessários para o cumprimento deste direito. Contudo, somente em 1996 este passou a ser regulamentado pela Lei 9.263. No momento da aprovação desta lei, foram vetados os artigos que permitiam a esterilização voluntária que, até então, era considerada como crime, com pena de reclusão de até dois anos, tanto pela Constituição anterior como pelo Código de Ética Médico. Os vetos foram retirados posteriormente, mas somente em 1997, com a Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS), a lei foi regulamentada e passou a ser realizada no SUS. Conforme argumentam Berquó e Cavenaghi (2003), três anos mais tarde, haveria uma mudança significativa na regulamentação da lei por meio da Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999, que definiu o que era o período do pós-parto já que a lei explicitava a realização da laqueadura tubária como proibida neste período. Pela portaria, definiu-se o período do parto ou aborto como o momento deste e até 42 dias depois. Assim, a esterilização cirúrgica em mulheres passou a ser proibida neste período, exceto em casos de comprovada necessidade. Como definido na Portaria, estas exceções eram os casos de cesarianas sucessivas³ anteriores e casos de risco de vida pela exposição a outro ato cirúrgico.

Embora proibida por Lei, a esterilização, sobretudo a feminina, sempre foi uma prática presente tanto no sistema público de saúde brasileiro, quanto no privado. Tal prática era utilizada em larga escala como forma de regulação da fecundidade, tanto no sistema privado quanto público. No sistema público, por não haver autorização para o pagamento das cirurgias de laqueadura tubária, estas eram realizadas atreladas aos partos por cesariana, e, fora do parto, eram, muitas vezes, registradas

como outros procedimentos médicos (Berquó e Cavenaghi 2003). Ainda como nos relatam as autoras, a esterilização masculina era um caso totalmente à parte, regulamentado na prática do sistema de saúde, mas com baixíssima prevalência:

“Embora menos freqüente e proibida como prática de esterilização no Brasil, antes de 1997, a vasectomia já figurava como um procedimento pago pelo SUS desde 1992. O simples fato da existência do código para vasectomia antes de 1997 indica as contradições do sistema de saúde, o qual pagava pela vasectomia e não pela laqueadura tubária mesmo antes da legalização.” (Berquó e Cavenaghi 2003: 449).

A história da legislação do planejamento familiar na Colômbia na prática não é muito distinta daquela do Brasil, mas algumas características da implementação do planejamento familiares têm destaque especial. A Colômbia foi um dos primeiros países a implementar serviços de planejamento familiar, principalmente dirigido às populações mais pobres. Como o Estado sempre esteve ausente e não teve nenhuma política explícita de população, como no Brasil, os serviços de planejamento familiar oferecidos nas clínicas de planejamento familiar, onde o Profamilia é o maior, com até 70% do serviço oferecido (Ojeda et al 2006, Ordóñez e Roccio 2002), era basicamente a única forma de obter serviços de contracepção gratuita no país. Em 1969, o governo instituiu o programa de saúde materno-infantil, similar ao que ocorreu no Brasil na década de 80, com ações específicas para o planejamento familiar, mas as ações de fato nunca se implementaram. Segundo Ojeda et al. (2006: 8):

“En términos generales, los diferentes gobiernos colombianos en los últimos 40 años han sido permisivos con los programas privados de planificación familiar, pero les ha faltado decisión y coraje, en el ofrecimiento directo de estos servicios, quizás por temor a confrontaciones con la iglesia católica”.

A lei de cobertura universal de assistência à saúde, sancionada pela República da Colômbia em 1993 (Lei 100), previa em seu texto acesso à saúde sexual e reprodutiva por meio de dois planos, a toda população coberta por estes. Um deles é voltado à Atenção Básica (PAB), onde se incluem ações de saúde pública e é de responsabilidade do Ministério de Proteção Social; e o outro plano, denominado de Plano Obrigatório de Saúde (POS), que oferece atenção à saúde em todos os níveis de complexidade a toda população, através dos regimes contributivos e subsidiados também devem oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, como mencionam os autores (Ojeda et al 2006) estes planos não necessariamente garantiram acesso ao planejamento familiar. Em anos mais

recentes, similarmente ao que ocorreu no Brasil, o Governo Colombiano divulgou uma Política Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva em 2003, com base nos preceitos colocados na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento do Cairo de 1994.

A esterilização voluntária feminina

Desde a aprovação da lei do planejamento familiar e do veto inicial para a esterilização voluntária até realmente serem ofertados no SUS os procedimentos preconizados na lei, se passaram vários anos. Em estudo realizado em 2000, para analisar as mudanças no comportamento com relação à prática da esterilização feminina e masculina, Berquó e Cavenaghi (2003: 441) afirmaram que *“Os resultados mostram que, por diferentes motivos, a lei mudou pouco a prática usual da esterilização e ainda não satisfaz os direitos reprodutivos de mulheres e homens no Brasil”*. É certo que a Lei do Planejamento Familiar foi aprovada em 1996 e a regulamentação no SUS somente teve início em 1998, portanto, pouca mudança poderia ser observada dois anos depois da regulamentação, dada a complexidade do sistema de saúde e as falhas no acesso público para a atenção básica à saúde.

Adicionalmente, devemos ressaltar que após a regulamentação da lei, por meio de portarias do Ministério da Saúde, poucos hospitais se credenciaram para a realização destes procedimentos. Em outubro de 1999, existiam em todo o Brasil 135 hospitais que realizavam a laqueadura, espalhados em 94 municípios⁴. Estes hospitais estavam localizados em capitais e grandes centros urbanos. No início de 2007 o cenário tinha mudado e, conforme dados do SUS, existiam em janeiro de 2007, 1,395 estabelecimentos hospitalares credenciados para a realização da laqueadura e 873 para a vasectomia no Brasil. Obviamente, os serviços continuaram mais concentrados nos maiores centros urbanos, mas houve um espalhamento da oferta destes procedimentos em praticamente todos os estados brasileiros e, em todos estes, existia pelo menos um estabelecimento credenciado para realizar estes tipos de procedimentos hospitalares.

A esterilização cirúrgica na Colômbia não foi proibida por lei, ou por interpretação desta como aconteceu no Brasil. Na prática, no entanto, o acesso a este tipo de procedimento como método contraceptivo era de acesso restrito e disponível nas clínicas de planejamento familiar.

A esterilização voluntária masculina

Atualmente a vasectomia pode ser realizada não só por urologistas credenciados, mas também por outras especialidades médicas, além de ter a opção de ser realizada em unidades ambulatoriais⁵. No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) do SUS, apesar de captar somente

procedimentos realizados na área pública, é uma importante fonte de dados que permite captar o aumento no número de esterilizações entre homens. O registro da esterilização tem crescido no sistema público tanto para mulheres quanto para homens, após o progressivo credenciamento dos hospitais para este tipo de cirurgia, em decorrência da implementação da lei do planejamento familiar. Em 1999 foram registradas somente 324 vasectomias, passando para 21,924 em 2006. Somente para se ter uma idéia, no total, nestes mesmos anos, o número de laqueaduras registradas nos padrões da lei foram respectivamente, 2,533 e 50,343. No entanto, esta realidade nacional tem mudado em alguns locais, pois os dados do SUS apontam que a vasectomia é o procedimento mais realizado no Estado de Alagoas e Distrito Federal. Em São Paulo, os dados do setor público, somados ao da saúde suplementar, mostram que atualmente se realizam mais vasectomias mensalmente do que laqueaduras tubárias no Estado.

O número de vasectomias realizadas a cada ano na Colômbia estava em declínio até 1985, quando foram criadas as clínicas orientadas ao atendimento masculino em Bogotá e Medellín, segundo (Ojeda et al., 1998) *“aumentó considerablemente el número de esterilizaciones masculinas realizadas. Así, de 10,312 esterilizaciones masculinas realizadas entre 1970 y 1984, se pasó a 44.618 en 1993, de las cuales el 40% se realiza en Bogotá”* (1998: 98). Com relação à ação da Profamilia na Colômbia, devemos mencionar ainda, que esta entidade foi pioneira na adoção de um programa de vasectomia na América Latina e em 1970 e em 1973 a laqueadura esteve disponível em suas clínicas pela primeira vez. Após este período houve novamente uma diminuição das vasectomias realizadas nas clínicas do Profamilia, que foi retomada em períodos recentes, posteriores à ENDS de 2005, como registrado pela entidade. Até 2007 se registravam ao redor de 10 mil vasectomias e em 2008 passou para pouco mais de 16 mil. A informação era de que desde 2002 se realizavam mensalmente 100 vasectomias e passou para 250 a 300 por mês no ano de 2008. Com certeza esta prática deve aparecer nas próximas pesquisas da ENDS.

Cohen (1996), em trabalho que analisa a opção pela vasectomia e os programas nacionais de planejamento familiar na Ásia e América Latina, destaca o Brasil e a Colômbia como exemplos de países onde os programas de planejamento familiar dedicam atenção a participação masculina na contracepção. De acordo com a autora, os dois países se destacam entre os demais da região, devido à existência de programas não governamentais (cita o Profamilia na Colômbia e o Pro-pater no Brasil-SP) que atuam na promoção da saúde sexual e reprodutiva masculina, sendo que foram criadas até mesmo clínicas voltadas, exclusivamente⁶, para o público masculino. De acordo com a autora, além dos procedimentos de esterilização masculina, nessas clínicas são oferecidos vários serviços sobre saúde reprodutiva, como tratamento para disfunção sexual e educação sexual para homens e suas companheiras (Cohen 1996: 15). Entretanto, a

autora diz que embora o Brasil e a Colômbia constituam casos diferenciados, os programas de planejamento familiar na América Latina, que tiveram início na década 1970, não consideravam a vasectomia como uma opção aceitável e ainda: “*These programs depended heavily on a model that incorporated family planning into maternal and child health services and therefore largely ignored men*” (p. 13). No entanto, efetivamente o Brasil e a Colômbia não tiveram caminho distintos dos demais países da América Latina no tocante à prevalência da vasectomia até poucos anos, mas estes podem estar tomando um caminho distinto nestes últimos anos.

Dada a ampla discussão existente sobre a esterilização feminina, as implicações da elevada utilização desta, os abusos nesta utilização e o estudo dos fatores sociais e econômicos que levam as mulheres a optar por tal método, no presente trabalho buscamos captar esta nova tendência de aumento, em geral, no uso de métodos de participação masculina e mais especificamente a elevação da esterilização entre os homens. A grande novidade que se percebe, já quase no final desta década, é a evolução do número de vasectomias realizadas, onde se observam mudanças até na linguagem, pois laqueadura não é mais sinônimo de esterilização voluntária e a vasectomia passa a fazer parte do cotidiano de muitos brasileiros e colombianos. As implicações nas relações de gênero e a forma como esta evolução vem se dando dentro dos marcos culturais desses países merecem atenção.

Tendências da contracepção no Brasil e na Colômbia segundo os dados da DHS

A Tabela 1 apresenta a prevalência na utilização dos diferentes métodos entre mulheres unidas para as pesquisas realizadas na Colômbia e no Brasil, cobrindo o período dos últimos 20 anos. O perfil de uso de métodos contraceptivos nos dois países em 1986 era semelhante, com alta porcentagem de usuárias de métodos modernos, com alta prevalência de esterilização e pílula e poucos métodos de participação masculina, mas com uma diferença fundamental que é a alta utilização de DIU na Colômbia, a qual é praticamente nula no Brasil. Esta ausência do DIU cedeu lugar à seleção de esterilização feminina e pílula pelas brasileiras. Ou seja, apesar do leque reduzido de opções, as colombianas sempre utilizaram um método moderno a mais que as brasileiras e a falta deste foi substituído pelo uso dos outros dois métodos modernos mais utilizados no Brasil. Este perfil observado há 20 anos continua sendo o mesmo até anos recentes, praticamente sem alteração no uso do DIU, mas com tendências distintas no uso de métodos hormonais, que crescem no Brasil e diminuem seu uso na Colômbia e diferentes tendências no uso da esterilização voluntária.

Podemos observar que a prevalência da esterilização feminina entre as mulheres casadas no Brasil teve um aumento relativo muito grande de 1986 a 1996 (passando de 26,8% para 40,1% dos métodos selecionados entre as mulheres), mas no período seguinte esta tem uma redução grande, voltando próximo do patamar de 1986 (com 29,1%). Na Colômbia a história é outra, a laqueadura apresenta seguido aumento desde 1986, de onde saiu de um nível de utilização mais baixo que o Brasil (18,8% em 1986) para um nível um pouco mais alto em 2005 (31,2%). A esterilização masculina, embora, com prevalência ainda reduzida diante de outros métodos, passa de 0,8% na PNDS de 1986 para 2,6% em 1996, chegando a 5,1% na última pesquisa realizada (2006). Na Colômbia os valores são ainda mais reduzidos, embora, uma tendência ascendente também possa ser observada. O número de vasectomias na Colômbia chega perto dos 2% de prevalência no último ano analisado.

Não somente a vasectomia, um dos poucos métodos totalmente masculinos vem aumentando, mas chama atenção o aumento no uso de preservativos nos dois países. Definitivamente, tanto os brasileiros quanto os colombianos estão participando mais da regulação da fecundidade e, no Brasil, esta tendência é ainda mais forte. O uso do preservativo masculino passa de menos de 2% nos dois países em 1986 para mais de 7% na Colômbia e para mais de 12% no Brasil. Devemos destacar, entretanto, que de maneira geral “*o uso de métodos contraceptivos masculinos continua baixo em nível mundial*” (Mundigo apud Alvarenga et al., 1995: 208). Uma possível explicação para isso seria que “*o maior número e variedade de opções anticoncepcionais para as mulheres podem contribuir para a baixa prevalência de uso de métodos pelos homens*” (Mundigo apud Alvarenga et al. 1995: 208). Ainda, “*à exceção da vasectomia, todos os métodos de participação masculina têm uma taxa de falha mais alta que a dos demais métodos femininos, e os casais com maior número de filhos procuram métodos de maior eficácia, que são alguns dos femininos*” (Ringheim, apud Alvarenga et al. 1996: 213). O ideal seria uma distribuição o mais homogênea possível, onde o leque de métodos contraceptivos utilizados fosse equilibrado.

De acordo com Duarte et al. (2003), nas duas últimas décadas do século passado, muitos estudos sobre a participação dos homens no uso de métodos anticoncepcionais passaram a ser feitos em todo o mundo. Para as autoras, três fatores foram responsáveis por desencadear o interesse no papel masculino nessa área:

“Um deles foi a epidemia da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e seu avanço entre grupos heterossexuais, atingindo, portanto, também as mulheres; outro, as conquistas femininas em questões de saúde e de direitos reprodutivos, as quais colocaram em cena o homem; e o último, o avanço tecnológico na cirurgia da vasectomia, provocando um novo interesse da população masculina.” (Anonymous, apud Alvarenga et al. 1992: 208).

Tabela 1
Distribuição percentual do método contraceptivo utilizado entre mulheres unidas por ano de realização da pesquisa, segundo tipo de método, Colômbia 1986-2005^a e Brasil 1986 - 2006.

Método Contraceptivo	Colômbia			Brasil		
	ENDS			PNDS		
	1986	1995	2005	1986	1996	2006 ^b
Qualquer método	64,8	72,2	78,2	66,2	76,7	80,6
Métodos modernos	52,4	59,3	68,2	56,5	70,3	77,1
Laqueadura	18,3	25,7	31,2	26,8	40,1	29,1
Vasectomia	0,4	0,7	1,8	0,8	2,6	5,1
Hormônio Oral/Injetável	18,8	15,4	15,5	25,8	21,9	28,7
DIU	11,0	11,1	11,2	1,0	1,1	1,9
Preservativo	1,7	4,3	7,1	1,7	4,4	12,2
Métodos Tradicionais	11,4	11,1	9,5	9,0	6,1	3,2
Outros Métodos ^c	2,3	2,1	1,4	0,5	0,1	0,4
N. de mulheres entrevistadas	2.850	6.097	19.762	3.471	7.584	9.989

Fonte: Macro International Inc., Measure DHS STATcompiler, <http://www.measure-dhs.com>, abril de 2008.

- ^a As pesquisas de 1990 e 2000 da Colômbia não foram incluídas, pois não existem anos equivalentes para o Brasil.
- ^b O percentual por método tem totaliza os casos válidos para a pergunta de respostas múltiplas.
- ^c A categoria “outros” inclui implantes, mela (amamentação), diafragma, creme, óvulos vaginais, pílula do dia seguinte, camisinha feminina, além de outros métodos tradicionais e modernos não especificados nos questionários das pesquisas.

Conforme salientam Duarte et al., (2003: 208), embora, existam evidências de que “*estaria ocorrendo no Brasil uma mudança de conduta dos homens quanto a sua responsabilidade reprodutiva, é importante apreender quanto desta mudança é resultado de uma “real transformação nas relações de gênero” e quanto resulta “da maior consciência sobre a necessidade de proteger-se contra infecções de transmissão sexual”*. Em pesquisa qualitativa, realizada mais recentemente no Estado de São Paulo, Marchi (2006: n.n) também destaca alguns motivos que podem explicar o aumento atual da vasectomia no Brasil: “*O crescimento na busca pela vasectomia deve ser visto também de forma crítica: não apenas porque, necessariamente, não indica maior equidade nas relações de gênero, mas também porque segue testemunhando as deficiências de acesso ao planejamento familiar em nosso meio.*”.

Perfil sócio-econômico e demográfico dos usuários e usuárias da contracepção

Nesta seção procuramos aprofundar a análise do perfil sócio-demográfico dos usuários dos diversos métodos contraceptivos. Para reali-

zar a comparação entre os dados da Colômbia e do Brasil, analisamos somente os dados das pesquisas mais recentes. As Tabelas 2 e 3 apresentam o uso dos diferentes métodos contraceptivos de acordo com a região e a situação do domicílio. Percebemos que, a exceção do Norte do Brasil, todas as demais regiões apresentam prevalência contraceptiva superior a 80%, sendo que Sul e Centro-oeste têm os valores mais elevados, respectivamente, 83,5 e 82%. A laqueadura, seguida pelos hormônios orais e injetáveis é o método mais utilizado no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, justamente as regiões menos desenvolvidas do país. No Sul e Sudeste a situação se inverte, os métodos mais utilizados são os hormônios, seguidos pela laqueadura. Em terceiro lugar, para todas as regiões, está o preservativo masculino. É interessante notar a participação da vasectomia, diferente da laqueadura, sua maior prevalência ocorre nas regiões Sudeste e Sul, com valores de, respectivamente, 8,3 e 5,3%. O DIU embora com participação reduzida, é também mais utilizado nas regiões Sul e Sudeste, assim como os métodos tradicionais.

Para a situação de domicílio, verificamos que no meio urbano a prevalência de métodos contraceptivos é apenas 2% maior que no rural. Ainda, nas cidades o uso de métodos hormonais e laqueadura é praticamente igual, em segundo lugar está o preservativo. Na zona rural o método de maior prevalência é a laqueadura, seguida de perto pelos hormonais orais e injetáveis. Em terceiro lugar vem o preservativo. Para a vasectomia a prevalência é 5,8% no meio urbano e 2% no rural.

Na Colômbia também verificamos diferenciais regionais na porcentagem de uso de cada método, mas não existe um diferencial entre os métodos mais utilizados em cada região como acontece no Brasil. As regiões com maior porcentagem de uso são Bogotá e Oriental, com mais de 80%. A menor prevalência é observada na região Atlântica, aproximadamente, 70%. A laqueadura é o método mais utilizado em todas as regiões, embora, os percentuais variem bastante. O maior deles é o da região Atlântica, 34% e o menor o de Bogotá, 27%. Os métodos hormonais estão em segundo lugar em todas as regiões, sendo seu maior uso nos Territórios Nacionais (25%) e seu menor uso em Bogotá (10,8%). O DIU tem prevalência significativa em Bogotá (21%) e apenas 4,4% na região Atlântica. O preservativo apresenta também sua maior prevalência em Bogotá (10%) e a menor em Atlântica, 4,9%. Métodos tradicionais apresentam sua maior prevalência para a região oriental, 11,2%. Para a vasectomia, os maiores usos são verificados na região Central e Bogotá, respectivamente, 3,2 e 3%, já as menores prevalências estão em Atlântica e Territórios nacionais, respectivamente, 0,2 e 0,3%.

Tabela 2

Percentual de uso de métodos contraceptivos, mulheres atualmente unidas, por tipo de método, segundo região de residência e situação do domicílio. Brasil, PNDS, 2006.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	N. de mulheres
		Laqueadura	Vasectomia	Hormônio oral/ Injetável	DIU	Preservativo			
Regiões									
Norte	78,4	41,0	0,8	18,3	0,5	16,5	3,8	0,5	1699
Nordeste	80,3	36,9	1,4	26,0	1,0	13,0	4,5	0,4	1900
Sudeste	80,1	23,9	8,3	27,9	2,8	15,3	5,4	0,6	2084
Sul	82,0	19,2	5,3	41,3	2,9	12,6	4,6	0,4	2237
Centro-oeste	83,5	38,9	3,9	27,2	1,2	12,9	1,9	0,1	2069
Situação de Domicílio									
Urbano	81,0	28,2	5,8	28,1	2,3	15,1	4,9	0,5	6691
Rural	79,0	32,8	2,0	31,5	0,5	10,1	3,4	0,3	3298
Total	80,6	29,1	5,1	28,7	1,9	12,2	3,2	0,4	9989

Fonte: Macro International Inc., MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, Abril de 2008.

O diferencial por situação do domicílio, quando se verifica o uso de qualquer método, é, assim como no Brasil, apenas 2% superior na zona urbana. O método mais usado é a laqueadura, esta apresenta praticamente o mesmo valor tanto no meio urbano, quanto no rural. Em segundo lugar vem os hormonais, com uma prevalência um pouco maior na zona rural. Estes últimos são seguidos pelo DIU, que apresenta maior prevalência nas cidades e pelos métodos tradicionais, mais prevalentes no meio rural. Assim como observado para o Brasil, a laqueadura apresenta maior prevalência para o meio urbano, 2,3%, contra 0,6%.

A prevalência para os diferentes métodos contraceptivos de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas referentes às mulheres em união e a seus cônjuges/companheiros pode ser observada nas Tabelas 4 e 5. Quando analisamos o uso de algum método verificamos que no Brasil existe, entre as mulheres de coortes mais jovens, maior prevalência do que a observada na Colômbia. Esta diferença, entretanto, tende a cair a medida que as mulheres envelhecem, chegando a apenas 0,1% entre as que tem de 45 a 49 anos. Com relação à laqueadura, podemos verificar para os dois países que, a partir dos 30 anos, um número significativo de mulheres opta pelo procedimento e, embora, a porcentagem de laqueaduras seja menor no Brasil, entre as mulheres pertencentes a coortes mais elevadas, o número de procedimentos supera o realizado na Colômbia. É importante observar que, embora o salto na diferença de procedimentos ocorra entre as mulheres de 30 anos e mais, a porcentagem de esteriliza-

ções entre aquelas de 25 a 29 anos é bastante elevada, tendo em vista que este é um procedimento definitivo e que estas mulheres estão ainda no início de sua vida reprodutiva. A elevada prevalência de um procedimento irreversível para um grupo tão jovem de mulheres pode ser explicada quando se verifica a taxa de fecundidade específica. Tanto no Brasil, quanto na Colômbia, podemos verificar que existe um pico no segundo grupo de idade, que passa a reduzir-se a partir de então.

Tabela 3

Percentual de uso de métodos contraceptivos, mulheres atualmente unidas, por tipo de método, segundo região de residência e situação do domicílio. Colômbia, ENDS, 2005.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	N. de mulheres
		Laqueadura	Vasectomia	Hormônio oral/ Injetável	DIU	Preservativo			
Região									
Atlântica	70,3	33,9	0,2	15,0	4,4	4,9	8,7	3,0	5529
Oriental	81,3	32,2	1,0	14,6	12,8	8,4	11,2	1,2	2917
Central	79,8	30,7	3,2	18,4	9,4	7,1	9,5	1,5	4610
Pacífica	78,0	31,5	1,8	16,3	11,3	5,4	9,8	1,9	2976
Bogotá	82,6	27,0	3,0	10,8	21,0	10,0	8,3	2,4	1185
Territórios nacionais	77,0	27,4	0,3	25,0	7,6	6,8	7,8	2,1	2909
Situação de Domicílio									
Urbano	78,7	31,0	2,3	14,9	11,6	7,9	9,2	1,7	14627
Rural	76,5	31,5	0,6	16,7	10,0	4,6	10,1	3,0	5499
Total		78,2	31,2	1,8	15,5	11,2	7,1	9,5	20126

Fonte: Macro International Inc., Measure DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, abril de 2008.

Os hormônios orais e injetáveis e o preservativo nos dois países e o DIU na Colômbia são os mais utilizados entre as coortes mais jovens e também por aquelas que têm um menor número de filhos. O que se observa é que o uso de métodos em geral e também o de métodos permanentes (laqueadura e vasectomia) aumenta à medida que cresce o número de filhos. Tal fato era esperado, uma vez que, um número maior de filhos indica que o casal ou já alcançou o número desejado ou, em alguns casos, vivenciou a experiência de uma gravidez indesejada. Sendo assim, a procura por métodos mais eficazes aumenta.

Outra variável que influencia diferencialmente na escolha do método contraceptivo é o número de anos de estudo. Quanto menor o nível de instrução, maior a opção por métodos permanentes e/ou mais eficazes. Tal fato pode ser explicado pela incapacidade ou pequeno controle que as mulheres menos instruídas têm sobre sua vida reprodutiva. Seja

Tabela 5

Percentual de mulheres atualmente unidas por tipo de método, por tipo de método, segundo características socioeconômicas e demográficas do cônjuge companheiro. Brasil, PNDS 2006 e Colômbia, ENDS 2005.

Características do cônjuge/companheiro	Qualquer Método		Métodos modernos						Métodos Tradicionais		Outros		N. de mulheres					
	Laqueadura		Vasectomia		Hormônio oral/injetável		DIU		Preservativo		Métodos Tradicionais		Outros		N. de mulheres			
	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS		
Idade do cônjuge/companheiro																		
15 a 29	71,3	76,7	10,2	7,8	0,4	0,3	24,6	48,8	14,9	1,4	9,0	19,7	9,8	4,5	2,3	0,1	4942	2450
30 a 39	80,0	81,6	28,7	26,6	2,3	5,1	17,5	31,8	12,2	2,9	7,5	13,2	9,3	4,8	2,3	0,8	6648	3291
40 a 49	82,3	83,6	42,8	41,5	2,4	7,9	10,4	17,2	9,5	1,9	6,1	12,7	9,6	4,4	1,6	0,6	5680	2926
50 a 59	77,6	81,1	47,9	46,2	1,4	8,6	6,4	12,4	6,7	1,2	4,6	10,3	9,0	4,4	1,7	0,0	2355	1086
60 ou mais	70,4	68,2	43,7	39,5	4,4	1,4	3,6	8,7	3,2	2,3	6,0	10,5	8,1	7,4	1,3	0,1	488	214
Ignorado	80,2	53,4	18,8	23,2	0,0	0,0	0,3	27,1	32,0	0,0	6,0	3,6	23,1	0,0	0,0	0,0	13	22
Grau de instrução do cônjuge/companheiro																		
Alfabetização inicial	77,9	82,0	29,0	49,9	3,3	0,7	16,1	22,1	10,1	0,3	8,3	7,8	9,3	1,9	1,8	0,0	173	212
Ensino fundamental ^a	78,6	80,2	35,1	33,1	1,1	3,1	15,0	28,4	9,9	2,0	6,0	11,8	9,5	4,0	2,1	0,3	7658	5852
Ensino médio ^b	78,9	82,1	28,5	21,3	2,1	7,3	16,5	31,8	12,3	2,0	8,2	19,2	9,6	6,0	1,7	0,4	8451	2526
Pelo menos ensino médio	77,6	83,8	27,4	18,1	3,1	14,0	14,7	27,2	12,5	3,7	7,8	18,8	9,8	5,6	2,2	1,8	2733	735
Ignorado	69,1	72,5	36,2	40,1	1,1	0,3	11,0	21,6	7,6	0,4	2,7	7,2	7,5	2,9	3,1	0,8	1111	664
Total	78,2	80,6	31,2	29,1	1,8	5,1	15,5	28,7	11,2	1,9	7,1	12,2	9,5	3,2	1,4	0,4	20126	9989

Fonte: Macro International Inc, 2008, MEASURE DHS STATcompiler, <http://www.measuredhs.com>, Abril de 2008.

^a Para os dados do Brasil, foram agrupados na categoria ensino fundamental os cursos seriados e não seriados.

^b No Brasil a categoria ensino médio, inclui também os homens com curso técnico/profissionalizante.

por desconhecimento, por falta/dificuldade de acesso ou pela influência de terceiros, essas mulheres acabam optando por esses métodos. Assim, nestes países, fatores como a elevada concentração de renda, a transferência intergeracional da pobreza, e o forte preconceito de gênero e cor/raça, acabam por perpetuar a pobreza, sobretudo entre as mulheres, o que em última instância reflete sobre a prevalência dos métodos contraceptivos, acarretando um desequilíbrio no uso destes.

Com relação a variável cor/raça, mostramos dados somente para o Brasil, e podemos observar que entre as mulheres brancas e amarelas existe maior prevalência de métodos em geral. Ainda, é maior entre estas o uso de hormônios e preservativos. Já entre as negras e indígenas observa-se maior prevalência para a laqueadura. Estes dados por cor/raça apontam no mesmo sentido da educação, pois as mulheres negras e indígenas são as menos instruídas e aquelas que mais usam a laqueadura. Estes dados mostram que a seleção do método permanente para regulação da fecundidade passa por maior conhecimento e possivelmente pelo status econômico, pois sabemos que este está associado positivamente com a instrução e as menos instruídas estão, maiormente representadas entre as negras. Já para a vasectomia, a prevalência segundo cor/raça da mulher para a vasectomia apresenta também comportamento distinto do observado para a laqueadura. Os maiores valores são observados entre mulheres brancas e amarelas, respectivamente, 7,0 e 5,8%.

Este método, a vasectomia, embora seja um procedimento similar à laqueadura em termos de efeitos sobre a vida daqueles que se submetem ao procedimento, merece especial atenção. Entre as mulheres em união que mencionaram o procedimento como método contraceptivo, a maior prevalência se dá para as mulheres em idade mais avançadas no ciclo reprodutivo e para aquelas que têm dois ou três filhos. Também para os homens, a partir da idade do companheiro, a maior prevalência é verificada entre os mais velhos. É interessante notar que, para um número de filhos igual ou superior a quatro, a prevalência do procedimento volta a cair. Quando comparamos o nível de escolaridade da mulher (Tabela 4) e de seu companheiro (Tabela 5), encontramos um comportamento distinto daquele verificado para a laqueadura e mais próximo do observado para métodos hormonais e preservativos. Sobretudo no Brasil, a maior prevalência da vasectomia está associada a um maior nível de instrução. Observamos um aumento no percentual de uso do método à medida que aumenta o número de anos de estudo, chegando a 10,9% para as mulheres que têm o mais alto nível de instrução. Verificamos comportamento idêntico para o grau de instrução do homem, a prevalência é de 0,7% entre aqueles com alfabetização inicial, chegando a 14% para os que têm no mínimo ensino médio completo.

Considerações finais

A prevalência de métodos contraceptivos, captada pelas pesquisas de demografia e saúde realizadas no Brasil em 1986, 1996 e 2006 e na Colômbia em 1986, 1995 e 2005, revela que os percentuais para os diferentes métodos sofreram alterações ao longo dos anos, embora, sua distribuição siga concentrada em torno de algumas poucas opções. Na Colômbia, a laqueadura segue uma trajetória ascendente, enquanto os métodos hormonais têm sua participação reduzida. Sua prevalência passa de 19% para 15% entre o primeiro e o segundo ano analisado, sendo que este valor fica praticamente inalterado na última pesquisa. O DIU, que, embora tenha presença significativa na Colômbia, segue com uso constante ao longo dos anos. Os métodos tradicionais perdem espaço, enquanto a prevalência da vasectomia, mesmo que ainda reduzida, tenha aumentado nos últimos anos, chegando a 1,8% em 2005.

No Brasil, diferente do que ocorre na Colômbia, a laqueadura, embora ainda seja o método de maior prevalência e, tenha crescido muito entre 86 e 96, perde espaço a partir deste ano para outros métodos que já eram bastante prevalentes, mas apresentam crescimento grande neste último período. O preservativo apresentou aumento de 64%, a vasectomia teve seu uso aumentado em 49% e os hormônios orais e injetáveis, cresceram 24% entre 1996 e 2006. Devemos destacar que, embora, o uso do preservativo tenha crescido mais do que os métodos hormonais, neste período mencionado, a prevalência deste último ainda é a segunda maior observada no país. O DIU também merece uma nota de destaque, que apesar de praticamente não ser usado no país, teve percentualmente um aumento relativo, dobrando sua participação no leque de métodos contraceptivos no Brasil, mas alcançando somente perto de 2% no ano de 2006.

Com relação ao uso de métodos de acordo com variáveis selecionadas, alguns pontos merecem destaque. No Brasil, entre as coortes mais jovens, assim como entre as mulheres com menor número de filhos, é onde se observa maior prevalência de hormônios e preservativos. Na Colômbia, além desses dois métodos, o DIU, tem também prevalência significativa entre as mais jovens, 42,4% das mulheres que mencionaram este método estão representadas nas três primeiras coortes. Já a laqueadura e também a vasectomia, apresentam prevalência significativa nas coortes mais velhas, bem como entre as mulheres com maior número de filhos. Para a laqueadura, existe ainda uma participação elevada entre as mulheres de 25 a 29 anos, 18% na Colômbia e 16% no Brasil.

Os hormônios, os preservativos e a vasectomia são mais utilizados por mulheres com maior grau de escolaridade, bem como por aquelas que têm cônjuges/companheiros com maior nível de instrução. Esta distribuição fica bastante clara, sobretudo, para o Brasil⁷. Para a laqueadura, observa-se maior prevalência entre as mulheres com menos anos de estudo,

bem como para aquelas que têm cônjuges/companheiros menos instruídos. Comportamento semelhante é encontrado quando analisamos a prevalência dos métodos de acordo com cor/raça das mulheres. Entre as brancas e amarelas existe maior prevalência de hormônios, preservativos e vasectomia, já entre negras e índias, a laqueadura é mais significativa.

Mesmo esta análise não tendo entrado em discussões mais aprofundadas sobre as mudanças de gênero relacionadas aos diferenciais na prática da regulação da fecundidade via uso de métodos contraceptivos, os dados analisados apontaram para questões que devem ser avaliadas futuramente e que merecem ser pontos de acompanhamento mais permanente ao longo dos próximos anos. Vemos que a laqueadura, bem como a vasectomia, é um procedimento realizado, sobretudo, a partir dos 30 anos e também por aqueles que têm dois ou mais filhos, entretanto, as semelhanças entre os perfis daqueles que se submetem a estes procedimentos não vão muito além. Para ambos os países, o nível de instrução das mulheres e de seus cônjuges/companheiros e, para o caso do Brasil, a cor/raça das mulheres, apresentam percentuais bem distintos entre mulheres laqueadas e homens esterilizados.

O aumento da participação masculina nos métodos contraceptivos não pode ser explicado de maneira simples. A diminuição da prevalência entre os métodos femininos mais utilizados até então (hormônios e a laqueadura) e o aumento entre os métodos masculinos (preservativo e vasectomia) pode representar uma evidência sobre a *“mudança de conduta dos homens quanto a sua responsabilidade reprodutiva”*. Tal evidência, entretanto, deve ser vista com cautela. Essa maior responsabilidade pode ser fruto tanto de transformações nas relações de gênero, dados os avanços das mulheres na área de saúde e direitos reprodutivos, o que as torna mais aptas à negociação na opção pelo método a ser usado, como simplesmente refletir uma maior consciência sobre a necessidade de proteção contra infecções de transmissão sexual, tendo em vista a epidemia de AIDS e seu avanço sobre grupos heterossexuais, para o caso do preservativo. O maior número de vasectomias, dados os avanços tecnológicos para realização da cirurgia, o que a torna mais viável como opção de método, pode ainda ser encarada pelos homens como um estímulo à infidelidade, uma vez que estes não estariam sob risco de gerarem filhos fora do casamento.

O aumento da vasectomia é um caso a parte e que deve ser visto com atenção. Na Colômbia este método é oferecido, maiormente nas clínicas de planejamento familiar. No Brasil, apesar do grande aumento no SUS, este ainda é em sua maioria realizado na rede privada de Saúde (Berquó et al 2008). O que parece ocorrer com a utilização da vasectomia era um medo inicial dos homens sobre “efeitos colaterais” do uso deste método, o que aliado à responsabilização feminina pela regulação da fecundidade, fazia com que seu uso fosse inexpressivo. O número cada vez maior de vasectomias realizadas com sucesso, sem os tais “efeitos cola-

terais” vinculados à potência viril masculina, são motivadores do uso do método, além de uma provável vantagem de liberdade sexual, que desvincula o ato sexual da reprodução, seja ela em relações estáveis ou não. Talvez a estória do uso da laqueadura não tenha sido muito distinta, mas sim a postura tomada pelas mulheres mesmo diante destas crenças. A laqueadura esteve no início vinculada a crenças de efeitos colaterais como maior friquidez das mulheres após sua realização, e ainda em algumas camadas sociais isto continua sendo uma “verdade”. Entretanto, entre correr o risco à possível friquidez e ter que cuidar de mais um filho parece que as mulheres optaram pelo primeiro, fazendo com que a laqueadura fosse tão utilizada mesmo por mulheres jovens, antes dos 30 anos de idade, após alcançarem (algumas até depois) o número de filhos que gostariam de ter. A questão da maior liberdade sexual, também foi colocada para as mulheres, mas com vieses conhecidos de gênero. Para as mulheres isto pode ter gerado um fator negativo na escolha do método e, no caso dos homens, isto é gerador de motivação para sua realização (depois de transposto o medo da impotência).

Aliado a todos estes fatores de ordem comportamental dos usuários há que se estar atento ao comportamento dos profissionais de saúde. O aumento do leque de métodos à disposição da população depende muito da postura destes profissionais e de como o sistema de saúde se organiza. Ou seja, boa parte do uso de métodos pode ser explicada pela provisão destes. No caso da Colômbia, vemos que apesar do leque de métodos utilizados ser um pouquinho maior, a laqueadura continua aumentando e o DIU fica estável. Qual parcela destes a vasectomia irá substituir? Irá substituir somente o método permanente, com um equilíbrio ou até uma inversão entre laqueadura e vasectomia? No caso do Brasil, as mesmas perguntas podem ser colocadas, e até podemos dizer que os dados apontam para uma tendência de substituição entre a escolha por métodos permanentes. A facilidade da cirurgia e as “vantagens” colocadas aos homens podem simplesmente substituir um método pelo outro, ao invés de ser uma escolha pessoal informada, principalmente para a população menos instruída.

Finalmente, é preciso considerar que a Colômbia e, especialmente o Brasil, caminham para uma situação de fecundidade muito baixa (*lowest-low fertility*) em que cresce o número de mulheres e homens que não querem ter filho (Bixby et al 2008). Vários países europeus estão nesta situação, o que fez surgir o termo Terceira Transição Demográfica (Coleman 2006). Contudo, esses países possuem fecundidade muito baixa devido ao adiamento da idade do primeiro filho e aos processos característicos da Segunda Transição Demográfica (Lesthaeghe e Neidert 2007). No caso de Colômbia e Brasil, prevalece um padrão jovem de fecundidade, onde as mulheres entre 15 e 24 anos têm a maior parte dos filhos nestas idades. Em estudos posteriores, para uma melhor compreensão dos fato-

res que levam à queda da fecundidade e as mudanças observadas na prevalência de métodos contraceptivos, seria interessante analisar variáveis relacionadas ao planejamento da fecundidade, bem como as referentes ao conhecimento sobre período reprodutivo e uso de preservativo na última relação entre as mulheres que o mencionaram como método contraceptivo. Tais variáveis, quando analisadas em relação ao uso atual de métodos, podem ser bastante elucidativas das novas tendências observadas.

Notas

- ¹ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).
- ² O IPPF - International Planning Parenthood Federation é o órgão financiador do Profamilia (1967) na Colômbia e da BEMFAM (1965) no Brasil.
- ³ A Lei não especifica o número de cesarianas sucessivas a partir do qual a esterilização feminina é permitida no momento do parto. Entretanto, conforme salientam Berquó & Cavenaghi (2003): “é de comum conhecimento que três cesarianas sucessivas são usadas como parâmetro, ou seja, duas cesarianas sucessivas anteriores viabilizam a realização da laqueadura durante um terceiro parto por cesariana.” (p. 443)
- ⁴ Devemos ressaltar que naquela época o Município com maior número de hospitais credenciados era Belo Horizonte, com 14 hospitais, seguido por Cuiabá com seis hospitais.
- ⁵ A vasectomia passou a ser procedimento ambulatorial em junho de 2007 a partir da Portaria 1319/07. Esta também aumentou o valor pago pela vasectomia (de R\$20,00 para R\$108,00). A cirurgia foi incluída ainda no rol dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, o que significa que os hospitais não têm mais limites por mês para realizar o procedimento.
- ⁶ Existem críticas com relação a este modelo de clínicas que atendem exclusivamente ao público masculino. Muitos autores acreditam que a provisão de serviços em esferas separadas não garante um maior número de atendimentos bem como uma melhor qualidade do serviço prestado (ou uma melhor percepção com relação à qualidade do serviço). Além disso, os custos para se manter este modelo são elevados. Segundo Ojeda et al. (1991) as clínicas orientadas para o público masculino são bastante diferentes das tradicionais. Nessas são oferecidos serviços completamente segregados daqueles à disposição das mulheres, desde as salas de espera, até as salas de atendimento e cirurgia. Os funcionários, médicos, conselheiros, enfermeiras e recepcionistas, são também diferentes.
- ⁷ Na Colômbia os percentuais de uso de métodos de acordo com anos de estudo/grau de instrução apresentam uma distribuição mais diluída.

Bibliografia

- ALVARENGA, A. T., Duarte, G. A., Faúndes, A., Sousa, M.H. e Osis, M. J. D. (2003) Participação masculina no uso de métodos contraceptivos. *Cad. Saúde Pública*, 19 (1), 207-216. Rio de Janeiro.
- ALVES, J.E.D (1994), *Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil*, Tese

- de Doutorado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- ALVES, J.E.D. (2006) As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil. *Texto para Discussão* (21). Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro.
- ARMAS, M. A. (2008), *No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba*, Tese de Doutorado, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- BERQUÓ, E. (1987) Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 4 (1), 95-103, jan-jul. São Paulo.
- BERQUÓ, E. e Cavenaghi, S. (2003) Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 441-453.
- BIXBY, L.R., Martin, T.C. e Garcia, T.M. (2008) Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing? In: *Annual Meeting of the Population Association of America*. PAA, New Orleans.
- CADAVID-ZULETA, Ligia, Galvez, Carlos, Velez –Moreno, Juan Fernando (2004). Resistencias al descenso de la fecundidad en America Latina, estudio del caso Colombiano – In: *Anais. I Congresso da ALAP: Caxambu. MG, setembro*.
- CARVALHO, J.A., Paiva, P. e Sawyer, D. (1981) *A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação*, Monografia Nº 12, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- CHACKIEL, J. e Schkolnik, S. (2003) América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 51-74.
- COHEN, S.L. (1996) *Vasectomy and National Family Planning Programs in Asia and Latin America*. Fall. Department of Maternal and Child Health School of Public Health 3 (2), 1-23.
- COLEMAN, D. (2006) Immigration and Ethnic change in Low-fertility Countries: A Third Demographic Transition. *Population and Development Review* 32 (3), Washington.
- DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS. (2001) Assistência à Saúde: Procedimentos Hospitalares por Local de Internação. *Datasus*. [Online]. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br> [Acesso em março 2008].
- FARIA, V.E. (1989) Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências sociais hoje*. ANPOCS, São Paulo.
- FLOREZ Carmen Elisa (2000). *Las transformaciones socio-demográficas en Colombia durante el siglo XX*, Banco de la Republica, 2000, 120p.
- FLOREZ, C.E. (2005) Factores socioeconômicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18 (6), 388-402.
- FLOREZ, Carmen E. e Soto, Victoria (2006). Fecundidad Adolescente y Desigualdad

- en Colombia y la Región de América Latina y el Caribe. *Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe*. 14 y 15 de Noviembre 2006, Santiago, Chile.
- HENNING, S. (2003) La transición de la fecundidad en el mundo. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 11-32.
- LESTHAEGHE, R. e Neidert, L. (2006) The Second Demographic Transition in the United States: exception or textbook example? *Population and Development Review*, 32 (4), 669 - 698 Washington.
- MARTINE, G. (1996) Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors". *Population and Development Review*, 22 (1), 47-75.
- MERRICK, T. e Berquó, E. (1983) *The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility*. National Academy, Washington.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999) Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS (48). Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasil, Brasília/DF (1).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (2005) Secretaria de Atenção à Saúde- SAS. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília.
- OJEDA, G., Veja, A. e Vernon, R. (1991) Making Vasectomy Services More Acceptable to Men. *International Family Planning Perspectives*, 17 (2) (Jun., 1991), pp. 55-60.
- OJEDA, Gabriel, Sarmiento, Olga Lucia, Tellez, Marisol (2006). Tendencias en la dinámica anticonceptiva en Colombia 1990-2005: Estudio a profundidad de la ENDS 2005. Profamilia: Colombia, Novembro de 2006. Disponível em <http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/profundidad/tendencias/Cap%editulo%20I.pdf>. Acessado em 30 de agosto de 2008.
- ORDÓÑEZ, Myriam (1990). *La Fecundidad en Colombia 1985. Niveles, Diferenciales y Determinantes*. PROFAMILIA y DANE.
- ORDÓÑEZ, Myriam y Murad, Rocío (2002). "Variables predictoras de la salud general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil". Estudio a profundidad de la ENDE-2000, Profamilia - Fondo de Población de Naciones Unidas, Santa fe de Bogotá.
- PERPÉTUO, Ignez Oliva (2008). Anticoncepção. In: BERQUÓ, E.; Garcia, S.; Lago, T. (Coord.). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. São Paulo: CEBRAP, 2008. (Relatório final). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf>. Acesso em 4 out. 2008.
- POTTER, J.E., C.P. Schmertmann, and S.M. Cavenaghi (2002). Fertility and Development: Evidence from Brazil. *Demography*, v.39, number 4, 739-761, November.
- SCHKOLNIK, S. (2003) La fecundidad em América Latina. In: *La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución?* Santiago de Chile, Celade/Cepal, pp: 33-48.
- SCHMERTMANN, Carl P ; Potter, Joseph and ; Cavenaghi, S. M. (2008). Exploratory Analysis of Spatial Patterns in Brazil's Fertility Transition. *Population Research*

and Policy Review. Feb;27(1):1-15.

SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL/Macro International (1997). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. *BEMFAM/Macro International*, Rio de Janeiro.

VIVEROS, M. (1998) Decisiones reproductivas y dinámicas conyugales: El caso de la elección de la esterilización masculina. In: Valdés, T. e Olavarría, J. (org.) *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Santiago de Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, pp. 146-157.

ZAMUDIO, L y N. RUBIANO (1991). *La Nupcialidad en Colombia.*, Universidad Externado de Colombia., Instituto de Bienestar Familiar, Bogotá.

ANEXO

Variáveis e categorias utilizadas para a análise.			
Variáveis	Brasil	Colômbia	Categorias agrupadas
Número de filhos (as) nascidos (as) vivos (as)	0, 1, 2, 3, etc,	0, 1, 2, 3, etc,	Nenhum filho Um filho Dois filhos Três filhos Quatro filhos ou mais
Idade da mulher	15, 16, 17, ..., 49,	15, 16, 17, ..., 49,	15 a 19 20 a 24 25 a 29 30 a 34 35 a 39 40 a 44 45 a 49
Anos de estudo da mulher	1, 2, 3, ..., 12. indeterminado não sabe	1, 2, 3, ..., 12. indeterminado não sabe	0 a 3 4 a 8 9 a 11 12 ou mais Ignorado
Idade em anos do cônjuge / companheiro	15, 16, 17, etc, sem resposta não sabe missing	15, 16, 17, etc, sem resposta não sabe missing	15 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 ou mais Ignorado
Último grau concluído do cônjuge / companheiro (nível educacional)	Nenhum Classe de Alfabetização EJA (educação de adultos) Fundamental Supletivo fundamental Médio Supletivo médio Técnico profissionalizante Pré-vestibular Superior Pós-graduação	Nenhum Pré-escola Primaria Secundária Técnica e pós-secundária Universidade Pós-graduação Não sabe, sem resposta, missing	Alfabetização ou inicial Ensino fundamental Ensino médio Pelo menos ensino médio Ignorado
Método utilizado atualmente ou de método atual	Não sabe, sem resposta, missing Esterilização feminina Esterilização masculina Pílula DIU Injetáveis Implantes (Norplant) Camisinha (preservativo) Camisinha feminina Diafragma Creme/Ovulo Tabela / abstinência periódica Coito interrompido Pílula do dia seguinte Outros	Não usando Pílula DIU Injeções Diafragma Camisinha Esterilização feminina Esterilização masculina Abstinência periódica Coito interrompido Outro Implantes (Norplant) Abstinência Período de amamentação Camisinha feminina Espumicidas	Qualquer método Laqueadura Vasectomia Hormônio oral/injetável DIU Preservativo Métodos tradicionais Outros
Classificação de cor	Branca Preta Parda Amarela Indígena Respostas e respostas, sem resposta, não	- - - - -	Branca Negra Amarela Indígena Ignorado

