

Diferenciais de gênero no uso da esterilização voluntária: o caso do Brasil e da Colômbia*

Flávia Alfenas Amorim*
José Eustáquio Diniz Alves*
Suzana Cavenaghi*

Palavras-chave: planejamento familiar, diferenciais de gênero, esterilização voluntária, laqueadura, vasectomia.

Resumo

Tanto no Brasil quanto na Colômbia, a prática da esterilização voluntária vem crescendo nos últimos anos entre os homens. Tal fato pode ser comprovado a partir dos dados referentes às pesquisas de demografia e saúde realizadas nestes países. Na Colômbia, embora, a proporção de vasectomias realizadas seja ainda reduzida quando comparada ao uso de outros métodos contraceptivos (sobretudo a esterilização feminina) o número cresceu quatro vezes e meia entre a primeira pesquisa realizada (1986) e a última (2005), já entre as mulheres que mencionaram a esterilização feminina o aumento não chegou a duas vezes. No Brasil o aumento foi de seis vezes e meia para a vasectomia e uma vírgula uma (1,1) vez para a laqueadura, entre as pesquisas de 1986 e 2006. Ainda, quando comparamos as pesquisas realizadas no Brasil em 1996 e 2006, a laqueadura apresenta redução de, aproximadamente, 30%. A esterilização de maneira geral apresenta maior prevalência no Brasil, dado que, a partir de 1997, tal procedimento não só foi liberado como passou a ser pago pelo Sistema Único de Saúde (Lei 9.023/96). Neste contexto, a proposta do presente trabalho é traçar um panorama da esterilização voluntária no Brasil e na Colômbia a partir do perfil socioeconômico e demográfico das pessoas que realizaram esse procedimento. Para tanto, construiu-se tabelas, a partir dos dados referentes as pesquisas de demografia e saúde realizadas nesses países, analisando uma série de características da população de interesse em função do método contraceptivo utilizado atualmente, o que permitiu observar comportamentos distintos entre as pessoas que optam pela esterilização como método contraceptivo.

* Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Setembro de 2008.

* Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ENCE/IBGE.

♦ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

♦ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Diferenciais de gênero no uso da esterilização voluntária: o caso do Brasil e da Colômbia*

Flávia Alfenas Amorim*
José Eustáquio Diniz Alves*
Suzana Cavenaghi*

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. São vários os determinantes sociais, econômicos e culturais deste processo. Em termos de determinantes próximos da queda da fecundidade, a esterilização feminina teve um papel importante como método de terminação da parturição.

Contudo, tanto no Brasil quanto na Colômbia, a prática da esterilização voluntária entre os homens vem crescendo nos últimos anos. Tal fato pode ser comprovado a partir dos dados referentes às pesquisas de demografia e saúde realizadas nestes países. Na Colômbia, embora, a proporção de vasectomias realizadas seja ainda reduzida quando comparada ao uso de outros métodos contraceptivos, sobretudo, à esterilização feminina, o número de mulheres que se referiram a este procedimento quando perguntadas sobre o uso de métodos anticoncepcionais cresceu quatro vezes e meia entre a primeira pesquisa realizada (1986) e a última (2005), já no número de mulheres que mencionaram a esterilização feminina o aumento não chegou a duas vezes. No Brasil o aumento foi de seis vezes e meia para a vasectomia e uma vez para a laqueadura, entre as pesquisas de 1986 e 2006. Ainda, quando comparamos as pesquisas realizadas no Brasil em 1996 e 2006, a laqueadura apresenta redução de, aproximadamente, 30%. A esterilização de maneira geral apresenta maior prevalência no Brasil, dado que, a partir de 1997, tal procedimento não só foi liberado como passou a ser pago pelo Sistema Único de Saúde (Lei 9.023/96).

É importante salientar que, apesar desta mudança de comportamento na média nacional, sabemos que a realidade local é bastante diversificada. O crescimento do número de laqueaduras e, principalmente, de vasectomias depende não somente da demanda por este método, mas também da oferta nos estabelecimentos de saúde credenciados para oferecer os procedimentos. A laqueadura é um procedimento hospitalar e, portanto, necessita do credenciamento de hospitais que a realizem. Pode ser realizada 42 dias após o parto normal ou juntamente com o parto por cesariana sucessiva. Já a vasectomia, por outro lado, pode ser realizada não só por urologistas credenciados, mas também por outras especialidades médicas, além de ter a opção de ser realizada em unidades ambulatoriais.

Com relação ao programa de Pesquisas sobre Demografia e Saúde da mulher e da criança, desde 1984 as pesquisas do tipo *Demographic and Health Surveys* (DHS) fornecem informações sobre reprodução, gravidez e parto, anticoncepção, planejamento da fecundidade, acesso a medicamentos, conjugalidade e sexualidade, características do cônjuge e trabalho da

* Trabalho apresentado no III Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba - Argentina, de 24 a 26 de Setembro de 2008.

* Escola Nacional de Ciências Estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ENCE/IBGE.

♦ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

♦ Escola Nacional de Ciências Estatísticas (ENCE) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

mulher, além de outros tópicos que são incluídos a fim de atender demandas específicas dos países ou ainda, para que a pesquisa melhor se adeque aos avanços técnico-científicos, bem como as novas tendências observadas na sociedade. Essas pesquisas têm sido feitas em diversas regiões do mundo. Em alguns países as pesquisas são realizadas de maneira sistemática, como no caso do Brasil e Colômbia, o que permite um exame das tendências.

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 (esta foi feita 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. Está, além das informações imprescindíveis para a comparabilidade em âmbito nacional e internacional, apresenta novas seções referente a segurança alimentar, acesso a medicamentos e deficiência de vitamina A e anemia ferropriva. Deixa de incorporar, por outro lado, módulos sobre mortalidade materna, DSTs e AIDS e o questionário específico para homens. Na Colômbia, um número ainda maior de pesquisas do tipo DHS foram realizadas a partir dos anos 1980. A primeira, assim como no Brasil, ocorreu em 1986, a segunda em 1990, uma terceira em 1995, a quarta em 2000 e a mais recente a três anos (2005).

Algumas tendências podem ser observadas nas pesquisas do tipo DHS realizadas ao redor do mundo, entre estas podemos destacar: a continuação na queda da fecundidade, esta começou a ser observada nos países em desenvolvimento na década de 1960 e mantêm-se ainda hoje. 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. Observa-se que a fecundidade caiu mais rapidamente na Colômbia até os anos 80, mas a partir daí as taxas brasileiras aceleraram o ritmo de queda e o Brasil chegou a TFT abaixo do nível de reposição em 2006.

Vários fatores estruturais e institucionais explicam estas quedas, mas 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. 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.

Diante do exposto acima, a proposta do presente trabalho é traçar um panorama da transição da fecundidade, a evolução da distribuição e uso de métodos contraceptivos e a prevalência da esterilização voluntária no Brasil e na Colômbia. Busca-se ainda, alguns elementos para se entender os diferenciais de gênero no uso da esterilização voluntária. Para tanto, o trabalho foi estruturado da seguinte maneira. Num primeiro momento, realiza-se uma análise geral da situação nos dois países com relação a prevalência dos diferentes métodos contraceptivos, num segundo momento, são apresentadas tabelas que relacionam características socioeconômicas e demográficas ao tipo de anticoncepção utilizada atualmente, o que permite observar características e comportamentos distintos. 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) e na Colômbia, (*Encuesta Nacional de Demografía y Salud* - ENDS) respectivamente, em 2006 e 2005. Tais anos foram selecionados por se tratarem das pesquisas mais recentes realizadas nestes países.

Antecedentes

Os recentes 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 (alguns

países ainda mantenham fecundidade elevada, especialmente na África Subsaariana e em regiões muito pobres da Ásia). Embora ainda existam diferenciais elevados de fecundidade, existe um processo de convergência para níveis historicamente baixos, quando se toma em consideração as regiões desenvolvidas, as regiões em desenvolvimento e as regiões muito menos desenvolvidas. De acordo com Henning (2003, p. 30):

(...) 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.

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, como mostrou a PNDS-2006. Schkolnik (2003, p. 34) 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.

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 transição muito avançada. A recente 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 Argentina, Uruguai e Chile, só tendo à frente Cuba, cuja TFT é de 1,5 filhos por mulher (Alfonso de Armas, 2008).

Tanto na Colômbia, quanto no Brasil, às mulheres com curso superior já tinham fecundidade abaixo do nível de reposição desde os anos de 1990. Mas 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 a sua queda. Os dados mostram que foi no meio rural, nas regiões Norte e Nordeste e entre a população mais pobre que as quedas 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, p.52).

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.

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, SAWYER, 1981; MERRICK, BERQUÓ, 1983; FARIA, 1989; ALVES, 1994; MARTINE, 1996, ALVES, CAVENAGHI, 2006) e os dados atuais só confirmam estas tendências. 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 caindo, pois o número de filhos das mulheres apresentam uma tendência de queda na medida em que cresce a mobilidade social.

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 *Profamilia*¹ – *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. Com relação a ação do *Profamilia* no país, devemos mencionar a criação em 1985, em Bogotá, Medellín e Cali de clínicas para homens. De acordo com Viveros (1998, p. 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.” Ainda de acordo com o autor, a abertura dessas clínicas focadas no atendimento a demanda por regulação da fecundidade masculina: “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, p. 98).

A ausência de ações na área do planejamento familiar (sobretudo, com o objetivo de atender a demanda por regulação da fecundidade), aliada a ação de clínicas e serviços privados de controle da natalidade nesses países² e a oferta de métodos contraceptivos via mercado, colocaram em dúvida se a fecundidade baixava devido a demanda existente ou se a oferta dos métodos (a partir dos anos 60) acabou por determinar essa queda. Diferentes posicionamentos com relação ao papel desempenhado pelas clínicas que promoveram o planejamento familiar podem ser observados na literatura que trata do assunto. Enquanto para alguns o papel de tais órgãos resumiu-se a uma intervenção autoritária na esfera reprodutiva, para outros tais entidades tiveram papel importante no atendimento da demanda por regulação da fecundidade, uma vez que os serviços públicos de saúde não estavam preparados para esta

¹ O IPPF - International Planning Parenthood Federation é o órgão financiador do Profamilia (1967) na Colômbia e da BEMFAM (1965) no Brasil.

² Dentre estas podemos destacar, no Brasil, a BEMFAM — Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil; o Centro de Assistência Integral à Mulher e à Criança — CEPAIMC, criado em 1975 e a ABEPF — Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar, organizada em 1981. Todas estas se definindo como organizações privadas sem fins lucrativos. Na colômbia podemos citar a Asociación Pro-bienestar de la Familia – Profamilia, criada em 1965 e que viria a se filiar ao IPPF em 1967.

demanda e observava-se uma transformação do ponto de vista individual e familiar com relação a quantidade de filhos desejados.

Alguns autores consideram que a divulgação de métodos contraceptivos modernos foi parte de políticas internacionais de controle do crescimento demográfico, muito diferente do que ocorreu nos países europeus, onde as políticas natalistas adquiriram força após as guerras mundiais, nestes países, mulheres e homens tiveram de se organizar e lutar pelo direito de controlar a sexualidade (PEDRO, 2003)³.

Sobre a esterilização voluntária cabe destacar que a legislação brasileira até pouco tempo proibia a prática da mesma, sendo que o sistema público de saúde não pagava a realização deste procedimento. “Em 1997, a esterilização voluntária feminina e masculina foi regulamentada pela Portaria 144 do Ministério da Saúde (MS), de acordo com a Lei 9.263, de 1996”. Ainda, três anos mais tarde haveria uma mudança significativa na regulamentação da lei, por meio da Portaria 048 de 11 de fevereiro de 1999. Dentre as modificações podemos mencionar a proibição da realização da laqueadura tubária durante o período do parto ou aborto e até 42 dias depois destes, exceto em casos de cesarianas sucessivas⁴ anteriores e casos onde a exposição a outro ato cirúrgico representasse risco de vida para a mulher (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2003, p. 443).

Com relação a esterilização masculina, ainda de acordo com Berquó e Cavenaghi:

Embora menos freqüente e proibida como prática de esterilização no Brasil, antes de 1997, a vasectomia já figurava como um procedimento⁵ 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 (2003, p. 449).

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 controle da fecundidade. 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). Assim, conforme verificamos na tabela 1, a esterilização feminina se tornou o método mais utilizado dentre aqueles disponíveis para o controle da fecundidade.

A elevada utilização da esterilização feminina como método contraceptivo é resultado, por um lado, do padrão rejuvenescido da fecundidade e, de outro, da “ausência do setor público de saúde brasileiro na área do planejamento familiar”. Este não oferece uma quantidade adequada de alternativas para a população mais pobre e que não possui poder de compra via mercado, isto é, está sujeita a um “leque reduzido de alternativas” (BERQUÓ, 1987, p. 98).

O exame do que se passa no Brasil quanto à anticoncepção não deixa dúvida de que o país esteve mergulhado em programas de controle da natalidade que colocaram à disposição da população-alvo apenas dois métodos altamente eficazes, os hormônios e a esterilização, esta última irreversível, cujas conseqüências para a saúde física e mental das pessoas podem se constituir em sérios problemas de saúde pública (BERQUÓ, 1987, p. 98).

³ Na França, por exemplo, a pílula somente foi liberada para consumo em 1967. Sete anos após ter sido aprovada nos EUA e cinco após ter sido liberada no Brasil.

⁴ A Lei não especifica o número de cesarianas sucessivas a partir da qual a esterilização feminina é permitida no momento do parto. Entretanto, conforme salientam Berquó e Cavenaghi (2003, p. 443): “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”.

⁵ Estes procedimentos poderiam ser recomendados para outros propósitos e não como forma de esterilização.

A ação de clínicas e serviços privados de controle da natalidade no Brasil deve ser encarada, contudo, de maneira crítica. Embora, abusos tenham sido cometidos, tais como a utilização indiscriminada de hormônios, sem a devida orientação médica, além da esterilização em massa de mulheres, sobretudo, aquelas menos instruídas, sem que maiores informações fossem dadas sobre a natureza irreversível do procedimento, é importante reconhecer, conforme já mencionado, que tais clínicas muitas vezes foram responsáveis por atender a demanda por regulação da fecundidade existente no país.

O fato é que até praticamente o final da década de 90, tanto o planejamento familiar quanto a oferta de meios contraceptivos não eram regulamentados no sistema público de saúde brasileiro, causando as distorções já mencionadas⁶. 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, p. 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 apenas dois anos depois da regulamentação, dada a complexidade do sistema de saúde e as falhas no acesso público para a atenção básica.

Adicionalmente, devemos ressaltar que após a regulamentação da lei por 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 municípios⁷. Estes hospitais estavam localizados em capitais e grandes centros urbanos. No início de 2007 o cenário já 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.

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 uma nova tendência. A saber: o 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 observa 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.

⁶ Uso excessivo de esterilizações, uso de pílula contracepcional via mercado, leque de métodos contraceptivos bastante reduzido (praticamente pílula e esterilização feminina no caso do Brasil e pílula, DIU e esterilização feminina no caso da Colômbia), realização de esterilizações durante as cesarianas, substituição de registro de esterilizações femininas por outros procedimentos permitidos no SUS, esterilizações utilizadas como barganha de votos, etc.

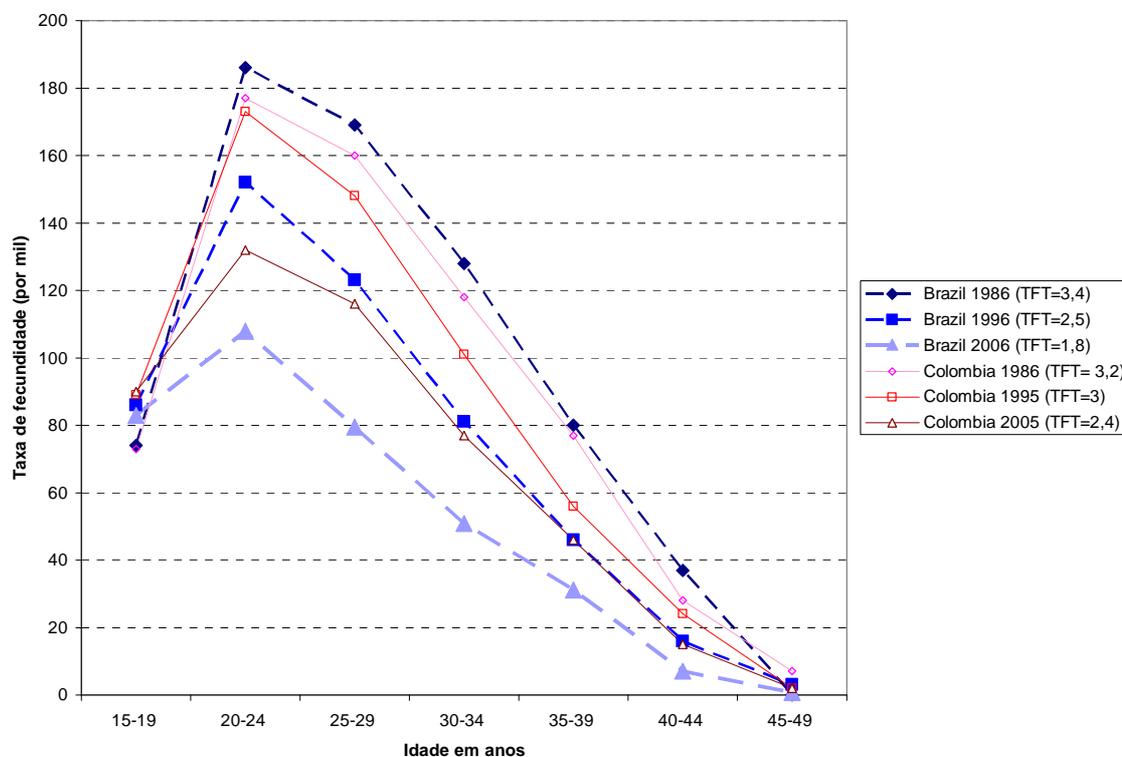
⁷ Devemos ressaltar que naquela época o Município com maior número de hospitais credenciados era Belo Horizonte, com 14 hospitais, seguido por Cuiabá com 6 hospitais.

Evolução na utilização de métodos contraceptivos registrada nas pesquisas de demográfica e saúde - Brasil e Colômbia

A taxa de fecundidade total (TFT) representa a estimativa do número médio de filhos (nascidos vivos) por mulher ao fim de sua idade reprodutiva (15 a 49 anos). As taxas de fecundidade também podem ser calculadas para grupos de idades específicos para se observar as diferenças de fecundidade em diferentes idades e para se compreender o padrão produtivo. Assim, o Gráfico 1 apresenta as taxas de fecundidade total e específicas para Brasil e Colômbia. Tais taxas foram extraídas dos relatórios das pesquisas de Demografia e Saúde de 1986, 1995/96 e 2005/06.

Pelo gráfico 1 podemos observar que Brasil e Colômbia têm um comportamento semelhante para a taxa de fecundidade total, esta apresenta uma tendência de queda nos dois países, embora, tal tendência, a partir de 1996, seja mais acentuada no caso brasileiro. Ambos os países partem de um patamar acima de três nascimentos por mulher em idade fértil, em 1986, contudo, no último ano analisado a taxa do Brasil já se encontra abaixo do nível de reposição, enquanto que na Colômbia está em 2,4 filhos. As taxas de fecundidade específicas apresentam também comportamento semelhante para os dois países, embora, a Colômbia apresente patamares mais elevados em 1995 e 2005. Nota-se que as mulheres pertencentes a coorte 15-19 anos foram as únicas que não apresentaram quedas no período, tendo até um ligeiro aumento da gravidez na adolescência na década de 1990. Assim, Brasil e Colômbia apresentam um processo de rejuvenescimento da fecundidade, pois a cada ano o peso da fecundidade das mulheres adolescentes e jovens é maior em relação à fecundidade total (Flórez, 2005).

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



Fonte: <http://esa.un.org/unpp>, revisão 2006, visitado em 14 de abril de 2008

O comportamento das taxas de fecundidade total e específica deve ser analisado paralelamente ao uso de métodos contraceptivos. Assim, a tabela 1 apresenta a prevalência na

utilização dos diferentes métodos entre mulheres unidas. Por meio desta é possível acompanhar as mudanças no uso dos métodos ao longo das pesquisas. Podemos observar que, entre os métodos modernos, enquanto a prevalência de hormônios cai, o uso da camisinha e a esterilização feminina são cada vez mais mencionados. A prevalência desta última era de 26,8% entre as mulheres unidas na PNDS de 1986 e de 18,3% na ENDS do mesmo ano. Na PNDS de 1996 passa para 40,1% e na ENDS de 1995 para 25,7%. Em 2006 os resultados da PNDS apontaram para uma nova tendência, com redução no número de esterilizações femininas, estas passam a representar 29,1% entre as mulheres unidas. Na ENDS, entretanto, a esterilização feminina seguiu sua trajetória de aumento, representando 31,2% entre as mulheres unidas na última pesquisa realizada (2005). 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 teve um incremento de 4,5% entre o primeiro e o último ano analisado.

Tabela 1

Distribuição percentual do método contraceptivo utilizado entre mulheres unidas por tipo de método, segundo ano de realização da pesquisa, Colômbia 1986-2005⁸ e Brasil 1986 - 2006.

Método Contraceptivo	Colômbia			Brasil		
	ENDS			PNDS		
	1986	1995	2005	1986	1996	2006 ⁹
Qualquer método	64.8	72.2	78.2	66.2	76.7	80,6
<i>Métodos modernos</i>	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
<i>Métodos Tradicionais</i>	11,4	11,1	9,5	9	6,1	3,2
Outros Métodos ¹⁰	2,3	2,1	1,4	0,5	0,1	0,4
No. de mulheres entrevistadas	2850	6097	19762	3471	7584	9989

Source: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, April 14 2008.

Ainda com relação a tabela 1, outras mudanças podem ser observadas. Paralelamente a redução na prevalência de laqueaduras (ou crescimento reduzido) e uso de hormônios, verifica-se um aumento no uso de métodos masculinos (preservativo e vasectomia). Os dados da PNDS de 1996 apontam para uma proporção três vezes maior de usuários de vasectomia e duas vezes e meia maior de usuários de preservativo, em comparação com os dados da pesquisa de 1986. Quando fazemos a comparação entre as pesquisas de 2006 e 1986, a proporção de usuários de vasectomia é seis vezes maior e a de usuários de preservativo, sete vezes. Quando analisamos os resultados da pesquisa realizada na Colômbia (ENDS) os números são mais discretos. A proporção de usuários de vasectomia é 1,8 vezes maior e a de usuários de preservativo, 2,5 vezes maior entre as pesquisas de 1995 e 1986. Comparando as

⁸ As ENDS's referentes aos anos de 1990 e 2000 não foram incluídas por não existirem pesquisas no Brasil para esses anos.

⁹ Por se tratar de resposta múltipla, o percentual de cada tipo de método tem como denominador o total de casos válidos na pergunta.

¹⁰ Inclui implantes, mela (amamentação), diafragma, creme, óvulos vaginais, pílula do dia seguinte, camisinha feminina, além de outros métodos tradicionais e modernos não especificados no questionário.

pesquisas de 2005 e 1986, a proporção de usuários de vasectomia cresceu 4,5 vezes e a de usuários de preservativo, 4,2 vezes. Ainda, entre a ENDS de 2005 e a de 1986 o número de laqueaduras cresceu 1,7 vezes.

Assim, uma nova tendência vem se cristalizando, de um lado diminui a prevalência entre os métodos femininos mais utilizados até então: os hormônios e a laqueadura; de outro aumenta a prevalência entre os métodos masculinos: preservativo e vasectomia. Observa-se ainda que a prevalência para os demais métodos modernos permanece praticamente inalterada. Entre as mulheres colombianas, o dispositivo intra-uterino (DIU) apresenta, em todos os anos, prevalência significativa. Esta é sempre superior a 10 pontos percentuais, enquanto no Brasil não chega a 2% nos anos analisados. Devemos destacar, entretanto, que de maneira geral “o uso de métodos contraceptivos masculinos continua baixo em nível mundial” (MUNDIGO, 1995, p. 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, 1995, p. 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, 1996, p. 213). O ideal seria uma distribuição o mais homogênea possível, onde o leque de métodos contraceptivos utilizados fosse equilibrado.

De acordo com Duarte e Alvarenga (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 os autores 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, 1992) (p. 208).

Conforme salientam Duarte e Alvarenga (2003), 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”.

De acordo com Marchi:

(...) 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 (2006, p. resumo sem pág).

No caso do Brasil, o Sistema de Informações Hospitalar (SIH) do SUS, representa também uma fonte de dados, capaz de captar o aumento mencionado no número de esterilizações entre homens. Conforme mencionado, a prática de esterilização tem crescido no sistema público tanto para mulheres quanto para homens, em decorrência da implementação da supramencionada Lei 9.023/96, após o progressivo credenciamento dos hospitais para este tipo de cirurgia. Em 1999 foram realizadas 324 vasectomias, passando para 21.924 em 2006, um aumento de 68 vezes. Nos mesmos anos, foram realizadas, respectivamente, 2.533 e 50.343 laqueaduras, um aumento de 20 vezes. Em termos relativos, o número de laqueaduras, em 1999, era de 7,8 vezes o número de vasectomias passando para 2,3 vezes em 2006. Outro

fato importante que os dados do SUS apontam é que a vasectomia já é o procedimento mais realizado em alguns Estados, como Alagoas e Distrito Federal.

Metodologia

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 seu cruzamento com o tipo de método contraceptivo utilizado atualmente. Antes que tracemos este perfil é importante observar quais foram as principais mudanças observadas com relação ao uso de métodos contraceptivos de maneira geral. Assim, procuramos apreender o perfil sócio-demográfico não apenas daqueles que utilizam a esterilização como método contraceptivo, mas também dos que utilizam os demais métodos. Tal informação nos ajuda a compreender que fatores poderiam estar influenciando as mudanças observadas na prevalência dos métodos e, em último caso, estariam levando a um aumento no número de esterilização entre os homens.

Como o 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 unidas¹¹, 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

A fonte de dados utilizada no presente trabalho são as pesquisas do tipo DHS levadas a cabo no Brasil em 1986, 1996 e 2006 e na Colômbia em 1986, 1995 e 2005. Estas vêm sendo realizadas em diversos países desde 1984 e provêm 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. Assim, as variáveis disponibilizadas referem-se a reprodução, gravidez e parto, anticoncepção, planejamento da fecundidade, acesso a medicamentos, amamentação e nutrição, vacinação e saúde, conjugalidade e sexualidade, características do cônjuge e trabalho da mulher, além de tópicos incluídos a fim de atender demandas específicas. Para realização deste trabalho as informações mais relevantes foram aquelas referentes as características socioeconômicas e demográficas das mulheres e de seus cônjuges/companheiros, bem como as relacionadas as método contraceptivo utilizado atualmente. O Quadro 1 mostra o detalhamento das características disponíveis para as variáveis utilizadas no trabalho e a descrição de cada uma delas.

Para a análise do perfil das pessoas segundo o uso atual de métodos contraceptivos, as variáveis: 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), foram categorizadas. Com relação as duas primeiras variáveis mencionadas, essas, apesar de serem contínuas, não apresentam um leque grande de alternativas, principalmente o número de filhos, pois as pessoas têm em geral poucos filhos. No caso do Brasil, por exemplo, 98% das pessoas tinham até 5 filhos. Para o número de filhos utilizamos 5 categorias, de 0 a 4 ou mais filhos. A

¹¹ Formal ou informalmente.

idade¹², no caso das mulheres, foi agrupada em grupos quinquenais a partir de 15 anos, também porque refletem padrões etários mais evidentes de fecundidade. Para os cônjuges/companheiros a idade foi agrupada em cinco grupos decenais. Os métodos contraceptivos foram agregados em seis categorias: Métodos tradicionais, Laqueadura, Vasectomia, Hormônio oral/injetável, DIU, Preservativo e outros¹³. Para a variável, ano de estudo da mulher foram criadas quatro categorias, de zero a três anos, quatro a oito, nove a onze e doze anos ou mais. A variável a partir da qual o grau de instrução dos homens foi categorizado não era contínua. Esta apresentava uma série de etapas referentes ao nível educacional¹⁴. Tais etapas foram agregadas em quatro categorias que dão conta dos seguintes níveis de ensino: alfabetização, ensino fundamental, médio e pelo menos ensino médio. Por fim, a cor/raça da mulher foi também agrupada em quatro categorias, branca, negra, amarela e indígena.

Quadro 1

Variáveis	Categorias		Descrição
	Brasil	Colômbia	
Número de filhos	0, 1, 2, 3, etc.	Idem Brasil	No. total de filhas e filhos nascidas (os) vivas(os)
Idade da mulher	15, 16, 17, ..., 49.	-	Idade em anos da mulher
Anos de estudo	1, 2, 3, ..., 12.	Idem Brasil	Anos de estudo da mulher
Idade do cônjuge/ companheiro	15, 16, 17, etc.	Idem Brasil	Idade em anos do cônjuge/companheiro
Último grau concluído do cônjuge/compan heiro	Nenhum	None	Indica o nível educacional do cônjuge/companheiro
	CA	Preschool	
	EJA	Primary	
	Fundamental	Secondary	
	Supletivo fundamental	Technical post secondary	
	Médio	University	
	Supletivo médio	Postgraduate	
	Técnico profissionalizante		
	Pré-vestibular		
Superior			
Pós-graduação			
Uso de método atual	Esterilização feminina Esterilização masculina Pílula DIU Injetáveis Implantes (Norplant) Camisinha (preservativo) Camisinha feminina Diafragma Creme/Óvulo	Not using Pill IUD Injections Diaphragm Condom Female sterilization Male sterilization Periodic Abstinence Withdrawal	Método contraceptivo utilizado atualmente

¹² No caso da Colômbia a variável idade já se encontrava agrupada em grupos quinquenais. A diferença é que na pesquisa realizada neste país (ENDS) as entrevistas são feitas a partir dos 13 anos. Neste caso foram agrupada apenas as duas primeiras categorias da variável idade da mulher.

¹³ 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.

¹⁴ Embora tais etapas deferissem para Brasil e Colômbia, foi possível criar categorias idênticas a partir das mesmas.

Quadro 1

		Categorias	
	Tabela/abstinência periódica	Other	
	Coito Interrompido	Norplant	
	Pílula do dia seguinte	Abstinence	
	Outros	Lactational amenorrhea	
		Female condom	
		Foam or jelly	
Classificação de cor	Branca	-	
	Preta	-	
	Parda	-	Cor/raça da mulher
	Amarela	-	
	Indígena	-	

Uso de métodos contraceptivos segundo características de interesse: A esterilização voluntária no Brasil e Colômbia

As tabelas 2 e 3 apresentam o uso dos diferentes métodos contraceptivos de acordo com a região e a situação do domicílio para Brasil e Colômbia. Na tabela 2 percebemos que, a exceção do Norte do Brasil, todas as demais regiões apresentam prevalência 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 são os métodos mais utilizados no Norte, Nordeste e Centro-Oeste, justamente as regiões menos desenvolvidas do país. No Sul e Sudeste a situação se inverte, o método mais utilizado são os hormônios, seguidos pela laqueadura. Em terceiro lugar, para todas as regiões, está o preservativo. 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 (dispositivo intra-uterino), embora com participação reduzida, é também mais utilizado nas regiões Sul e Sudeste, assim como os métodos tradicionais.

Para a situação do domicílio, verificamos que no meio urbano a prevalência de métodos contraceptivos é apenas 2% maior que no rural. Ainda, nas cidades o uso de hormônios 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 hormônios 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 tabela 3 verificamos que, na Colômbia, 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 hormônios são o segundo método mais utilizado em todas as regiões. Sendo seu maior uso nos Territórios Nacionais 25% e seu menor uso em Bogotá 10,8%. O DIU tem uma 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 (3,2 e 3%), já as menores prevalências estão em Atlântica e Territórios nacionais, respectivamente, 0,2 e 0,3%.

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 hormônios, 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%.

As tabelas 4 e 5 apresentam a prevalência para os diferentes métodos contraceptivos de acordo com algumas variáveis sócio-demográficas referentes as mulheres em união e a seus cônjuges/companheiros. 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 a laqueadura, podemos verificar para os dois países que, a partir dos 30 anos, um número significativo de mulheres opta pelo procedimento e, embora, o valor global 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 no número de procedimentos ocorra entre as mulheres de 30 anos e mais, o número de esterilizações entre aquelas de 25 a 29 anos é bastante elevado, 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 (gráfico 1). Tanto no Brasil, quanto na Colômbia, podemos verificar que existe um pico na segunda coorte, que passa a reduzir-se a partir de então. Essa redução é fruto, dentre outros motivos, do elevado número de esterilizações femininas realizadas nos países.

Tabela 2

Porcentagem de mulheres atualmente unidas, segundo região de residência e situação do domicílio. PNDS 2006.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	No. 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

Source: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, April 14 2008.

Tabela 3

Porcentagem de mulheres atualmente unidas, segundo região de residência e situação do domicílio. ENDS 2005.

Características	Qualquer Método	Métodos modernos					Métodos Tradicionais	Outros	No. 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	1,4

Source: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, April 14 2008.

Depois da laqueadura, vão apresentar elevada prevalência no Brasil os hormônios orais e injetáveis e o preservativo. Na Colômbia, outro método divide espaço com os dois acima mencionados, o DIU (dispositivo intra-uterino). Assim, neste país, a participação entre os métodos fica mais diluída, favorecendo uma melhor distribuição do uso. É interessante notar que esses três métodos, sobretudo os hormonais e o preservativo, 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 a 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 eficiente aumenta.

Outras duas variáveis que influenciam a escolha do método contraceptivo e que estão intimamente ligadas são, o número de anos estudados e o extrato sócio-econômico ao qual pertencem as mulheres. Quanto menor o nível de instrução, assim como, quanto menor o nível de renda, 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 e/ou pertencentes a extratos mais pobres têm sobre sua vida reprodutiva. Seja 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 inter-geracional da pobreza¹⁵, e o forte preconceito de gênero e cor/raça¹⁶, 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, observamos que entre as mulheres brancas e amarelas existe maior prevalência de métodos em geral. Ainda, é maior entre estas também, o uso de hormônios e preservativos. Já entre as negras e indígenas observa-se maior prevalência para a laqueadura. Tal fato vem corroborar o exposto acima, muitas vezes essas sofrem duplamente com o preconceito, por serem mulheres e negras.

¹⁵ A este respeito consultar ...¹⁶ A esse respeito ver ...

A vasectomia, embora seja um procedimento similar a 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 coortes mais elevadas e para aquelas que têm dois ou três filhos. Também para os homens, 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 analisamos 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. Na tabela 4, observamos um aumento no percentual de uso do método a medida que aumenta o número de anos de estudo, chegando a 10,9% para as mulheres que tem o mais alto nível de instrução. Na tabela 5 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.

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 amarela, respectivamente, 7 e 5,8%. Quando analisamos o extrato sócio-econômico ao qual pertencem as mulheres, verificamos que o uso da vasectomia é tanto maior, quanto maior o nível de bem-estar/rendimento.

Tabela 4

Porcentagem de mulheres atualmente unidas, segundo características demográficas. PNDS 2006, ENDS 2005.

Características	Qualquer Método		Métodos modernos										Métodos Tradicionais		Outros		No. de mulheres		
	Laqueadura		Vasectomia		Hormônio oral/Injetável		DIU		Preservativo										
	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	ENDS	PNDS	
Idade																			
13 a 19	56,1	66,1	0,9	0,1	0,0	0,6	23,2	44,3	12,3	0,6	7,5	22,8	9,2	3,4	3,1	0,0	1116	525	
20 a 24	71,7	77,1	7,0	4,0	0,6	0,4	26,8	53,2	14,7	1,0	9,7	21,1	10,0	3,2	2,9	0,4	2943	1343	
25 a 29	78,0	78,7	18,2	16,0	1,4	3,3	22,8	42,6	15,4	2,5	8,1	14,7	10,0	5,1	2,3	0,1	3474	1741	
30 a 34	81,5	84,7	32,1	30,9	2,6	7,3	16,7	27,3	12,5	2,6	6,8	13,9	8,7	5,2	2,0	0,7	3507	1848	
35 a 39	84,3	85,9	42,7	40,8	2,8	6,9	12,0	21,1	9,4	3,3	6,7	11,1	9,6	4,6	1,2	0,6	3487	1722	
40 a 44	83,5	86,3	46,6	44,2	2,3	8,5	8,5	14,3	8,2	2,0	7,2	13,3	9,4	5,2	1,2	0,6	2994	1528	
45 a 49	74,3	74,4	48,3	50,5	1,5	5,0	3,1	6,9	6,1		3,7	7,3	9,3	4,6	2,4	0,7	2605	1282	
Número de filhos										0,7									
Nenhum filho	36,9	54,5	0,6	0,2	0,8	1,9	15,7	34,2	1,9	0,7	7,7	16,7	7,7	4,5	2,4	0,5	1610	1128	
Um filho	70,6	76,5	2,7	2,8	0,9	2,2	24,9	45,5	18,8	3,2	9,4	21,3	11,9	6,9	2,0	0,7	4207	2283	
Dois filhos	82,8	88,3	29,8	37,4	2,6	8,8	16,1	24,9	14,4	2,1	8,3	13,3	10,2	4,0	1,5	0,5	5346	3037	
Três filhos	88,6	92,0	52,6	58,3	2,8	6,5	10,8	16,1	8,3	2,2	5,7	7,6	6,8	3,2	1,6	0,4	4172	1875	
Quatro filhos ou mais	83,3	86,9	50,0	63,9	1,1	3,8	9,8	10,6	5,6	0,5	4,4	6,0	9,5	2,9	3,0	0,2	4791	1666	
Anos de estudo																			
0 a 3	76,9	74,7	32,3	47,5	1,0	0,9	14,5	17,2	10,3	1,2	6,6	6,2	9,8	3,0	2,5	0,1	4386	1676	
4 a 8	78,7	81,4	32,7	31,2	1,9	4,9	15,2	28,7	11,1	1,6	6,7	13,4	9,4	4,1	1,8	0,3	8996	4421	
9 a 11	79,3	81,8	27,1	21,0	2,6	5,2	17,4	34,7	12,7	2,3	8,3	17,6	9,7	5,6	1,6	0,4	5915	2947	
12 ou mais	69,0	81,9	23,6	20,5	0,0	10,9	11,4	26,8	2,1	3,3	0,0	18,1	31,9	5,4	0,0	1,6	12	861	
Ignorado ¹⁷	67,1	77,5	39,3	37,1	0,3	7,1	6,7	17,0	4,4	6,5	3,6	6,2	7,2	8,1	5,6	0,0	817	84	
Cor da mulher ¹⁸																			
Branca	-	82,7	-	24,6	-	7,0	-	30,3	-	2,8	-	14,9	-	6,2	-	0,6	-	3903	
Negra	-	78,8	-	32,1	-	3,7	-	27,6	-	1,5	-	13,2	-	3,5	-	0,4	-	5532	
Amarela	-	85,7	-	29,1	-	5,8	-	28,1	-	1,3	-	23,7	-	3,5	-	0,0	-	250	
Indígena	-	78,9	-	34,3	-	4,0	-	25,3	-	0,0	-	14,9	-	5,1	-	1,3	-	205	
Ignorado	-	83,8	-	34,8	-	2,3	-	38,0	-	0,1	-	9,7	-	3,8	-	0,0	-	99	
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	

Source: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, April 14 2008.

¹⁷ A categoria ignorado inclui: sem resposta, não sabe, não respondeu, missing, ou indeterminado.

¹⁸ Para os dados da Colômbia não encontrava-se disponível qualquer informação sobre cor/etnia.

Tabela 5

Percentual de mulheres atualmente unidas por tipo de método, segundo características sócio-demográficas do cônjuge companheiro. PNDS 2006, ENDS 2005.

Características do cônjuge/companheiro	Qualquer Método		Laqueadura		Métodos modernos						Métodos Tradicionais		Outros		No. de mulheres			
					Vasec- tomia		Hormônio oral/injetável		DIU		Preservativo							
	ENDS	PNDS	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 ¹⁹	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 ²⁰	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	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

Source: Macro International Inc, 2008. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, April 14 2008.

¹⁹ Para os dados do Brasil, foram agrupados na categoria ensino fundamental os cursos seriados e não seriados.

²⁰ No Brasil a categoria ensino médio, inclui também os homens com curso técnico/profissionalizante.

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, perde espaço a partir de 1996. Paralelamente, outros métodos passam a apresentar maiores percentuais. São eles: o preservativo, com um aumento de 8%, os hormônios orais e injetáveis, que crescem 7% e a vasectomia que tem seu uso aumentado em 2,5% entre 1996 e 2006. Devemos destacar que, embora, o uso do preservativo tenha crescido mais do que o dos hormônios no período mencionado, a prevalência deste último método é a segunda maior observada no país.

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, vão apresentar maior prevalência os 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, preservativos e vasectomia são mais mencionados entre mulheres com maior número de anos de estudo, bem como por aquelas que têm cônjuges/companheiros com maior nível de instrução. Esta distribuição fica bastante clara, sobretudo, para o Brasil²¹. Para a laqueadura, observa-se maior prevalência entre as mulheres com menor número de 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 e extrato sócio-econômico ao qual pertencem. Entre as brancas e amarelas existe maior prevalência de hormônios, preservativos e vasectomia, já entre negras e índias, a laqueadura é mais significativa. Também entre as pertencentes a extratos sócio- econômicos menos abastados este último método é mais mencionado.

Assim, através das análises realizadas, podemos perceber os diferenciais de gênero com relação a esterilização voluntária. 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. As semelhanças entre os perfis daqueles que se submetem a estes procedimentos para, entretanto, por aqui. O nível de instrução das mulheres e de seus cônjuges/companheiros, o extrato sócio-econômico ao qual pertencem e, para o caso do Brasil, a cor/raça das mulheres, apresentam, conforme verificamos, percentuais bem distintos entre mulheres laqueadas e homens esterilizados.

O aumento da participação da vasectomia entre os métodos contraceptivos não pode ser explicado de maneira simples. A diminuição da prevalência entre os métodos femininos

²¹ Na Colômbia os percentuais de uso de métodos de acordo com anos de estudo/grau de instrução apresentam uma distribuição mais diluída.

mais utilizados até então (hormônios e a laqueadura) e o aumento entre os métodos masculinos (preservativo e vasectomia) representa 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 a 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. 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 encarado pelos homens como um estímulo a infidelidade, uma vez que estes não estariam sob risco de gerarem filhos fora do casamento.

Porém, 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 (Rosero-Bixby, Martin e Castro, 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, Neidert, 2007). No caso de Colômbia e Brasil prevalece um padrão jovem de fecundidade, onde as mulheres entre 15 e 24 anos tem a maior parte dos filhos nestas idades.

Em estudos posteriores, para uma melhor compreensão dos fatores 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.

Bibliografia

ALFONSO DE ARMAS, Marisol. No es lo mismo pero es igual: A singularidade da segunda transição demográfica em Cuba. Tese de Doutorado, Belo Horizonte, Cedeplar, UFMG, 2008.

ALVES, J. E. D. Transição da fecundidade e relações de gênero no Brasil. 1994. 152f. Tese (Doutorado) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1994.

ALVES, J. E. D. **As Políticas Populacionais e o Planejamento Familiar na América Latina e no Brasil**. Texto para Discussão N 21: Escola Nacional de Ciências Estatísticas. Rio de Janeiro, RJ, 2006.

AVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, 2003, vol.19 suppl.2, p.S465-S469. ISSN 0102-311X.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil)/MACRO INTERNATIONAL, 1997. Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM/Macro International.

BERQUÓ, E. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**. São Paulo, v.4, n.1, p.95-103. jan-jul/ 1987.

BERQUÓ, E. e CAVENAGHI, S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Cad. Saúde Pública*, 2003, vol.19 suppl.2, p.S441-S453.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS n.º 48, de 11 de fevereiro de 1999. Recompõe os procedimentos de esterilização - Laqueadura e Vasectomia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília/DF, 17 de fevereiro de 1999, seção 1.

BRASIL. Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde- SAS, Brasília, DF, 2005.

CARVALHO, J.A.M.; PAIVA, P.T.A.; SAWYER, D.R. A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1981. (Monografia, 12).

CAVENAGHI, S., ALVES, J.E.D. A dinâmica da fecundidade no Estado do Rio de Janeiro: 1991-2000. In: A ENCE aos 50 anos, um olhar sobre o Rio de Janeiro, IBGE, Rio de Janeiro, 2006.

CHACKIEL, Juan SCHKOLNIK, Susana. América Latina: los sectores rezagados en la transición de la fecundidad. In: CELADE/CEPAL, La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Santiago de Chile, 2004, pp: 51-74.

COLEMAN, David. Immigration and Ethnic change in Low-fertility Countries: A Third Demographic Transition. *Population and Development Review*: 32 (3), Washington, 2006.

CORRÊA, S e ÁVILA, M.B. **Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros**. In: BERQUÓ, E. (org). Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora Unicamp, 2003.

CORRÊA, S; ALVES, J.E; JANNUZZI, P.M. **Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco-teórico conceitual e sistema de indicadores**. In: CAVENAGHI, S. (org). Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006.

COSTA, A. M. **Planejamento familiar no Brasil**. 1995. Disponível em URL: <http://www.cfm.org.br/revista/bio2v4/planeja.html> [2004 jun 04].

DATASUS (Departamento de Informática do SUS). **Assistência à Saúde: Procedimentos Hospitalares por Local de Internação**, 2001. Acesso em março 2008 <<http://www.datasus.gov.br>>.

FARIA, V.E. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: CIÊNCIAS sociais hoje. São Paulo, ANPOCS, 1989.

FLÓREZ, Carmen Elisa. Factores socioeconómicos y contextuales que determinan la actividad reproductiva de las adolescentes en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2005, vol.18, n. 6, ISSN 1020-4989.

HENNING, Sabine La transición de la fecundidad en el mundo. In: CELADE/CEPAL, La fecundidad en América Latina: ¿Transición o revolución? Santiago de Chile, 2004, pp: 11-32.

LESTHAEGHE, Ron, NEIDERT, Lisa The Second Demographic Transition in the United States: exception or textbook example? Population and Development Review: 32 (4), Washington, 2006.

MARTINE, George. Brazil's Fertility Decline, 1965-95: A Fresh Look at Key Factors" in Population and Development Review, 22(1), 1996: pp 47-75.

MERRICK, T.; BERQUÓ, E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington, National Academy, 1983.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 1998, vol.14 suppl.1, p.S25-S32. ISSN 0102-311X.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, nº 45, pp. 239-260 – 2003.

ROSETO-BIXBY, Luis; MARTIN, Teresa Castro; GARCIA, Teresa Martin. Is Latin America Starting to Retreat from Childbearing? New Orleans, PAA, 2008.