

**Universidade de São Paulo**  
**Faculdade de Saúde Pública**

**Intenções e comportamentos reprodutivos de mulheres que vivenciam alta  
fecundidade em um grande centro urbano**

**Vânia Muniz Néquer Soares**

**Tese apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Saúde Pública da Faculdade  
de Saúde Pública da Universidade de São  
Paulo para a obtenção do título de Doutor  
em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Materno-Infantil**

**Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nélia Schor.**

**São Paulo**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Intenções e comportamentos reprodutivos de mulheres que vivenciam alta  
fecundidade em um grande centro urbano**

**Vânia Muniz Néquer Soares**

**Tese apresentada ao Programa de Pós -  
Graduação em Saúde Pública da Faculdade  
de Saúde Pública da Universidade de São  
Paulo para a obtenção do título de Doutor  
em Saúde Pública.**

**Área de concentração: Materno-Infantil**

**Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Néia Schor**

**São Paulo**

**2009**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

## MARIA-SEM-VERGONHA DE SER MULHER

Já são tantas. Milhares. Milhões. Uma verdadeira  
Rama, florescendo por todo o planeta. Lilás.  
São Maria - sem - vergonha de ser mulher.  
Não são só florzinhas. São mulheres se agrupando,  
Misturando suas cores, gritando seus encantos,  
Exibindo suas verdades.  
São domésticas, bailarinas, médicas, estudantes, bancárias,  
Professoras, escritoras, garis, brancas, negras, índias,  
Meninas...  
São sem vergonha de lutar,  
Acreditar, denunciar, exigir, reivindicar, sonhar...  
São sem vergonha de dizer  
Que ainda falta trabalho, salário digno, respeito...  
Que ainda são vítimas de violência física,  
Da porrada, do assédio, do estupro, do aborto,  
Da prostituição, da falta de assistência...  
São Maria - sem - vergonha de se indignar  
Diante do preconceito, da escravidão, da injustiça,  
Da discriminação aos seus cabelos pixaim  
E à sua pele negra...  
São Maria - sem - vergonha de brigar por creches,  
Meio ambiente, pelo direito de ter ou não ter filhos...  
São Maria - sem - vergonha de ficar bonita,  
Pintar a boca e da sua boca soltar um beijo  
Que não vem de sua boca, mas de seu ser inteiro,  
Indivisível, solidário.  
São Maria - sem - vergonha de dizer NÃO, de buscar  
Alegria, prazer... Sem vergonha de se cuidar,  
De usar camisinha e de se apaixonar. Atrevidas,  
Maria - sem - vergonha de decidir, fazer política,  
Escolher e ser escolhida.  
São essas sem vergonha que  
A cada tempo mudam a história,  
Conquistam direitos, dão a vida.  
Geram outras vidas insistentemente.  
Desavergonhadamente vão tecendo de cor e beleza,  
O desbotado das relações humanas,  
Sem medo, sem disfarce, sem vergonha de ser feliz  
Vão parindo com dores e delícias um novo mundo  
Pra mulheres e homens  
Um novo mundo pra "comunidade dos seres"

Nanci Silva

Dedico com alegria este trabalho

A José Carlos Soares, esposo e companheiro de todas as horas.

Aos meus filhos, Hellen e Herick, que compreenderam minha “ausência” e a importância de completar esta jornada.

Aos meus pais, Ana e Calypso, que me guiaram com carinho até a vida adulta e me permitiram a conquista de uma profissão.

Aos meus irmãos Anete, Cleto, Leila e Dalto que são parte importante da minha vida.

Aos amigos que sempre me apoiaram.

## AGRADECIMENTOS PESSOAIS

A cada uma das mulheres que concederam as entrevistas, que gentilmente nos receberam em seus domicílios e que nos forneceram os ricos subsídios para este estudo.

À professora, Dra Néia Schor, pela orientação e ensinamentos.

A todos os professores da FSP/USP, pela ampliação dos meus conhecimentos.

À Dra Augusta Alvarenga e à Dra Katia Pirotta, pelas contribuições na banca de qualificação. Aos membros da banca final: Dra Kátia Cibelle Machado Pirotta, Dra Kleyde Ventura de Souza, Dra Maria Graciella Gonzales Peres Morell, Dra Carmen Simone Grilo Diniz, pelas criteriosas sugestões e contribuições para aperfeiçoamento desta pesquisa.

Aos alunos, companheiros do curso de doutorado, e especialmente a Carlos Tavares, natural de Cabo Verde, com quem compartilhei diversas disciplinas e produção científica.

A Márcia Olandoski, Dilma Regina Gribogi Kalegari, Maria Glauce F. S. Slomp pelo excelente trabalho prestado nas análises estatísticas.

A Cléia Garcia Lazarotto, pelo manejo do banco de dados do SINASC e pela agilidade no fornecimento das informações necessárias ao desenvolvimento do trabalho.

A Vera Lucia Barbosa e a Karina Quadrado, pela revisão da tese.

A Marisa Magalhães pela atenção, orientações e fornecimento dos dados de população do Ipardes.

Às amigas Kleyde Ventura, Cristiane Pagnini, Elizabeth Berardino, Ligia Mendonça e Rose Fischer pela interlocução e colaboração para efetivação desta tese.

Às colegas docentes da Universidade Tuiuti do Paraná (UTP) e aos colegas da SESA pelo apoio, colaboração e estímulo.

Às alunas da Faculdade de Enfermagem da UTP, especialmente Rosângela, Kelly e Cristiane, pelo empenho na realização das entrevistas, digitação dos dados e transcrição das entrevistas.

Às mulheres especiais, D. Isolde Santoro, que há tantos anos nos ajuda nos cuidados com a casa e com os filhos, e Alice Regina de Jesus, professora de Yoga, por ajudar a manter minha saúde e me fortalecer para esta caminhada.

A cada uma das mulheres que concederam as entrevistas, que gentilmente nos receberam em seus domicílios e que nos forneceram os ricos subsídios para este estudo.

## AGRADECIMENTOS INSTITUCIONAIS

À Faculdade de Saúde Pública da USP pela oportunidade de concretizar este sonho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba pelas informações fornecidas e pelo apoio ao projeto.

À Secretaria Estadual de Saúde pela liberação parcial para a realização do doutorado.

À FAPESP pelo financiamento da pesquisa, viabilizando a realização desta pesquisa.





## RESUMO

**Introdução:** As escolhas relacionadas à fecundidade são complexas e envolvem idéias e valores das sociedades e de seus integrantes. Existem muitos estudos que procuram explicar a fecundidade a partir de variáveis socioeconômicas e culturais, mas não indagam os motivos que teriam levado as mulheres a proceder de uma forma ou de outra para a formação de suas famílias. A fecundidade abaixo do nível de reposição é observada nos grandes centros urbanos brasileiros há algumas décadas, mas permanecem diferenciais intra-urbanos que precisam ser identificados, assim como seus determinantes.

**Objetivo:** Identificar os diferenciais de fecundidade no município de Curitiba e contribuir para o conhecimento e entendimento do comportamento reprodutivo, motivações e vivência das mulheres com alta fecundidade.

**Metodologia:** Pesquisa quantitativa e qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Analisou-se inicialmente a tendência da fecundidade e os diferenciais por bairro. O estudo na etapa quantitativa incluiu 441 mulheres residentes em Curitiba que tiveram o quinto ou mais filhos nascidos vivos em 2005, identificadas pelo SINASC. Para coleta dos dados nesta etapa utilizou-se questionário semi-estruturado. Os dados foram organizados em banco de dados Access e analisados com o uso do programa computacional Statistica v.8.0. Os sujeitos da etapa qualitativa constituíram-se de nove mulheres entrevistadas em profundidade a partir de roteiro temático. Os dados qualitativos foram interpretados seguindo os ensinamentos da "análise de conteúdo".

**Resultados:** A taxa de fecundidade em Curitiba chegou a 1,5 filhos por mulher em 2005, mas com diferenciais intra-urbanos. Nove dos 75 bairros de Curitiba concentravam 59,6% das mulheres com alta fecundidade. Cerca de 90% das entrevistadas tiveram mais filhos do que desejavam. O número ideal de filhos referidos variou entre 2,4 e 2,9. No momento da entrevista 85% das mulheres usavam algum método contraceptivo com prevalência da laqueadura e da pílula. A esterilização voluntária foi efetivada para apenas 36,4% das mulheres e 42% dos homens solicitantes. A auto-avaliação de saúde "não boa" foi referida por 40% das mulheres. As entrevistadas relataram dificuldade de acesso aos programas de proteção social e à casa própria. Contribuíram para o maior número de filhos, as falhas dos programas de planejamento familiar, a falta de informação e domínio da negociação no uso dos métodos contraceptivos, as desigualdades de gênero e a vulnerabilidade psico-afetiva das mulheres. As entrevistadas da etapa qualitativa vivenciaram trajetórias reprodutivas e produtivas conflituosas marcadas pelas desigualdades sociais e de gênero. A maioria das mulheres do estudo apresentava elevada vulnerabilidade social.

**Conclusões:** Uma diversidade de fatores, além dos socioeconômicos, exerce influência na definição da maternidade e do número de filhos. Identificou-se que são necessárias medidas que implementem o acesso à contracepção, a inclusão dos homens neste processo, a capacitação de profissionais para a assistência sexual e reprodutiva. São indispensáveis a promoção de políticas compatíveis para realização da maternidade, que facilitem a participação das mulheres no mercado de trabalho e promovam a equidade entre os sexos tanto neste mercado quanto no âmbito doméstico e medidas efetivas de proteção social. A liberação da laqueadura no pós-parto normal imediato foi recomendada, com vistas a agilizar e facilitar o acesso das mulheres a este procedimento.

**Descritores:** fecundidade, comportamento reprodutivo, contracepção, planejamento familiar, saúde reprodutiva e sexual, direitos reprodutivos e sexuais.

## ABSTRACT

**Introduction:** The choices concerning about fertility are complex because they involve ideas and values of societies and their members. Many studies seek to explain the fertility socioeconomic and cultural changeable but don't consider the women reasons to select one way or another to form their families. The fertility rate below the replacement is observed in Brazilians urban centers a few decades ago, but is necessary to identify the intra-urban differentials remain and its determinants.

**Objective:** To identify the fertility differentials in Curitiba and to contribute to the women with high fertility reproductive behavior knowledge and comprehension, their motivations and experiences.

**Methodology:** quantitative and qualitative researches, descriptive and exploratory in nature. The trend in fertility and the differentials were examined by neighborhood initially. The study included 441 women living in Curitiba which had the fifth or more children born alive in 2005 and identified by SINASC. In this step the data collect used a semi-structured questionnaire. They were organized in Access database and analyzed using the Statistica computer program, v.8.0. Nine women were the qualitative phase subjects interviewed in depth from thematic roadmap. Qualitative data were interpreted by following the teachings of the "content's analysis."

**Results:** The rate of fertility in Curitiba reached 1.5 children per woman in 2005, but with intra-urban differentials. Nine of the 75 districts of Curitiba concentrated 59.6% of women with high fertility. About 90% of respondents had more children than desired. The ideal number of children referred ranged between 2.4 and 2.9. At the time of the interview 85% of women were using contraceptive methods, with prevalence of sterilization and the pill. The voluntary sterilization was carried out for only 36.4% of women and 42% of male applicants. The self-assessment of health "not good" was cited by 40% of women. Interviewees reported difficulty of access to programs of social protection and housing. Contributed to the largest number of children, the failures of programs for family planning, lack of information and area of negotiation in the use of contraceptive methods, inequalities of gender and psycho-emotional vulnerability of women. Subjects of qualitative stage experienced conflict trajectories reproductive and productive marked by social inequality and gender. Most women in the study had high social vulnerability.

**Conclusions:** A variety of factors, in addition to the socioeconomic, exerts influence on the definition of motherhood and the number of children. It was identified that are necessary to implement the access to contraception, the inclusion of men in this process, the training of professionals for sexual and reproductive assistance. It's essential to promote politics for consistent implementation of motherhood, to facilitate the participation of women in the labor market and promote equity between the sexes in this market as both under domestic and effective measures of social protection. The release of sterilization in the immediate post-normal delivery was recommended, in order to expedite and facilitate women's access to this procedure.

**Keywords:** fertility, reproductive behavior, contraception, family planning, reproductive and sexual health, reproductive and sexual rights.

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>APRESENTAÇÃO: SOBRE O TEMA, A TRAJETÓRIA PESSOAL E</b>	<b>15</b>
	<b>PROFISSIONAL</b>	
<b>2.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>19</b>
2.1	Fecundidade como Questão Demográfica e de Saúde Pública	20
2.2	A Fecundidade como Questão Social e Política	28
2.3	O Lugar da Fecundidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil	33
2.4	Sobre a Relação entre Alta Fecundidade e Saúde da Mulher	37
2.5	Contracepção: um Desafio para a Saúde Pública	39
2.6	Gênero, Direitos Sexuais e Reprodutivos: o Lugar da Liberdade de Opção	45
<b>3.</b>	<b>HIPÓTESES E OBJETIVOS</b>	<b>49</b>
3.1	Hipóteses	49
3.2	Objetivos	49
<b>4.</b>	<b>ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>50</b>
4.1	Detalhamento da Etapa Quantitativa	51
4.1.1	População alvo	52
4.1.2	Coleta de dados	53
4.1.3	Processo de análise dos dados quantitativos	55
4.1.4	Processo de análise das perguntas abertas da etapa quantitativa	55
4.2	Detalhamento da Etapa Qualitativa	56
4.2.1	Sujeitos do estudo	56
4.2.2	Coleta e Análise dos Dados	57
4.3	Aspectos Éticos da Pesquisa	58
4.4	Cenário do Estudo	59
4.4.1	O sistema de saúde municipal	59
<b>5.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA</b>	<b>63</b>
5.1	Capítulo 1 - Níveis e Tendência da Fecundidade e a Política de Planejamento Familiar em Curitiba	63
5.1.1	Níveis e Tendência da Fecundidade em Curitiba	63
5.1.2	Política de Planejamento Familiar em Curitiba	72
5.1.3	Discussão do capítulo 1	76
5.2	Capítulo 2 - Características Sociodemográficas e Reprodutivas das Mulheres com Alta Fecundidade e o Perfil dos Companheiros	82
5.2.1	Características das mulheres com alta fecundidade	82
5.2.2	Características do companheiro	87
5.2.3	Perfil reprodutivo das mulheres com alta fecundidade	89
5.2.4	Discussão do capítulo 2	91
5.3	Capítulo 3 - Intenções Reprodutivas de Mulheres com Alta Fecundidade e Planejamento dos Filhos	93
5.3.1	Planejamento da fecundidade pela mulher e companheiro	98
5.3.2	Discussão do capítulo 3	106
5.4	Capítulo 4 - Anticoncepção: Conhecimento, Acesso, Uso e Diferenciais no Uso dos Métodos.	109

5.4.1	Diferenciais no uso atual da anticoncepção	111
5.4.2	Fontes de obtenção e acesso aos métodos	112
5.4.3	Discussão do capítulo 4	115
5.5	Capítulo 5 - A Vida Sexual e a Saúde das Mulheres	118
5.5.1	Discussão do capítulo 5	124
5.6	Capítulo 6 - Proteção Social para Criação dos Filhos	127
5.6.1	Discussão do capítulo 6	131
<b>6.</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA</b>	134
<b>7.</b>	<b>CONCLUSÕES</b>	155
<b>8.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES</b>	162
<b>9.</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	166
	<b>ANEXOS</b>	174
Anexo 1	Roteiro de entrevista	
Anexo 2	Roteiro temático das entrevistas da etapa qualitativa	
Anexo 3	Perfil das entrevistadas na etapa qualitativa a partir dos dados da etapa quantitativa	
Anexo 4	Quadro resumo da análise de conteúdo	
Anexo 5	Termo de consentimento livre e esclarecido	

### **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Taxa de fecundidade total e percentual de mulheres em união de 15 a 49 anos de idade segundo o uso de métodos contraceptivos, em países selecionados 1996/2003	41
Tabela 2	Taxa de natalidade (TN), taxa de fecundidade geral (TFG) e taxa de fecundidade total (TFT) Curitiba e Paraná, 1995- 2007	64
Tabela 3	Número e percentual de nascidos vivos tidos por mulher em Curitiba, Interior e Paraná 2005, 2006, 2007	66
Tabela 4	Número e % de mulheres com alta fecundidade (cinco ou mais filhos), taxa de fecundidade específica (TFE) das mulheres de 15 a 19 anos, taxa de fecundidade total (TFT), taxa de fecundidade geral (TFG), por bairros de Curitiba, 2005	69

Tabela 5	Quantitativo de métodos contraceptivos distribuídos em Curitiba entre 2005 e 2007	75
Tabela 6	Número de laqueaduras e vasectomias realizadas em Curitiba e no Paraná e proporção destes procedimentos realizados em Curitiba em relação ao total do Paraná, 2000 -2007	76
Tabela 7	Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo procedência/naturalidade, tempo de residência e número de irmãos, Curitiba, 2005	83
Tabela 8	Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo idade, escolaridade, religião e raça, Curitiba, 2005	84
Tabela 9	Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo estado civil e número de uniões, Curitiba, 2005	85
Tabela 10	Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo ocupação e renda, Curitiba, 2005	86
Tabela 11	Número e percentual dos companheiros das mulheres com alta fecundidade segundo procedência, tempo de residência em Curitiba e número de irmãos, 2005	88
Tabela 12	Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo variáveis do perfil reprodutivo, Curitiba, 2005	90
Tabela 13	Número ideal de filhos - distribuição percentual de todas as mulheres por número ideal de filhos nas atuais condições de vida, mulheres unidas e não unidas segundo número de filhos vivos tidos, Curitiba, 2005	94
Tabela 14	Número médio ideal de filhos segundo características sociodemográficas, Curitiba, 2005	97
Tabela 15	Número ideal de filhos para as mulheres com alta fecundidade e para o companheiro, Curitiba, 2005	98
Tabela 16	Motivos referidos pelas mulheres com alta fecundidade para o número atual e filhos, Curitiba, 2005	99
Tabela 17	Influência do companheiro na definição do número de filhos, Curitiba, 2005	100
Tabela 18	Opinião do marido sobre o número de filhos, Curitiba, 2005	101
Tabela 19	Vantagens e desvantagens referidas em ter este número de filhos, Curitiba, 2005	102
Tabela 20	Opiniões das pessoas sobre mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005	105
Tabela 21	Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos pelas mulheres	110

com alta fecundidade, Curitiba, 2005

Tabela 22	Métodos contraceptivos usados de acordo com idade, escolaridade, religião, raça, estado civil, uniões e renda (resultados expressos em percentuais), Curitiba, 2005	112
Tabela 23	Distribuição percentual das fontes de obtenção dos métodos contraceptivos, Curitiba, 2005	113
Tabela 24	Motivos alegados pelos homens para não solicitar vasectomia, Curitiba, 2005	114
Tabela 25	Motivos para os homens não terem realizado vasectomia, Curitiba, 2005	114
Tabela 26	Número e percentual de mulheres segundo a idade no início da atividade sexual, no primeiro parto e intervalo entre início da vida sexual e primeiro filho, Curitiba, 2005	118
Tabela 27	Vida sexual auto-referida pelas mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005	119
Tabela 28	Saúde auto-referida pelas mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005	120
Tabela 29	O significado de boa saúde para as mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005	121
Tabela 30	Problemas de saúde apresentados nos últimos doze meses, Curitiba, 2005	122
Tabela 31	Problemas de saúde auto-referidos pelas mulheres com alta fecundidade devido à gravidez, Curitiba, 2005	123
Tabela 32	Necessidades apontadas pelas mulheres com alta fecundidade para cuidar melhor dos filhos, Curitiba, 2005	127
Tabela 33	Acesso aos programas governamentais, Curitiba, 2005	128
Tabela 34	Adequabilidade das condições de moradia das entrevistadas segundo observações das entrevistadoras, Curitiba, 2005	130

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estimativa da distribuição dos métodos anticoncepcionais no Brasil em 2005	45
----------	--	----

Quadro 2	Controle das entrevistas na etapa quantitativa	52
----------	--	----

### **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1	Taxa específica de fecundidade por faixa etária Curitiba, 1995-2007	65
-----------	---	----

### **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1	Filhos tidos x número de filhos que preferia ter nas mesmas condições de vida	95
Figura 2	Filhos que preferia ter nas mesmas condições de vida x filhos que desejava ter se tudo fosse como gostaria	95

### **LISTA DE MAPAS**

Mapa 1	Administrações regionais ruas da cidadania e bairros de Curitiba	62
Mapa 2	Proporção de mulheres com alta fecundidade por bairro, Curitiba 2005	71
Mapa 3	Taxa de fecundidade total por bairro, Curitiba 2005	71
Mapa 4	Taxa de fecundidade específica das adolescentes (15-19 anos), Curitiba, 2005	71



## 1. APRESENTAÇÃO: SOBRE A TEMÁTICA, A TRAJETÓRIA PESSOAL E PROFISSIONAL

Convivi com quatro irmãos, minha mãe com sete, minha avó com doze, minha filha com um único irmão... E eles? Desejarão ter filhos?

O “desejo” de constituir famílias numerosas parece não mais existir ou encontra maior dificuldade de se concretizar. As pesquisas mostram uma tendência à convergência dos comportamentos reprodutivos ao modelo de famílias nucleares (pai, mãe, dois filhos) e a ampliação do modelo de casais sem filhos.

Ter muitos filhos é tido como um “valor negativo”, uma irresponsabilidade, uma ameaça à ordem pública e ao desenvolvimento, principalmente se as mulheres que decidirem ter mais filhos forem categorizadas como pobres. “Elas não têm este direito!”

Os discursos neomalthusianos permanecem implícitos ou explícitos nos discursos de setores importantes da sociedade (academia, governo, mídia); alguns acreditam ainda que a “esterilização em massa” seria solução para estas mulheres, apropriando-se, por meio de discursos e ações, de seus corpos e de seu direito de decidir. Sistemáticamente ressurgem na mídia brasileira a idéia da explosão demográfica para impor o controle da natalidade dos mais pobres na busca de um suposto desenvolvimento e da igualdade para todos. Constata-se, no entanto, que a acentuada queda de fecundidade na maioria dos países, não reduziu as disparidades entre ricos e pobres.

Poderíamos então questionar se as mulheres estão tendo um menor número de filhos por que desejam ou, novamente, devido a uma imposição econômica, que cobra a presença das mulheres no mercado de trabalho, mas não lhes garante o apoio e a proteção social necessários para o cuidado de sua prole.

Estudar e entender o comportamento daquelas que transgridem os modelos vigentes de famílias pequenas, permanecendo em alta fecundidade, e que convivem heroicamente com muitos filhos no atual momento político e econômico, é uma dentre as várias questões da saúde e da cidadania que me estimulam e instigam a atuar e a estudar os direitos e a saúde das mulheres.

Na perspectiva de colaborar para o entendimento e a melhoria das condições de saúde das mulheres, atuei durante quatorze anos na assessoria técnica dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna no Paraná (1989-2003) os quais visavam identificar

os óbitos maternos, demonstrar como e porque as mulheres morriam no processo de reprodução e, apontar as medidas preventivas. Descobri, com este trabalho, que o ônus da manutenção da espécie recai exclusivamente sobre as mulheres, em especial as mais desprotegidas social e economicamente, e que o fato de uma mulher estar grávida e ser mãe de muitos filhos não é por si só o determinante do risco de morte; o que define esse risco são, sim, as condições da assistência à saúde e as desigualdades sociais.

A abrupta queda da fecundidade no Paraná, e em Curitiba, nos últimos anos não foi acompanhada, na mesma proporção, pela redução da mortalidade materna, e um grande número de mulheres continua morrendo por falhas da assistência obstétrica.

As preocupações com a saúde da população, e especialmente com a saúde das mulheres, marcaram e determinaram minha trajetória profissional. Assim, ao concluir o Curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná, em 1979, busquei ampliar minha formação na área da Saúde Pública. Ingressei em 1980 na Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e, após um curso de Aperfeiçoamento em Saúde Pública, fui trabalhar no município de Francisco Beltrão, município com menos de 50 mil habitantes no oeste do estado. Lá permaneci por três anos em um centro de saúde gerenciado pelo estado, o que me permitiu vivenciar a realidade de um sistema de saúde municipal pequeno. Retornando a Curitiba em 1983, passei a atuar na 2ª Regional de Saúde que assessorava os municípios da Região Metropolitana de Curitiba e a capital. Posteriormente fui indicada como chefe do Centro de Saúde da Barreirinha em Curitiba, ainda quando só médicos podiam assumir esta função. Participei e concluí em 1985, o Curso de Especialização em Saúde Pública e, em 1986, ingressei no Mestrado de Enfermagem em Saúde do Adulto na UFSC, em Florianópolis. Defendi em 1991, após duas gestações e o nascimento dos meus dois filhos, a dissertação sobre “Tendência da Mortalidade por Câncer de Mama e Colo Uterino no Paraná” confirmando, nesta época, minha intenção em concentrar estudos e trabalho na área da Saúde da Mulher.

Em 1988 retornei à SESA, no nível central, no “Setor de Estatísticas Vitais” do Centro de Epidemiologia. Em 1989 passei a atuar na Comissão Interinstitucional de Saúde da Mulher (CIS – Mulher) coordenada pelo Dr. Luiz Fernando Cajado de Oliveira Braga, renomado obstetra e professor da Universidade Federal no Paraná, que propôs na época a implantação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna em todo estado. Organizamos então uma rede de comitês em todo estado e criamos e implantamos o Sistema de Vigilância à Mortalidade Materna do Paraná, que permanecem atuantes. Em 1994, com o falecimento do Dr. Braga, assumi a presidência

do Comitê Estadual por dois anos e, por mais dois, como vice-presidente. Posteriormente a presidência foi se alternando e eu continuei por mais nove anos no cargo de assessora ou coordenadora operacional dos comitês, num total de quatorze anos de atuação na implementação dos mesmos. Foi um período em que busquei, junto com os membros dos Comitês e técnicos da SESA, articular instituições e pactuar ações para reduzir a mortalidade materna ao mesmo tempo em que aperfeiçoávamos gradativamente o nosso sistema de vigilância dos óbitos maternos. Durante este período realizamos, em conjunto com alguns membros do Comitê, uma série de estudos sobre a situação da mortalidade materna no Estado do Paraná buscando alertar para a magnitude do problema e apontar estratégias de ação. Realizamos oficinas e discussões com os movimentos de mulheres sobre a temática da mortalidade materna, do parto humanizado e dos direitos reprodutivos.

Devo destacar que contribuíram e tiveram grande importância na minha vida e formação a participação em dois cursos promovidos pelo Núcleo de Estudos de População (NEPO) da UNICAMP: o 8º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, em 1999, e o 9º Programa de Estudos em Metodologia de Pesquisa de Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, em 2003. Ambos me possibilitaram uma maior compreensão sobre as questões de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, e sua relação com as questões da saúde da mulher, bem como o acesso a um excelente aporte teórico disponibilizado pelo curso. Procurei, posteriormente, divulgar e discutir estes conhecimentos no próprio Comitê e junto aos movimentos organizados de mulheres. Nesta época iniciei, de certa forma, uma militância feminista.

Em decorrência destes cursos participei de dois estudos multicêntricos: Estudo sobre direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária, em 2000, e Estudo multicêntrico para avaliação da situação das cesáreas no país após as portarias nº 2816, nº 965 e nº 466 do Ministério da Saúde, em 2001, ambos coordenados pela Dra Elza Berquó, a quem muito admiro e respeito e com quem muito aprendi. Em 2004 desenvolvi como bolsista da UNICAMP e da Fundação FORD, pesquisa sobre as Desigualdades em Saúde Reprodutiva no Estado do Paraná.

Tenho defendido também, com vistas à saúde materna e neonatal, a bandeira do Parto humanizado, com a certeza de que, dadas as suas evidências científicas, este modelo de assistência poderia contribuir para um parto mais seguro e prazeroso e, reduzir a mortalidade materna e neonatal. Participei por diversas vezes da diretoria da

Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica, seção Paraná (ABENFO-Pr), e neste espaço tive a oportunidade, juntamente com a diretoria, de divulgar através de oficinas, reuniões, seminários, a proposta do parto humanizado, dentre outras.

No final de 2003, afastada dos comitês por divergências ideológicas e políticas com o então secretário estadual de saúde, passei a atuar como técnica no Programa Estadual de Prevenção e Controle do Câncer de Mama e Colo Uterino. Pude observar mais uma vez que as ações da saúde da mulher se dão de forma desarticulada e fragmentada em todos os níveis desde o planejamento até o momento da assistência. Tratando-se assim de mais um programa desarticulado em relação aos demais programas e políticas, o PAISM/PNAISM estava longe de ser garantido e disseminado como uma Política de Saúde do Estado.

Em julho de 2004 iniciei minha carreira como docente da graduação em Enfermagem em escola privada de Curitiba. Em 2005 ingressei no doutorado na Faculdade de Saúde Pública da USP, com o propósito de desenvolver pesquisas na área da Saúde das Mulheres. Ao mesmo tempo, atuar com mais propriedade junto ao movimento organizado de mulheres, contribuindo para o empoderamento feminino e a implementação da Atenção à Saúde Sexual e Reprodutiva com enfoque na Atenção Integral à Saúde da Mulher como política de saúde no Estado do Paraná.

Estudar, nesta pesquisa, a **Vida** das mulheres com alta fecundidade, e **não a Morte** (uma vez que estudei e analisei os óbitos maternos por quase quinze anos nos Comitês) teve como uma das metas incorporar novos aportes às novas e antigas questões relacionadas à fecundidade, à demografia, aos direitos e à saúde sexual e reprodutiva, considerando a possibilidade de criação de um Sistema de Acompanhamento/Monitoramento e Apoio Social para assistir as mulheres com alta fecundidade, garantindo a todas os direitos constitucionais de uma vida digna para si e sua família, assim como para as demais mulheres.

A conclusão deste curso de doutorado deixou de ser um sonho e foi com certeza um grande passo na minha trajetória pessoal e profissional.

## 2. INTRODUÇÃO

Os temas da sexualidade e da maternidade/paternidade têm sido encarados atualmente numa perspectiva dos direitos humanos. Especialmente nas duas últimas décadas, a luta social no campo da sexualidade e da reprodução tem se centrado nas reivindicações pelos direitos e pela saúde sexual e reprodutiva, ultrapassando os embates demográficos e macroeconômicos.

O ideal de liberdade e autodeterminação da reprodução por parte das mulheres, no entanto, ainda está longe de ser alcançado em muitos países, e este ideal só poderá realizar-se, se forem garantidas as condições materiais (econômicas e sociais) essenciais para fazê-lo. Assim como a possibilidade de regular a sexualidade e a capacidade reprodutiva, ou seja, o controle sobre o próprio corpo por parte da mulher, implica em um duplo imperativo, o de que os “outros” (os homens, os governos as religiões) não se considerem donos deste corpo e que a mulher tenha poder para resistir à coação ou à imposição por parte dos outros (JELIN.<sup>49</sup>, 1995 e AVILA<sup>11</sup> 2003).

As políticas de população, sejam elas natalistas ou controlistas, implicam em um planejamento demográfico da fecundidade, para o qual sempre foi central o controle dos corpos das mulheres. A ausência de educação e dos métodos de planejamento familiar, e os programas de controle da natalidade semi-compulsórios (em que se oferece acesso apenas a programas de esterilização e distribuição desinformada de contraceptivos) reforçam a visão da mulher como objeto, como corpo a ser manipulado e submisso.<sup>49</sup>

A conquista dos direitos reprodutivos, portanto, não é simples e não está assegurada, pois ao mesmo tempo em que existem barreiras culturais e de gênero, como a associação da identidade da mulher à maternidade, ao controle da sexualidade e da sua capacidade de reprodução por parte dos outros, persistem também as barreiras materiais e instrumentais, que dificultam às mulheres entenderem e terem acesso aos melhores métodos contraceptivos segundo sua escolha. Só será possível decidir sobre sexualidade e reprodução se houver condições adequadas em termos de qualidade de vida (condições socioeconômicas adequadas) e de acesso a serviços de saúde (que lhe permitam uma maternidade segura dentre outros aspectos); isto está distante de ser assegurado a uma grande parcela da população nos países menos desenvolvidos e com grandes desigualdades sociais, como o Brasil.

Idealmente, ter mais ou menos filhos deveria ser uma opção do casal ou da mulher, com seus custos e benefícios. Por outro lado, a garantia de um suporte

econômico e social mínimos (emprego, salários justos, educação e assistência a saúde) para que os casais possam exercer estes direitos deveria ser de responsabilidade do estado, assim como deveria ser garantida uma participação cidadã da população no debate e na elaboração das políticas públicas que envolvam os direitos sexuais e reprodutivos, visando maior desenvolvimento e justiça social para todos.

Com a tendência à homogeneização da fecundidade em padrões muito baixos (em torno de dois filhos) em quase todas as regiões, como será discutido posteriormente, restou apenas uma pequena proporção de mulheres em idade fértil que ainda vivenciam alta fecundidade (cinco ou mais filhos) no Brasil, e muito pouco se sabe e se documentou sobre a vida destas mulheres, em relação a como constituíram suas famílias, se desejavam o número de filhos que têm, se tiveram acesso a meios para controlar sua fecundidade, como vivem e criam seus filhos, quais as condições de saúde dessas mulheres.

Com esta pesquisa procuramos, a partir da caracterização, da experiência e da fala das mulheres, desvelar algumas destas questões com vistas a contribuir para os debates sobre os direitos a saúde sexual e reprodutiva como direitos humanos básicos essenciais à vida das mulheres, assim como para a formulação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher.

A complexidade das questões ligadas à reprodução e à fecundidade nos remeteu à delimitação de seis campos de reflexão com vistas a entender a problemática nas suas diferentes perspectivas. São elas:

*1. A fecundidade como questão demográfica e de Saúde Pública. 2. A fecundidade como questão social e política. 3. O lugar da fecundidade nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil. 4. Sobre a relação entre alta fecundidade e saúde da mulher. 5. Contracepção: um desafio para a Saúde Pública. 6. As relações de gênero e os direitos reprodutivos: o lugar da liberdade de opção.*

## 2.1 A FECUNDIDADE COMO QUESTÃO DEMOGRÁFICA E DE SAÚDE PÚBLICA.

A surpreendente velocidade da recente queda dos níveis de fecundidade, em amplos e diferenciados segmentos da população mundial, vem dando destaque à

fecundidade e a reprodução como problemas de estudo nos campos da demografia, da sociologia e da saúde, ocupando inclusive grande espaço na mídia brasileira.

A fecundidade é um fenômeno demográfico, fundamental ao entendimento e à análise do tamanho, da composição e da evolução da população e dos padrões de reprodução e contracepção, podendo afetar e/ou determinar programas e políticas sociais, em especial na área da saúde.

Tradicionalmente, na demografia, o debate sobre população e seus componentes, dentre eles a fecundidade, esteve atrelado ao debate das questões econômicas e do desenvolvimento dos países. O crescimento populacional era visto como “problema populacional” quando o seu ritmo era grande e ultrapassava o ritmo de crescimento econômico.

Ao longo da história, no entanto, a “população” ora foi compreendida como um problema, ora como solução para o desenvolvimento; conseqüentemente, ora foi objeto de políticas coercitivas de controle da fecundidade, ora foi compreendida como sujeito de direitos e de políticas cooperativas em diferentes contextos e países.

Revisitando os vários ciclos da polêmica acerca da correlação entre população e desenvolvimento, ALVES E CORRÊA<sup>7</sup> (2003) afirmam que, nos últimos duzentos anos, estes debates seguiram diferentes correntes quanto aos significados econômicos e sociais do chamado “problema populacional”. Assim registram que para Adam Smith, para o Marques de Condorcet e para os primeiros teóricos da transição demográfica não existia um “problema populacional”, já que a população tendia a se adaptar ao desenvolvimento e vice-versa. Já para Malthus e, posteriormente, para os teóricos neomalthusianos o elevado crescimento populacional era o principal problema a impedir o desenvolvimento econômico e o bem-estar social no mundo. Para Karl Max, ao contrário, a população era vítima do “problema social”, isto é, a pobreza era fruto, não da alta natalidade, mas da exploração capitalista.

No século XX continuaram, ou até se acentuaram, as polêmicas sobre crescimento populacional e desenvolvimento; seguidores das correntes neomalthusianas defendiam que sem a redução da natalidade o desenvolvimento não decolaria e, portanto, a prioridade das políticas públicas deveria ser o controle da natalidade por meio da difusão do planejamento familiar. As correntes Marxistas, e outras de esquerda, argumentavam que sem o desenvolvimento não existiria queda da natalidade e assim a

prioridade das políticas públicas deveria ser a de promover o progresso econômico e social.<sup>7</sup>

Ainda outros grupos enfatizariam, não a quantidade, mas a qualidade da população, preconizando a eugenia. Para estes grupos o sucesso ou o fracasso dos indivíduos dependiam das características genéticas; por isso defendiam a purificação racial. Havia ainda a visão religiosa e os enfoques científicos que consideravam o crescimento populacional positivo para o desenvolvimento.<sup>7</sup>

Esses diferentes enfoques acerca dos problemas populacionais foram se traduzindo em diferentes políticas populacionais. Muitas dessas correntes, no entanto, foram criticadas pelo forte caráter ideológico, racista e autoritário, como os movimentos pela eugenia que favoreceram, no início do século XX, o nazismo alemão e o fascismo italiano e japonês, que desencadearam grandes guerras e disputas raciais e étnicas.

Dados estatísticos mostram que, nas décadas de 1950 e 1960, o mundo apresentou o maior crescimento demográfico de toda a história da humanidade. Os demógrafos mais pessimistas tomaram, então, esses dados como comprovação da “explosão populacional” e como justificativa da necessidade de políticas demográficas que reduzissem a fecundidade, mesmo que de forma coercitiva. Nesta época se expandiram políticas de distribuição de métodos contraceptivos nos países pobres do Terceiro Mundo, por influência e com financiamento dos países ricos.

Após este período tem início uma persistente queda da fecundidade em todo mundo, levando à estabilização e mesmo à redução de algumas populações, e mudando o contexto demográfico global. As Taxas de Fecundidade Total (TFT) se aproximam cada vez mais, ou já estão abaixo, da taxa de reposição de 2,1 filhos por mulher, necessária para que cada geração se reponha em sua totalidade, em boa parte do planeta.<sup>62</sup>

Esta situação é analisada com perplexidade e preocupação, devido ao rápido avanço da tendência à homogeneização nas diferentes regiões, sem que se conheçam bem seus determinantes e implicações futuras. A baixa fecundidade passa, então, a dominar os estudos demográficos, surgindo diferentes teorias explicativas do fenômeno.

62

ALVES E FONSECA<sup>8</sup>(1994) resumem as diversas abordagens teóricas para explicar a transição da fecundidade, dentre elas a abordagem da modernização que, em um plano macro, explica o declínio da fecundidade como decorrência dos ganhos de produtividade que, concomitantes ao controle das doenças, reduzem a mortalidade. Após



certo tempo, a pressão do crescimento populacional e das mesmas forças que atuam sobre a mortalidade, atua também no sentido da redução da fecundidade. O processo de modernização, entendido como industrialização e urbanização, provoca crescimento do individualismo e menor dependência familiar. Os velhos tabus são superados e o controle da fecundidade passa a ser amplamente adotado. A abordagem da modernização trata de forças que atuam na dinâmica demográfica fora do ambiente domiciliar e com um alto grau de agregação. Citam que é Becker quem, no início da década de 1960, passa a utilizar o instrumental microeconômico para análise do comportamento reprodutivo. Ele argumenta que a fecundidade envolve uma decisão econômica entre o número ótimo de filhos, os bens de consumo e uma renda familiar limitada. Esta abordagem centra seu enfoque no nível familiar. Faltava uma ponte teórica entre os aspectos macro e micro.

A abordagem de CALDWELL (1982) citado por ALVES E FONSECA<sup>8</sup> (1994), avança neste sentido quando afirma que a transição da fecundidade requer, ao invés da modernização, uma “revolução social” que crie condições para a erosão das estruturas tradicionais da família ampliada e promova o processo de sua nuclearização, e isto se dá pela mudança do fluxo de riquezas. No regime de alta fecundidade, o fluxo de riquezas vai dos filhos para os pais, ou das novas para as velhas gerações, enquanto que no regime de baixa fecundidade há uma reversão deste fluxo, indo dos pais para os filhos. A questão chave para entender a transição passa a ser a compreensão da direção e magnitude do fluxo intergeracional de riquezas.

Mais recentemente, de forma ainda incipiente, as relações de gênero vêm sendo usadas como um novo paradigma para análise e explicação da queda da fecundidade. Esta abordagem evidencia a mulher neste processo e mostra que os custos e benefícios da fecundidade são distribuídos de forma desigual entre os sexos.

As mudanças na participação econômica das mulheres no mercado formal de trabalho não levaram a uma reestruturação do trabalho doméstico: não houve redistribuição de tarefas e responsabilidades com os membros masculinos; as mulheres continuam “as donas da casa” e responsáveis pela criação dos filhos e, conseqüentemente, se vêm sobrecarregadas de trabalho necessitando recorrer à ajuda de outras mulheres do núcleo familiar ou de outras trabalhadoras domésticas. As desigualdades nas relações de gênero estariam explicando, em parte, a baixa fecundidade de mulheres pobres e ricas.<sup>49</sup>

Outras abordagens seriam a estrutural e a institucional. A estrutural explica a desestabilização da fecundidade a partir de mudanças estruturais ocorridas no país, como a monetarização da economia, ampliação dos bens industrializados e dos bens de consumo, e a destruição da economia de base familiar. E a abordagem institucional relaciona o declínio da fecundidade a processos institucionais associados às políticas públicas promovidas pelo governo, especialmente políticas de crédito ao consumidor, como política de telecomunicações, política de previdência social, política de atenção à saúde.

A essas abordagens, foram acrescentados outros fatores como o aumento simultâneo dos níveis educacionais, das taxas de participação da mulher no mercado de trabalho e o crescimento das aspirações de consumo.

Estas diferentes abordagens refletem a complexidade do fenômeno da queda da fecundidade no mundo. O debate em torno da transição demográfica também tem sido polêmico e controverso.

Sobre a globalização do processo de transição da fecundidade, BULATAO<sup>20</sup> (2001) refere que a fecundidade mundial estaria declinando fortemente. Entre 1970 e 1975, quase 60% de todos os países tinham uma taxa de fecundidade total de 4,5 filhos ou mais. Uma década depois estas taxas caíram 50%, e entre 1990 e 1995, mais de 40%. Depois de duas décadas, a proporção de países com taxa de fecundidade total abaixo de 2,5 filhos cresceu de 1/6 para 1/3. O autor destaca o notável declínio da fecundidade que vem ocorrendo nos países menos desenvolvidos tanto quanto nos mais industrializados, sem que isto pudesse ter sido antecipado pelos estudiosos. Propõe oito explicações básicas para transição da fecundidade: 1) a redução da mortalidade que levaria, posteriormente, à baixa natalidade; 2) a redução da contribuição econômica dos filhos como força de trabalho; 3) o custo dos nascimentos e as dificuldades para as mães poderem continuar trabalhando; 4) as transformações na família - a união conjugal focada nas preocupações e nas necessidades individuais, ao mesmo tempo em que os papéis de gênero na família não se alteraram; 5) o desaparecimento da cultura de apoio religioso e familiar para o nascimento; 6) a ampliação do acesso à regulação da fecundidade; 7) o casamento tardio e 8) a difusão, ou seja, a divulgação de idéias e práticas que demonstram as vantagens da baixa fecundidade.

THERBORN<sup>88</sup> (2006), por outro lado, considera que a disseminação generalizada da queda da fecundidade no mundo se deu em duas ondas sucessivas. A

primeira, cobrindo toda a Europa e as colonizações européias, entre 1880 e 1930, e impulsionada pelas depressões econômicas e pelas revoluções sociais, e a segunda, no último terço do século XX, com alcance mundial, embora muitos países (especialmente da África) tenham ficado de fora dela. A fecundidade reduziu de 6,0 para 2,7 filhos, em termos mundiais, no final do século. O que impulsionou sua queda nos países do terceiro mundo, segundo o autor, teria sido um movimento controlista conjugado, que muitas vezes contou com a participação dos governos destes países, das agências internacionais multilaterais, do Banco Mundial e da ONU, além da filantropia protestante americana, aliados ao surgimento do movimento de planejamento familiar e das inovações tecnológicas de contracepção, baratas e fáceis de usar. Esta segunda onda estaria envolvida numa intrincada história política, cheia de controvérsias e ambigüidades, de múltiplos e divergentes atores. A Europa teria sido novamente afetada por esta segunda onda, reduzindo a fecundidade abaixo dos níveis de reposição, sendo o movimento feminista o grande indutor destas mudanças, em resposta às desigualdades de gênero, entre elas o difícil equacionamento trabalho-família para as mulheres. Nos anos 1990, na Europa, teriam nascido menos crianças do que as pessoas desejavam.

Como visto, os determinantes da recente queda da fecundidade vêm sendo debatidos e estudados pelos demógrafos em diversas partes do mundo. Outra questão debatida nas pesquisas se refere à tendência à homogeneização do comportamento reprodutivo das mulheres e suas implicações.

Para BONGAARTS<sup>18</sup> (2002) as tendências passadas e futuras da fecundidade são amplamente direcionadas pelo desenvolvimento socioeconômico, psicossocial e cultural. Atribui a baixa fecundidade às dificuldades das mulheres, nas sociedades industrializadas contemporâneas, em associar a educação dos filhos com sua carreira, e ao aumento do individualismo e do consumismo. Refere que este processo social e demográfico estaria determinando uma “segunda transição demográfica”. Esta nova transição traria a disseminação de mudanças nas atitudes e comportamentos relacionados à sexualidade, contracepção, coabitação, casamento, divórcio e nascimentos extramaritais, que atuariam sobre a fecundidade, ampliando sua queda.

LESTHAGE (2001) apud BONGAARTS<sup>18</sup> (2002), identifica o seguinte conjunto de fatores que vêm afetando a fecundidade e o comportamento nas sociedades “pós-transição”:

- crescimento dos níveis educacionais e da autonomia econômica das mulheres;

- aumento das aspirações de consumo, que criam a necessidade de uma segunda renda familiar e igual participação feminina na força de trabalho;
- maior investimento no desenvolvimento da carreira de ambos os sexos, junto com a crescente competição no trabalho;
- aumento de características particulares pós-materialistas tais como a auto-atualização, autonomia, liberdade de escolha e tolerância ao não convencional;
- o desejo de evitar compromissos irreversíveis, e da manutenção de um futuro livre e aumento das separações e divórcios.

No entanto, segundo este pesquisador, estes fatores são apenas potencialmente explicativos podendo variar de sociedade para sociedade; e embora os comportamentos reprodutivos passados sejam conhecidos e estejam parcialmente explicados, não significa que as tendências futuras da fecundidade estejam necessariamente claras e sejam definitivas; novas tendências da fecundidade podem ter seus cursos influenciados por outros fatores emergentes.

Para ALVES<sup>4</sup> (2004) todas as abordagens teóricas contribuem em certo sentido para a compreensão do fenômeno, mas todas têm as suas limitações. Embora as diversas abordagens contenham importantes idéias, nenhuma oferece uma completa explicação para o conhecimento do declínio da fecundidade nas suas diversas particularidades.

Para THERBORN<sup>88</sup> (2006), em termos culturais, o controle voluntário e preventivo da fecundidade suporia o desenvolvimento prévio de um sentido de domínio pessoal da vida, de capacidade de modelar o próprio destino de um lado e da percepção de benefícios por se ter poucos filhos; de outro lado, desloca o argumento clássico do custo-benefício da criança, do campo do cálculo racional para o campo da percepção, pretendendo dar conta das lacunas e discrepâncias entre uma dada realidade estrutural e a resposta cultural. Admite, desta forma, que os processos de difusão, imitação ou resistência - estimulados por uma “cambiante capacidade de ação dos Estados” (a ser identificada em cada processo) - tendem a tornar as mudanças culturais e estruturais discordantes entre si em termos de tempo e de espaço.

Poderíamos questionar, então, se as mulheres que permanecem em alta fecundidade, isto é, com cinco ou mais filhos, no Brasil, e que constituem um contingente de cerca de três milhões de mulheres segundo BERQUÓ & CAVENAGHI<sup>17</sup> (2004), são resistentes ao processo de redução da fecundidade e desejaram ter o número de filhos que tiveram? Ou se elas estariam alheias e distantes dos processos de difusão, de

modernização, e das mudanças estruturais e institucionais? O que explicaria o fato da manutenção de uma prole maior, no chamado período de pós-transição da fecundidade (níveis abaixo da taxa de reposição)?

É fato que fecundidade e reprodução sempre foram vistas de maneira agregada como componentes de políticas macroeconômicas e populacionais mais amplas em que os interesses institucionais e nacionais se sobrepujam aos interesses individuais. Os desejos e decisões das mulheres não eram considerados.

A partir das últimas Conferências Internacionais de População e Desenvolvimento estruturadas pela Organização das Nações Unidas (ONU) foram incorporados às políticas populacionais, os direitos reprodutivos e sexuais, a coresponsabilização e igualdade de direitos entre mulheres e homens, e o dever dos governos em fornecer as informações necessárias e os meios para uma vida reprodutiva e sexual segura e satisfatória. (CIPD, 1994) A Conferência do Cairo de 1994 marca, sob a influência de múltiplos atores sociais, dentre eles os movimentos de mulheres, os defensores dos direitos humanos e os ambientalistas, o estabelecimento de um novo paradigma, deslocando as temáticas de população da esfera exclusivamente demográfica desenvolvimentista para a esfera dos direitos humanos, estabelecendo a saúde e os direitos reprodutivos como valores em si, isto é, variáveis estratégicas e tópicos centrais do desenvolvimento da cidadania e direitos humanos, superando os embates sobre a dicotomia controlistas x natalistas (ALVES E CORRÊA<sup>7</sup>, 2004).

Este novo paradigma vem influenciando, gradativamente, debates e ações na área da saúde, possibilitando o enfrentamento de novos e antigos desafios relacionados à reprodução e à sexualidade. São problemas típicos dos países em desenvolvimento tais como a falta de acesso aos meios mais adequados para contracepção individual, as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, o aborto inseguro, a violência sexual, o câncer ginecológico, dentre outros.

No Brasil, somente em 2005, onze anos pós-Cairo, o Ministério da Saúde lança um manual/ norma técnica denominada “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo” que oficializa e determina a priorização dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, reconhecendo-os como direitos humanos, passando a pautar a formulação das políticas de planejamento familiar e das questões referentes à população e ao desenvolvimento com enfoque nestes direitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>59</sup>, 2005).

O governo brasileiro deixa claro, então, neste documento, que “o controle da natalidade implica imposições do Governo sobre a vida reprodutiva de homens e

mulheres, e contraria os princípios dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos, não sendo esta uma estratégia adequada para a superação da situação de pobreza existente no país, pois a superação dessa situação passa pela implementação de políticas que promovam desenvolvimento sustentável e distribuição mais igualitária da riqueza, diminuindo dessa forma as enormes desigualdades existentes”.<sup>59</sup> O governo reconhece, ainda, que o processo de declínio da fecundidade se generalizou no Brasil a partir do ano 2000, até mesmo nas regiões que antes tinham fecundidade elevada; mas reconhece que esta acentuada queda da fecundidade não se fez acompanhar de alterações significativas na situação de pobreza e desigualdades sociais existentes, referindo que o Banco Mundial afirma que o processo de concentração de renda se acentuou durante as últimas duas décadas, sendo a sociedade brasileira caracterizada como das mais desiguais, em comparação com outras nações.<sup>59</sup>

Essas desigualdades promoveriam os diferenciais de fecundidade e mortalidade no país, sendo que seus determinantes precisariam ser avaliados, nos diferentes contextos e regiões, para a formulação de políticas mais efetivas de redução e eliminação das iniquidades sociais e em saúde.

## 2.2 A FECUNDIDADE COMO QUESTÃO SOCIAL E POLÍTICA.

A tendência de queda da fecundidade brasileira iniciou na década de 1960, quando o número médio de filhos, por mulher, situava-se em torno de 6, apresentando uma queda mais acentuada a partir da década de 1980.<sup>58</sup> Em 2000 a taxa de fecundidade total do país atingiu 2,4 filhos por mulher, aproximando-se cada vez mais do nível de reposição. Em 2003 dados do PNAD confirmavam uma taxa de fecundidade total de 2,1 filhos por mulher no Brasil, chegando ao chamado nível de reposição, mas ainda com grandes diferenciais internos. Em 2006 o País atingiu o índice de 1,8, reduzindo as diferenças regionais, segundo a PNDS 2006 e a PNAD 2007.<sup>46, 61</sup>

A tendência à homogeneização, inerente à queda da fecundidade, se confirma, embora ainda ocorram diferenciais internos, que devem ser analisados a partir de desagregações dos dados e de análises em níveis inter e intramunicipais, buscando o enfrentamento das desigualdades que podem estar determinando esses diferenciais.

GOLDANI<sup>37</sup>(1999) se contrapõe à idéia de uma única transição demográfica, ou a um modelo que se restrinja à descrição ampla das tendências de passagem de altos para

baixos níveis de mortalidade e fecundidade, conforme estágios estereotipados de desenvolvimento. Ela utiliza o conceito de regime demográfico de PHILIP KREAGER (1986) que se refere aos processos ou modos como as pessoas organizam seus eventos vitais e suas relações no interior de uma sociedade. Considera que o regime demográfico brasileiro, e suas implicações para a vida de homens e mulheres, no final do século XX, se apresentavam num contexto de desigualdades históricas internas que apontavam para diferentes oportunidades e restrições da população, segundo características como diferentes grupos sociais, gênero, cor e regiões de residência. Essas desigualdades estariam determinando regimes demográficos diversos com reflexos sobre a vida das pessoas.

Nesta linha, PATARRA E OLIVEIRA<sup>71</sup> (1988) reforçam que é difícil falar de transição demográfica do Brasil como um todo, dadas às acentuadas diferenciações regionais que, de longa data, marcam a sociedade brasileira. Os diferenciais determinantes das condições sociais refletem que, ainda que se aceite uma tendência homogeneizadora do comportamento, no tocante ao tamanho da família ou da fecundidade, a desigualdade social, a pobreza, as carências básicas de amplos segmentos da população emolduram, diferencialmente, uma resultante numérica homogênea e trazem implicações distintas quanto ao futuro das gerações que hoje se reproduzem.

A OPAS<sup>68</sup>(2007), no documento *Salud en las Américas 2007*, esclarece que o conceito de transição demográfica tem sido útil para descrever os resultados empíricos que as mudanças sociais, políticas e econômicas produzem na evolução da mortalidade e da fecundidade dos países atualmente desenvolvidos (Estados Unidos e Canadá, no caso das Américas). Refere ainda que, teoricamente, esperava-se que os demais países em desenvolvimento do século XX (quase a totalidade das Américas) fizessem uma transição similar, no mesmo sentido e em tempos parecidos.

Os indicadores de natalidade e mortalidade dos países latino-americanos e caribenhos, no entanto, tem se modificado de maneira distinta (mais como consequência do efeito e da disseminação dos avanços tecnológicos, no campo da saúde em geral, do que pelo desenvolvimento sustentável e equitativo destes países) e em tempos diferentes (de uma maneira mais rápida que nos países mais desenvolvidos, e com certa independência em relação às crises econômicas, sociais e políticas vivenciadas pelos mesmos durante décadas). Isto teria trazido consequências como a

ampliação das desigualdades, uma vez que o aumento da população, resultante do atraso da queda da fecundidade em relação à mortalidade em muitos países, continuou a ser sustentada pelos segmentos majoritariamente mais pobres da sociedade. O resultado deste processo, ao longo do século XX, determinaria algumas características para o continente americano no início do século XXI, como um crescimento muito baixo da população, aparentando relativa estabilidade e equilíbrio, mas com diferenciais internos que devem ser investigados devido a seus efeitos nas características da população, e porque estes diferenciais devem ser considerados na elaboração de políticas sociais em geral, e de saúde, em particular. A taxa de fecundidade média na América Latina estaria próxima a 2,6 filhos por mulheres; o documento ressalta, no entanto, que as iniquidades relativas à oferta de métodos e às desigualdades socioeconômicas são ainda preocupantes.<sup>68</sup>

O que tem determinado e o que se pode esperar como reflexo da redução das taxas de fecundidade no Brasil?

Para GOLDANI<sup>37</sup> (1999), as reduzidas taxas de fecundidade, que já caracterizavam o regime demográfico brasileiro desde os anos 1990, se devem à redução dos índices de mortalidade, sobretudo a infantil, mudanças no perfil das causas de morte, aumento das taxas de divórcio e novos modelos de união entre os sexos, bem como a urbanização contínua e movimentos migratórios nacionais e internacionais intensos. Os resultados demográficos mais visíveis desse regime em nível macro são o menor crescimento populacional e as transformações nas estruturas por idade e por sexo. Já para a vida das pessoas, os efeitos mais visíveis são o aumento relativo da população idosa, maior mortalidade proporcional por causas crônico degenerativas, violência e acidentes, alterações nos índices de dependência econômica e por idade, maior longevidade e crescente segmentação do ciclo de vida individual e familiar, bem como os novos arranjos familiares.<sup>37</sup>

Diante de todo este quadro ficam questionamentos ainda sem resposta. Como estas questões serão enfrentadas pela Saúde Pública? Novamente os grupos sociais menos favorecidos sofrerão as conseqüências adversas destas mudanças? Nos sistemas previdenciário e de saúde deficientes que se oferecem, será a população idosa, principalmente as mulheres com maior tempo de sobrevida, mais uma vez penalizada?



Ainda sobre as questões sociais relacionadas aos níveis de fecundidade, constata-se a existência de importantes diferenciais, relacionados com os diferentes estratos sociais.

Segundo BERQUÓ E CAVENAGHI<sup>17</sup> (2004), 6% das mulheres brasileiras em idade reprodutiva (cerca de 3 milhões) encontravam-se em regime de alta fecundidade (5 ou mais filhos), em 2000; em 1991 eram 11%. As mulheres que apresentavam fecundidade mais elevada eram aquelas com rendimento domiciliar mensal *per capita* de até ¼ de salário mínimo e com até três anos de estudo. As autoras ressaltam, por outro lado, que “pouco se sabe sobre este grupo de mulheres e do porquê de tantos filhos”. Questionam se seria o desejo de uma prole maior ou a falta de acesso à informação e a meios adequados para regular sua fecundidade, e registram que “existe a necessidade urgente de estudos que possam responder a estas questões”.

Os diferenciais intra-urbanos segundo estratos sociais, também foram demonstrados por YAZAKI<sup>94</sup> (2004) ao estudar a fecundidade no município de São Paulo, em suas 31 subprefeituras, nos anos de 1995 e 2002. O estudo identificou que a taxa de fecundidade total variou em 1995 entre 1,3 a 2,6 nas subprefeituras e que a configuração da capital, segundo esta variável, refletia a situação de desigualdade percebida pelas variáveis socioeconômicas. Em 2002 a fecundidade havia diminuído em todas as áreas e, com exceção de cinco subprefeituras, as demais registraram taxas inferiores ao nível de reposição, variando entre 1,9 e 2,1. A diferença entre a maior taxa e a menor permaneceu em torno de 1,2 filhos. A análise da fecundidade por idade, nas subprefeituras, mostrou diversidade de estrutura. As regionais que revelaram possuir o nível de mais alta fecundidade eram também as que concentravam os grupos das mulheres mais jovens, sendo que a fecundidade das adolescentes era mais alta e a cúspide localizava-se no grupo das jovens de 20 a 24 anos. Concluem os resultados que o comportamento reprodutivo é desigual, segundo grupos sociais no município de São Paulo. As mulheres menos favorecidas socioeconomicamente, que residiam nas áreas periféricas da capital, apresentavam fecundidade mais elevada, iniciavam a atividade reprodutiva mais cedo, e a idade média de fecundidade era a mais baixa da capital.

MARTINS E ALMEIDA<sup>52</sup> (1997), em estudo anterior, apresentaram diferenciais de fecundidade em São Paulo, segundo o índice de desenvolvimento humano (IDH), indicando que as mulheres residentes nas áreas de maior desenvolvimento humano apresentaram menor número médio de filhos e tendência a tê-los em idades mais

avançadas. Os resultados deste estudo revelaram que as desigualdades sociais expressas pelas áreas de desenvolvimento humano traduziram-se, também, em diferenças quanto ao padrão reprodutivo das mulheres residentes no município de São Paulo.

NERI<sup>64</sup> (2005) desenvolveu estudo para Fundação Getúlio Vargas, identificando que o número de mulheres que se tornam mães vem aumentando. Em 1970 eram 49,32% das mulheres, em 2000 eram 60,8% e, em 2003, 62,18%, embora a média de filhos tenha se reduzido de cinco para dois no mesmo período. A pesquisa mostra, ainda, que o número de mulheres solteiras que são mães aumentou de 2,73% para 16,37%. Demonstrando os diferenciais em relação à fecundidade entre os municípios, avaliou que dos dez municípios brasileiros com as menores taxas de fecundidade, todos têm bons indicadores socioeconômicos e uma taxa de menos de 1,5 filhos por mulher. Ressalta que a Região Nordeste conseguiu reduzir significativamente sua taxa de fecundidade (2,63), especialmente a partir da década de 1970, com a introdução dos métodos anticoncepcionais, chegando perto dos índices do Sudeste (2,1). As taxas mais altas, segundo este estudo, estavam na região Norte, onde a média foi superior a três filhos por mulher. De forma generalizada e linear, no entanto, afirmava que o fato de boa parte das mulheres de uma localidade se tornarem mães gera altos benefícios sociais como alta frequência e aproveitamento escolares e baixa mortalidade infantil, e que o problema das regiões pobres é o número de filhos que acaba prejudicando a qualidade da criação destes, e conclui que “ter muitas mães entre as mulheres é bom, mas ter muitos filhos entre as mães é mau para os indicadores”.

Outro estudo da Fundação IBGE<sup>44</sup> (2005) apresentou o perfil socioeconômico de mães que tiveram o primeiro filho muito jovens (entre 10 e 19 anos), que correspondiam a 38% dos nascimentos em 2000 contra 32% em 1991, comparando ao perfil das mães que tiveram filhos pela primeira vez em idade relativamente avançada (40 a 49 anos) e que correspondiam a apenas 0,79% dos nascimentos em 2000. A idade média das mães em 2000 foi de 21,9 anos, e em 1991 era de 22 anos. A pesquisa do IBGE confirmou, a partir dos dados do censo 2000, que as mães jovens de primeiro filho, apresentavam pouca escolaridade (equivalente ao ensino fundamental) e baixos rendimentos, pequena proporção estava inserida no mercado de trabalho, e um menor número de jovens se declararam brancas. Cerca de 54,7% destas adolescentes afirmaram que viviam ou já tinham vivido em união. Também entre as adolescentes de 10 a 14 anos de idade, a maternidade precoce se apresenta de forma mais concentrada entre as de baixa

escolaridade. As mães com idade entre 40 e 49 anos por sua vez, faziam parte de um segmento populacional com alta escolaridade (59,1% tinham mais de 8 anos de estudo), pertenciam a famílias com alto poder aquisitivo, sendo que 25,7% tinham rendimento mensal de mais de 10 salários mínimos. A maioria delas se declarou branca, eram economicamente ativas e 79,3% estavam unidas ou já tinham experimentado uma união no passado. O estudo ressaltou um rejuvenescimento da fecundidade marcado pelas desigualdades sociais.

Por outro lado, há estudos que indicam que, enquanto as tendências quantitativas da fecundidade se convergem, ocorrem desigualdades no que diz respeito à qualidade das práticas para seu controle.

Para GIFFIN E COSTA<sup>36</sup> (1995), a tendência à convergência quantitativa não implica em maior igualdade nas condições e conseqüências no controle da fecundidade. Consideram que no Brasil a oferta de métodos contraceptivos nos serviços públicos é extremamente deficiente, ao mesmo tempo em que vêm se agravando as desigualdades e a pobreza, o que aumenta a necessidade de diminuir o número de filhos. Observam ainda duas conseqüências principais destas desigualdades: a restrição à opção de métodos contraceptivos (com a prevalência do uso da pílula e da esterilização cirúrgica), e a separação das práticas de controle da fecundidade e da atenção à saúde da mulher.

Para as autoras, o uso inadequado dos métodos determina complicações e efeitos colaterais, e o aumento do número de abortos e de morbi-mortalidade materna. Existem evidências de que, no Brasil, os riscos reprodutivos são extremamente diferenciados para os diversos grupos e classes sociais e, paradoxalmente, a motivação interna das mulheres em regular sua fecundidade as leva, muitas vezes, a arriscar sua saúde e mesmo sua vida.

<sup>36</sup> Embora a preocupação com o controle da natalidade sempre estivesse presente nos debates das políticas públicas, o país não adotou, por muito tempo, políticas de planejamento familiar ou de saúde reprodutiva efetivas no Brasil, determinando reflexos na saúde das mulheres. Como conseqüência, ainda existe um grande número de mulheres que continuam sendo excluídas das ações e serviços de saúde reprodutiva e de planejamento familiar.

### 2.3 O LUGAR DA FECUNDIDADE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.

Até recentemente a questão da contracepção ou do controle da fecundidade no Brasil sempre foi controversa e desarticulada das questões mais amplas da saúde da mulher.<sup>92</sup>

Datam do século XIX no Brasil os primeiros programas de pré-natal, quando a exaltação da maternidade era o discurso dominante, e estes programas, associados à institucionalização do parto, visavam essencialmente o bem estar do recém-nascido e a redução da mortalidade infantil, como uma preocupação demográfica e social relacionada à criança e não à proteção da mulher. Por muito tempo o atendimento à saúde da mulher centralizou-se na esfera do ciclo grávido-puerperal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE<sup>57</sup>, 2001).

A ampliação da oferta de serviços de atenção à saúde da mulher, a partir dos anos 60, ainda não tinha por objetivo o atendimento abrangente de suas necessidades de saúde. Foi o crescimento populacional que ocorria nos países subdesenvolvidos o motivador de investimentos internacionais nas políticas de contracepção, dirigidos às populações pobres. Na década de 1960/1970 são implantados, então, programas verticais de planejamento familiar no Brasil, ao mesmo tempo em que foi autorizada a atuação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BEMFAM), dentre outras, com o mesmo objetivo de distribuir métodos contraceptivos e treinar profissionais em planejamento familiar; o governo brasileiro de forma contraditória ainda, neste período, preconizava os princípios pró-natalistas - que visavam ocupar os espaços vazios de nosso território.<sup>57</sup>

ALVARENGA E SCHOR<sup>2</sup> (1998) identificaram estas controvérsias ao analisar como as questões da contracepção feminina eram problematizadas por setores do governo e da sociedade, através dos discursos destes atores divulgados na mídia (imprensa escrita). Foi possível perceber e confirmar, neste estudo, que o Estado perfilava, até meados da década de 1990, em seu interior, duas propostas diferentes para o setor, uma de planejamento familiar, baseada nos preceitos médicos e de política de saúde pública, e outra de controle da natalidade, com seus pressupostos demográficos e de política populacional e econômica.

As autoras, no seu trabalho, identificaram três períodos diferenciados da conjuntura brasileira; no primeiro, de 1965 a 1974, em que o Brasil vivia sob ditadura militar, defendia-se e uma política pró-natalista, com uma concepção desenvolvimentista de ocupação de espaços, ao mesmo tempo em que era bastante permissiva a atuação de clínicas privadas de planejamento familiar.<sup>2</sup>

A conjuntura de 1984-1993 apresentava um contexto de uma postura mais ambígua do Estado brasileiro frente à definição de uma política de planejamento familiar para o país. Nesta época a concepção e a contracepção foram integradas à saúde reprodutiva no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo Ministério da Saúde (1983). Não houve, no entanto, consenso quanto a esta proposta no interior do governo, havendo grupos de outras esferas do governo que desejavam ver instituída uma política populacional através de decreto-lei.<sup>2</sup> Diante desta disputa não foi institucionalizada uma política de planejamento familiar no país.

No período pós-93, as discussões dicotômicas, planejamento familiar x controle da natalidade, dão lugar às questões da regulação da fecundidade enfocando problemas específicos como a descriminalização e a legalização do aborto e a regulamentação, pelo Estado, da esterilização feminina e masculina.<sup>2</sup>

Por influência das diretrizes da plataforma de ação da Conferência de População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, ocorre um deslocamento da discussão para a saúde reprodutiva e a sexualidade como direitos do cidadão. O conceito de Saúde Reprodutiva, apontado para a integralidade dos fenômenos reprodutivos, ganha expressão crescente no campo da Saúde Pública, e passa a ser uma nova área de estudo, com implicações para a definição de políticas de saúde no setor.<sup>2</sup>

Após este período, já com o reconhecimento do direito ao planejamento familiar na Constituição Federal promulgada em 1988, foi aprovada em 1996 a Lei 9263/96, que regulamenta o planejamento familiar no Brasil, considerada uma das mais avançadas do mundo. Com esta lei pretendia-se garantir aos cidadãos o exercício dos direitos reprodutivos e mais especificamente, garantir o direito ao controle da fecundidade de forma segura, com apoio do Estado por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.<sup>2</sup>

O Ministério da Saúde, em 1997, também editou a Portaria Ministerial nº144/97 que definia formalmente os critérios para as esterilizações cirúrgicas voluntárias; era a

tentativa, no processo de controle da fecundidade, de reverter o quadro de abusos anteriores, na utilização desta tecnologia, associados ao parto cesariano.

Após a regulamentação da esterilização voluntária, dados dos registros administrativos de Autorização de Procedimentos de Internação Hospitalar (AIH-DATASUS) demonstram que houve um incremento no número de esterilizações femininas registradas no Brasil (de 293 em 1998 para 15.370 em 2001). Este incremento aconteceu em todo o país, principalmente na Região Sudeste. O número de vasectomias, apesar de mostrar valores bem abaixo do das laqueaduras, também mostrou um crescimento de 1999 a 2001, passando de 324 para 3.142.<sup>17</sup>

Os efeitos desta regulamentação, no contexto da saúde da mulher, necessitariam de constante monitoramento. Certamente estas normas devem ter contribuído para coibir as cesáreas desnecessárias e as cobranças paralelas das usuárias para realizar a laqueadura, mas podem ocorrer outras formas de abusos e desvios na adoção das portarias e até descumprimento das mesmas quanto aos critérios para a autorização do procedimento.

Alguns pesquisadores revelam que a implementação do Programa ou Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (1983) e das ações do Cairo (1994) ainda enfrenta uma série de desafios no Brasil, como a escassez de recursos, a limitação da cobertura, a irregularidade da qualidade e a desigualdade no acesso a serviços de saúde reprodutiva, o desconhecimento e descumprimento das leis e as dificuldades de integração gerencial entre as diversas esferas da administração pública no âmbito da descentralização do sistema de saúde.<sup>21,28,31</sup>

COSTA<sup>30</sup> (2004), em sua tese de doutoramento intitulada “Atenção Integral à Saúde das Mulheres: *Quo Vadis*. Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil”, revela um atendimento bastante deficiente pelo sistema de saúde. Analisando dados estimados para 5.507 municípios brasileiros (95% do total) e de 627 entrevistas com os gestores das secretarias municipais de saúde em 2003/2004 constatou que a integralidade preconizada pelo Sistema Único de Saúde não mereceu atenção dos gestores, e em especial do Ministério da Saúde ao longo dos anos 1990. A pesquisadora identificou as enormes desigualdades regionais na oferta de atenção, e ainda que as políticas municipais de saúde da mulher excluía as negras, as índias, as

mulheres da zona rural e de assentamentos. Não havia acesso fácil e os serviços não eram adequados às diversidades culturais desses grupos.

Para avaliar o quesito integralidade, COSTA<sup>30</sup> (2004) criou uma classificação para o atendimento à saúde das mulheres: a) materno-infantil – inclui atenção pré-natal baixo risco, planejamento familiar, ações educativas sobre corpo e sexualidade. Cerca de 28% dos gestores dos municípios declararam atuar nesta modalidade; b) atenção básica – inclui pré-natal de baixo e alto risco, prevenção e tratamento de hipertensão arterial, planejamento familiar, ações educativas sobre corpo e sexualidade e Papanicolau (exame para prevenção de câncer de colo uterino). Cerca de 18% dos municípios teriam este atendimento; c) semi-integral – inclui pré-natal de alto e baixo risco, prevenção e tratamento de hipertensão, planejamento familiar, Papanicolau, mamografia, tratamento de câncer de colo uterino e mama, ações educativas sobre corpo e sexualidade, identificação e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST). Apenas 1,9% dariam a atenção semi-integral; d) integral *plus* – inclui pré-natal de baixo e alto risco, identificação e tratamento de hipertensão, planejamento familiar, Papanicolau, mamografia, tratamento para câncer de mama, ações educativas sobre sexualidade e corpo, tratamento para infertilidade, atendimento de vítimas de violência, identificação e tratamento de DST, atenção aos casos de aborto previstos na lei. Apenas 0,2% dos municípios ofereciam atenção integral *plus*. Do total, 51,4% dos municípios estavam excluídos de qualquer tipo de integralidade.<sup>30</sup>

A pesquisa revela ainda que, na questão do planejamento familiar, fica clara a perda da autonomia das mulheres na escolha do método anticoncepcional. A camisinha era distribuída em 53% dos municípios, e a pílula, em 47%. Ambos eram os métodos mais oferecidos pelo SUS. O diafragma era oferecido em apenas 6,6% dos municípios. Os métodos hormonais injetáveis eram entregues em 13,4%. Outra disparidade era o tratamento para infertilidade, oferecido em apenas 27% das cidades pesquisadas, a maioria delas nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A laqueadura, por sua vez, era oferecida em apenas 10% dos municípios, com ampla cobertura, dado que sugere, pela frequência com que as mulheres recorriam a ela no país, que o procedimento era pago em parte pelas próprias mulheres.<sup>30</sup>

Estas restrições na oferta e organização dos serviços certamente determinam reflexos negativos na vida e na saúde das mulheres brasileiras.

## 2.4. SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ALTA FECUNDIDADE E SAÚDE DA MULHER.

A fecundidade, a saúde e o planejamento familiar não são independentes entre si, já que envolvem uma série de mecanismos biológicos e sociais que interagem estreitamente. O impacto da fecundidade sobre a saúde sempre esteve associado à alta paridade. Esta exerceria um efeito negativo sobre a saúde de grupos de mulheres com alto risco reprodutivo, isto é, mulheres com alta paridade, intervalos interpartais curtos e gravidezes indesejadas determinando, nestes grupos, elevada morbimortalidade materna e neonatal.

Para ZIMICKI<sup>95</sup> (1989), a utilização de métodos de controle da fecundidade e a provisão de serviços de planejamento familiar podem ajudar a reduzir o número absoluto de gestações, permitir o aumento no intervalo entre as gestações e evitá-las em idades extremas, situações que oferecem maior risco. Mas o controle da paridade, da idade e do intervalo interpartal representa apenas parte da solução e estes fatores apresentam impacto limitado na redução da mortalidade materna. Outros fatores incrementam este risco, especialmente a falta de acesso aos cuidados essenciais e ao tratamento das emergências obstétricas, a falta de qualidade no pré-natal e no parto, a presença de patologias infecciosas e crônicas associadas à gestação, às desigualdades e à pobreza.

Ainda segundo ZIMICKI<sup>95</sup> (1989), há fortes evidências de que existem pelo menos dois segmentos na população feminina: um que está em contato direto com os serviços formais de saúde, fazendo pré-natal, e que tem menores riscos, e outro que não tem acesso e, por isso, com maior risco reprodutivo. Os programas tradicionais podem estar excluindo muitas mulheres que tem alto risco intrínseco, uma vez que estas podem não estar sendo identificadas nestes serviços.

Com relação à alta paridade e à conseqüente alta fecundidade, os resultados dos estudos são controversos. Alguns estudos têm encontrado associação entre alta paridade e efeitos adversos da gravidez, outros concluem que não existe maior risco para as multíparas, uma vez que as mulheres com alta paridade tendem a ser mais velhas e, provavelmente, com piores condições socioeconômicas, e estes fatores seriam os responsáveis pelos resultados desfavoráveis das gestações.

BAI<sup>12</sup> et al. (2002), coletaram informações sobre gestações no sistema de base de dados de nascimentos de New South Wales, Austrália. Nos 510.989 casos ocorridos na



Austrália, no período de 1992 a 1997, encontraram uma significativa associação entre diferentes níveis de paridade e resultados de gestações em termos de complicações obstétricas, morbidade neonatal e perinatal, após ajustar potenciais fatores de confusão incluindo idade, hábito de fumar e condições socioeconômicas. Analisaram três grupos, as nulíparas, as pequenas múltíparas (1, 2 e 3 partos) e as grandes múltíparas (4 a 8 partos). O estudo demonstrou que as nulíparas e grandes múltíparas, apresentavam maior risco.

Já outro estudo, realizado por SIMONSEN<sup>81</sup> et al.(2005), analisou 216.094 certificados de nascimentos do período 1995-2001 de Utah, EUA, para determinar o risco de complicações intraparto entre mulheres jovens de 18 a 29 anos. Após controlar fatores demográficos e de estilo de vida, obtiveram que jovens, grandes múltíparas, comparadas a jovens com baixa paridade, apresentavam significativo risco de aumento de ruptura prematura de membrana e trabalho de parto prematuro. E que também a paridade foi fator protetor para uso de fórceps, morbidade infecciosa febril, indução do parto e cesárea. Não houve aumento de sofrimento fetal, trabalho de parto prolongado ou disfuncional, distócia de apresentação fetal, distress fetal. Concluíram que não houve risco aumentado para complicações intraparto para grandes múltíparas.

CORTÉS – MAJO<sup>29</sup> (1990), dando outro enfoque, analisou o papel da fecundidade na redução da mortalidade materna durante o século XX na Espanha. Identificou uma tendência ao declínio contínuo da mortalidade materna ao longo do século, mas de forma mais acelerada na década de 40, devido à introdução dos antibióticos. Comprovou, porém, que o fator fundamental para a redução da mortalidade materna foi a mudança dos padrões reprodutivos da população, a partir do progressivo controle da fecundidade pelas mulheres.

Se por um lado a redução da fecundidade teve, inicialmente, um impacto positivo na redução da morbidade e mortalidade maternas, por outro devemos considerar que, paradoxalmente, o desenvolvimento do processo de queda da fecundidade com o uso indiscriminado de contraceptivos também foi acompanhado de efeitos negativos para a saúde da mulher. O uso de contraceptivos sem indicação e sem acompanhamento médico, o aborto inseguro, a falta de acesso à variedade de métodos, os efeitos colaterais dos métodos hormonais e o excesso de laqueaduras vinculadas às cesareanas elevaram os custos sobre a saúde das mulheres, especialmente das mais pobres e desassistidas.

A predominância de apenas dois métodos anticoncepcionais, a pílula e a esterilização feminina, no Brasil, reflete distorções na oferta do planejamento familiar e na saúde reprodutiva.<sup>15,79,92</sup>

A restrição de métodos contraceptivos leva à não atenção das condições clínicas das mulheres para a indicação do método mais adequado às condições de vida e de saúde de cada uma. Algumas das principais condições clínicas preexistentes, e que podem afetar a escolha dos métodos, são hipertensão, doenças cardiovasculares, tabagismo, diabetes, cefaléia/enxaqueca, sangramento vaginal, câncer de mama, DST, hepatite viral, tuberculose, varizes e uso de medicamentos que podem interferir na ação de alguns contraceptivos. Muitos destes fatores não são investigados para indicação dos métodos. (HATCHER<sup>40</sup>et al. 2001)

Outro ponto destacado nos estudos da área, em relação à contracepção, é o elevado grau de conhecimento dos métodos, mas com baixa adesão a alguns específicos, especialmente os preservativos masculino e feminino, que teriam menos efeitos colaterais e ofereceriam dupla proteção contra AIDS e outras DST, além do DIU e do diafragma.<sup>73, 79,92</sup>

As situações comentadas apontam para a necessidade de uma revisão da política de contracepção no Brasil, na perspectiva da saúde sexual e reprodutiva e da atenção integral à saúde da mulher em todos os municípios.

## 2.5. CONTRACEPÇÃO: UM DESAFIO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.

As contradições na assistência à saúde reprodutiva, as desigualdades sociais e os diferentes contextos políticos devem balizar as discussões sobre contracepção no Brasil.

Na prática, segundo CORRÊA<sup>28</sup> (1993), a omissão dos sucessivos governos em relação ao planejamento familiar no Brasil seria um estratagema para encobrir uma política não explícita de controle populacional, sendo o efeito mais dramático desta “não-política”, o observado no acesso aos métodos anticoncepcionais, particularmente a esterilização, cuja disseminação em todo território nacional se organizou numa lógica perversa de oferta e demanda, freqüentemente, antiética.<sup>7,28</sup>

GIFFIN e COSTA<sup>36</sup> (1995) ressaltam que as evidências indicam que o controle da fecundidade no Brasil foi alcançado através de um processo conceituado como "modernidade perversa". Este inclui uma seqüência padrão de uso descontrolado da pílula, recorrentes gravidezes não-desejadas, abortos ilegais e, finalmente, a esterilização clandestina, normalmente feita através de cesáreas desnecessárias. O aumento do controle da fecundidade no Brasil, nestas condições, indica motivações particularmente fortes das mulheres, para não dizer desespero em controlar a fecundidade. E ressaltam que o uso da contracepção moderna não preveniu o aborto.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde<sup>61</sup> (PNDS) de 1996 apontavam que 76% das mulheres em união eram usuárias de algum anticoncepcivo, com uma prevalência de uso de 40,1% para esterilização e 20% para a pílula. Por outro lado, a obtenção dos métodos era realizada basicamente junto ao setor privado (farmácias, hospitais/clínicas e médicos particulares) à exceção da esterilização feminina e masculina que eram asseguradas, em sua maioria, pelo SUS (70%), embora seja de conhecimento corrente que, muitas vezes, o pagamento destes procedimentos fosse complementado pelas usuárias.

Esta situação mudou, demonstrando uma relativa melhora. Em 2006 a PNDS realizada pelo Ministério da Saúde<sup>61</sup> (2008) identificou que 81% das mulheres unidas utilizavam algum método para regular sua fecundidade. Destas, 29% estavam esterilizadas, 21% utilizavam pílulas, 12% recorriam à camisinha masculina, 5% tinham o companheiro vasectomizado e apenas 3% usavam métodos tradicionais, ou seja, 77% utilizavam métodos anticoncepcionais modernos.

Comparando com a PNDS 1996 observou-se tendência de crescimento de uso métodos modernos, mas com uma mudança importante no *mix* dos mesmos, especialmente pela perda da importância da esterilização feminina.<sup>61</sup>

Com o intuito de demonstrar as mudanças do perfil contraceptivo brasileiro entre PNAD 1996 e PNDS 2006 no Brasil, e comparar este perfil com os de outros países, elaborou-se a tabela 1, adaptada de documento da OPAS<sup>67</sup> 2005, ilustrando alguns diferenciais relacionados à composição dos métodos utilizados em cada país. Pelos dados observa-se, inicialmente, a queda da taxa de fecundidade no Brasil, assemelhando-se atualmente às taxas de Canadá e Cuba, mas ficando abaixo das taxas dos Estados Unidos, um dos únicos países desenvolvidos que manteve a taxa de fecundidade total no nível de reposição populacional (2,1 filhos por mulher). O padrão de contracepção

revelado pelos dados mostra que o Brasil, em 2006, reduziu a taxa de mulheres esterilizadas e aumentou as taxas dos métodos masculinos e da utilização de injetáveis e DIU, provavelmente como resultado da maior oferta destes métodos pelo SUS nos últimos anos. Comparando o padrão contraceptivo entre os países evidencia-se, no Canadá e Estados Unidos, menor prevalência do uso da pílula em relação aos demais, predominando a esterilização feminina e masculina, em proporções muito superiores, assim como a utilização da camisinha masculina. O DIU e os métodos hormonais injetáveis tinham menor importância na composição do mix de métodos daqueles países.

Chamam a atenção a prevalência da utilização de DIU no México, e especialmente em Cuba, e injetáveis na Costa Rica, também bastante superiores ao dos outros países representados, assim como as taxas de esterilização feminina do México, tão elevadas quanto as do Brasil (OPAS<sup>67</sup> 2005).

**Tabela 1** - Taxa de fecundidade total e percentual de mulheres em união de 15 a 49 anos de idade segundo o uso de métodos contraceptivos, em países selecionados (1996/2003).

País	TFT 2004	Algum Método	Métodos Moderno	Pílula	DIU	Esterilização Fem. Masc	Injet.	Condon Masc.
Brasil PNDS 96	2,2	77	70	21	1	40 3	1	4
Brasil PNDS 06*	1,8	81	77	25	2	29 5	4	12
Canadá	1,5	75	73	14	3	21 18	-	11
EUA	2,1	76	72	16	<1	24 13	1	13
México	2,4	69	60	7	14	31 1	3	4
Costa Rica	2,2	80	72	26	7	21 <1	6	11
Cuba	1,6	73	72	4	44	19 -	<1	5

Fonte: Adaptado do documento: *Género, salud y desarrollo en las Américas - Indicadores Basicos* - OPAS 2005  
\*Ministério da Saúde PNDS 2006 – Brasília – DF, 2008.

Dados e estudos vem apontando para uma convergência de comportamentos em relação à contracepção, os quais vêm se difundido entre todas as classes socioeconômicas e regiões geográficas. Isto está sendo constatado pelo aumento da prevalência de anticoncepção, e a concentração de uso na pílula e na esterilização feminina, bem como um significativo aumento na utilização do condon masculino.<sup>91</sup>

DÍAZ E DÍAZ<sup>32</sup> (1999) reforçam que os programas de planejamento familiar contribuíram, em parte, para atingir os objetivos demográficos na redução da fecundidade e do crescimento populacional na América Latina. Mas não promoveram, no entanto, melhoria do nível de saúde das mulheres, nem da sua qualidade de vida, porque a maioria dos programas não deu a devida importância às preferências ou necessidades das mulheres, apenas recrutando grande número de usuárias e ofertando uma limitada variedade de opções quanto aos métodos. Para os autores, a falta de preocupação com a qualidade, traduzida, principalmente, na impossibilidade da livre escolha, e a deficiência de informações fornecidas às usuárias têm como consequência o abandono do método e a gravidez indesejada.

Para estes autores, os grandes desafios em relação à contracepção no Brasil são os mesmos desde a criação do PAISM em 1983. Dentre eles estão a ampliação da oferta e do acesso a métodos diversificados, a melhoria da qualidade da atenção à contracepção, incluindo informação eficaz aos usuários, melhoria da competência técnica dos profissionais, melhoria das relações interpessoais cliente-provedores, continuidade e seguimento eficazes dos usuários, e a transformação do atendimento de planejamento familiar, como orientação demográfica, em atendimento integral à saúde da mulher, além da inclusão do homem no enfoque da atenção à saúde sexual e reprodutiva. Ou seja, a implantação irrestrita do PAISM em todo território nacional, com insumos, densidade de tecnologia e os profissionais capacitados, necessários em cada esfera de atenção.<sup>32</sup>

Estudos atuais apontam que ocorreram avanços no país nas ações do programa de planejamento familiar, mas os grandes problemas acima referidos permanecem na maioria dos municípios.<sup>31,63,86</sup>

No que se refere particularmente à oferta de métodos, uma avaliação do próprio Ministério da Saúde revela que a distribuição dos métodos anticoncepcionais sempre foi irregular e descontínua no país. O governo federal teria iniciado a distribuição dos métodos aos estados, na segunda metade da década de 1980, quando se iniciou a implementação do PAISM. Inicialmente estes métodos eram obtidos a partir de doações das Nações Unidas, como parte de um acordo de cooperação com o Fundo de População das Nações Unidas. Posteriormente, no início dos anos 1990, os

anticoncepcionais hormonais orais passaram a ser adquiridos pelo Ministério da Saúde através da Central de Medicamentos/CEME.<sup>59</sup>

Em 1997, com a descentralização de recursos federais destinados ao financiamento da assistência farmacêutica básica nos estados e municípios, foi interrompida a aquisição de anticoncepcionais pelo Ministério da Saúde. Poucos estados e municípios, no entanto, incluíram os métodos anticoncepcionais na sua lista básica de medicamentos/insumos para aquisição. Então a partir do ano 2000, visando a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, foi retomada a estratégia

43  
de compra a nível federal, propondo atender 30% da demanda potencial no 1º ano (2000), 60% no 2º ano (2001) e 100% no 3º ano (2002).<sup>59</sup>

Foram então distribuídos, entre 2000 e 2001, às secretarias de saúde, estaduais e das capitais, 6.210.600 cartelas de anticoncepcional hormonal oral combinado de baixa dosagem, 582.300 ampolas de anticoncepcional hormonal injetável trimestral, 158.300 unidades de DIU TCu 380 A e 30.000 unidades de diafragma.<sup>59</sup>

Em 2001, após esta primeira distribuição, o Ministério da Saúde realizou uma auditoria para avaliar a distribuição e as ações de planejamento familiar em dez estados, que identificou dificuldades no gerenciamento do programa pelos estados e municípios, falhas na condições de armazenamento e desconhecimento por parte das coordenações estaduais de saúde da mulher das ações de planejamento familiar nos municípios. Os resultados da auditoria levaram a nova interrupção da distribuição.<sup>59</sup>

Outras estratégias foram então definidas e o envio dos métodos passou a ser feito diretamente para os municípios, com alguns critérios pré-estabelecidos, e em duas formas de *kits*: o *kit* básico (inicialmente composto pela pílula combinada de baixa dosagem, pela pílula só de progesterona – minipílula – e o preservativo masculino), e o *kit* complementar (inicialmente composto pelo Dispositivo Intra-Uterino e pelo anticoncepcional injetável trimestral). O *kit* complementar deveria ser enviado aos municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes ou que informassem possuir médicos capacitados para inserção do DIU.<sup>59</sup>

No ano de 2002 foi enviado um total de 40.000 *kits* básicos, para 4.568 municípios, e 2.659 kits complementares, para 433 municípios. Além destes *kits*, o Ministério da Saúde, naquele ano, distribuiu a pílula anticoncepcional de emergência para 439 municípios e para 59 serviços de referência em atenção às mulheres vítimas de

violência sexual. Em 2003 foi enviado um total de 45.210 *kits* básicos, para 4.920 municípios, e 2.782 *kits* complementares, para 474 municípios.<sup>59</sup>

Para a estimativa da necessidade de métodos reversíveis o Ministério da Saúde considerou que 70% das mulheres em idade fértil (10-49 anos) seriam usuárias de métodos contraceptivos modernos e 74% destas seriam usuárias do SUS, correspondendo a cerca de 40.000 mulheres ou, aproximadamente, 60% do total de mulheres em idade fértil no Brasil.

Em 2005, após a formalização da política de direitos sexuais e reprodutivos, o Ministério da Saúde abasteceu 5.232 cidades com anticoncepcionais, quase atingindo o compromisso de suprir 100% da demanda por métodos contraceptivos reversíveis (não-cirúrgicos) a um custo estimado de R\$ 40 milhões, conforme quadro 1.<sup>60</sup>

O Ministério tinha, ainda, como meta aumentar em 50%, até 2007, o número de serviços de saúde credenciados para a realização de laqueadura tubária e vasectomia, em todos os estados brasileiros. Os dados do SUS demonstram que vem ocorrendo um incremento no número de laqueaduras realizadas pelo sistema público de saúde no país; em 1998 foram realizadas 293, em 2001, 15.370, e em 2004, 38.276 laqueaduras. Este incremento aconteceu em todo país, mas principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Já o número de vasectomias apresenta valores mais baixos, mas com tendência de crescimento expressivo e constante, passando de 324 procedimentos em 1999, para 3.142 em 2001, e 14.021 em 2004. Cerca de 570 instituições de saúde estavam habilitadas a realizar estas cirurgias em 2004, mas muitos municípios não possuíam ainda referência para estes procedimentos.<sup>16,31</sup> O Ministério da Saúde previa ainda o credenciamento dos primeiros serviços gratuitos de reprodução humana assistida para tratamento de infertilidade, atendendo todas as regiões brasileiras a partir de 2005.<sup>60</sup>

Em 2007 o governo brasileiro lança o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres elaborado a partir de uma construção participativa que envolveu diretamente cerca de 200 mil mulheres brasileiras em conferências municipais e estaduais e na II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.<sup>82</sup> Neste documento o Capítulo 3, que trata da “Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos” apresenta o seguinte diagnóstico:

*“No Brasil, o acesso à anticoncepção, direito garantido constitucionalmente, não é amplamente atendido. Estudos nacionais demonstram uma maior prevalência de uso da laqueadura tubária e da pílula. A baixa frequência de uso de outros métodos indica o limitado acesso das mulheres às informações sobre as opções disponíveis e aos métodos propriamente ditos. Existem problemas na produção, controle de qualidade, aquisição, logística de*

*distribuição dos insumos e manutenção da continuidade da oferta de métodos anticoncepcionais. O resultado é uma atenção ainda precária e excludente, com maior prejuízo para as mulheres oriundas das camadas mais pobres e das áreas rurais. Possivelmente, esta situação contribui para a ocorrência de abortamentos em condições inseguras e para o aumento do risco de morte por esta causa”.*<sup>82</sup>

Com base nestas e outras análises o referido plano estabelece como metas para o período 2008-2011, garantir a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis, para 100% da população feminina usuária do SUS, e disponibilizar métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços públicos de saúde.<sup>82</sup>

Em 2008 o Ministério da Saúde ampliou a aquisição e distribuição dos métodos contraceptivos para os municípios (quadro 1), passando também a disponibilizar anticoncepcionais nas farmácias populares a baixo custo, com vistas a atender a metas assumidas no referido plano. Incluiu ainda como metas a implantação até 2011, de um serviço público para reprodução assistida em cada região do país, vinculada aos hospitais universitários, e ampliação de cadastro de serviços para realização de vasectomia e laqueadura.<sup>90</sup>

**Quadro 1** - Estimativa da distribuição dos métodos anticoncepcionais no Brasil em 2005e 2008

Ano	2005*	2008**
<b>Quantidade a ser comprada pelo MS para distribuição em 2005 e 2008 aos municípios.</b>	Contraceptivos hormonais-38 milhões de cartelas	Contraceptivos hormonais-50 milhões de cartelas.
	Contraceptivos injetáveis – 250 mil ampolas	Contraceptivos injetáveis-4,3 milhões de
	DIU - 176 mil unidades	DIU-300 mil unidades
	Preservativos- 250 milhões	Preservativos -1,2 bilhões

Fonte: \*Ministério da Saúde<sup>59</sup> (2005) \*\* UNFPA<sup>90</sup>(2008)

A regularidade do fornecimento dos métodos para atender a todas as usuárias do SUS e o aperfeiçoamento dos serviços de planejamento familiar, propiciando condições para escolhas reprodutivas com autonomia pelas mulheres e sem prejuízo à sua saúde, é apenas um dos desafios para o Brasil. A saúde sexual e reprodutiva, no entanto, só poderá ser garantida na medida em que se reduzam as desigualdades sociais e de gênero, e sejam garantidos de forma ampla os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e homens.



## 2.6 GÊNERO, DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS: O LUGAR DA LIBERDADE DE OPÇÃO.

Relembra ÁVILA<sup>11</sup> (2003) que os questionamentos e as idéias, que historicamente vão produzir o conceito de direitos reprodutivos, foram lançados pelo feminismo que, posteriormente, junto com outros movimentos sociais, como os de gays e lésbicas, contribuíram para a construção do conceito de direitos sexuais que hoje são amplamente utilizados.

Foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo, em 1994 (CIPD), que estes conceitos se consolidaram, e pela primeira vez, os governos da maioria dos países reconheceram e assumiram compromisso para garantir os direitos reprodutivos da população, considerando-os como direitos humanos. Esses direitos baseiam-se no reconhecimento do “*direito básico de todas as pessoas de decidir livremente sobre o número de filhos e espaçamento dos nascimentos, e de dispor de informações e recursos para exercerem esses direitos e alcançar o nível mais alto possível de saúde sexual e reprodutiva*”. (UNFPA<sup>89</sup>, 1995)

Por outro lado, naquela conferência, os direitos sexuais ficaram apenas implícitos dentro do conceito de direitos reprodutivos. Foi na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em 1995, que se avançou no sentido de reconhecer o direito das mulheres de decidir sobre sua sexualidade. Sintetizando, definiu-se nesta conferência que os direitos sexuais garantem o livre exercício da sexualidade e a autonomia das decisões individuais e dos casais, no que diz respeito à vida sexual e reprodutiva, e garantem o direito a uma sexualidade saudável sem o risco de uma gravidez indesejada. (ONU<sup>65</sup>, 1996)

A questão das escolhas, no entanto, é complexa e envolve idéias e valores não só individuais, mas das sociedades e de seus integrantes. A limitação do número de filhos pode ser influenciada em parte ainda por constrangimentos de ordem econômica, social e/ou cultural, e por dificuldade de acesso aos serviços de qualidade num determinado tempo e espaço.

O exercício pleno dos direitos sexuais e reprodutivos só será possível se existirem relações igualitárias entre homens e mulheres, e não houver interferências por parte da família, da sociedade e do governo. Nesse sentido, torna-se prioritário o empoderamento das mulheres para que estas alcancem a igualdade de gênero que lhes permita exercer a sua autodeterminação sexual e reprodutiva, livres de coerção, discriminação e violência.

PATARRA E OLIVEIRA<sup>71</sup>(1988) já afirmavam que independentemente da perspectiva teórica, boa parte das tentativas de explicação, nos níveis diferenciais de fecundidade entre grupos de uma mesma população, tem como elemento central a família, entendida como o lócus da reprodução. Deste ponto de vista, o número de filhos seria função de um desejo expresso pelos indivíduos no contexto familiar, influenciado por normas, valores culturais e condições concretas de vida. Mas por outro lado a elevação ou redução da fecundidade poderia ser uma estratégia de adaptação às condições precárias de vida de segmentos da população em determinadas épocas e locais.

Ainda segundo PATARRA E OLIVEIRA<sup>71</sup> (1988), vantagens ou desvantagens de uma prole numerosa não se constituem evidências suficientes de maior ou menor demanda por filhos. Saber o que as pessoas fazem com os filhos que têm, não é equivalente a saber porque têm os filhos que tem. As forças responsáveis pela precipitação do declínio da fecundidade teriam mais a ver com os meios disponíveis para seu controle, sua legitimidade e disponibilidade, independente dos fatores de motivação das famílias. Estes fatores não teriam se alterado ao longo do tempo. Sociedades e segmentos sociais, em seu interior, distinguem-se entre si, não tanto pela motivação, mas pela maior ou menor propensão em traduzir desejos em comportamentos. Adquirem força, nestes casos, os fatores culturais e ideológicos mais do que os fatores sociais e econômicos.

Para ALVES<sup>3</sup> (1996), a literatura demográfica tem dado pouca atenção aos estudos das relações de gênero, e as feministas têm dado pouca importância à tendência secular da queda da fecundidade. Dentre os diversos determinantes por uma menor demanda por filhos, estaria a mudança nas relações de gênero e a luta pela maior independência e autonomia da mulher. Neste sentido, o processo de transição da fecundidade apenas reforça a luta feminista pelos direitos reprodutivos, ou seja, o direito das mulheres regularem sua própria capacidade produtiva, assim como fazer de sua sexualidade um instrumento da satisfação de seus desejos. Para o autor, os direitos reprodutivos da mulher devem estar acima dos condicionantes da dinâmica demográfica. Estes direitos reprodutivos estiveram ameaçados, inicialmente, pelo mito da explosão populacional. Agora, devido às baixas taxas de fecundidade, podem estar ameaçados por outro mito, o da implosão populacional, o que pode motivar a imposição de políticas de incentivo à natalidade. Explica o autor que existe um lapso muito grande entre taxas negativas de crescimento populacional e o desaparecimento de uma nação, e conclui que

uma nação, baseada nos princípios da igualdade e da justiça, não pode impor ao sexo feminino os possíveis custos da sobrevivência da espécie.

No Seminário “Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil” promovido pelo Grupo de Trabalho em Reprodução Humana e População e Gênero da ABEP(1994), advertiu-se que é bastante provável a associação entre alta fecundidade e vulnerabilidade social e, por conseguinte, com saúde reprodutiva precária; não segue daí que baixa fecundidade represente uma meta a ser buscada ou ser imposta. Da mesma forma, baixa fecundidade não significa, necessariamente, que os demais aspectos fundamentais para uma saúde reprodutiva plena estejam sendo atendidos, nem garante a existência de condições propícias para uma vida sexual satisfatória e segura. As políticas públicas destinadas à melhoria das condições de vida da população, especificamente as relativas aos direitos reprodutivos, não devem ser pautadas pelo nível de fecundidade da população, mas sim pelo atendimento das necessidades dos grupos mais vulneráveis. Se, por um lado, é necessário reconhecer que o modelo de família pequena é muito difundido, isto não significa, por outro, que a família pequena deva ser tomada como o tamanho ideal ou que se deva partir do princípio de que ter muitos filhos é um valor negativo. Aponta, tão somente, para a necessidade de que haja espaço para a decisão individual e que sejam garantidos conhecimento, escolha, acesso e uso adequado de métodos contraceptivos, principalmente para aquela parcela da população que depende do sistema de Saúde Pública (CAETANO<sup>21</sup>, 2004)

O processo de construção dos direitos reprodutivos e direitos sexuais se integra ao processo mais amplo de construção da democracia. Para as mulheres, a condição de sujeitos construtores de direitos, incluídos os direitos sexuais e reprodutivos, significa romper com a heteronomia a que sempre estiveram submetidas em relação ao uso de seus corpos, uma vez que todas as regras e tabus que controlaram e reprimiram suas vivências corporais, na sexualidade e na reprodução, foram historicamente construídas pelos homens. Essa repressão e esse controle do corpo e da sexualidade são elementos centrais da dominação patriarcal e da sua reprodução. A persistência das desigualdades entre homens e mulheres é um impedimento para a liberdade reprodutiva e sexual das mulheres (ARILHA<sup>10</sup>, 1995 e ÁVILA<sup>11</sup>, 2003).

A inclusão dos homens na construção dos direitos reprodutivos é indispensável e implica em mudanças culturais e de comportamentos que possibilitem a produção de uma forma mais igualitária de relacionamento entre homens e mulheres no tocante às

responsabilidades e à divisão de tarefas na contracepção, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e em todas as outras dimensões da vida reprodutiva.

Com base nestas reflexões a presente pesquisa objetivou identificar os diferenciais de fecundidade no município de Curitiba e contribuir para o conhecimento e entendimento do comportamento reprodutivo, motivações e vivência das mulheres com alta fecundidade.

A definição de investimentos, presentes e futuros, nas diferentes áreas, para o bem-estar social de uma população em permanente processo de mudança é complexo e depende de constantes análises e pesquisas que apontem caminhos para obtenção de resultados mais efetivos.

Portanto não se pode desconsiderar o fato de que uma parcela de mulheres encontra-se fora do processo de queda da fecundidade porque deseja, outras porque não tiveram oportunidade de exercer o controle sobre sua fecundidade, o que cria a necessidade de se desenvolverem políticas e projetos que favoreçam estes subgrupos populacionais, garantindo-lhes os direitos reprodutivos e à saúde.<sup>20</sup> Conhecer estes subgrupos permitiria a escolha de estratégias mais adequadas para garantir-lhe estes direitos.

### 3. HIPÓTESES E OBJETIVOS

#### 3.1 HIPÓTESES

- Os níveis de fecundidade no município de Curitiba vêm se modificando rapidamente, estando abaixo do nível de reposição, mas com diferenciais intra-urbanos.
- Limitações de acesso à informação e aos métodos contraceptivos determinam os diferenciais de fecundidade na população.
- A opção pelo número de filhos é mediada por condições socioeconômicas, culturais e de gênero.
- A alta fecundidade não implica necessariamente na ocorrência de problemas de saúde para mulheres.
- Ter um número grande de filhos pode ser uma opção e não representar um “fardo” para um dado grupo de mulheres.

#### 3.2 OBJETIVOS

Tendo em vista uma maior compreensão sobre o comportamento reprodutivo e a vivência de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano, o presente trabalho objetivou:

1. Identificar a tendência recente da fecundidade em Curitiba e a política de planejamento familiar do município.
2. Descrever o perfil socioeconômico e demográfico e reprodutivo das mulheres que vivenciam alta fecundidade.
3. Identificar as intenções reprodutivas das mulheres com alta fecundidade.
4. Relacionar o conhecimento, o uso, o acesso aos métodos contraceptivos e condições sociais, econômicas, culturais, e de desigualdades de gênero desse grupo de mulheres.
5. Refletir sobre as relações existentes entre fecundidade e a saúde das mulheres.
6. Identificar as motivações para o número de filhos tidos e a experiência e as dificuldades das mulheres com alta fecundidade.
7. Identificar as perspectivas e as condições das mulheres para criação dos filhos.

#### 4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Para a consecução dos objetivos propostos, optou-se por uma abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, compondo um estudo descritivo e exploratório.

O estudo é de corte transversal, o que permitiu caracterizar a situação atual de um grupo de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano quanto aos diferentes aspectos em estudo.

Ao utilizar a abordagem quantitativa, delineou-se um retrato dos aspectos socioeconômico, demográfico, reprodutivo e de saúde das mulheres com alta fecundidade definindo o perfil desse grupo, bem como se estabeleceu as relações deste perfil com o comportamento e as intenções reprodutivas destas mulheres.

A questão das escolhas relacionadas à fecundidade, no entanto, é complexa e envolve idéias e valores das sociedades e de seus integrantes. Existe uma variedade de estudos (das áreas da demografia e da saúde) que procuram explicar a fecundidade a partir de variáveis socioeconômicas e culturais, a partir de dados secundários, que não indagam, porém, os motivos que teriam levado as entrevistadas a procederem de uma forma ou de outra perante a formação de suas famílias.<sup>44</sup>

Como complemento à etapa quantitativa, buscou-se então uma maior aproximação com a população em estudo, pela abordagem qualitativa, visando identificar as motivações para o número de filhos tidos, a experiência e as dificuldades das mulheres com alta fecundidade, vislumbrando trazer, a partir destes achados, contribuições para o debate sobre os direitos e a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos e da população.

A pesquisa qualitativa permitiria aprofundar as questões particulares relacionadas à vivência das mulheres, trabalhando com um universo mais amplo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, conforme define MINAYO<sup>55</sup> (1994), em uma perspectiva em que processos e fenômenos ganham visibilidade a partir da significação das ações e das relações humanas, dando “vida” aos dados quantitativos.

A pesquisa foi realizada no município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, e recebeu apoio e financiamento da FAPESP.

Na seqüência é apresentada a descrição do processo das duas etapas da pesquisa.

#### 4.1 DETALHAMENTO DA ETAPA QUANTITATIVA

Com vistas a atender o primeiro objetivo procedeu-se inicialmente o cálculo e análise das taxas de natalidade e fecundidade gerais, específicas e totais do período de 1995-2007, do município de Curitiba e do estado do Paraná, com o objetivo de identificar a tendência atual da fecundidade na capital comparando com a do estado como um todo.

A taxa de fecundidade geral se refere à relação entre nascimentos vivos e mulheres em idade reprodutiva, expresso por 1000 mulheres de 15 a 49 anos. A natalidade diz respeito à relação entre nascimentos vivos e população total expressa por 1000 habitantes.<sup>76</sup>

As taxas específicas de fecundidade expressam o número de filhos nascidos vivos por mulher, para cada ano de idade do período reprodutivo e foram calculadas diretamente, relacionando, para cada faixa etária da população feminina, os filhos nascidos vivos.<sup>76</sup>

A taxa de fecundidade total se refere ao número médio de filhos nascidos vivos tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.<sup>76</sup>

O cálculo da taxa de fecundidade total foi obtido pelo somatório das taxas específicas de fecundidade para as mulheres residentes de 15 a 49 anos, multiplicando-se por cinco, que corresponde ao intervalo entre os grupos etários trabalhados (15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49)<sup>76,77</sup>.

O número de nascidos vivos foi obtido da base de dados do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – Ministério da Saúde), a população, do IBGE – Censo Demográfico 2000 e as estimativas de população, do Instituto Paranaense de Desenvolvimento – IPARDES. Para o período 1994-1999 as estimativas foram realizadas pelo IPARDES por meio de interpolação intercensitária (1991 e 2000) das taxas de crescimento geométrico da população dos municípios, segundo grupos etários. Período 2001-2006 foi por meio de interpolação intercensitária (2000 e 2007). Para 2007, a população de Curitiba foi estimada pelo IBGE e distribuída segundo grupos etários pelo IPARDES, a partir da estrutura etária implícita na projeção populacional relativa a 2007.

Para identificar os diferenciais da fecundidade por bairros, calculou-se a taxa de fecundidade total e específica da faixa etária de 15-19 anos por bairro, e a distribuição proporcional das mulheres com alta fecundidade segundo bairros do ano de 2005.

Ainda como parte dos objetivos do presente estudo, estudou-se a política de Planejamento Familiar do município, a partir de dados e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.<sup>84</sup>

A seguir apresentamos o delineamento da pesquisa quanto a população, coleta e análise dos dados da etapa quantitativa.

#### 4.1.1 População alvo

A população alvo desta etapa se constituiu das mulheres residentes em Curitiba que tiveram o quinto ou mais filhos nascidos vivos no ano de 2005, identificadas pela Declaração de Nascidos Vivos (DNV) do banco de dados do Sistema de Informação Nacional de Nascimento (SINASC/MS), correspondendo no total a 736 mulheres, as quais foram selecionadas para serem entrevistadas em seus domicílios. A partir das entrevistas, identificou-se que 13 mulheres afirmaram ter menos de cinco filhos nascidos vivos, passou-se a considerar, então, um universo de 723 mulheres. Destas, foram entrevistadas 441 mulheres, ou seja, 61 % do total de mulheres que tiveram o quinto ou mais filhos nascido em 2005, conforme demonstrado no quadro de controle de entrevistas a seguir.

**Quadro 2** – Controle das entrevistas na etapa quantitativa, Curitiba, 2005.

Resultado das visitas domiciliares	
Mulheres entrevistadas nos domicílios	441 (61,0%)
Mulheres ausentes no momento da visita	45 ( 6,2%)
Mulheres que mudaram de endereço	90 (12,4%)
Mulheres com endereço não localizado	135 (18,7%)
Mulheres que recusaram participar da pesquisa	12 ( 1,7%)
<b>Total</b>	<b>723</b>



A dificuldade de localização dos endereços (135 casos) pode ser atribuída ao perfil social deste grupo de mulheres cujos domicílios se concentravam em áreas

53

informais como favelas, invasões, e em bairros muito pobres e desestruturados que não permitiram, muitas vezes, localizar o nome da rua e principalmente o número da casa, e devido aos endereços incorretos informados na DNV. Estas condições sociais propiciam, por outro lado, uma maior mobilidade das famílias, deste universo 90 mulheres (12,4%) não foram entrevistadas porque haviam mudado de endereço. Outras 45 (6,2%) não estavam em casa no momento da visita, tendo sido tentado um segundo contato sem sucesso, e 12 (1,7 %) se recusaram a participar da pesquisa.

Situação semelhante foi encontrada em estudo cujos dados foram coletados entre 2000/2001 sobre qualidade do pré-natal em Curitiba, no qual foram selecionadas 660 primigestas para visita domiciliar. Destas, 198 mulheres (30,0%) não puderam ser incluídas no estudo, sendo que 104 mulheres foi devido à inexistência do endereço fornecido pelas unidades de saúde, mudança para endereço ignorado ou para outros municípios. Os outros fatores foram a inelegibilidade das mulheres, erro ao classificá-las como primigestas e as recusas. Passaram a constituir o grupo de coorte, 462 mulheres. (CARVALHO e NOVAES<sup>23</sup>, 2004)

Ressalte-se que a fonte para levantamento dos endereços da população foi o DNV/SINASC, podendo ter ocorrido falhas de preenchimento do endereço nas maternidades ou o mesmo ter sido informado incorretamente pelas mulheres. Cuidados especiais no preenchimento desta variável na DNV nas maternidades e nos cadastro nas unidades de saúde são recomendados.

As mulheres entrevistadas residiam em 58 dos 75 bairros do município, uma vez que em 17 bairros não havia mulheres com o quinto ou mais filho nascidos vivos em 2005 e 60% das entrevistadas se concentravam em 9 bairros da cidade. As mulheres não localizadas estavam dispersas entre os mesmos bairros. Considerou-se que as mulheres que não foram encontradas apresentavam características similares àquelas presentes na amostra.

#### 4.1.2 Coleta dos dados

Para coleta dos dados, foram realizadas entrevistas a partir de questionário semi-estruturado com questões fechadas e abertas sobre os perfis socioeconômico, demográfico e reprodutivo da população do estudo (ANEXO 1). Para identificar possíveis participantes para a etapa qualitativa no final da entrevista, perguntava-se se

as informantes gostariam de participar de uma segunda entrevista gravada com maior profundidade, em outra oportunidade.

54

As entrevistas foram realizadas nos domicílios e os endereços das mulheres foram identificados pela listagem nominal obtida do banco de dados do SINASC, disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

As variáveis levantadas e analisadas neste estudo foram idade, escolaridade, ocupação, renda, estado civil, raça, religião da mulher e do marido/companheiro e informações sobre o número de filhos/fecundidade. Foram incluídas questões específicas relacionadas à migração das mulheres e do marido/companheiro (visando identificar se as entrevistadas, ou maridos, eram provenientes de municípios do interior/área rural e só recentemente residiam em Curitiba) e questões relacionadas ao número de irmãos das entrevistadas e dos maridos (tamanho da família na geração anterior), uma vez que os valores adquiridos em tais entornos poderiam ter influenciado na sua fecundidade atual.

Foram incluídas ainda no questionário questões relacionadas à anticoncepção e às intenções reprodutivas das mulheres. Para tanto, foram investigados o nível de conhecimento da população em estudo sobre métodos anticoncepcionais, os métodos em uso no momento e no passado e as fontes de obtenção dos métodos.

As intenções reprodutivas foram levantadas com base nas questões das pesquisas demográficas, DHS (Demography Health Survey) e incluídas nas PNDS (Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde) dos anos de 1986 e 1996 no Brasil para efeito de comparação com estes estudos. Assim o levantamento das preferências da população entrevistada em relação à reprodução foi constituído de questões relacionadas ao desejo de ter mais filhos e número de filhos considerado ideal.<sup>66</sup>

Como não foram entrevistados os maridos/companheiros e o estudo buscava também uma abordagem de gênero, foi perguntado às mulheres, quantos filhos acreditavam que os companheiros preferiam/desejavam ter. Porém, utilizou-se com prudência estas respostas, entendendo que estas apontam apenas se a mulher percebe que o número desejado pelo marido é maior ou menor que o seu, e não como uma expressão concreta das preferências do marido.

Para identificar aspectos relacionados às condições de saúde das mulheres com alta fecundidade foram levantadas as percepções pessoais sobre saúde das mulheres e a morbidades auto-referida pelas mesmas, ao longo dos doze meses anteriores à

entrevista. Foram considerados episódios mórbidos todas as queixas, sintomas, acidentes comuns e diagnósticos apresentados. Foram questionadas, ainda, as possíveis morbidades adquiridas relacionadas às gestações, e questões sobre a vida sexual.

55

O questionário do Estudo Multicêntrico sobre o Impacto da Nova Legislação Brasileira a respeito da Esterilização Voluntária realizada por BERQUÓ e CAVENAGHI<sup>16</sup> (2003), serviu de base para elaboração do instrumento desta pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora e por alunas da Faculdade de Enfermagem da Universidade Tuiuti do Paraná previamente treinadas, no período entre setembro de 2006 e fevereiro de 2008.

#### 4.1.3 Processo de análise dos dados quantitativos

Os resultados obtidos no estudo foram expressos por frequências absolutas e relativas (porcentagens), médias e desvios-padrão e intervalos de confiança de 95%. Para a comparação de dois grupos independentes em relação a variáveis quantitativas, foi usado o teste t de Student para amostras independentes. Para mais de dois grupos, as comparações foram feitas usando-se o modelo de análise de variância com um fator (ANOVA) ou o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, quando apropriado. Para a avaliação de diferenças entre duas perguntas com resposta quantitativa, foi usado o teste t de Student para amostras pareadas. A avaliação do grau de associação entre duas variáveis quantitativas foi feita estimando-se o coeficiente de correlação de Spearman. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram organizados no banco de dados Access e analisados com o uso do programa computacional Statistica v.8.0.

#### 4.1.4 Processo de análise das perguntas abertas da etapa quantitativa

As respostas às perguntas abertas foram registradas pelas entrevistadoras por escrito, de forma literal conforme as falas das mulheres.

Para análise destas respostas optou-se pela análise do conteúdo, partindo-se da leitura de todas as respostas a cada questão para determinar a presença de algumas palavras ou conceitos dentro de um texto ou conjunto de textos; a partir da análise, criou-se uma categorização que é uma operação de classificação de elementos

constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, onde coube, por reagrupamento segundo a semelhança.

O processo transcorreu da seguinte forma: para cada pergunta aberta foi realizada, *a priori*, a leitura de todas as respostas para contextualização geral. A partir

56

da leitura foram selecionadas palavras dos textos e verificadas as suas frequências por meio de localização automática no software Excel. Das mais frequentes surgiu a criação de categorias.

Elaboraram-se as tabelas com as categorias e as respectivas frequências e percentuais, para análise; acrescentaram-se ainda, durante a descrição dos resultados, as falas originais de algumas entrevistadas, para exemplificar as respostas incluídas em algumas categorias.

## 4.2 DETALHAMENTO DA ETAPA QUALITATIVA

Nesta etapa, buscou-se identificar e aprofundar alguns aspectos relacionados ao significado das vivências das mulheres com alta fecundidade, comparando em parte com os resultados expressos na etapa quantitativa, dentre eles a motivação, os desejos e valores relacionados a estas vivências.

Segundo MINAYO<sup>55</sup>(2004), os pesquisadores que fazem uso da pesquisa qualitativa consideram a subjetividade como parte integrante da singularidade do fenômeno social.

### 4.2.1 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da etapa qualitativa se constituíram de nove mulheres entrevistadas na primeira etapa (quantitativa) e que aceitaram participar da segunda entrevista gravada e em profundidade. As primeiras entrevistas gravadas foram realizadas em junho de 2007, concluindo-se o levantamento em março de 2008.

Os sujeitos desta etapa constituíram-se de nove mulheres, que foram entrevistadas na primeira etapa e aceitaram fazer uma entrevista gravada em profundidade, utilizando-se o critério de fechamento amostral por saturação teórica.

O fechamento amostral por saturação teórica é amplamente usado em pesquisa qualitativa na área da saúde e operacionalmente é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na

avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.<sup>35</sup>

57

As entrevistas foram iniciadas com um grupo de mulheres de menor renda e menor escolaridade. Ao verificar que as respostas se convergiam, ou se repetiam havendo saturação das informações sentiu-se a necessidade de entrevistar mulheres que apresentassem melhor renda e escolaridade com vista a identificar possíveis distinções nas percepções e nas vivências das mulheres com alta fecundidade com condições socioeconômicas um pouco diferenciadas. Constituíram-se, desta forma, dois grupos de mulheres. O primeiro grupo composto por quatro mulheres com renda e escolaridade média próximas da média da população em estudo, e o segundo, com cinco mulheres com renda e escolaridade acima da média da população em estudo. Ambos foram delimitados pelo critério de saturação das respostas segundo a percepção da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas pela própria pesquisadora responsável, nos domicílios das mulheres.

#### 4.2.2 Coleta e Análise dos Dados

As informações foram coletadas através de entrevistas gravadas, realizadas a partir de um roteiro temático (ANEXO 2 ), e transcritas para análise.

Os dados desta etapa foram analisados tendo por base o método de Análise de Conteúdo desenvolvido por BARDIN<sup>13</sup> (1995).

A análise de conteúdo é definida como o conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN<sup>13</sup>, 1995).

MINAYO<sup>55</sup> (2004) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. Na análise de conteúdo como método qualitativo se busca aprofundar a argumentação tentando ultrapassar o alcance meramente descritivo da mensagem, para atingir mediante inferência, uma interpretação mais profunda destes manifestos.

Ainda segundo BARDIN<sup>13</sup> (1995) a contextualização ou o lugar de onde fala o sujeito deve ser “pano de fundo” da análise, no sentido de garantir a relevância dos

resultados divulgados. Visando delimitar, em parte, este contexto, e identificar as percepções das mulheres sobre o tema em estudo em diferentes agrupamentos sociais e

58

econômicos, dividiu-se o grupo de nove sujeitos da pesquisa em dois sub-grupos: as mulheres de menor renda (4 mulheres) ficaram no grupo de mulheres denominado aleatoriamente como “mulheres das camadas populares”, e as mulheres de maior renda (5 mulheres), no grupo denominado “mulheres das camadas médias”.(ANEXO 3)

Neste estudo, seguiram-se os passos do método de análise de conteúdo aqui relacionados: leitura flutuante das transcrições das entrevistas; recorte do texto em unidades de registro e classificação das mesmas segundo as unidades de contexto e categorias temáticas, mantendo-se a identificação das entrevistadas; re-leitura do material agrupado por categorias; elaboração de inferências, seguida da fase de identificação das grandes categorias temáticas; e interpretação dos resultados com apoio e base na literatura. Um quadro resumo da aplicação do método encontra-se no ANEXO 4.

Para definição dos temas para análise (categorias temáticas), foram consideradas as orientações de MINAYO<sup>55</sup> (2004), que conceitua a noção de tema como uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações, apresentada graficamente através de uma palavra, uma frase, um resumo. Para a autora, a presença de determinados temas denotariam os valores de referência e os modelos de comportamento presente no discurso.

As duas grandes categorias temáticas identificadas após a análise do material empírico foram: “Trajetórias reprodutivas conflituosas – da falta de autonomia à dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos”, e “Desigualdades sociais e de gênero - condições determinantes da vida das mulheres com alta fecundidade”.

A análise e discussão destas duas categorias temáticas estão apresentadas nos resultados da etapa qualitativa.

### 4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e recebeu ainda parecer favorável para sua execução pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Em conformidade com a Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde(CNS/MS), todas as mulheres entrevistadas foram informadas sobre os

objetivos e a metodologia do estudo, sendo-lhes assegurado que os dados seriam confidenciais, mantendo o anonimato das entrevistadas. Com base nesta prerrogativa,

59

os sujeitos deste estudo serão apresentados no corpo deste estudo com nomes fictícios. Após receber os esclarecimentos as entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido tanto para etapa quantitativa como para a qualitativa. (ANEXO 5)

#### 4.4 O CENÁRIO DO ESTUDO

Curitiba é a capital do estado do Paraná, localizado na região sul do Brasil, uma das mais desenvolvidas social e economicamente. Foi fundada em 29 de março de 1693, quando desmembrada do município de Paranaguá, situando-se na região leste do estado, próxima ao litoral paranaense.<sup>75</sup>

Até o século XVIII, os habitantes da cidade eram índios, mamelucos, portugueses e espanhóis. Com a emancipação política do Paraná (1854) e o incentivo governamental à colonização, na segunda metade do século XIX, Curitiba foi transformada pela intensa imigração de alemães, franceses, suíços, austríacos, poloneses, italianos, ucranianos, entre outros, que conferiram um novo ritmo de crescimento à cidade e influenciaram de forma marcante os hábitos e costumes locais.

Da mesma forma, paulistas, gaúchos, mineiros, nordestinos, enfim, brasileiros de todas as localidades também foram se integrando à sua estrutura populacional.

Curitiba apresentava, em 2005, uma população estimada de 1.757.904 habitantes, sendo 535.848 mulheres em idade fértil, 30,5% do total, e uma taxa de crescimento anual de 1,82 (2000), devido às baixas taxas de natalidade e fecundidade observadas nas últimas décadas.

Curitiba está dividida em 75 bairros e 9 regiões administrativas. (Mapa1)

##### 4.4.1 O Sistema de Saúde Municipal

O município de Curitiba se habilitou à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB-SUS/96), em 1998.<sup>83</sup>

Atualmente, a rede própria municipal é composta por 123 Equipamentos de Saúde, sendo 47 Unidades Básicas de Saúde, 48 Unidades Básicas com Estratégia de

Saúde da Família, 11 Unidades de Saúde Complexas, sete Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS, oito Centros Municipais de Urgências Médicas – CMUM's, um

60

Hospital Geral e Maternidade (Centro Médico Comunitário Bairro Novo), e um Laboratório de Análises Clínicas.

Conta com 131 equipes de Saúde da Família, 1.149 Agentes Comunitários e um corpo funcional de cerca de 6.330 servidores.

A Secretaria Municipal de Saúde estabeleceu que a vinculação do usuário ocorre no momento do cadastramento na Unidade de Saúde mais próxima de sua moradia. O cadastro permite a abertura do prontuário eletrônico único, que registra todos os atendimentos realizados para este usuário. O prontuário eletrônico (médico/enfermagem e odontológico) se encontra implantado em 100% das Unidades de Saúde, abrangendo todos os nove Distritos Sanitários.

O município conta ainda com um Sistema de Gerenciamento dos Procedimentos de Alto Custo; uma Central de Marcação de Consultas e Exames Especializados – SADT, com acesso *on line* das Unidades, e um Sistema de Atendimento para os Centros de Especialidades.

Com a gestão plena do sistema, a Secretaria Municipal da Saúde se responsabiliza pela organização do conjunto dos serviços vinculados ao SUS, 299 prestadores atuando no nível ambulatorial. Destes, 147 são públicos (incluindo as 123 Unidades de Saúde), 17 filantrópicos e os demais privados. A assistência hospitalar é realizada por 30 hospitais credenciados ao SUS: três são públicos, 12 filantrópicos e 15 privados, totalizando 4.735 leitos cadastrados ao SUS.

A assistência pré-hospitalar ao trauma, em situações de emergência, era prestada pelo SIATE, desde 1990, em uma parceria entre o Corpo de Bombeiros, a Secretaria Estadual de Saúde e o governo municipal. Atualmente é realizada também pelo SAMU.

Curitiba é uma cidade pólo, sendo referência para procedimentos especializados, serviço de alto custo e de alta complexidade, não só para a Região Metropolitana, como para o interior do Paraná e para outros estados.

A capital do estado ainda atrai migrantes que pressionam pelo espaço urbano e pela expansão dos serviços básicos de saúde.

Com o aumento da expectativa de vida de sua população, haverá necessidade de incrementar serviços e ações voltados às patologias próprias do envelhecimento.;



atualmente conta com apenas um centro de referência para atendimento ao idoso, localizado no centro da cidade.

A capital paranaense, como todas as demais cidades de grande porte, vem apresentando crescimento nos índices de morbi-mortalidade por causas externas

61

(homicídios, suicídios e acidentes), constituindo uma das primeiras causas de morte, junto com as doenças do aparelho cardiocirculatórios e as neoplasias.

Os programas voltados para a área de saúde da mulher desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba<sup>83</sup>, de acordo com as informações do gestor são:

**O Programa Mulher de Verdade** – implantado em 2002, tem como objetivo a prevenção e a erradicação da violência contra as mulheres.

**Programa Mãe Curitibana** – implantado em março de 1999, tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, e garantia do acesso ao parto.

**Programa Viva Mulher** – implantado em 1997, tem por diretriz a implementação de ações de controle do câncer de colo uterino, visando a diminuição da mortalidade por este tipo de câncer.

**Programa de Planejamento Familiar** – iniciado em 1989, mas implementado com maior oferta de métodos em 1999, tendo como objetivos reduzir a gravidez indesejada ou de risco e diminuir o número de abortos provocados.

Curitiba apresentava em 2000 o quarto maior Índice de Desenvolvimento Humano/ IDH (0,856) entre os municípios brasileiros, junto com o município de Vitória/ES, ficando, no entanto, atrás de Brasília/DF (0,936), Florianópolis/SC (0,875), Porto Alegre/RS (0,865), mas à frente de Rio de Janeiro/RJ (0,842) e São Paulo/SP (0,841) e demais municípios. Em 2000, o índice de Gini era de 0,59, demonstrando a presença de desigualdades sociais, assim como taxa de pobreza de 8,61% ( PMC<sup>75</sup>, IPARDES<sup>45</sup>).

O índice de Gini é medido por um número de 0 a 1, onde 0 corresponde a perfeita igualdade e 1 corresponde a perfeita desigualdade de renda. Com base em um Índice de Gini de 0,57 em 2003, o relatório do PNUD de 2007 situa o Brasil em 11º lugar entre os países com mais alta concentração de renda (CNDSS<sup>26</sup> 2008). Fica

evidente assim que, embora Curitiba seja considerada uma referência em urbanização e tenha condições diferenciadas de desenvolvimento em relação à maioria dos municípios brasileiros, apresenta ainda situações de desigualdades, típicas de regiões e países em desenvolvimento, a serem superadas.

# MAPA 1

## Administrações Regionais e Ruas da Cidadania de Curitiba - 2005

Decreto nº 665 de 29.03.2005

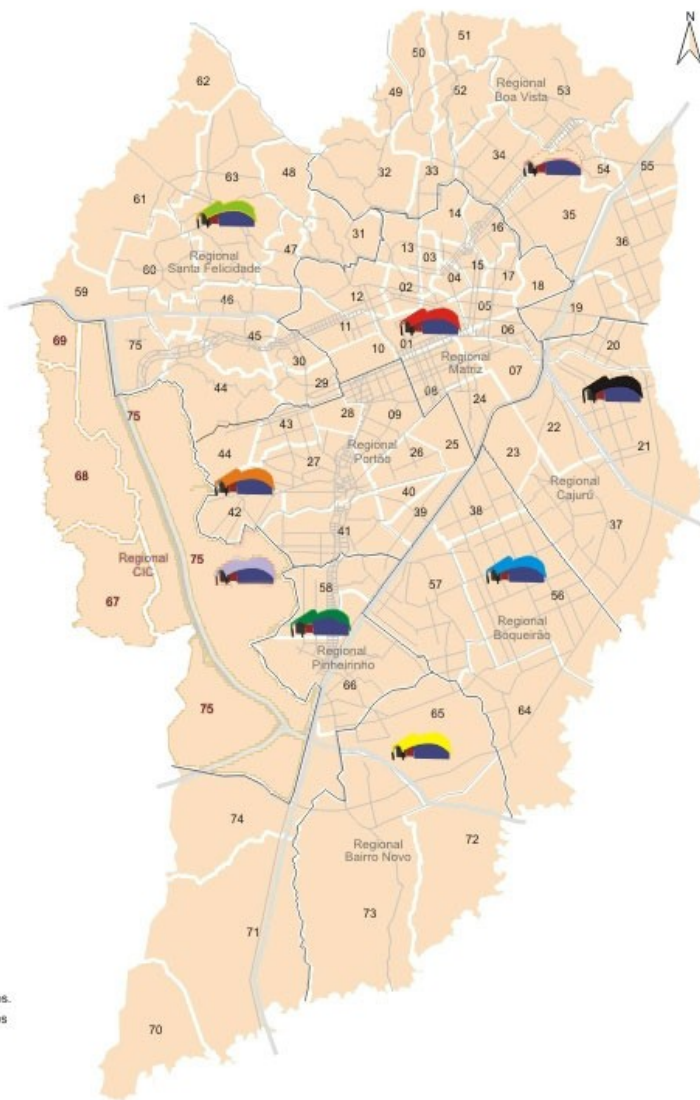
### BAIRROS

- 01 - Centro
- 02 - São Francisco
- 03 - Centro Cívico
- 04 - Alto da Glória
- 05 - Alto da Rua XV
- 06 - Cristo Rei
- 07 - Jardim Botânico
- 08 - Rebouças
- 09 - Água Verde
- 10 - Batel
- 11 - Bigorrilho
- 12 - Mercês
- 13 - Bom Retiro
- 14 - Ahú
- 15 - Juvevê
- 16 - Cabral
- 17 - Hugo Lange
- 18 - Jardim Social
- 19 - Tarumã
- 20 - Capão da Imbuia
- 21 - Cajuru
- 22 - Jardim das Américas
- 23 - Guabirota
- 24 - Prado Velho
- 25 - Parolim
- 26 - Guaíra
- 27 - Portão
- 28 - Vila Isabel
- 29 - Seminário
- 30 - Campina do Siqueira
- 31 - Vista Alegre
- 32 - Pilarzinho
- 33 - São Lourenço
- 34 - Boa Vista
- 35 - Bacacheri
- 36 - Bairro Alto
- 37 - Uberaba
- 38 - Hauer
- 39 - Fanny
- 40 - Lindóia
- 41 - Novo Mundo
- 42 - Fazendinha
- 43 - Santa Quitéria
- 44 - Campo Comprido
- 45 - Mossunguê
- 46 - Santo Inácio
- 47 - Cascatinha
- 48 - São João
- 49 - Taboão
- 50 - Abranches
- 51 - Cachoeira
- 52 - Barreirinha
- 53 - Santa Cândida
- 54 - Tingui
- 55 - Atuba
- 56 - Boqueirão
- 57 - Xaxim
- 58 - Capão Raso
- 59 - Orleans
- 60 - São Braz
- 61 - Butiatuvinha
- 62 - Lamenha Pequena
- 63 - Santa Felicidade
- 64 - Alto Boqueirão
- 65 - Sítio Cercado
- 66 - Pinheirinho
- 67 - São Miguel
- 68 - Augusta
- 69 - Riviera
- 70 - Caximba
- 71 - Campo de Santana
- 72 - Ganchinho
- 73 - Umbará
- 74 - Tatuquara
- 75 - Cidade Industrial

### LEGENDA

- Ruas da Cidadania
-  Bairro Novo
  -  Boa Vista
  -  Boqueirão / Carmo
  -  Fazendinha
  -  Matriz
  -  Pinheirinho
  -  Santa Felicidade
  -  Em Implantação
  -  Em Planejamento
  -  Divisa de Bairros
  -  Divisa das Regionais

Fonte: SGM/IPPUC/Banco de Dados.  
Elaboração: IPPUC/Banco de Dados e Geoprocessamento.  
Escala: 1:150.000



### Ruas da Cidadania no Município de Curitiba

NOME	ENDEREÇO	Nº	TELEFONE	FAX	BAIRRO
Adm. Regional Bairro Novo	R. Tijucas do Sul	1700	3289-4141	3289-4737	Sítio Cercado
Adm. Regional Boa Vista	Av. Paraná	3600	3356-2566	3256-1464	Boa Vista
Adm. Regional Cajuru	R. Luiz França	2032	3361-2391	3361-2358	Cajuru
Adm. Regional CIC	R. Manoel Valdomiro de Macedo	2460	3212-1552	3268-0505	CIC
Adm. Regional Portão	R. Carlos Klemtz	1700	3245-1100	3245-5452	Portão
Adm. Regional da Matriz	Praça Rui Barbosa	101	3323-4474	3324-2552	Centro
Adm. Regional Santa Felicidade	Rua Santa Bertila Boscardim	213	3297-3259	3297-1817	Sta. Felicidade
Adm. Regional Boqueirão	Av. Mal. Floriano Peixoto	8430	3276-6016	3277-3319	Boqueirão
Adm. Regional Pinheirinho	Av. Winston Churchill	2033	3346-1419	3346-4117	Capão Raso



IPPUC Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba - SIN - Banco de Dados

:: Rua Bom Jesus, 669 :: Cabral :: Curitiba :: Paraná :: CEP 80035-010 :: Fone (41) 3250-1414 :: Fax (41) 3254-8661 :: E-Mail ippuc@ippuc.org.br ::

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUANTITATIVA

## 5.1 **CAPÍTULO 1 - NÍVEIS E TENDÊNCIA DA FECUNDIDADE EM CURITIBA E A POLÍTICA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR**

Este capítulo visa apresentar a evolução recente da fecundidade, os diferenciais intra-urbanos e a política de planejamento familiar em Curitiba, local do estudo.

### 5.1.1 **Níveis e Tendência da Fecundidade em Curitiba**

Observou-se pelos dados analisados tendência a uma rápida e contínua queda das taxas de fecundidade em Curitiba, bem como no Estado do Paraná conforme demonstrado na tabela 2.

Entre 1995, ano de implantação do SINASC, e 2005, ano da coleta de dados deste estudo, houve uma redução de 27,6% na Taxa de Fecundidade Total (TFT ) em Curitiba, atingindo níveis de fecundidade bem abaixo do chamado nível de reposição populacional (2,1), ou seja, 1,53 filhos nascidos vivos por mulher em 2005, e 1,49 em 2007. A TFT média do Estado do Paraná, também já se encontrava abaixo do nível de reposição, com 1,66 filhos por mulher em 2007. (tabela 2)

De forma análoga, tanto as taxas de natalidade como de fecundidade geral reduziram em torno de 38% entre 1995 e 2007, sendo este um indicativo de que nos demais municípios a fecundidade vem caindo também em grandes proporções, havendo um processo de convergência nas taxas de fecundidade entre os municípios. (tabela 2 )

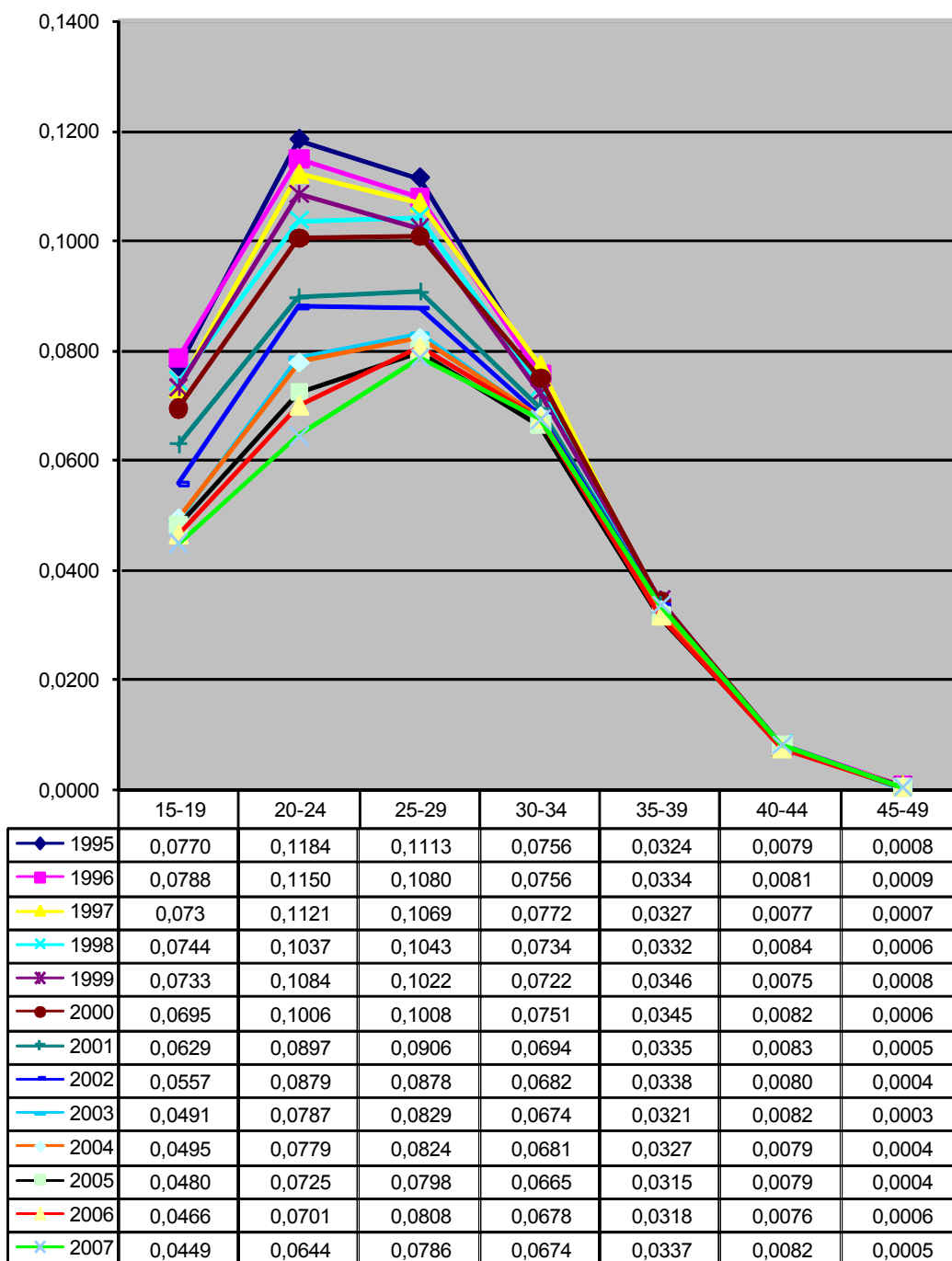
Ano	TN ( Por 1000 hab)		TFG (Por 1000 mulheres de 15 a 49 anos)		TFT (N. filhos por mulher de 15 a 49 anos)	
	Curitiba	Paraná	Curitiba	Paraná	Curitiba	Paraná
1995	21,52	22,4	69,76	80,55	2,12	2,39
1996	20,19	21,70	68,14	79,24	2,10	2,37
1997	19,68	21,38	66,57	77,83	2,08	2,37
1998	18,72	19,99	63,18	72,32	1,99	2,22
1999	18,88	19,85	62,84	71,29	1,99	2,21
2000	18,50	18,73	60,70	67,12	1,95	2,11
2001	16,71	17,22	54,98	61,87	1,77	1,96
2002	16,02	16,82	52,47	60,31	1,71	1,92
2003	14,86	15,85	48,48	56,71	1,59	1,82
2004	14,89	15,89	48,17	56,73	1,59	1,84
<b>2005</b>	<b>13,95</b>	<b>15,58</b>	<b>45,98</b>	<b>56,23</b>	<b>1,53</b>	<b>1,83</b>
2006	13,82	14,77	45,42	53,19	1,53	1,74
2007	13,39	13,95	44,08	50,28	1,49	1,66
Variação % 95-05	-35,2	-30,4	-34,1	-30,2	-27,6	-30,4
Variação % 95-07	-37,8	-37,7	-36,8	-37,6	-29,7	-37,7

Obs: tabela elaborada com base nos dados do SINASC/MS, IBGE e IPARDES

As taxas específicas de fecundidade por faixa etária apresentaram redução mais expressiva nas faixas etárias de 15 a 19 anos e 20 a 24 anos com cerca de 48% e 49% de redução, respectivamente, entre 1995 e 2007, e redução menos acentuada nas faixas etárias superiores, mas que também apresentam quedas contínuas. (gráfico 1)

Analisando, ainda, a fecundidade específica por idade no município de Curitiba, observa-se que a fecundidade mudou de um padrão jovem (20 a 24 anos) no período de 1995 a 1999, para um padrão dilatado entre 2000 a 2002(20-29anos), passando para um padrão tardio a partir de 2003 com a cúspide passando para o grupo etário de 25 a 29 anos, a partir de 2001. (gráfico 1)

1995-2007.



Obs: gráfico elaborado com base nos dados do SINASC/MS, IBGE e IPARDES

A tabela 3 apresenta o número e o percentual de filhos nascidos vivos por mulheres em 2005, 2006 e 2007, em Curitiba, Interior do Paraná, e Paraná Total, onde

se pode verificar que a grande maioria das mulheres tinha até dois filhos nascidos vivos (81,3% em Curitiba, 74,4% no interior do Paraná e 75,5% no Estado do Paraná

como um todo em 2007). Em 2005, ano da coleta de dados deste estudo, apenas 3,0% (736 mulheres) tinham cinco ou mais filhos nascidos vivos em Curitiba, e 4,9%(6027) no Interior do Paraná, reduzindo este percentual nos anos subsequentes. Mas deve-se considerar que ainda cerca de 7.000 mulheres a cada ano estão tendo o seu quinto ou mais filhos nascidos vivos no Paraná, e destas, 700 residem em Curitiba.

**Tabela 3** - Número e percentual de nascidos vivos tidos por mulher em Curitiba, Interior e Paraná 2005, 2006, 2007.

Filhos nascidos vivos	2005		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
<b>Curitiba</b>						
Um	11.942	48,7	12.276	49,7	12.189	50,1
Dois	7.573	30,9	7.635	30,9	7.603	31,2
Três	3.108	12,7	3.054	12,4	2.966	12,2
Quatro	1.152	4,7	1.034	4,2	923	3,8
Cinco e+	736	3,0	708	2,9	662	2,7
Ignorado	4	0,0	2	0,0	6	0,0
Não Inform.	3	0,0	6	0,0	4	0,0
<b>Total</b>	<b>24.518</b>	<b>100,0</b>	<b>24.715</b>	<b>100,0</b>	<b>24.353</b>	<b>100,0</b>
<b>Interior</b>						
Um	57.117	42,2	56.231	43,6	53.815	44,0
Dois	41.418	30,6	38.854	30,1	37.196	30,4
Três	20.245	15,0	18.693	14,5	17.556	14,3
Quatro	8.553	6,3	7.922	6,1	7.275	5,9
Cinco e+	7.479	5,5	6.708	5,2	6.027	4,9
Ignorado	97	0,1	50	0,0	32	0,0
Não Inform.	482	0,4	464	0,4	513	0,4
<b>Total</b>	<b>135.391</b>	<b>100,0</b>	<b>128.922</b>	<b>100,0</b>	<b>122.414</b>	<b>100,0</b>
<b>Paraná</b>						
Um	69.059	43,2	68.507	44,6	66.004	45,0
Dois	48.991	30,6	46.489	30,3	44.799	30,5
Três	23.353	14,6	21.747	14,2	20.522	14,0
Quatro	9.705	6,1	8.956	5,8	8.198	5,6
Cinco e+	8.215	5,1	7.416	4,8	6.689	4,6
Ignorado	101	0,1	52	0,0	38	0,0
Não Inform.	485	0,3	470	0,3	517	0,4
<b>Total</b>	<b>159.909</b>	<b>100,0</b>	<b>153.637</b>	<b>100,0</b>	<b>146.767</b>	<b>100,0</b>

Obs: elaborado com base nos dados do SINASC/MS

Para identificar os diferenciais de fecundidade em Curitiba, levantaram-se alguns indicadores (taxa de fecundidade total -TFT, taxa de fecundidade específica de

15 a 19 anos - TFE na adolescência e número e percentual de mulheres com alta fecundidade) por bairros, do ano de 2005.

Os bairros que apresentaram maior taxa de fecundidade total (>2,1 filhos por mulher) em 2005 foram Campo do Santana, Guaira, Hauer, Mossuguê, Parolin, Prado Velho, Riviera, Santa Quitéria, Tatuquara, Vista Alegre. ( Tabela 4)

Os bairros que apresentaram alta taxa de fecundidade específica de 15 a 19 anos (> que 80 por 100.000) foram Campo do Santana, Parolin, Prado Velho, Riviera, Tatuquara, e Umbará. ( Tabela 4)

Com relação às taxas de alta fecundidade identificou-se que nove bairros apresentavam os maiores percentuais, sendo em ordem decrescente: Cidade Industrial, Sítio Cercado, Uberaba, Cajuru, Tatuquara, Parolin, Boqueirão, Xaxim, Pinheirinho, concentrando 59,6% das mulheres com alta fecundidade. (Tabela 4)

Os bairros Ahú, Alto da Glória, Bom Retiro, Bacacheri, Cascatinha, Fanny, Hugo Lange, Jardim Social, Juvevê, Lamenha Pequena, Mercês, Mossungê, Riviera, Seminário São Miguel, Taboão e Vila Izabel não tiveram mães com o quinto ou mais filhos nascidos vivos em 2005 (17 bairros - 22% dos 75 bairros do município).

A visualização dos mapas 2, 3 e 4, demonstra que os bairros com taxas de fecundidade total e de fecundidade específica (média e alta) entre 15-19 anos, e a maior proporção de mulheres com alta fecundidade se concentravam na região sul da cidade, e as menores taxas no centro e nos bairros circunvizinhos.

A grande concentração de população em Curitiba ocorre em dez bairros (Cidade Industrial, Sítio Cercado, Cajuru, Boqueirão, Uberaba, Xaxim, Alto Boqueirão, Pinheirinho, Água Verde e Portão), os quais se localizam em sua maioria na região sul. O adensamento da população nesta região estaria ligado ao fato que nestas regiões os terrenos e imóveis são mais baratos, e são lugares onde é permitido construir, em espaços menores, mais de uma casa em um mesmo terreno, abrigando várias famílias.<sup>47</sup>

As mulheres entrevistadas neste estudo residiam em 58 dos 75 bairros de Curitiba, sendo que a maior parte concentrava-se em nove bairros como demonstrado na tabela 4.

Os equipamento de saúde encontravam-se em expansão especialmente nesta região, as 11 unidades de saúde construídas em Curitiba, em 2007 estavam localizadas



em sete bairros da cidade, dentre eles o bairro Cidade Industrial de Curitiba (três unidades), Novo Mundo (duas unidades), Bairro Novo (uma unidade) e Santa Quitéria (uma unidade), no bairro Uberaba (duas unidades), no Xaxim (duas unidades) e Capão da Imbuia (uma unidade).<sup>38</sup> Esta região era provavelmente a mais desprovida em termos de assistência à saúde até recentemente.

Curitiba apresenta diferenciais de fecundidade, de estrutura populacional e de serviços que apontam para a necessidade de estudos e análises detalhados, objetivando uma programação de ações que englobe desde a assistência à saúde sexual e reprodutiva até a criação de vagas em creches, escolas, a construção de moradias, unidades de saúde, dentre outras.

**Tabela 4** - Número e percentual de mulheres com alta fecundidade (cinco ou mais filhos), taxa de fecundidade específica (TFE) das mulheres de 15 a 19 anos, taxa de fecundidade total (TFT), por bairros de Curitiba, 2005

Bairros	Mulheres com alta fecundidade	% Mulheres com alta fecundidade	TFE 15-19 anos	TFT
Cidade Industrial	89	12,2	66,03	1,66
Sítio Cercado	70	9,6	69,81	1,83
Uberaba	60	8,2	47,06	1,64
Cajuru	56	7,7	53,08	1,61
Tatuquara	51	7,0	121,64	2,29
Parolin	29	4,0	107,16	2,45
Boqueirão	27	3,7	36,95	1,25
Xaxim	26	3,6	57,97	1,89
Pinheirinho	26	3,6	47,72	1,47
Bairro Alto	22	3,0	42,40	1,62
Alto Boqueirão	22	3,0	41,25	1,33
Capão Raso	20	2,7	58,57	1,90
Barreirinha	17	2,3	46,02	1,46
Santa Cândida	15	2,1	61,65	1,77
Umbará	14	1,9	84,48	1,98
Fazendinha	13	1,8	65,08	2,02
São Braz	13	1,8	38,53	1,43
Portão	12	1,6	26,66	1,05
Abranches	11	1,5	45,07	1,71
Pilarzinho	10	1,4	44,03	1,52
Santa Felicidade	8	1,1	46,85	1,97
Campo Comprido	8	1,1	37,81	1,37
Campo de Santana	7	1,0	88,26	2,77
Prado Velho	7	1,0	109,21	2,13
Lindóia	7	1,0	55,60	2,02
Ganchinho	7	1,0	51,00	0,94
Santa Quitéria	6	0,8	58,15	3,10
Hauer	5	0,7	53,04	2,53
Boa Vista	5	0,7	26,54	1,27
Tingui	5	0,7	26,61	1,13
Novo Mundo	5	0,7	26,13	1,05
Guaira	4	0,5	56,87	2,56
Guabirota	4	0,5	26,10	1,25
Capão da Imbuia	4	0,5	31,50	1,04
Jardim Botânico	4	0,5	34,25	1,03
Centro	4	0,5	17,14	1,00
Vista Alegre	3	0,4	40,00	2,65

continua

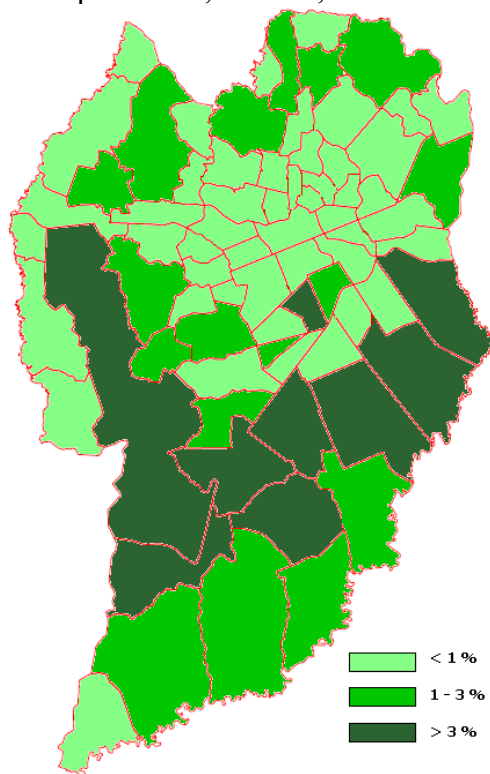
## continuação

Bairros	Mulheres com alta fecundidade	% Mulheres com alta fecundidade	TFE 15-19 anos	TFT
Campina do Siqueira	3	0,4	63,14	1,58
Augusta	3	0,4	37,62	1,28
Orleans	3	0,4	21,12	1,25
Caximba	3	0,4	54,18	1,24
Santo Inácio	3	0,4	25,48	1,16
Rebouças	3	0,4	11,38	0,85
Cabral	2	0,3	9,07	1,10
Butiatuvinha	2	0,3	24,14	0,83
Tarumã	1	0,1	39,47	1,46
Centro Cívico	1	0,1	4,43	1,39
São Lourenço	1	0,1	30,10	1,24
Cristo Rei	1	0,1	8,13	1,14
Jardim das Américas	1	0,1	11,51	1,12
Batel	1	0,1	7,41	1,09
São Francisco	1	0,1	6,84	1,09
Cachoeira	1	0,1	30,10	0,95
Atuba	1	0,1	22,97	0,91
Bigorriho	1	0,1	4,78	0,76
São João	1	0,1	13,09	0,69
Água Verde	1	0,1	2,61	0,41
Alto da XV	1	0,1	10,23	0,17
Riviera	0	0,0	150,49	3,68
Mossunguê	0	0,0	43,59	2,27
Juvevê	0	0,0	6,78	1,70
Bacacheri	0	0,0	14,07	1,19
Alto da Glória	0	0,0	7,46	1,11
Ahú	0	0,0	8,49	1,01
Cascatinha	0	0,0	8,94	0,97
Mercês	0	0,0	8,44	0,91
Bom Retiro	0	0,0	33,14	0,85
Hugo Lange	0	0,0	7,99	0,85
Seminário	0	0,0	7,30	0,85
Lamenha Pequena	0	0,0	0,00	0,82
Jardim Social	0	0,0	6,87	0,79
Fanny	0	0,0	9,26	0,27
Vila Izabel	0	0,0	0,00	0,21
São Miguel	0	0,0	0,00	0,00
Taboão	0	0,0	20,22	1,11
Curitiba	731	3%	48	1,53

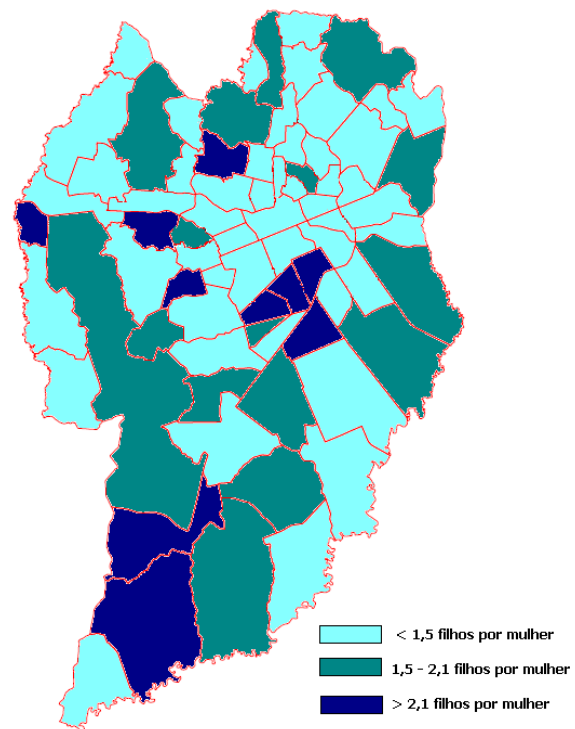
Obs: A população por bairro foi obtida no IPPUC/ banco de dados com base na Estimativa Populacional 2005/ IBGE.

Nota: \*Percentual em relação ao total de mulheres com alta fecundidade (731 em que havia informação do bairro).

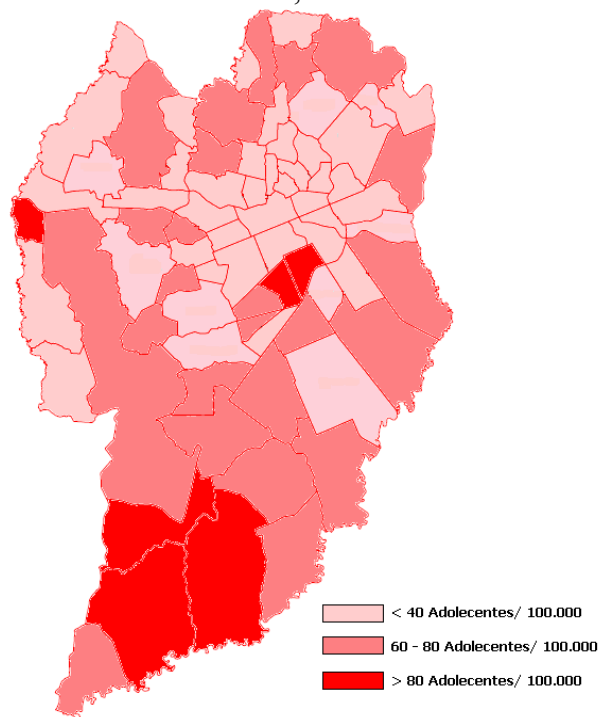
Mapa 2- Proporção de mulheres com alta fecundidade por bairro, Curitiba, 2005



Mapa 3-Taxa de fecundidade total por bairro, Curitiba, 2005



Mapa 4-Taxa de fecundidade específica de adolescentes de 15 a 19 anos por bairro, Curitiba, 2005



Obs: mapas elaborados pela pesquisadora com base na tabela 4

### 5.1.2 Política de Planejamento Familiar em Curitiba

Conforme protocolo do Programa de Planejamento Familiar da Secretaria Municipal de Saúde, 2ª edição publicada em 2005, Curitiba apresenta clara tendência de queda da fecundidade e de estabilização demográfica, ressaltando que, apesar deste Programa existir desde 1989, foi a partir de 1999 que o coeficiente de natalidade apresentou redução em Curitiba, quando o programa foi efetivamente implantado, com todos os métodos disponíveis. (SMS<sup>84</sup>, 2005)

O atual protocolo de planejamento familiar prevê para os indivíduos e casais, consultas médicas para orientação e exames pré-concepcionais, consulta e acompanhamento dos casos de infertilidade e consultas para orientação e fornecimento de métodos para anticoncepção.

A população alvo do programa, segundo o protocolo, são mulheres/homens em idade fértil. Define, no entanto, uma população priorizada que inclui mulheres com idade acima de 35 anos e menores de 16; escolaridade inferior à 4ª série do ensino fundamental; antecedentes obstétricos desfavoráveis (abortos, mortes fetais e neonatais; com história de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, pré-eclampsia, malformações congênitas, cerclagem, amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro) doenças crônicas, presença de hipertensão arterial sistêmica, *diabetes mellitus*, doença renal, cardiopatia, doenças auto-imunes, pneumopatias, hepatopatias, infecção HIV/AIDS e outras doenças sistêmicas graves; em uso/abuso de drogas: benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, tabagismo, alcoolismo e outras drogas lícitas e/ou ilícitas; obesidade e desnutrição.

Quanto aos direitos reprodutivos, refere a lei n.º 9.263 de 12 de janeiro de 1996, que regula o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal do Brasil, e considera o planejamento familiar como direito de todo cidadão, englobando o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Destaca que a anticoncepção foi reconhecida mundialmente como Direito Humano Básico em 1968, e foi caracterizada como ação básica de Saúde Pública em 1979.

Refere que no período de 1974 a 1994, nas Conferências Mundiais sobre População, os princípios básicos de planejamento familiar foram constituídos como:

- A política demográfica é de soberania de cada país;

- A decisão sobre o número e o espaçamento dos filhos é direito inalienável do indivíduo e/ou do casal;
- A função do Estado restringe-se à garantia do exercício deste direito (informação e acesso), bem como à vigilância sanitária ao uso de metodologia contraceptiva e anticoncepciva;
- O planejamento familiar deve ser implementado em um conjunto de ações que visam à assistência integral à saúde;
- Nenhum procedimento na área de planejamento familiar é totalmente inócuo exigindo, como responsabilidade coletiva, contínua avaliação dos usuários por pessoal capacitado, com qualidade e resolução.

A assistência à anticoncepção, segundo a política oficial, tem o objetivo de assistir mulheres/casais, que não desejam engravidar, oferecendo instruções a respeito da fertilidade, da anticoncepção e dos métodos anticoncepcionais, para subsidiar a escolha consciente e o uso adequado do método que mais se adapta à realidade do casal/mulher, bem como fornecer o método anticoncepcivo escolhido.

Os métodos anticoncepcionais seriam disponibilizados em todas as 108 unidades de saúde de Curitiba, e conforme o protocolo são:

- Métodos de Abstinência Periódica e Natural: Billings (Muco cervical), Ogino Knauss (Calendário ou “Tabelinha”), LAM (Amenorréia durante lactação), Sintotérmico, Temperatura Basal.
- Métodos de Barreira: Condon Masculino, Condon Feminino, Diafragma (não ofertado segundo informação do gestor), Espermaticida.(não ofertado)
- DIU: T Cu 380 A
- Métodos Hormonais Orais: Minipílulas, Pílulas Combinadas, Pílulas só de progestogênio para anticoncepção de emergência, Injetáveis Mensal e Trimestral
- Métodos Definitivos: Laqueadura, Vasectomia

O gestor informou através de *e-mail* que são realizados treinamentos anuais para enfermeiros e médicos, e que os seguimentos das usuárias inscritas no programa são realizados conforme programação de cada Unidade de Saúde, através de atendimento individual ou participação de oficinas, não havendo dados mais detalhados nos relatórios consultados sobre o monitoramento das usuárias de métodos contraceptivos.

A anticoncepção cirúrgica por meio da laqueadura tubária e da vasectomia, segundo o protocolo, seria indicada nos casos em que se caracterizar como a melhor

opção, conforme critérios definidos pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, parecendo desta forma, limitar esta opção às usuárias. Este, no entanto, afirma seguir os critérios da portaria 144/1997 do Ministério da Saúde, atualizada pela portaria 048/1998, que permite a realização deste procedimento, destacando que:

- A esterilização voluntária somente será realizada em homens e mulheres, com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos, e através de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após receber informações a respeito dos riscos de cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção existentes. Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado, à pessoa interessada, acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce. Tal informação deverá estar contida em ficha clínica individual do paciente.
- Quando clinicamente se evidenciar risco, à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, e que recomende a esterilização, o procedimento deverá ser testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.
- É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou quando a mulher for portadora de doença de base, e a exposição a um segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.
- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

Os serviços de referências para laqueadura, credenciados pelo SUS, segundo o gestor municipal, são cinco: Hospital de Clínicas, Hospital Evangélico, Hospital São Lucas, Hospital *Mater Dei* e Hospital Bairro Novo. E para vasectomia : Hospital Bairro Novo, Hospital São Lucas, Hospital de Clínicas, Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho, Hospital Vitor do Amaral.

Para tratamento de infertilidade, a Secretaria Municipal de Saúde encaminha as usuárias, após uma primeira avaliação nas unidades de saúde, para o ambulatório de Reprodução Humana no Hospital de Clínicas; e para orientações básicas sobre o

Método de Billings, para identificação de período fértil, encaminha para o CEMPLAFAM.

O quantitativo de métodos distribuídos nos últimos três anos (2005 a 2007) pode ser observado na tabela 5 conforme dados disponibilizados pelo gestor municipal. Pode-se inferir que em 2007 foram distribuídas, em média, 16.000 cartelas de pílula por mês, 9000 anticoncepcionais injetáveis, 229.000 preservativos masculinos e 267 femininos, 250 DIU, 146 pílulas do dia seguinte. Observa-se uma tendência crescente de distribuição para todos os métodos durante este período, com exceção da pílula que teve redução do consumo em 2007. Não existem dados sobre a prevalência de utilização de métodos contraceptivos em Curitiba.<sup>83</sup>

**Tabela 5** – Quantitativo de métodos contraceptivos distribuídos em Curitiba entre 2005 e 2007.

<b>Métodos</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
Anticoncepcional oral	225.208	212.602	194.561
Anticoncepcional injetável	71.904	85.595	108.442
Contraceptivo de emergência	-	-	1.751
Preservativo masculino	2.635.935	2.642.244	2.755.367
Preservativo feminino	-	-	3.213
DIU	2.658	2.484	3.036
Vasectomia	1.460	1.681	1.680
Laqueadura	1.301	1.268	1.747

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Relatório de Acompanhamento do Plano Operativo, 2005, 2006, 2007

Estes dados não permitem avaliar se este quantitativo é suficiente para atender a real demanda, o gestor municipal não possui dados e estudo sobre a prevalência contraceptiva local

Utilizando dados da PNAD 2006, que identificou uma prevalência de 78% de uso de métodos modernos para região sul, seria possível estimar que para Curitiba com uma população de 535.848 mulheres em idade fértil haveria uma demanda em torno de 418.000 mulheres para contracepção. Ao considerar que 70% seriam usuárias do SUS, este número se reduz para 293.000 mulheres; sendo a prevalência de uso da pílula na região sul de 39% segundo a mesma pesquisa, pode-se estimar que 116.000 mulheres usariam este método. Ao multiplicar este número por 12 cartelas/ano, chegar-se-ia a uma necessidade estimada de 1.389.000 cartelas/ano. Como estão sendo fornecidas cerca de 200.000 cartelas/ano em Curitiba, a cobertura deste método pelo SUS seria de 14%, bem abaixo da necessidade.



Pesquisa sobre a prevalência de métodos contraceptivos poderia fornecer dados mais precisos sobre a cobertura de cada método.

Na análise dos dados sobre esterilizações voluntárias, com base nos dados do DATASUS, observa-se que a partir de 2002, ocorreu um aumento significativo de laqueaduras; e de vasectomias a partir de 2004. Em 2007, Curitiba foi responsável por quase 70% das vasectomias e por 35% das laqueaduras realizadas e financiadas pelo SUS em todo estado. A partir de 2005 as vasectomias ultrapassaram o número de laqueaduras em Curitiba. Os dados do DATASUS são um pouco inferiores aos apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde na tabela 5.

**Tabela 6** - Número de laqueaduras e vasectomias realizadas em Curitiba e no Paraná e proporção destes procedimentos realizados em Curitiba em relação ao total do Paraná, 2000-2007.

<b>Local</b>	<b>Procedimento</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>Total</b>
Curitiba	Vasectomia	63	208	255	265	1.070	1.336	1.613	1.645	<b>6.463</b>
	Laqueadura	155	491	1.244	1.345	1.242	1.136	1.146	1.329	<b>8.093</b>
Paraná	Vasectomia	172	374	603	661	1.500	1.827	2.221	2.365	<b>9.769</b>
	Laqueadura	806	1.099	2.073	2.366	2.499	2.417	2.871	3.839	<b>18.280</b>
% Ctba/Pr	Vasectomia	36,6	55,6	42,3	40,1	71,3	73,1	72,6	69,6	<b>66,2</b>
	Laqueadura	19,2	44,7	60,0	56,8	49,7	47,0	39,9	34,6	<b>44,3</b>

Obs. Tabela elaborada com base nos dados do Datasus

### 5.1.3 Discussão do Capítulo 1

O município de Curitiba vem apresentando queda acentuada e acelerada das taxas de fecundidade. Encontra-se, assim, a caminho do chamado período pós-transição demográfica, no que se refere à fecundidade, atingindo taxas bem abaixo do nível de reposição de gerações.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada pelo Ministério da Saúde em 2006 confirmou a tendência de queda da fecundidade em todo o Brasil; a taxa de fecundidade caiu de 2,5 filhos por mulher em 1996, para 1,8 em 2006, com uma convergência das baixas taxas entre as regiões geográficas, sendo a maior taxa correspondente à região Norte, equivalendo a 2,28 filhos por mulher, seguida pela região Centro Oeste, com 2,05, Nordeste, com 1,75, Sudeste, com 1,72; o menor valor correspondeu à região Sul, cuja TFT ficou em 1,69.<sup>61</sup>

Os dados estimados para o Paraná em 2006, neste estudo, apontaram uma taxa de fecundidade total de 1,69, e para Curitiba, 1,5 filhos por mulher, taxas bastante baixas e próximas às estimadas para a região sul, na PNDS 2006.

As taxas de fecundidade, específicas por faixa etária, em Curitiba demonstraram um padrão tardio de fecundidade, em que a maior parte das mulheres passam a ter filhos na faixa etária entre 25 e 29 anos, padrão esperado em populações com taxas de fecundidade muito baixas, diferente do padrão brasileiro que ainda apresenta um padrão jovem de fecundidade entre 20 e 24 anos.

A taxa específica de fecundidade em Curitiba na faixa de 15 a 19 anos, vem decrescendo e em 2006 foi estimada em 42,9 por mil nascimentos, enquanto a nacional, segundo a PNDS 2006, para áreas urbanas, era 77,1 por mil; portanto, a taxa de Curitiba se encontrava bem abaixo da média nacional.

SCAVONE<sup>78</sup> (2004), citando estudo francês, relata que a idade materna na França, ao primeiro filho se concentra, majoritariamente, na faixa etária dos 25 aos 35 anos, sendo o primeiro filho mais adiado quanto mais elevado é o nível de formação da mãe. Cerca de uma em cada seis mulheres não desejaria um segundo filho; e dois filhos seria o ideal para a grande maioria dos casais.

A OPAS<sup>69</sup> (2007) ressalta, que na medida em que a fecundidade na América Latina declina para patamares cada vez mais baixos, pequenos diferenciais que situem os diversos subgrupos populacionais acima ou abaixo da linha de reposição tendem a assumir relevante importância, uma vez que os diferenciais inter e intra-regionais, associados à heterogeneidade socioeconômica em um contexto de persistência das desigualdades sociais, apontam para a existência de grupos retardatários, ou mesmo excluídos, no processo de transição continuada da fecundidade. A estimativa da fecundidade de pequenas áreas seria desejável para elucidar os determinantes destes diferenciais e para a definição de ações compatíveis com cada realidade para que favoreçam populações específicas em suas necessidades.

No Brasil, mesmo em grandes centros urbanos como São Paulo, estes diferenciais persistem como consequência das desigualdades sociais e em saúde, como demonstraram estudos de MARTINS E ALMEIDA<sup>52</sup>(2001) e YAZAKI<sup>94</sup>(2004).

Em Curitiba cerca de 700 mulheres, a cada ano, ainda estão tendo o quinto ou mais filhos nascidos vivos, apresentando alta fecundidade, e cerca de 7000 no interior do Paraná, estando essas mulheres em larga desvantagem social e de saúde reprodutiva.

A análise das taxas de fecundidade por bairro apontou diferenciais internos no município de Curitiba, sendo que os bairros que concentraram o maior número e **proporção de mulheres com alta fecundidade** foram **Cidade Industrial, Sítio Cercado, Uberaba, Cajuru, Tatuquara, Parolin, Boqueirão, Xaxim e Pinheirinho**, com cerca de 57% das mulheres. A maioria destes bairros localiza-se na região sul da cidade, a mais populosa e menos desenvolvida do município. Uma grande parte das mulheres pesquisadas neste estudo residia nesta região, vivendo em áreas de invasão, favelas e em moradias extremamente precárias.

Apresentavam ainda as mais altas **taxas de fecundidade total**, os bairros **Campo do Santana, Guaira, Hauer, Mossuguê, Parolin, Prado Velho, Riviera, Santa Quitéria, Tatuquara, Vista Alegre**, e as mais elevadas **taxas de fecundidade específica de 15 a 19 anos** os bairros **Campo do Santana, Parolin, Prado Velho, Riviera, Tatuquara, e Umbará**.

Todos esses bairros merecem atenção por parte do poder público municipal, buscando identificar possíveis lacunas na assistência à saúde reprodutiva, com vistas a implementação da atenção ao planejamento familiar e educação em saúde, favorecendo as população destes bairros em suas necessidades .

Uma explicação para os diferenciais de fecundidade nos grandes centros, segundo ALVES<sup>5</sup>(2008), seria o descompasso entre os processos de urbanização e de queda da fecundidade no Brasil. Nos países europeus e na América do Norte a urbanização aconteceu de forma lenta, ao longo de dois séculos, e foi acompanhada gradualmente da queda da fecundidade, enquanto que nos países em desenvolvimento a urbanização se deu de forma muito mais rápida, e só depois do “inchamento” das cidades houve a transição da fecundidade. No Brasil a Taxa de Fecundidade Total (TFT) atingiu o nível de reposição populacional (2,1 filhos por mulher) somente quando mais de 80% da população já estava vivendo nas cidades. Para o autor, o fato da elevada urbanização preceder a queda da alta fecundidade fez com que as cidades crescessem em um ritmo muito acelerado devido ao crescimento vegetativo e à migração rural-urbana, em um período em que as cidades não estavam preparadas para absorver os enormes contingentes populacionais que para elas afluíam. Devido à concentração da propriedade fundiária, os migrantes rurais pobres que chegam às cidades ocupam terrenos irregulares ou vão viver nas periferias, ambos sem as condições mínimas de infra-estrutura urbana, serviços sociais de educação, saúde e saneamento básico. Assim, primeiro os migrantes rurais e os pobres urbanos ocupam os

espaços menos privilegiados das cidades para, depois de muita mobilização, o Estado buscar garantir as condições mínimas de habitabilidade. Estes acontecimentos provocaram o “inchaço” da maioria das cidades dos países em desenvolvimento, assim como em Curitiba.

Os diferenciais de fecundidade seriam, especialmente, consequência do crescimento econômico excludente e dos consequentes desequilíbrios regionais, que ocorrem no Brasil, levando a uma situação em que a transição demográfica seria seletiva, tanto do ponto de vista espacial, quanto social, destacam MÉDICI e BELTRÃO (1993).<sup>54</sup>

O regime demográfico brasileiro reafirma GOLDANI<sup>37</sup> (1999), se relaciona com as desigualdades sociais, e como tal, poderia acabar afetando as trajetórias de vida de homens e mulheres. A rearticulação do capitalismo no final do século XX determinou um processo de exclusão, sobretudo das classes populares; e para uma parte da população as trajetórias esperadas de educação, trabalho, promoção e segurança individual e familiar, não se concretizarão. Este quadro reforça a necessidade de diagnósticos mais detalhados das desigualdades regionais e individuais por gênero, cor e grupos sociais, buscando-se respostas políticas novas ou inovadoras, com alocação de recursos e políticas sociais efetivas que contribuam para a redução destas desigualdades.

Deve-se levar em consideração, por outro lado, conforme CAMARANO<sup>22</sup>(1996), que a fecundidade final é muitas vezes resultado de um número de eventos não esperados, como falha de anticoncepcionais, esterilidade, perda fetal, longo tempo de espera para concepção, uma combinação indesejada de filhos por sexo, divórcio, viuvez ou morte de um dos filhos, recasamentos, ou seja, é resultado de uma série de eventos e experiências multirrelacionadas que podem influenciar as tendências da fecundidade.

Neste sentido LESTHAGE (2001) apud BONGAARTS<sup>18</sup>(2002) argumenta que as tendências futuras da fecundidade não são claras ou definitivas, uma vez que estas tendências podem ter seus cursos influenciados por fatores emergentes e inesperados.

As políticas sociais e demográficas futuras são, portanto de extrema importância, para garantir às mulheres e casais as condições ideais para a livre decisão da procriação com possibilidade de criação dos filhos com dignidade e segurança, evitando-se posteriormente a necessidade de medidas extremas, como as que vêm sendo tomadas em

alguns países para estímulo a procriação, como no caso da Rússia que instituiu o dia do sexo, ou pagamento de bônus para casais aumentarem o número de filhos.

No Brasil a fecundidade tende a continuar reduzindo nos próximos anos, o que pode ser inferido pela elevada proporção de mulheres que desejam limitar sua prole conforme demonstram dados da PNDS 2006, no entanto, muitas mulheres estariam tendo menos filhos do que desejariam devido às restrições econômicas e sociais vigentes, pela falta de iniciativa dos governos para o estabelecimento de políticas sociais efetivas, e pela falta de segurança e as incertezas quanto à criação e futuro dos filhos. Resta a dúvida, no entanto, se a mudança destes fatores poderia reverter a vertiginosa queda da fecundidade no Brasil, e se as mulheres voltariam a ter pelo menos dois filhos?

A assistência à saúde reprodutiva deveria constituir-se no espectro de uma política de atenção integral à saúde da mulher, eliminando os riscos das mortes relacionadas as esferas sexuais e reprodutivas como as mortes por complicações da gestação, por AIDS por câncer de colo e mama, todas plenamente controláveis e evitáveis.

A implantação de um Programa de Planejamento Familiar relativamente estruturado em Curitiba é recente (1999), e ainda dependente das remessas (nem sempre regulares) dos métodos contraceptivos, pelo Ministério da Saúde, o que poderia em parte, além das desigualdades sociais, explicar a manutenção de um grupo de mulheres com alta fecundidade mesmo em grandes centros urbanos.

Deve-se ressaltar que a maioria das mulheres entrevistadas mora há mais de dez anos em Curitiba, iniciou sua vida reprodutiva em torno de 1991, e as oportunidades para orientação e fornecimento de métodos foram muitas, durante e/ou após cada gestação e nas consultas clínicas ou ginecológicas realizadas nas unidades de saúde. Muitas vezes se perdem oportunidades para escutar as demandas e dificuldades das mulheres e não são fornecidas orientações adequadas.

O protocolo do programa de planejamento familiar municipal difere do protocolo nacional por destacar a prioridade dos grupos de risco, estabelecendo indiretamente uma pré-seleção de mulheres para contracepção. Talvez nestas condições as opções e oportunidades contraceptivas fossem restringidas para algumas mulheres. Os métodos são, no entanto, ofertados, segundo o gestor municipal, em todas as unidades de saúde do município e os profissionais seriam treinados anualmente para atuar no programa; porém, parece não haver um monitoramento efetivo das mulheres

após a indicação ou a escolha do método, para identificar os casos de rejeições e troca de métodos, etapa fundamental dos programas de planejamento familiar e que poderia contribuir para a redução do número de gravidezes indesejadas.

O protocolo municipal prevê que as ações de planejamento familiar devem estar voltadas para a população em idade fértil, assegurando continuidade no atendimento e avaliação. As equipes de saúde deveriam estar motivadas, treinadas e organizadas para dar assistência à saúde reprodutiva da população, com intervenções preventivas, educativas e terapêuticas, garantindo um serviço de qualidade.

Os métodos são fornecidos pelo Ministério da Saúde e deveriam atender 100% da demanda do SUS, no entanto a compra de métodos estava prevista inicialmente como uma ação básica de responsabilidade dos municípios; a compra da totalidade de métodos pelo gestor federal possibilita aos gestores municipais se isentarem da reposição dos métodos faltantes e da responsabilidade pelas falhas do programa.

Por outro lado, a dificuldade dos municípios realizarem as licitações e a falta de recursos para a compra, em muitos deles, determinou a aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde.

Na prática, segundo estudo realizado por OSIS et al <sup>70</sup> (2006), em algumas capitais, incluindo Curitiba, o programa de planejamento familiar ocupa lugar secundário entre as ações de saúde não sendo valorizado ou entendido como componente essencial da atenção básica, sendo ainda priorizadas as ações materno infantis.

A garantia da qualidade e da eficácia esperadas dos programas de planejamento familiar para permitir aos cidadãos exercerem seus direitos reprodutivos tem sido ressaltada, destacando-se que não é suficiente somente a oferta de métodos, sendo imprescindível o preparo dos profissionais e o monitoramento/ acompanhamento das/os usuárias/os de cada método.

## 5.2 **CAPÍTULO 2 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E REPRODUTIVAS DAS MULHERES COM ALTA FECUNDIDADE E DE SEUS COMPANHEIROS**

O propósito deste capítulo é traçar um panorama geral da população em estudo e fornecer a contextualização das condições sociodemográficas das mulheres com alta fecundidade em Curitiba.

### **5.2.1 Características das mulheres com alta fecundidade**

Foram analisados os dados de 441 mulheres residentes com cinco ou mais filhos nascidos vivos em 2005, residentes em Curitiba.

Além das variáveis socioeconômicas (idade, escolaridade, estado civil, ocupação, renda) foram levantadas a procedência ou naturalidade das mulheres, o tempo de moradia em Curitiba, número de irmãos, religião atual, e raça/cor.

Na tabela 7 observa-se que a maior parte das mulheres com alta fecundidade (50,7%) nasceram no interior do estado e 9% em outros estados. Quanto ao tempo de residência em Curitiba, 79% das que nasceram em outro município já residiam há mais de dez anos na capital.

As mulheres com alta fecundidade provêm, em sua maioria, de famílias grandes com cinco ou mais irmãos, com uma média de cinco irmãos.

**Tabela 7** - Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo procedência/naturalidade, tempo de residência e número de irmãos, Curitiba, 2005.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Procedência</b>		
Curitiba	170	39,5
Interior do estado do Paraná	218	50,7
Outros estados	40	9,3
Fora do Brasil	2	0,5
<b>Tempo de residência em Curitiba</b>		
Até 2 anos	6	1,9
3 a 5 anos	19	6,1
6 a 10 anos	39	12,6
Mais de 10 anos	246	79,4
<b>Número de irmãos</b>		
Até 2	61	14,6
3 a 4	78	18,7
5 ou mais	279	66,7

As mulheres entrevistadas e com alta fecundidade se caracterizaram por um perfil etário de mais idade, com o grupo de 30 a 39 anos, representando 62,1% do total. A média de idade foi 34,8 anos e dp de 5,2 anos, devendo-se ressaltar, no entanto, que 16,1% têm menos de 29 anos, e que poderão continuar reproduzindo por um longo período.

Com relação à escolaridade, 42 % declararam ter cursado 8 anos de estudo ou o ensino fundamental completo, e num patamar bem menor, 10% tinham nove ou mais anos de estudo. Outros 42% estudaram apenas até a quarta série, e 5% eram analfabetas. A média de anos de estudo deste grupo de mulheres foi de 5,1 anos de escolaridade com dp de 2,9 anos.

A religião pode trazer subsídios sobre possíveis condicionantes de orientações, práticas e crenças que possam impactar as decisões e/ou atitudes que as mulheres tomam em relação ao modo de vida em geral e à saúde sexual e reprodutiva, em particular.



A religião católica com 52% das respostas predominou entre as entrevistadas, seguida da evangélica com cerca de 32%, e 12% (54 mulheres) referiram não ter nenhuma crença religiosa. As praticantes de outras religiões apresentaram uma proporção muito baixa.

Com relação à raça/cor, as mulheres auto-declaradas brancas representaram 60% das entrevistadas e 39% se declararam negras (pardas, 30,7% e pretas, 8,3%).

**Tabela 8** - Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo idade, escolaridade, religião e raça, Curitiba, 2005.

Variável	N	%
<b>Idade</b>		
Menos de 25 anos	9	2,0
25 a 29	62	14,1
30 a 34	142	32,2
35 a 39	132	29,9
40 a 44	86	19,5
45 ou mais	10	2,3
Média ± dp: 34,8 ± 5,2 anos		
<b>Escolaridade</b>		
Menos de 1 ano	23	5,2
De 1 a 4 anos	184	41,7
De 5 a 8 anos	189	42,9
De 9 a 11 anos	40	9,1
12 ou mais anos	5	1,1
Média ± dp: 5,1 ± 2,9 anos		
<b>Religião</b>		
Católico Romana	229	52,2
Evangélica	142	32,5
Nenhuma	54	12,3
Outras	14	3,2
<b>Raça</b>		
Branca	260	60,0
Parda	133	30,7
Preta	36	8,3
Indígena	2	0,5
Amarela	2	0,5

A distribuição percentual das mulheres, segundo o estado conjugal atual, mostra que 45,4% se incluem na categoria de união consensual e 28,8%, na de união legal. Seguem, em ordem de importância, as mulheres separadas ou divorciadas (13,9%), as solteiras (7,8%) e as viúvas (4,1%). Observou-se ainda que 44,5% das entrevistadas, ou 196 mulheres, tiveram mais de uma união; destas 150 (32,9%) tiveram duas ou mais uniões além da atual.

**Tabela 9** - Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo estado conjugal e número de uniões, Curitiba, 2005.

Variável	N	%
----------	---	---

<b>Estado conjugal</b>		
União consensual	199	45,4
Casada legalmente	126	28,8
Separada ou divorciada	61	13,9
Solteira	34	7,8
Viúva	18	4,1
<b>Tiveram mais de uma união</b>		
Sim	196	44,5
Não	244	55,5
<b>Número de uniões além da atual</b>		
Uma	88	20,4
Duas a três	142	32,9
Mais de três	8	1,8

No que concerne à situação destas mulheres no mercado de trabalho, 208 (47,3%) referiram estar exercendo alguma ocupação no momento da entrevista, mas 364 (82,7%) afirmaram ter trabalhado anteriormente. As ocupações atuais referidas pelas mulheres se caracterizavam pelo baixo grau de especialização e remuneração, sendo que as mais citadas foram: empregada doméstica/ diarista/ passadeira (31,4%), catadora de papel/ recicladora (12,4%), auxiliar de serviços gerais(10,0%), o que também foi observado em relação à ocupação dos companheiros contribuindo para a baixa renda média familiar, em torno de R\$600,00; apenas 11% referiu renda superior a R\$1000,00. A renda *per capita* mensal ficou, em média, em R\$ 90,57, sendo ainda mais baixa para algumas famílias com maior número de dependentes. Chama atenção o fato de que 9 mulheres referiram renda inferior a R\$100,00 mensais, vivendo em extrema pobreza.

**Tabela 10** - Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo Ocupação, renda, e número de dependente, Curitiba, 2005.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Trabalham</b>		
Sim	208	47,3
Não	232	52,7
<b>Ocupações</b>		
Diarista/doméstica/cuidadora/passadeira	66	31,4
Catadora de papel/recicladora	26	12,4
Auxiliar de serviços gerais	21	10,0
Vendedora	13	6,2
Cozinheira/auxiliar de cozinha	12	5,7
Autônoma	8	3,8
Zeladora	8	3,8
Manicure	6	2,9
Auxiliar administrativa/secretária	5	2,4
Auxiliar de limpeza	5	2,4
Outras*	40	19,0
<b>Renda (em R\$)</b>		
Menos de 100,00	9	2,2
100,00 a 400,00	162	38,9
401,00 a 600,00	116	27,9
601,00 a 1000,00	95	22,8
1000,00 a 2000,00	34	8,2
+ de 2000	12	2,9
<b>Número de dependentes</b>		
Até 5	90	20,4
6-9	317	71,9
10 ou +	34	7,7
Média ± dp: 7 ± 2		
Obs.		
Nota: (*) Inclui 25 ocupações diferentes.		

### 5.2.2 Características do companheiro

As mulheres que tinham companheiros no momento da entrevista representavam 76% das entrevistadas (335 mulheres), e 24% (106 mulheres)

informaram não estarem com companheiros, sendo neste momento as chefes de família.

Menos da metade dos maridos/companheiros nasceram em Curitiba (40,9%), proporção discretamente superior à das mulheres entrevistadas que nasceram na mesma cidade (39,5%). Dos que nasceram fora de Curitiba a maioria já reside há 10 anos ou mais na capital, e semelhante a suas companheiras, provinham de família numerosa, com cinco ou mais irmãos.

Os companheiros tinham uma média de idade de  $38 \pm 8$  anos, superior a média das mulheres ( $35 \pm 5$  anos), e apresentavam nível de escolaridade um pouco melhor do que o de suas companheiras, numa proporção maior com 9 ou mais anos de estudo (19,2% dos homens contra 10,2% das mulheres), e com uma média geral de 6,2 anos de estudo contra 5,1 das mulheres. As crenças religiosas, no entanto, eram semelhantes predominando a religião católica, observando-se um percentual um pouco superior de homens sem nenhuma religião.

Cerca de 76,0% dos companheiros trabalhavam no momento da entrevista, em um número superior a proporção das mulheres (47%). A maioria tinha ocupação na construção civil ou como autônomo fazendo vários “bicos”(prestação de serviços esporádicos como pedreiro jardineiro dentre outros), conforme relatavam as mulheres. Outros trabalhavam na coleta e reciclagem de papel, e alguns, em menor proporção, nas ocupações de mecânico e de motorista/ caminhoneiro, refletindo da mesma forma que para as mulheres o acesso a ocupações que exigem baixa especialização e oferecem baixa remuneração.

**Tabela 11** – Número e percentual dos companheiros das mulheres com alta fecundidade segundo procedência, tempo de residência em Curitiba e número de irmãos, idade, escolaridade e religião, Curitiba, 2005.

Variável	N	%
<b>Mulheres com companheiro atualmente</b>		
Sim	335	76,0
Não	106	24,0
<b>Onde nasceu companheiro</b>		
Fora de Curitiba	188	59,1
Curitiba	130	40,9
<b>Tempo de residência em Curitiba</b>		
Até 2	6	3,5
3 a 5 anos	8	4,7
6 a 10 anos	34	20,0
Mais de 10 anos	122	71,8
Média ± dp: 20 ± 11 anos		
<b>Número de irmãos atualmente</b>		
Até 2	49	15,5
3 a 4	84	26,6
5 ou mais	183	57,9
Média ± dp: 5 ± 3		
<b>Idade</b>		
Menos de 25	16	4,80
De 25 a 29	42	12,61
De 30 a 34	60	18,02
De 35 a 39	81	24,32
De 40 a 44	70	21,02
45 ou mais	64	19,22
Média ± dp: 38 ± 8 anos		
<b>Escolaridade</b>		
Menos de 1 ano	11	3,4
De 1 a 4 anos	108	32,9
De 5 a 8 anos	138	42,1
De 9 a 11 anos	63	19,2
12 ou mais anos	8	2,4
Média ± dp: 6 ± 3 anos		
<b>Religião</b>		
Católico Romana	179	54,9
Evangélica	90	27,6
Nenhuma	55	16,9
Outras	2	0,6

Percentual calculado sobre o total de respostas válidas.

Nota: (\*)

### 5.2.3 Perfil reprodutivo das mulheres com alta fecundidade

Cerca de 70% das mulheres entrevistadas (313 mulheres) tiveram entre cinco a seis filhos nascidos vivos, 14% (60 mulheres) tiveram sete filhos, 13% (56 mulheres) de oito a dez filhos e 3% (20 mulheres) tiveram entre onze e quatorze filhos, com uma média para o grupo de 6 filhos nascidos vivos.

Cerca de 30% (136 mulheres) tiveram aborto, e destas, 33% referiram mais de um aborto, não sendo questionado, no entanto se foi espontâneo ou provocado. As complicações do aborto ocorreram para 28 mulheres, dentre elas hemorragias e infecção.

A maioria das mulheres (81%) convivia na mesma moradia com três a seis filhos tidos vivos, e em média 1,0 filho não morava mais com a mãe.

Verificou-se que 86 mulheres (19,8%) tiveram filhos nativos que foram a óbito posteriormente, e 29 mulheres (6,6%) tinham, além de seus filhos, algum enteado.

Levantando-se o número de filhos por união, identificou-se uma média de quatro filhos nascidos vivos na primeira, quase três na segunda e dois na terceira.

No momento da entrevista encontravam-se novamente grávidas, 17 mulheres (3,9% do total).

**Tabela 12** – Número e percentual de mulheres com alta fecundidade segundo variáveis do perfil reprodutivo, Curitiba, 2005.

<b>Variável</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Número de filhos tidos</b>		
5	213	48,3
6	100	22,7
7	60	13,6
8	34	7,7
9	14	3,2
10	8	1,8
11	3	0,7
12	2	0,5
13	6	1,4
14	1	0,2
<b>Teve algum aborto</b>		
Sim	136	30,8
Não	305	69,2
<b>Número de abortos</b>		
1	91	66,9
2	37	27,2
3 ou mais	8	5,8
<b>Apresentaram complicação devido ao aborto</b>		
Não	108	79,4
Sim	28	20,6
<b>Quantos filhos/as vivem com a mãe</b>		
até 2	29	6,6
3 a 6	359	81,4
Mais de 6	53	12,0
Média $\pm$ dp: 4,8 $\pm$ 1,6		
<b>Quantos filhos/as não moram com a mãe</b>		
até 2	380	86,2
3 a 6	58	13,2
Mais de 6	3	0,7
Média $\pm$ dp: 1,0 $\pm$ 1,4		
<b>Filhos nativos que foram a óbito</b>		
sim	86	19,8
não	348	80,2
<b>Filhos adotivos ou enteados</b>		
sim	29	6,6
não	412	93,4
<b>Estão grávidas atualmente</b>		
sim	17	3,9
não	422	96,1
<b>Número médio de filhos por união</b>		
1ª. união	4,15	—
2ª. união	2,47	—
3ª. união	2,03	—
4ª. união	1,58	—
5ª. união	1	—
Fora da união	2	—



### 5.2.4 Discussão do Capítulo 2

O perfil da mulher com alta fecundidade em Curitiba pode ser delineado como: “Mulher migrante do interior do Paraná, residente a mais de dez anos em Curitiba, proveniente de família com muitos filhos, com uma média de idade de 35 anos, com cinco anos de estudo em média, católica, da raça branca, vivendo em união consensual, com mais de uma união, trabalhando em subemprego, e com renda média em torno de R\$ 600,00 para suprir em média sete dependentes”, perfil que confirma claramente a vulnerabilidade social destas mulheres e suas famílias, já apontado em outros estudos.<sup>17,21,42</sup>

O perfil geral dos companheiros era de um homem com uma média de 38 anos, 6 anos de estudo, religião católica, nascido fora de Curitiba, tendo cinco ou mais irmãos e trabalhando em ocupações geralmente precárias.

Este perfil desfavorável do casal contribuiu para dificultar a regulação da fecundidade das mulheres pesquisadas. Diversos autores têm demonstrado a existência de uma relação inversa entre fecundidade e nível de instrução, isto é, à medida que se avança na escolaridade, se reduzem as taxas de fecundidade. A maior escolaridade leva a maior capacidade de obter e utilizar a informação sobre contracepção e saúde por parte das mulheres, e determina maiores oportunidades de inserção no mercado de trabalho com melhor renda, o que pode influenciar grande parte das mulheres a alterar sua cultura e o valor que atribuem à maternidade e buscar outras alternativas de realização pessoal.<sup>17, 26, 42</sup>

Os efeitos do nível de instrução se manifestam na maior percepção dos problemas de saúde; na capacidade de entendimento das informações sobre saúde; na adoção de estilos de vida saudáveis; no consumo e utilização dos serviços de saúde; e na adesão aos procedimentos terapêuticos.<sup>26</sup>

A garantia de maior escolaridade e renda, além do acesso a métodos contraceptivos adequados, contribuiria para a redução das altas taxas de fecundidade, relacionadas às gestações indesejadas ou não planejadas.

A baixa escolaridade do companheiro também deve ser considerada, pois pode determinar a falta de conhecimento sobre as questões relacionadas aos direitos e à saúde reprodutiva e sexual, contribuindo para a manutenção das desigualdades de gênero, especialmente nas camadas populares, na qual estaria incluída a maioria dos homens/companheiros desta pesquisa.

Com relação à conjugalidade das mulheres pesquisadas observou-se um perfil diferente em relação ao perfil das mulheres em geral levantado pela PNDS 2006, em que 64% das mulheres se encontravam em união (36,7% formalmente e 27,3% informalmente). No grupo em estudo, 74% se declararam unidas, sendo 29%, formalmente, e 45%, informalmente, e 24% das mulheres encontravam-se sem companheiros, tendo que assumir sozinhas os custos e a criação dos filhos, aumentando a fragilidade social destas famílias

Quanto ao perfil reprodutivo chama a atenção o fato de que quase 4% das mulheres entrevistadas estavam grávidas novamente, uma vez que tinham cinco ou mais filhos e a última gravidez tinha ocorrido a menos de dois anos, o que reforça a idéia de possíveis falhas dos serviços de saúde tanto na atenção integral à saúde das mulheres como da saúde reprodutiva e planejamento familiar. O perfil reprodutivo demonstrou ainda que além de elevada média de filhos, as mulheres tiveram alta proporção de abortos e de filhos que foram a óbito, em torno de 30% e 20% respectivamente. A maioria dos filhos, no entanto, viviam ainda com a mãe, sobrevivendo em sua maioria com baixa renda e precárias condições de vida.

### 5.3 CAPÍTULO 3 - INTENÇÕES REPRODUTIVAS DE MULHERES COM ALTA FECUNDIDADE E PLANEJAMENTO DOS FILHOS.

Este capítulo trata das preferências reprodutivas de mulheres com alta fecundidade, a partir das respostas às questões sobre o número de filhos considerado ideal. A análise descritiva dessas questões levou em conta o número de filhos vivos e as características sociodemográficas das mulheres.

O estudo do número ideal de filhos foi feito a partir das perguntas: “Se pudesse escolher; com as condições de vida que a você tem hoje, quantos filhos desejaria ter” e “E se pudesse voltar atrás e viver de novo e tudo fosse como você gostaria, quantos filhos desejaria ter”.

Estas formulações, semelhantes as utilizadas nas PNDS e outras pesquisas demográficas merecem no entanto, cautela nas suas interpretações, porque colocam às mulheres em uma situação delicada, podendo levar a uma eventual rejeição do já ocorrido, levando a distorções nas respostas.

Para 51 % das mulheres o número ideal de filhos seria de apenas 2 filhos nas condições sociais atuais, 17% preferia apenas 1, e 14,2% até 3 filhos. Cinco por cento preferia não ter tido nenhum, chamando a atenção que 15,4% das mulheres que tiveram nove filhos, e 11,1% das que tiveram dez filhos, referiram que o ideal era não ter tido nenhum. Pode-se deduzir que estas respostas se devem, especialmente, às condições sociais desfavoráveis em que vivem as mulheres com maior número de filhos como demonstrado anteriormente, e refletem as dificuldades que tiveram para regular sua fecundidade. De acordo com os dados cerca de 90% das mulheres tiveram mais filhos do que desejavam ter nas condições de vida em que se encontravam.

O número médio de filhos que as mulheres preferiam ter foi 2,4, mas se consideradas apenas as casadas seria 2,9 e as mulheres solteiras/separadas/viúvas 2,0.

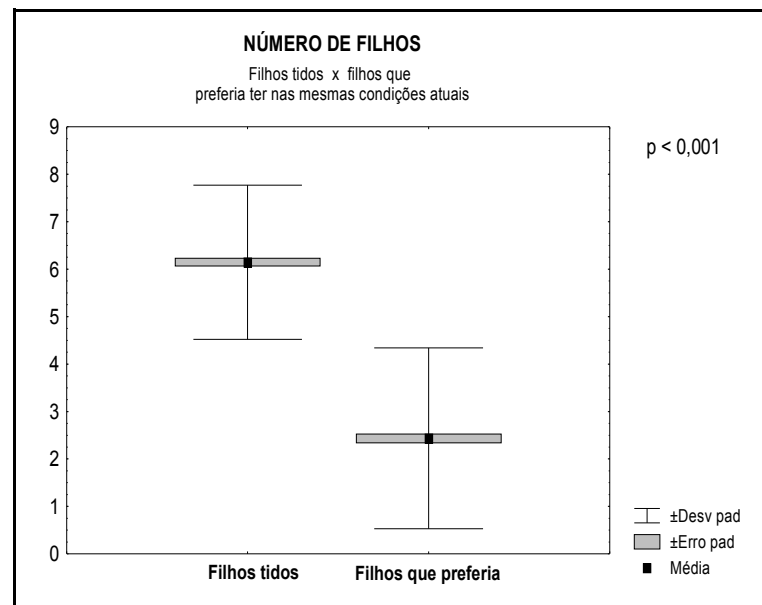
**Tabela 13:** Número e porcentagem das mulheres com alta fecundidade, por número de filhos tidos, segundo número ideal de filhos nas atuais condições de vida e estado conjugal, Curitiba, 2005.

<b>Número ideal de filhos com condições sociais atual</b>	<b>Número de filhos vivos tidos</b>						<b>Total</b>
	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>≥ 10</b>	
0	5,7	3,0	5,2		15,4	11,1	5,1
1	16,7	18,2	13,8	18,8	23,1	16,7	17,0
2	49,0	59,6	48,3	62,5	7,7	38,9	50,7
3	15,2	9,1	24,1	3,1	23,1	11,1	14,2
4	1,9	1,0	1,7	3,1	7,7	-	1,9
5	9,5	-	3,4	3,1	-	-	5,3
6	1,0	9,1	-	-	-	-	2,6
7	0,5	-	1,7	-	7,7	-	0,7
8	-	-	-	6,3	-	-	0,5
9	-	-	-	-	7,7	-	0,2
≥ 10	0,5	-	1,7	3,1	7,7	22,2	1,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
Número de mulheres	210	99	58	32	13	18	430
<b>Número de filhos que preferia ter</b>							
<b>Todas as mulheres</b>							
n	210	99	58	32	13	18	430
Média	2,3	2,2	2,4	2,7	3,5	3,7	2,4
DP	1,5	1,4	2,0	2,4	3,7	4,1	1,9
<b>Mulheres casadas/unidas</b>							
n	160	77	40	20	6	13	316
Média	2,4	2,3	2,7	2,8	5,3	4,6	2,6
DP	1,5	1,5	2,4	2,7	4,8	4,5	2,1
<b>Mulheres solteiras/viúvas/separadas</b>							
n	49	21	18	12	7	4	111
Média	2,0	1,9	1,9	2,6	2,0	1,5	2,0
DP	1,4	0,7	0,9	2,0	1,4	1,3	1,3

Coefficiente de correlação (filhos tidos x preferência): 0,02 (p=0,741)

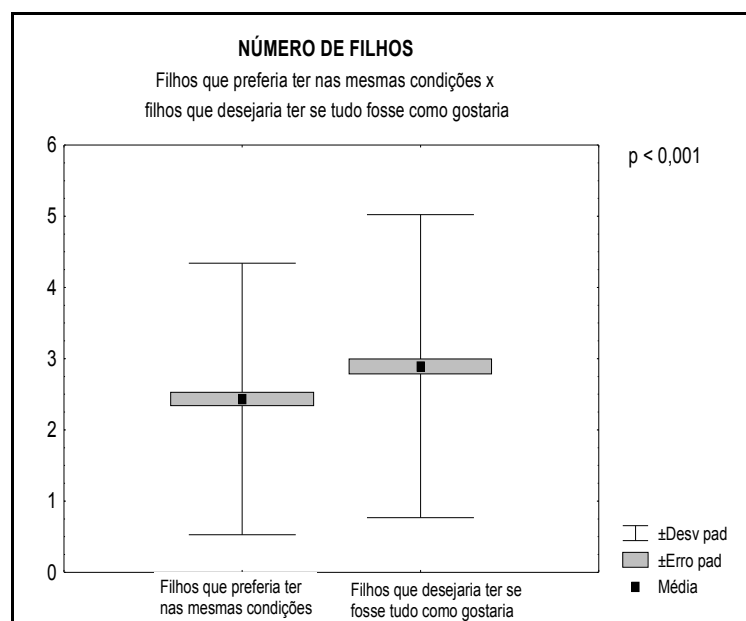
Considerando-se todas as mulheres do estudo, o número médio de filhos tidos foi igual a  $6,1 \pm 1,6$ , e o número médio de filhos que preferia ter com as condições atuais de vida foi igual a  $2,4 \pm 1,9$ . A diferença entre o número de filhos tidos e o número de filhos que preferiam ter com as condições atuais de vida é significativa com  $p < 0,001$ , conforme teste t de Student.(Figura1)

Figura 1



Se as condições fossem melhores para todas as mulheres do estudo, o número médio de filhos que desejariam ter seria igual a  $2,9 \pm 2,1$ , um pouco superior ao referido se tivessem as mesmas condições atuais,  $2,4 \pm 1,9$ , sem significância estatística.

Figura 2



Examinando o número médio ideal de filhos e considerando as variáveis socioeconômicas, observa-se que este cresce *com a idade* de 1,4 a 3,4 para o número ideal de filhos nas condições atuais e de 2,6 a 3,3 nas condições de vida desejadas pelas mulheres (melhor emprego, renda, casa própria). (tabela 15)

O número médio ideal de filhos, tanto nas condições atuais como nas condições ideais, cresce com a elevação do *nível de escolaridade*, contrastando com o número de filhos tidos.

Considerando a *religião*, as mulheres evangélicas referiram número médio ideal de filhos maior que as católicas. Analisando por *raça/cor*, as mulheres brancas em melhores condições sociais teriam mais filhos do que as da raça negra.

As mulheres que *trabalham e com melhor renda* referiram o desejo de uma média maior de filhos em relação as que estão sem trabalho e com menor renda. Em todas as categorias o número ideal de filhos seria menor que o número de filhos tidos.

Os dados indicam que as mulheres com melhores condições de vida teriam um número um pouco maior de filhos do que aquelas com piores condições.

**Tabela 14-** Número médio ideal de filhos segundo características sociodemográficas, Curitiba, 2005.

Variável e classificações	n	Filhos tidos	Filhos que preferia ter nas mesmas condições atuais	Filhos que desejaria ter se tudo fosse como gostaria
<b>Idade</b>				
Menos de 25 anos	9	5,4 ± 0,7	1,4 ± 0,5	2,6 ± 2,1
25 a 29	62	5,6 ± 0,9	2,2 ± 1,5	2,5 ± 1,9
30 a 34	142	5,8 ± 1,0	2,2 ± 1,4	2,8 ± 1,7
35 a 39	132	6,3 ± 1,9	2,5 ± 1,8	2,9 ± 2,2
40 a 44	86	6,7 ± 2,1	2,9 ± 2,7	3,3 ± 2,6
45 ou mais	10	7,6 ± 2,0	3,4 ± 3,5	3,0 ± 3,4
Valor de p*		<0,001	0,107	0,409
<b>Escolaridade</b>				
Menos de 1 ano	23	7,5 ± 2,6	2,6 ± 2,8	3,0 ± 3,0
De 1 a 4 anos	184	6,4 ± 1,8	2,3 ± 1,8	2,8 ± 2,2
De 5 a 8 anos	189	5,9 ± 1,2	2,3 ± 1,8	2,8 ± 1,9
De 9 a 11 anos	40	5,6 ± 1,1	3,2 ± 2,1	3,3 ± 2,1
12 ou mais anos <sup>a</sup>	5	5,6 ± 0,9	4,0 ± 1,8	5,6 ± 0,9
Valor de p*		0,002	0,012	0,012
<b>Religião</b>				
Católico Romana	229	6,2 ± 1,6	2,3 ± 1,9	2,8 ± 2,1
Evangélica	142	6,1 ± 1,7	2,8 ± 2,1	3,2 ± 2,1
Nenhuma	54	6,0 ± 1,4	1,9 ± 1,2	2,8 ± 2,4
Outras	11	5,9 ± 1,5	2,7 ± 1,7	2,5 ± 1,8
Valor de p*		0,792	<0,001	0,033
<b>Raça</b>				
Branca	260	6,0 ± 1,5	2,5 ± 1,8	3,1 ± 2,1
Parda	133	6,4 ± 1,8	2,3 ± 2,0	2,7 ± 2,0
Preta	36	6,4 ± 1,7	2,3 ± 2,1	2,4 ± 2,5
Amarela ou indígena	4	5,8 ± 0,5	2,3 ± 0,5	2,5 ± 1,0
Valor de p*		0,164	0,191	0,025
<b>Trabalham atualmente</b>				
Sim	208	6,3 ± 1,9	2,6 ± 2,1	3,0 ± 2,3
Não	232	6,0 ± 1,4	2,3 ± 1,7	2,8 ± 2,0
Valor de p**		0,519	0,243	0,172
<b>Renda (emR\$)</b>				
Menos de 100,00	9	5,9 ± 0,8	2,0 ± 1,3	2,0 ± 1,2
100,00 a 400,00	162	6,3 ± 1,7	2,3 ± 1,9	2,8 ± 2,0
401,00 a 600,00	116	6,1 ± 1,5	2,3 ± 1,5	2,7 ± 2,0
601,00 a 1000,00	95	6,2 ± 1,9	2,6 ± 2,2	3,2 ± 2,5
Mais de 1000	46	5,7 ± 1,2	3,2 ± 2,0	3,4 ± 2,0
Valor de p*		0,126	0,002	0,036
<b>Total</b>	<b>441</b>	<b>6,1 ± 1,6</b>	<b>2,4 ± 1,9</b>	<b>2,9 ± 2,1</b>

Resultados expressos por média ± desvio padrão

(\*) Teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, p<0,05

(\*\*) Teste t de Student para amostras independentes, p<0,05

(<sup>a</sup>) Agrupada com a classificação de 9 a 11 anos para o teste estatístico.

Com relação ao número ideal de filhos para os homens, observou-se que em 79 casos (28,2% das respostas válidas) houve concordância entre a preferência da mulher e a do marido. Em 113 casos (40,4%) o número de filhos que o marido preferia ter era maior do que o número de filhos que a mulher preferia ter nas atuais condições. Em 88 (31,4%) o número de filhos que o marido preferia ter era menor do que o número de filhos que a mulher preferia ter nas atuais condições.

O coeficiente de correlação de Spearman estimado para o número de filhos que a mulher preferia ter nas atuais condições e o número de filhos que o marido preferia ter é igual a 0,31, destacando que estas são as opiniões das mulheres em relação às preferências dos companheiros.

**Tabela 15** - Número ideal de filhos para as mulheres com alta fecundidade e para o companheiro, Curitiba, 2005.

Mulher quantos filhos preferia ter	Número de filhos que marido/companheiro desejava ter											Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10		
0	3	1	3	2							3	12	
1	11	14	15	1	2	2					2	47	
2	21	22	41	11	2	15	8	2	1	1	12	136	
3	4	2	8	9	6	4	4	1	1		6	45	
4	1		1		1		1		1			5	
5	4		5	2		5		1	1		1	19	
6				1			3		1		2	7	
7					1							1	
8				1					1			2	
9												0	
≥10	1	1				1					1	2	6
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>40</b>	<b>73</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>27</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>28</b>	<b>280</b>	

### 5.3.1 Planejamento da fecundidade pela mulher e companheiro

Na busca de aprofundar o entendimento e a análise quanto à fecundidade desejada, foram elaboradas questões abertas sobre a motivação que levou as mulheres e seus companheiros a ter o número de filhos que tiveram.

Utilizou-se, para análise das respostas às perguntas abertas, o método de Análise de Conteúdo, com distribuição de frequências simples das categorias por unidade de



análise identificada apresentando-se, ao mesmo tempo, a fala de algumas mulheres para exemplificar algumas categorias.

Ao categorizar as respostas quanto ao motivo que levou ao número atual de filhos, confirmou-se o que foi evidenciado anteriormente em relação ao desejo de um menor número de filhos, quando 216 mulheres (52,5%) expressaram que o motivo foi “descuido” ou “foi acontecendo”, demonstrando dificuldades na regulação de sua fecundidade, assim como as 73 mulheres (18%) cujos motivos alegados foram falhas dos métodos contraceptivos, podendo-se somar com as 17 mulheres (4,1%) que relataram que foi por desconhecimento do uso adequado dos métodos no início da vida sexual. Apenas 13% nesta questão deixaram entender que desejavam o número de filhos que tiveram afirmando que foi “porque quis”; outras alegaram que foi devido às “novas uniões”, e em menor número, demonstrando uma influência da religião, citaram que foi “plano de Deus”. (tabela 17)

**Tabela 16** – Motivos referidos pelas mulheres com alta fecundidade para o número atual de filhos, Curitiba, 2005.

<b>Motivos referidos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Descuido	183	44,5
Porque quis	56	13,6
Foi acontecendo	33	8,0
Engravidou com método anticonceptivo	28	6,8
Pílula dava problema	24	5,8
Nova união	22	5,4
Uso incorreto da pílula	21	5,1
Desconhecia métodos anticonceptivos	17	4,1
Plano de Deus	16	3,9
Outro	9	2,2
Marido quis	2	0,5
<b>Total</b>	<b>411</b>	<b>100,0</b>

As mulheres que referiram querer um maior número de filhos expressaram os seguintes motivos:

- ✓ *Achava normal ter bastante filhos.*
- ✓ *Foi opção, todos foram planejados, só não tive mais porque não tenho casa própria.*
- ✓ *Sempre quis ter bastante filho, mas queria poder dar mais pra eles. Hoje em dia está muito difícil de cuidar dos filhos.*
- ✓ *Foi tudo planejado, desejei todos, eu queria ser mãe desde cedo.*

100

- ✓ *Foi um sonho quando eu tinha 10 anos, que eu tinha que ter 7 filhos, e deu certo.*
- ✓ *Minha família era muito pequena, só tenho 1 irmão, e da parte do meu marido também era pequena, e eu gosto de companhia..*
- ✓ *Na verdade, eu adoro crianças e sempre quis ter bastante filhos, meu primeiro marido queria um menino, mas vieram 2 meninas.*
- ✓ *Planejamos assim a vontade de Deus, questões religiosas, saber que a construção de uma família é sagrada, a palavra que tenho recebido na igreja motivou.*
- ✓ *Querida ter um time de futebol. Sempre quis ter bastante filhos e o marido também, para ter uma família numerosa. Queriam a casa cheia, porque a família numerosa significa muito amor.*
- ✓ *Teve muitos irmãos, pai faleceu e a mãe foi internada, aí separaram dos irmãos. Acha que por isso teve os filhos, por não querer ficar sozinha. Pai faleceu de bronquite, mãe ficou 2 meses internada com depressão, ela tinha 7 anos.*
- ✓ *Tinha vontade de ter filhos, querer uma família, um casamento bem estabilizado*
- ✓ *Venho de uma família numerosa e sempre gostei de casa cheia,*
- ✓ *Vim de uma família grande e eu era adotada. Família sempre foi muito importante para mim. Sempre gostei muito de crianças e eu tinha instinto maternal muito forte. Gostava de casa cheia. Casei aos 22 anos e todos os filhos foram esperados e planejados.*

Quando questionadas sobre a participação do companheiro na definição do número de filhos, 51,8% (184) das 355 mulheres que responderam a questão afirmaram que os mesmos não influenciaram ou participaram na definição do tamanho da família, e 25 mulheres (7%) relataram que um dos companheiros influenciou, outro não.

**Tabela 17** - Influência do companheiro na definição do número de filhos, Curitiba, 2005.

<b>Companheiro influenciou</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não	184	51,83
Sim	146	41,13
Um companheiro sim e outro não	25	7,04
<b>Total</b>	<b>355</b>	<b>100,00</b>

Por outro lado o discurso das que afirmaram que o companheiro influenciou (41%), refletem uma influência negativa, marcada pela violência, alcoolismo, falta de diálogo e colaboração dos mesmos. Os novos companheiros também influenciaram ao pressionarem para terem seus próprios filhos:

- ✓ *“O marido queria bastante filhos, mas era alcoolista tentava bater e se não fizesse o que ele queria tinha muita briga. Os filhos sempre a ajudavam e a defendiam do marido. Seu último filho foi de um namoro muito rápido, ele nem sabe que fiquei grávida.”*
- ✓ *“O meu ex-marido era violento, ele não queria saber se a gente queria (transar), ele queria e pronto, quando me separei deixei os filhos com ele e vim embora sozinha. Aqui conheci os pais dos dois que vivem comigo”.*

101

- ✓ *“Não, o pai dos mais velhos nem gosta de crianças, ele bebia e brigávamos muito por isso me separei, ele não paga pensão e não está nem aí.”*
- ✓ *“No primeiro casamento sofri muito, tive dois filhos, mas o meu marido queria ter mais filhos, porém ele me batia, e então me separei. Do segundo casamento tive três filhos, o meu marido não queria, porque eu já tinha dois”.*
- ✓ *“Sim, os três nós planejamos juntos. Mas quando fiquei grávida a quarta e quinta vez meu ex-marido ficou revoltado. Não me deu atenção e me magoou demais durante o última gravidez, quando o bebê nasceu nos separamos”.*
- ✓ *“Sim, não queria usar preservativo, não colaboram”.*
- ✓ *“Sim, os ex-maridos queriam ter filhos e às vezes eu engravidava para agradá-los”.*
- ✓ *“Cinco filhos foram da primeira união e uma filha desta união atual. Este marido desejou ter o filho. O outro companheiro não queria ter filhos, foi por acaso”.*
- ✓ *“Todos queriam ter, sempre tinha menina e queriam homem”.*
- ✓ *“Da primeira união vieram dois filhos que queríamos, o terceiro não foi planejado, veio tomando pílula. Do segundo casamento dois foram planejados e o terceiro não”*
- ✓ *“É que na época eu tinha dois filhos que moravam comigo e uma filha, então o meu marido dizia que não era justo ele ajudar a cuidar dos meus filhos e não dar nenhum filho a ele, então eu tirei o DIU e engravidei, quando eu estava de 8 meses ele foi embora.”*

A falta de participação ou a participação negativa dos companheiros se confirma quando 129 mulheres (36%) referem que não sabem a opinião dos companheiros sobre o número de filhos que tiveram, 13 homens (3%) acham que a “culpa do número de filho é da mulher”, e 14 (4%) são indiferentes. No entanto, segundo as mulheres 154(43%) companheiros dizem que “aconteceu e aceitam”, ou que este “número é bom”, e cerca de 13% acham que “são muitos” e que “os filhos trazem preocupação”.

**Tabela 18** - Opinião do marido sobre o número de filhos, Curitiba, 2005.

<b>Opinião</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Aconteceu e aceita/normal/é uma benção	62	17,32
Bom	92	25,70
Ela não sabe o que ele acha	129	36,03
Indiferente	14	3,91
Culpada é a mulher	13	3,63
Dão muita preocupação	9	2,51
Acha que são muitos	39	10,89
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100,00</b>

Nota: 23 mulheres deixaram em branco, não responderam ou deram resposta inválida.

102

Buscando identificar e compreender a vivência das mulheres com um maior número de filhos propusemos às mulheres que comentassem sobre as coisas boas (vantagens/benefícios) e as não tão boas (desvantagens) com relação ao número de filhos que tiveram.

As categorias obtidas em relação às vantagens foram: o companheirismo dos filhos, a alegria, felicidade, carinho, amor e divertimento que os filhos trazem, ser gratificante, e ter ajuda dos filhos em casa; 78 delas (aproximadamente 18%), porém, afirmaram não ver vantagens ou benefícios em se ter muitos filhos.

Como principais dificuldades, mais do que desvantagens relacionadas a um maior número de filhos, categorizaram as dificuldades financeiras, as despesas com escola e com saúde. Em segundo lugar, as preocupações com a segurança dos filhos, a violência e tráfico de drogas, e incertezas quanto ao futuro dos filhos, e apenas em terceiro lugar, aspectos ligados ao comportamento dos filhos (desobediência, rebeldia, briga entre irmãos). Com relação às desvantagens 28 (6,4%) relataram não haver aspectos ruins em ter um maior número de filhos.

**Tabela 19** - Vantagens e desvantagens referidas em ter este número de filhos, Curitiba, 2005.

<b>Aspectos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Vantagens</b>		
Companheirismo, casa cheia, companhia	160	36,3
Alegria/felicidade/carinho/amor/divertido	135	30,6
Não tem nada de bom	78	17,7
Gratificante criar os filhos	68	15,4
Ter mais ajuda em casa , segurança no futuro	33	7,5
Outros	26	5,9
<b>Desvantagens</b>		
Despesas/dificuldade financeiras	206	46,7
Educação (despesas com a escola e dificuldade p/	96	21,8

educar )		
Preocupação (falta		
segurança/violência/drogas/incerteza quanto ao		
futuro)	53	12,0
Não tem aspecto ruim	28	6,4
Desobediência dos filhos/ rebeldia	24	5,4
Saúde (dificuldade de atendimento /SUS, compra de		
remédios, quando ficam doentes)	17	3,9
Não tem com quem deixar os filhos para trabalhar	14	3,2
Brigas entre os filhos	13	3,0
Outros	32	7,3

Nota: \* Percentuais calculados em relação ao total de mulheres ( 441)

103

As entrevistadas relataram as vantagens e benefícios de um maior número de filhos da seguinte forma:

- ✓ *“A gente aprende com eles, aprende a lidar com as diferenças.”*
- ✓ *“Ajuda a ter solidariedade, aprender a ter valores. Aprende a pensar não só em você.”*
- ✓ *“A minha mãe teve 6 filhos e nunca ficou sozinha, eu também; dá mais estabilidade emocional, a base do ser humano é o outro; o amor dos filhos deixa a pessoa mais feliz; saber que sou amada pelos filhos; optaram a viver com a mãe.”*
- ✓ *“A família é grande, a gente nunca esta sozinha, na minha velhice não vou ficar sozinha.”*
- ✓ *“Cuido bem deles e quando ficar velhinha a mesa irá ficar cheia com a reunião dos filhos, netos, noras e genros.”*
- ✓ *“É bom por causa da companhia, e a gente vê tanta gente reclamando porque não tem filho, e Deus tem me abençoado e os meus filhos não me dão trabalho.”*
- ✓ *“A gente é feliz com todos, somos realizados. Às vezes quando a gente está triste eles já abraçam, são a alegria da gente.”*
- ✓ *“Alegria, casa cheia, mesmo com bagunça é sempre uma felicidade chegar em casa e ter uma carinha linda te esperando, para dar carinho e amor.”*
- ✓ *“Alegria, companheirismo, animação nunca tem rotina em casa. As crianças preenchem o dia com alegria, felicidade e amor.”*
- ✓ *“Bastante alegria, é gostoso. Os grandes ajudam a cuidar dos pequenos. O marido ajuda a cuidar.”*
- ✓ *“Bom é ter filhos, ruim é não ter condições boas para eles, já passamos até fome.”*
- ✓ *“São cinco oportunidades que você tem de algum te amparar no futuro.”*
- ✓ *“Nunca estou sozinha, espero que os filhos cuidem de mim na velhice, quando não puder mais trabalhar.”*
- ✓ *“A vantagem, a recompensa vem quando eles estiverem criados, crescidos, se estudarem e tiverem bons empregos vão ter uma vida melhor e vão poder cuidar de mim, me ajudar.”*
- ✓ *“Cresce tudo junto, depois que cresce todos trabalham para ajudar a família (os pais), a casa fica cheia de alegria.”*

Destacam-se algumas considerações nestas expressões como, o aprendizado que os filhos podem proporcionar, o fato ou a possibilidade de não ficar sozinha, e a oportunidade que os filhos trariam de ajudar os pais no futuro ou de sustentá-los na velhice.

Outras categorias poderiam também ser criadas em relação às desvantagens referidas, que podem ajudar a compreender os fatores que interferem na criação de um maior número de filhos, como as dificuldades de logística e de tempo para dedicar aos filhos, o aumento do trabalho e cansaço, perda de espaço e liberdade que algumas

104

referiram, a pouca participação dos companheiros, as críticas que os outros fazem a elas. As desvantagens citadas pelas mulheres em relação a estas categorias foram:

#### **Dificuldade de logística e tempo**

- ✓ *“Quando queremos sair, não dá para levar todos juntos”.*
- ✓ *“Transporte difícil quando tem muitos filhos a logística para viajar é difícil”.*
- ✓ *“Não tem tempo suficiente para todos...acha que com dois filhos teria mais tempo.”*
- ✓ *“Não poder dar atenção para todos filhos”.*

#### **Trabalho aumentado e cansaço**

- ✓ *“A desvantagem é que sempre tem bagunça em casa, tem muita roupa para lavar, muita comida para fazer, pratos para lavar”.*
- ✓ *“Às vezes não quero cuidar de tanta criança”.*
- ✓ *“São de idades próximas, assim fico muito cansada”.*
- ✓ *“O corpo se sente cansado”.*
- ✓ *“É corrido, apurado, tem muita coisa pra fazer, dá muito trabalho”. “Stress”.*
- ✓ *“Porque quando eles são pequenos chamam demais a mãe”.*
- ✓ *“Cuidar, choradeira”.*
- ✓ *“Acaba com a mulher, desgasta a mulher”*

#### **Perda de espaço e de liberdade**

- ✓ *“Você quer dormir e não consegue, tem sempre barulho, até tarde”.*
- ✓ *“Não tem vida própria, vive em função deles”.*
- ✓ *“Fica um pouco presa, não tem liberdade”.*
- ✓ *“Porque a mulher fica descuidada. Perda da juventude e liberdade”. “Responsabilidade muito cedo”.*
- ✓ *“Preciso ficar em casa, agora e não estou acostumada a depender de marido e dos filhos”.*
- ✓ *“Responsabilidade, tive que crescer rápido porque eu era uma menina”.*
- ✓ *“Nunca você tem tempo de ficar sozinha, tem sempre um deles precisando de alguma coisa”.*

- ✓ *“Falta de tempo para minha individualidade (namorar), um minuto seu”.*

### **Falta de apoio do companheiro**

- ✓ *“Marido não ajuda nada, pai ausente”.*
- ✓ *“Não tive um bom casamento, tive que trabalhar a vida toda para cuidar dos filhos porque o ex-marido não comprava nem o leite, só pensava em beber.”*
- ✓ *“O marido que não ajuda”*
- ✓ *“O primeiro filho, o pai não quis assumir.”*
- ✓ *“Separação dos filhos da primeira união, chantagem da segunda união com os filhos da primeira união”.*

105

### **Críticas pelos outros**

- ✓ *“Porque as pessoas falam mal por ela ter tantos filhos”.*
- ✓ *“As pessoas acham um escândalo”.*

Para avaliar como a sociedade reage perante o número de filhos destas mulheres, questionou-se o que as pessoas comentavam sobre o número de filhos que tinham, e cerca de 33% referiram que já sofreram críticas porque as pessoas acham que são muitos filhos, e que já foram chamadas de loucas (26%), sofreram discriminação com piadas e brincadeiras que revelam preconceitos (12%). Outras 31% nunca foram criticadas, e apenas 7% foram chamadas de corajosas ou foram admiradas pelo seu número de filhos.

**Tabela 20** – Opiniões das pessoas sobre mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Criticam a quantidade de filhos/acham que são muitos filhos	144	32,7
Não falam nada	135	30,6
Dizem que sou louca	116	26,3
Preconceito da família/ vizinhos/piadas/brincadeiras	54	12,2
Dizem para se cuidar	14	3,2
Dizem que sou corajosa	24	5,4
Ficam admiradas	9	2,0

Nota: \* Percentuais calculados em relação ao total de mulheres (441)

Exemplos do que as pessoas comentam sobre as mulheres com alta fecundidade:

- ✓ *“Meus Deus nunca vi uma pessoa ter esse tanto de filho hoje em dia, só você mesmo.”*
- ✓ *“Você é louca, porque fazer tantos filhos? Não tem televisão?”*

- ✓ *"Aquele mulher tem demais (filhos), essa mulher só presta para ter filhos. As pessoas discriminam muito".*
- ✓ *"Aqui na vila é normal porque a maioria das mulheres tem mais de 4 filhos. Mas fora daqui dizem que sou louca, porque é difícil pra criar"*
- ✓ *"As pessoas caçoam, não tem TV na sua casa?"*
- ✓ *"Acham que é um horror, um absurdo, um escândalo."*
- ✓ *"Criticom muito, dizem que sou louca, outros dizem que sou corajosa. Acho que as pessoas exageram, não têm filhos porque só pensam no dinheiro, que tem que ter tudo de marca para os filhos."*
- ✓ *"Muitos (criticam). Ninguém quer alugar casa. Falam para dar os filhos. Porque não deixa em casa...fazem piadas."*

### 5.3.2 Discussão do Capítulo 3

Referente às intenções reprodutivas, ficou evidente que a maioria das mulheres teve mais filhos do que desejava. Confirmou-se, por outro lado, que um grupo de mulheres quis ter uma prole mais numerosa.

Quando questionadas sobre a participação do companheiro na definição do número de filhos, 41% afirmaram que estes participaram, mas a maioria revelou que os homens exerceram uma influência negativa na constituição de suas proles devido ao uso de violência, ao alcoolismo, ao uso de drogas, pela indiferença em ter ou não filhos, ou pela pressão por filhos próprios por parte dos novos companheiros, quando estas já tinham o número de filhos que desejavam ter. Estes fatos deveriam ser considerados pelos profissionais, pelos gestores, pelos políticos, e pela sociedade em geral, deixando-se de culpabilizar e criticar as mulheres, especialmente as mulheres pobres por ter um número maior de filhos, considerando que os homens interferem na formação destas proles.

Ter cinco ou mais filhos atualmente é motivo de desprezo e visto com estranheza pela sociedade; sendo que, há apenas quatro décadas era considerado normal e valorizado, e as mulheres sem filhos é que eram as crucificadas.

A PNDS 2006 (MS<sup>61</sup> 2008) verificou que 80% das brasileiras sem filhos desejam tê-los, mas o percentual cai para 45% entre aquelas que já tem um filho, confirmando uma tendência de manter a fecundidade baixa em torno de um a dois filhos por mulher.

Outra tendência observada e demonstrada em estudos recentemente e que vem chamando atenção da mídia, é a do número crescentes de mulheres e casais que não querem ter filhos, os chamados *dinks* (*double income no kids*), casais que teriam uma



situação econômica confortável com dupla renda e que voluntariamente decidem não ter filhos. <sup>46, 50</sup> Estimativas apontam que cerca de 10% das mulheres desejariam não ter nenhum filho.<sup>61</sup>

Segundo a PNDS 2006, a proporção de mulheres que desejavam encerrar a vida reprodutiva crescia de acordo com o número de filhos tidos, pelo fato de morar em área urbana, e conforme o aumento da escolaridade.<sup>61</sup>

No entanto, a PNAD 2006 mostra também que as mulheres de escolaridade mais alta estão tendo menos filhos do que desejariam. O número médio ideal de filhos para as mulheres com 12 ou mais anos de estudo era de 2,2 filhos, e a taxa observada

107

foi de 1,0 filho (o que significa a metade da taxa de reposição).<sup>61</sup> Pode-se deduzir, neste caso, que nem toda baixa fecundidade é intencional e realmente desejada. O desejo não atendido da maternidade é um fenômeno que só recentemente vem chamando a atenção, sendo ainda pouco explorado pelos pesquisadores e formuladores das políticas públicas.

Para Wolf (2006) a conciliação entre trabalho e maternidade, especialmente para as mulheres mais instruídas, parece cada vez menos promissor. Para a autora, as transformações no contexto econômico global dos últimos 50 anos impuseram barreiras à maternidade, referindo que o mundo atual inverteu a “ditadura” do passado, fazendo com que as mulheres não possam mais aceitar a idéia de ter filhos e cuidar da família. Ainda para Wolf (2006), a igualdade de gênero só é possível se as mulheres abrirem mão da maternidade, uma vez que quanto mais capacitada, mais competente for a mulher, mais tempo se exige dela no trabalho e maiores responsabilidades lhes são atribuídas, o que torna mais difícil abandonar da carreira para ter filhos.<sup>93</sup> Embora considerada polêmica, esta autora alerta para a ditadura da não maternidade imposta às mulheres de maior escolaridade.

As políticas públicas e as pesquisas estão voltadas apenas à “maternidade inapropriada das mulheres pobres” e à demanda por contracepção, em detrimento do desejo da maternidade não atendida. Este é o caso das mulheres com maior escolaridade, das que necessitam da reprodução assistida e tratamento para engravidar, ou ainda das portadoras do vírus HIV e de outras doenças que também buscam satisfazer o desejo de serem mães e ter filhos com segurança e menos risco. Estes paradoxos nos mostram a diversidade e a complexidade das questões relativas à reprodução que os ideais de justiça e de direitos também devem considerar.

Os profissionais de saúde deveriam compreender que as condições para a realização da maternidade para as mulheres das classes mais altas ou de maior escolaridade podem ser tão adversas quanto é para as mulheres das classes mais empobrecidas controlar a fecundidade ou ter garantida uma maternidade digna.

As mulheres deste estudo com melhores condições sociais afirmaram desejar um número de filhos um pouco superior ao das menos favorecidas socialmente, mas em média este número não ultrapassava a três filhos.

Cerca de 14% das mulheres em geral deste estudo afirmaram que desejavam o número de filhos que tiveram, isto é, cinco ou mais. As motivações referidas envolvem, nestes casos, desejos e sonhos anteriores ao casamento/união, instinto maternal, o fato

108

de gostar de crianças, de gostar de famílias grandes ou ter vivido em famílias com muitos irmãos.

As mulheres relataram as vantagens em ter um maior número de filhos afirmando que estes lhes trazem satisfação pessoal, alegria, felicidade, aprendizado de solidariedade e convivência com as diferenças. E também pelo fato ou a possibilidade de não ficarem sozinhas, e a oportunidade que os filhos trariam de ajudar aos pais no futuro. As desvantagens/dificuldades se referem às questões financeiras e de segurança para criação dos filhos.

As mulheres que não queriam o total de filhos que tiveram alegaram, especialmente, problemas referentes à regulação da fecundidade ou à adequação aos métodos contraceptivos.

Estudos dos países africanos apontam que os fatores que contribuem para a manutenção da alta fecundidade daqueles países são: o tradicional benefício de famílias grandes para ampliar as áreas de cultivo, a poligamia e a competição entre esposas para assegurar uma parcela maior da renda ou herança do marido, a aprovação social das mulheres com alta fecundidade, e dos homens possuidores de famílias grandes, como sinal de riqueza ou influência, as pressões das redes de parentesco, a preferência por filhos do sexo masculino, as objeções ao uso de contracepção, a continuidade da existência de terras de acesso livre, a perspectiva de mandar as crianças para as vilas e cidades para que façam remessas de valores de volta, a tradicional percepção das crianças como uma “apólice de seguro” para a velhice dos pais, a escassez de alternativas de recreação além das relações sexuais, e a pobreza.<sup>74</sup>

Guardadas as devidas proporções entre as diferenças culturais e de desenvolvimento entre os países da África e o Brasil, verificou-se que alguns destes

fatores foram citados neste estudo para a manutenção da alta fecundidade, como a preferência e a busca por filhos do sexo masculino, as objeções e dificuldades quanto ao uso de contracepção, a percepção de que os filhos darão apoio financeiro na velhice dos pais, a pobreza e a escassez de alternativas de recreação.

A realidade brasileira e a curitibana mesclam, portanto, características da fecundidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

109

#### 5.4 **CAPÍTULO 4 - ANTICONCEPÇÃO: CONHECIMENTO, ACESSO, USO E DIFERENCIAIS NO USO DOS MÉTODOS.**

Este capítulo inclui conhecimento e uso anterior e atual da anticoncepção, fontes de obtenção de métodos e acesso à esterilização cirúrgica.

Referiram ter recebido alguma orientação sobre planejamento familiar, 426 mulheres (96,5%), e destas, apenas 216 entrevistadas (50,7%), receberam orientações sobre este tema na última gravidez.

Para análise sobre uso dos métodos foram incluídas as mulheres sexualmente ativas e não grávidas (n=369), e foram excluídas 17 grávidas e 55 mulheres que afirmaram não terem vida sexual ativa.

Das mulheres sexualmente ativas, 315 (85,4%), usavam algum método no momento da entrevista, e 54 (14,6%) referiram não estar usando nenhum, sendo estes os motivos alegados: “não querer usar nenhum método contraceptivo”, “estar esperando a laqueadura”, “questões religiosas”, “descuido/relaxo”, “marido não quer que use”, “fez aborto e está de resguardo”.

As mulheres sexualmente ativas conheciam em média  $5 \pm 2,0$  métodos, com predominância dos métodos modernos em relação aos tradicionais, verificando-se uma limitação de opções de escolha dos métodos deste grupo de mulheres. Os métodos mais citados foram a pílula, seguida da camisinha masculina, laqueadura, injeção (anticoncepcional injetável) e DIU. Os menos citados foram pílula do dia seguinte, diafragma, aborto e tabelinha. A vasectomia foi citada por pouco mais de um terço das mulheres.

Das mulheres que optaram por regular a fecundidade, o método de maior prevalência foi a laqueadura com 29% dos casos, seguida da pílula com 21%, os injetáveis hormonais com 16% e a camisinha masculina com 15% (sendo que apenas 19 mulheres usavam a camisinha associada a outros métodos); em quinto lugar a vasectomia com 6%, e somente 1,4% usavam DIU.

Tendo em vista que estas mulheres tiveram o último filho em 2005, e que as entrevistas iniciaram em final de 2006 e foram encerradas no início de 2008, deduz-se que a realização de todas as laqueaduras e das vasectomias ocorreu neste período, demonstrando certa agilidade de acesso para este procedimento. Mas como será visto na seqüência, algumas mulheres não conseguiram efetivar a esterilização, mesmo tendo solicitado.

110

Quanto aos métodos anteriormente utilizados, 168 (38%) referiram ter usado pelo menos dois métodos, e 120 (27%) três métodos, tendo sido a pílula utilizada por 82% das mulheres, o preservativo masculino por 49%, e os anticoncepcionais injetáveis por 28 %.

**Tabela 21-** Conhecimento e uso dos métodos contraceptivos pelas mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005

Método contraceptivo	Mulheres que conhecem		Mulheres que utilizam atualmente		Percentual de mulheres que utilizam métodos contraceptivos dentre as que conhecem
	N*	%**	N	%**	
Anticoncepcional oral	351	95,1	77	20,9	21,9
Preservativo masculino	335	90,8	57	15,4	17,0
Laqueadura	276	74,8	109	29,5	39,5
Anticoncepcional injetável	245	66,4	60	16,3	24,5
DIU	232	62,9	5	1,4	2,2
Vasectomia	135	36,6	21	5,7	15,6
Preservativo feminino	88	23,8	0	0	0
Pílula do dia seguinte	61	16,5	0	0	0
Diafragma	45	12,2	0	0	0
Aborto	29	7,9	0	0	0
Tabela	9	2,4	5	1,4	55,6

Número de métodos	Conhecidos	Utilizados anteriormente
Média	4,9	2,2
DP	2,2	1,0
Mínimo – máximo	0 – 11	0 - 6

Nota: (\*) Outros métodos conhecidos: adesivo (1); coito interrompido (1); método de Billings (1); pomadas (1)  
(\*\*) Percentual calculado em relação ao total de mulheres sexualmente ativas e não grávidas (n=369). Mais de um método conhecido pode ser observado nas respostas

Os motivos mais freqüentemente alegados pelas mulheres para ter suspenso a utilização da pílula foram: alterações estomacais como enjôos, náuseas, vômitos, dores de estômago, gastrite (38 referências), ocorrência de gravidez mesmo usando o método (28 referências), surgimento de mal-estares, dores de cabeça e tonturas (26), não tomar por esquecimento (23), alteração de pressão, problemas cardíacos ou fumo (10).

As que deixaram de usar o anticoncepcional injetável alegaram: surgimento de mal-estares, dores de cabeça e tonturas (15) ocorrência de gravidez mesmo usando o

111

método (12), hemorragias (6), alterações menstruais e cólicas (6), porque engordaram (4), dificuldade de comprar (2), medo de agulha(1).

O DIU deixou de ser usado por algumas mulheres devido a: retirada do dispositivo para engravidar (9), ocorrência de gravidez com o DIU (6), precisarem trocar o DIU devido ao prazo de validade e acabaram engravidando (2), infecções ou hemorragias (6), expulsão ou rejeição do artifício (4), retirada por não adaptação ou por problemas de saúde (9), alterações menstruais (2).

Com relação ao condon, os motivos para suspender o uso foram: uso esporádico (23), falta de confiança no método por rompimento durante o uso e por ocorrência de gravidez (10), o fato do marido não gostar ou reclamar (9), por ser ruim, sem graça, desconfortável (4), alergia ao látex (4).

#### **5.4.1 Diferenciais no uso atual da anticoncepção**

A tabela22 apresenta informações sobre as práticas contraceptivas das mulheres sexualmente ativas classificadas segundo características socioeconômicas.

Considerando o uso dos métodos segundo idade observa-se maior prevalência no uso de pílulas pelas mulheres de 35 a 39 anos. O preservativo masculino era mais utilizado pelas mulheres mais jovens até 29 anos assim como os anticoncepcionais injetáveis; a laqueadura apresentou proporção mais alta para mulheres acima de 45 anos, com uma distribuição proporcional relativamente homogênea em torno de 30% entre as outras faixas etárias.

As mulheres com menor escolaridade (até 4 anos) apresentaram maior proporção de não utilização de métodos e menor de laqueadura. Já entre as mulheres com 5 a 9 anos de escolaridade predominou o uso da laqueadura; e das 4 mulheres com 12 e mais anos de estudo, duas não usavam métodos, uma usava pílula e outra, a laqueadura.

No sub-grupo cor da pele observa-se uma prevalência um pouco maior de laqueaduras nas raças/cores branca e parda, reduzindo na raça/cor preta, que apresentou uma maior proporção de não utilização de métodos.

A prevalência segundo estado conjugal mostrou diferença na proporção de injetáveis, mais usados pelas casadas do que pelo grupo das mulheres que não viviam em união, assim como a vasectomia.

112

As mulheres com maior renda apresentaram proporção um pouco maior de laqueaduras do que aquelas das faixas de renda mais baixa, que apresentaram maior proporção de uso de pílula e também de não utilização de métodos.

**Tabela 22-** Métodos contraceptivos usados de acordo com idade, escolaridade, religião, raça, estado conjugal, uniões e renda (resultados expressos em percentuais), Curitiba, 2005.

<b>Variável e classificações</b>	<b>N</b>	<b>DIU (n=5)</b>	<b>Antic oral (n=77)</b>	<b>Preserv masc (n=57)</b>	<b>Antic injet (n=60)</b>	<b>Laquead (n=109)</b>	<b>Vasect (n=21)</b>	<b>Tabela (n=5)</b>	<b>Nenhum (n=54)</b>
<b>Idade</b>									
Menos de 25 anos	9	-	22,2	22,2	33,3	33,3	-	-	-
25 a 29	54	-	16,7	24,1	24,1	31,5	3,7	-	11,1
30 a 34	112	0,9	19,6	10,7	16,1	28,6	8,9	0,89	17,0
35 a 39	113	0,9	25,7	20,4	12,4	28,3	5,3	1,77	11,5
40 a 44	72	2,8	20,8	9,7	15,3	29,2	4,2	2,78	18,1
45 ou mais	9	20,0	-	-	11,1	44,4	-	-	33,3
<b>Escolaridade</b>									
Menos de 1 ano	21	-	19,0	14,3	14,3	28,6	-	4,8	23,8
1 a 4 anos	153	-	17,6	14,4	19,6	23,5	6,5	-	19,6
5 a 8 anos	154	1,9	24,7	18,8	14,3	33,8	4,5	1,9	8,4
9 a 11 anos	37	5,4	18,9	8,1	13,5	40,5	8,1	2,7	10,8
12 ou mais anos	4	-	25,0	-	-	-	25,0	-	50,0
<b>Religião</b>									
Católico Romana	192	1,6	26,0	14,6	16,7	31,3	3,6	1,0	12,0
Evangélica	117	-	14,5	16,2	20,5	23,1	9,4	1,7	17,1
Nenhuma	46	4,3	15,2	21,7	6,5	34,8	4,3	2,2	17,4
Outras	10	-	20,0	-	-	50,0	10,0	-	20,0
<b>Raça</b>									
Branca	222	0,9	22,1	14,0	14,0	30,6	7,7	0,9	14,4
Parda	110	1,8	21,8	17,3	19,1	29,1	2,7	2,7	11,8
Preta	28	-	10,7	17,9	21,4	25,0	3,6	-	28,6
Amarela ou indígena	2	50,0	-	50,0	-	-	-	-	-

<b>Estado conjugal</b>									
S Separada/divorciada/ solteira/viúva	61	1,6	23,0	16,4	8,2	31,1	0,0	3,3	21,3
Casada legalmente/união consensual	305	1,3	20,3	15,4	18,0	29,2	6,9	1,0	13,1
<b>Renda (em R\$)</b>									
Menos de 100,00	7	-	14,3	28,6	-	28,6	14,3	-	28,6
100,00 a 400,00	127	1,6	20,5	10,2	22,0	26,0	1,6	1,6	18,1
401,00 a 600,00	96	1,0	25,0	16,7	16,7	28,1	7,3	-	10,4
601,00 a 1000,00	84	-	19,0	22,6	14,3	38,1	4,8	2,4	9,5
Mais de 1000	45	2,2	17,8	8,9	8,9	31,1	15,6	2,2	15,6

#### 5.4.2 Fontes de obtenção e acesso aos métodos

Na tabela abaixo são apresentados os percentuais de mulheres de acordo com os métodos contraceptivos utilizados segundo as fontes de obtenção. Foram incluídas todas as entrevistadas. Observa-se que a pílula ainda é comprada em grande proporção

113

nas farmácias (40,8%), mas 53,9% tem acesso a pílula pelo SUS; os preservativos, os anticoncepcionais injetáveis, o DIU e a laqueadura são obtidos também majoritariamente no SUS; assim como a vasectomia, mas em menor proporção.

**Tabela 23** - Distribuição percentual das fontes de obtenção dos métodos contraceptivos, Curitiba, 2005.

<b>Método contraceptivo</b>	<b>Fonte de obtenção</b>		
	<b>Farmácia</b>	<b>SUS</b>	<b>SUS e farmácia</b>
DIU	0,0	100,0	0,0
Anticoncepcional oral	40,8	53,9	5,3
Preservativo masculino	21,8	76,4	1,8
Anticoncepcional injetável	3,3	93,3	3,3
Laqueadura	-	82,4	-
Vasectomia	-	66,7	-

Nota: Inclui respostas de todas as entrevistadas

O acesso à esterilização voluntária foi efetivado para 109 mulheres (36,4%) das 299 mulheres (67,8% do total das 441 entrevistadas) que alguma vez solicitaram laqueadura pelo SUS, e dos 50 homens (11,3% do total de 441 mulheres que afirmaram que um dos seus companheiros solicitou vasectomia), 21(42%) tiveram o acesso ao procedimento nos serviços de saúde municipal.

Das 146 mulheres que responderam por que não realizaram a laqueadura após terem solicitado, os motivos foram: 81(55,5%) estavam no aguardo da confirmação do procedimento pela unidade de saúde, 13(8,9%) porque no parto não foi realizada a cesárea, 12(8,2%) porque ficaram grávidas novamente antes de conseguir a laqueadura,

10(6,8%) porque tinham pouca idade, 7(4,8%) tiveram problemas de saúde e não puderam fazer, e 23 (15,8%) desistiram por medo, porque marido não deixou fazer, por motivo religioso, por falta de tempo, pela demora.

Os motivos referidos pelas 142 mulheres que nunca solicitaram a laqueadura foram em sua grande maioria não querer usar, ou não ter interesse pelo método (108 mulheres), ou ser contra a esterilização; 15 afirmaram que têm medo do procedimento, e 8 o método não foi oferecida para elas na US, 11 mulheres alegaram que foi por falta de tempo e porque o processo para conseguir era demorado .

As mulheres que disseram conhecer a lei sobre os direitos a fazer laqueadura e vasectomia pelo SUS somaram 375 mulheres ou 87,8% das 427 que responderam.

114

A vasectomia não foi solicitada pelos companheiros, segundo as mulheres que responderam esta questão, principalmente porque os mesmos tinham medo, não quiseram fazer, nunca se interessaram, por preconceito, ou por se acharem jovens, por falta de tempo.

**Tabela 24** - Motivos alegados pelos homens para não solicitar vasectomia, segundo informação das mulheres, Curitiba, 2005.

<b>Motivos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tem medo de fazer	96	42,7
Não querer fazer	31	13,8
Nunca se interessou	31	13,8
Tem preconceito	17	7,6
Acha que é jovem para fazer	14	6,2
Falta tempo	10	4,4
Falta de informação	9	4,0
Quer mais filhos	8	3,6
Pretende fazer	4	1,8
Motivos religiosos	3	1,3
Acha que a mulher deve evitar filhos	2	0,9
<b>Total</b>	<b>225</b>	<b>100,0</b>

Conforme relato das entrevistadas, os motivos pelo quais os homens que solicitaram não realizaram a vasectomia (29 dos cinquenta que solicitaram no SUS), em sua maioria foi a desistência de realizar o procedimento; ou ainda estavam no aguardo da liberação pela SMS.



**Tabela 25** - Motivos para os homens não terem realizado vasectomia, Curitiba, 2005.

<b>Motivo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Desistiu por medo	3	
na hora da cirurgia	3	
empresa chamou no dia	2	
mulher fez laqueadura	2	41,38
preconceito	1	
porque tem fila	1	
Está aguardando	9	31,03
O médico não quis fazer	5	17,24
Mudou de endereço	2	7,49
Faleceu	1	3,45
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,00</b>

115

#### 5.4.3 Discussão do Capítulo 4

Os resultados neste capítulo foram comparados mais uma vez com os resultados da PNDS realizada em 2006, que aborda os temas da fecundidade e da reprodução das mulheres brasileiras.<sup>61</sup>

O conhecimento sobre os métodos contraceptivos pelas mulheres é hoje praticamente universal no Brasil, sendo os métodos modernos mais disseminados que os tradicionais entre as mulheres, o que foi observado também neste estudo<sup>61</sup>.

No entanto a PNDS 2006 identificou que as mulheres pesquisadas conheciam em média 10 métodos, enquanto que o grupo de mulheres da presente pesquisa referiu, em média, cinco métodos e uso se concentrou em duas opções. Conclui-se que embora as mulheres referissem o conhecimento de um maior número de métodos, a totalidade das alternativas de regulação da fecundidade não incluía todos os métodos citados, demonstrando uma limitação de escolha, ou de real conhecimento para o uso, ou ainda de acesso a todos os métodos.

Relacionando os métodos utilizados alguma vez pelas mulheres do estudo, observa-se concentração em alguns deles, 82% já experimentaram a pílula, 49%, o preservativo masculino. A metade das desistências da utilização, especialmente da pílula, se deve aos efeitos colaterais do método, e outra metade, às falhas no uso, tendo como consequência a gravidez inesperada. Estes e outros motivos alegados para desistência do uso do DIU, dos injetáveis e da camisinha poderiam ser contornados com melhor orientação, acompanhamento e apoio por parte dos profissionais que indicaram os métodos.

As razões para o não uso da camisinha masculina na última relação sexual ocorrida nos últimos 12 meses, segundo a PNDS 2006, foram confiança no parceiro (31%), não gostar de usar (12%) parceiro se recusar a usar (6%). Porém, quando se analisou o tempo de escolaridade, notou-se uma queda nesse último percentual com o aumento dos anos de estudo (atingindo um patamar de 2,9% em mulheres com 12 anos ou mais de escolaridade), refletindo, provavelmente, um maior poder de negociação com os parceiros, o que reforça a necessidade de ampliar a escolarização das mulheres, o que pode promover seu empoderamento para a tomada de decisões referente a sexualidade e reprodução.<sup>61</sup>

A PNDS 2006 obteve que, dentre as 15 mil mulheres do estudo, 71% usaram pílula alguma vez, 70% usou camisinha e 19% usou injetáveis. A prevalência de uso

116

atual de algum método foi de 80,6% das mulheres unidas, sendo que 77% usavam métodos modernos e 3,2%, métodos tradicionais. Das mulheres não unidas e sexualmente ativas, 75% usavam algum método, sendo que 73% usavam métodos modernos, dado extremamente importante, pois foi pela primeira vez levantado neste tipo de pesquisa. Os métodos modernos mais prevalentes nas mulheres unidas foram a laqueadura (29%) e a pílula (24%), camisinha masculina (12%), vasectomia (5%) e injetáveis (4%) e o DIU (1,9%). A prevalência das não unidas foi da pílula (30%) e da camisinha masculina (26%).<sup>61</sup>

Para a região Sul, segundo a PNDS, 82% usavam algum método, 78,6% usavam métodos modernos, sendo que o método de maior prevalência foi a pílula (39% das mulheres), a maior entre as regiões, seguida da esterilização (19%), a mais baixa proporção das regiões. Em seguida, vem o uso de camisinha (9,9%), esterilização masculina (5,3%), DIU (2,8%) e injeção contraceptiva (2,3%).<sup>61</sup>

No presente estudo a prevalência atual de uso foi de 85,4% das mulheres sexualmente ativas e não grávidas, sendo que 29% informaram estar laqueadas, 21% usavam pílula e 16%, injetáveis, 15%, camisinha, vasectomia, 5,7%, e DIU, 1,4%, diferenciando em relação à proporção das mulheres brasileiras e da região sul no uso de injetáveis, bastante superior no grupo de mulheres deste estudo.

O uso de métodos contraceptivos é reconhecido como a variável intermediária da maior importância na determinação dos níveis de fecundidade (TAVARES et al<sup>86</sup>, 2007). Como os programas de planejamento familiar não estão efetivamente implantados na maioria dos municípios brasileiros, muitas mulheres buscam outras

fontes para obter os métodos, e na impossibilidade de acesso aos mesmos ocorrem, muitas vezes, gravidezes indesejadas.

A PNDS 2006 demonstrou que 17,6% das mulheres brasileiras não desejaram a última gravidez, e metade das que tiveram o quarto filho ou mais, não queriam o último filho, o que revela dificuldades no planejamento da fecundidade. No entanto, em geral mais mulheres estão conseguindo satisfazer suas intenções reprodutivas se comparado aos dados das pesquisas anteriores. Esta pesquisa não questionou por outro lado os reais motivos que levaram as mulheres a restringir o número de filhos.<sup>61</sup>

Quando se observa as fontes de obtenção dos métodos contraceptivos para as brasileiras, de modo geral, a farmácia continua sendo a fonte principal para obtenção de pílulas (76%), de injetáveis (75%) e da camisinha (66%) e os serviços de saúde do SUS

117

seriam os maiores responsáveis pelo provimento da esterilização (63%) e do DIU (59%), reforçando que as mulheres ainda têm dificuldade de acesso aos métodos pelo SUS. As farmácias acabam facilitando este acesso, por não exigirem muitas vezes as prescrições dos métodos.

Do grupo em estudo, 41% ainda compravam pílula nas farmácias em Curitiba, mas a maioria obteve os métodos pelo SUS incluindo, além da pílula, os injetáveis, a camisinha e o DIU. Os procedimentos de esterilização ocorreram majoritariamente em serviços credenciados pelo SUS, e em proporções maiores que as encontradas para o Brasil como um todo.

Com relação às desigualdades nas intervenções para contracepção, VIEIRA et al<sup>91</sup> (2001) avaliaram o uso de métodos contraceptivos no período 1986-1996, no Estado de São Paulo e encontraram maior proporção de laqueadura tubária nas mulheres de menor escolaridade (37,9% em analfabetas para 26,0% nas mulheres com mais de 12 anos de estudo). Padrão inverso foi observado na esterilização masculina, com aumento progressivo do uso desse método conforme aumento da escolaridade, passando de zero em parceiros de mulheres analfabetas a 13,7% entre os parceiros de mulheres com mais de 12 anos de estudo.

A análise da PNDS 2006 permitiu verificar a manutenção dos diferenciais de prevalência de esterilizações no Brasil em relação a PNDS anterior, o percentual de mulheres esterilizadas no grupo sem instrução foi mais do que o dobro do percentual registrado no grupo de mulheres com nove e mais anos de estudo, o mesmo ocorrendo nas regiões Norte e Nordeste em relação ao Sul e ao Sudeste. Nas áreas rurais, e

entremulheres negras, a participação da esterilização é também muito maior do que a que se verifica nas áreas urbanas e entre mulheres brancas.<sup>61</sup>

A ampliação do acesso a métodos contraceptivos nos últimos anos levou, no entanto, a uma queda do número de cirurgias de esterilização em mulheres. Ao mesmo tempo, a participação dos homens na anticoncepção, com a esterilização masculina, dobrou nesses dez anos, passando de 1,6% para 3,3%. Segundo a PNDS 2006 o aumento da participação masculina na prática anticoncepcional (uso do preservativo e a esterilização) é maior no grupo de mulheres com mais de 12 anos de estudo. Nesta faixa, 11% apontam a esterilização como método contraceptivo, e 16%, o uso do preservativo. Em mulheres sem estudo, esses percentuais são de 0,4% e 6,6%, respectivamente.<sup>61</sup>

## 5.5 CAPÍTULO 5 - VIDA SEXUAL E SAÚDE DAS MULHERES

Este capítulo visa identificar o início da vida sexual e da parturição, e analisar as condições de saúde sexual e geral auto-referida pelas mulheres.

Os dados demonstram que 54,6 % das mulheres tiveram a primeira relação sexual até os 15 anos, com uma média de  $15,6 \pm 2$  anos, entrando precocemente no período reprodutivo, e 70,3 % tiveram uma gravidez na adolescência, sendo a média de idade no primeiro filho  $18,5 \pm 3$  anos.

**Tabela 26** – Número e percentual de mulheres segundo a idade no início da atividade sexual, no primeiro parto e intervalo entre início da vida sexual e primeiro filho, Curitiba, 2005.

Variável	N	%
<b>Idade do início da atividade sexual*</b>		
<14 anos	60	13,9
14	71	16,4
15	105	24,3
16	57	13,2
17	62	14,4
18	40	9,3
19	18	4,2
20 e +	19	4,4
Média $\pm$ dp: $15,6 \pm 2$ anos		

Mínimo:10 Máximo: 25

**Idade no primeiro parto\*\***

<15	12	3,0
15 a 19	269	67,3
20 a 24	105	26,3
25 e mais	14	3,5

Média ± dp: 18,5 ± 3 anos

Mínimo: 12 Máximo: 28

**Intervalo entre início da vida sexual e 1º filho\*\*\***

< 1 ano	34	8,6
1-2 anos	175	44,4
3- 4 anos	115	29,2
5-6 anos	48	12,2
7 e + anos	22	5,6

Média ± dp: 2,8 ± 2 anos

Mínimo: 0 Máximo: 13

Nota: \* N=432 \*\*N=400 \*\*\*N= 394

119

Para a maioria, (53%) das mulheres, o intervalo entre a primeira relação e o primeiro filho foi inferior a dois anos, confirmando o início precoce da vida sexual e da parturição deste grupo de mulheres.

Entre as 246 mulheres que consideraram sua vida sexual boa, 52% alega que sempre foi boa, mas para 46%, anteriormente não era adequada. Das 91 que consideraram sua vida sexual ruim ou regular, 35% afirmaram que sempre foi inadequada e para 59%, anteriormente foi melhor.

**Tabela 27** - Vida sexual auto-referida pelas mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005.

Vida Sexual Hoje	Sempre foi assim						Total
	Sim	%	Não	%	Com o 1º companheiro não, com 2º sim	%	
Boa	129	52,4	114	46,4	3	1,2	<b>246</b>
Ruim	12	32,4	22	59,5	3	8,1	<b>37</b>
Regular	20	37,0	32	59,3	2	3,7	<b>54</b>
<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>47,8</b>	<b>168</b>	<b>49,8</b>	<b>8</b>	<b>2,4</b>	<b>337</b>

Pelo discurso das mulheres pode-se perceber melhor o que representa cada uma das categorias de classificação da vida sexual.

**Vida sexual boa**

✓ “100% boa. Muito boa. Só não é melhor porque tem o cansaço do dia-a-dia.”

- ✓ “Acho que é normal, ele me respeita, é compreensivo, quando eu não quero transar ele não insiste.”
- ✓ “Boa, o que tem que cuidar é que sendo muitas crianças as vezes não dá certo.”
- ✓ “Boa, mas com pouco tempo, sempre tem as crianças por perto.”
- ✓ “Boa, hoje eu vivo com uma pessoa que eu gosto e me trata bem.”
- ✓ “Boa, porque não me preocupo mais em engravidar.”
- ✓ “É boa, sempre foi, porém hoje existe a preocupação com os filhos, às vezes interferem, não podendo. É, termina com o clima.”
- ✓ “Hoje é boa, mas preciso usar minha cabeça para sentir prazer, só aconteceu no segundo casamento. E fico irritada no dia seguinte quando não sinto prazer.”
- ✓ “Bem, melhorou, quando a gente amadurece melhora.”

### Vida sexual regular ou ruim

- ✓ “Diminuiu bastante as relações sexuais, porque tenho **medo de engravidar**.”
- 120
- ✓ “Eu mesma, se dependesse só de mim não queria mais fazer nada (tem **medo constante de engravidar novamente**) nada de sexo.”
  - ✓ “Satisfeita, na verdade é assim, nós não estamos fazendo (sexo) eu estava esperando sair a laqueadura, e estar dando um descanso para meu corpo, tenho muito **medo de engravidar** de novo.”
  - ✓ “Mais ou menos, meu marido é muito tímido. É igual galo e galinha é só o **básico e rápido**, toda vida foi assim”.
  - ✓ “Não me sinto satisfeita, depois que a gente vive bastante tempo junto as coisas **perdem a graça**, acho que é a **rotina**.”
  - ✓ “Mais ou menos, o tempo vai passando, são **muitos filhos** a gente fica **cansada**.”
  - ✓ “Média, devido ao stress e é **muita criança, rotina**.”
  - ✓ “Bem mais fraco do que antes, **por causa da quantidade de filhos**.”
  - ✓ “Bem pacata, talvez por causa da **rotina** e agora com mais uma **criança em casa**.”
  - ✓ “Só vivo pelos filhos, **não vivo com ele por amor**. Eu tenho até raiva quando ele me procura para fazer sexo.”
  - ✓ “Eu não gosto, acho que porque quando eu era novinha fui violentada. (13anos). A gente que é casada tem que fazer a **obrigação** da gente.”
  - ✓ “Insatisfatória, **depois que operou não tem vontade** mais de nada.”

A saúde geral auto-avaliada, foi considerada boa por cerca de 60% das mulheres com alta fecundidade e aproximadamente 41% apresentaram algum problema de saúde no último ano, ainda 23% relataram problemas de saúde relacionados às gravidezes. (Tabela 28)

**Tabela 28** - Saúde auto-referida pelas mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005.

---

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Como classificam a saúde</b>		
Boa	267	61,1
Regular	141	32,3
Ruim	29	6,6
<b>Apresentaram problemas de saúde no último ano</b>		
Sim	177	40,7
Não	258	59,3
<b>Apresentaram problemas de saúde devido às gravidezes</b>		
Sim	102	23,4
Não	334	76,6

Saúde boa no conceito das que tem uma visão positiva sobre saúde foi expressa da seguinte forma: estar sentindo-se bem, poder trabalhar e cuidar dos filhos, ter energia e disposição. Mas a maioria entendeu “boa saúde” como ausência de doença, afirmando que tem boa saúde porque não têm problemas de saúde, não ficam doentes, não sentem dor ou outro sintoma, ou nunca precisam de médico. Por outro lado, 12% das mulheres, mesmo com alguma queixa ou doença, consideraram ter boa saúde, por ter sua doença controlada, como pode ser observado na tabela 29.

122

**Tabela 29** - O significado de boa saúde para as mulheres com alta fecundidade, Curitiba, 2005.

<b>Categorias</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Não têm problemas de saúde ou queixas	53	25,9
Não ficam doentes ou é difícil ficarem doentes	35	17,1
Sentem-se bem	30	14,6
Trabalham e/ou cuidam dos filhos e afazeres domésticos	29	14,1
Consideram a saúde boa, mas relataram alguma queixa*	25	12,2
Não sentem dor, não sentem nada	15	7,3
Têm energia, tem disposição, se cuidam, se alimentam bem	12	5,9
Nunca precisam de médico	6	2,9
<b>Total</b>	<b>205</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*Problema de digestão, coluna, pressão alta, tristeza, sinusite, diabete, dores de cabeça, problema de menstruação, hipotensão e tontura, nervosismo, cólicas, stress, cansaço, ansiedade

No entanto, quando questionadas sobre problemas de saúde no último ano, 40% referiram algum problema, sendo os relacionados ao aparelho ginecológico os mais citados, seguidos de hipertensão, gripe, infecção urinária, transtornos mentais e cefaléia intensa.

**Tabela 30** - Problemas de saúde apresentados nos últimos doze meses, Curitiba, 2005.

<b>Problemas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Problemas ginecológicos (infecção, DST, no parto)	25	14,0
Pressão alta	20	11,2
Gripe	19	10,7
Infecção urinária/renal	13	7,3
Transtornos mentais (depressão e outros)	10	5,6
Cefaléia intensa	10	5,6
Anemia	7	3,9
Asma/bronquite	6	3,4
Dor na coluna/costas	6	3,4
Cálculo renal	4	2,2
Dor no peito	4	2,2
Problemas na tireóide	4	2,2
Problemas na vesícula	4	2,2
Problemas no coração	3	1,7
Dor na barriga/abdômen	3	1,7
Sinusite	3	1,7
Artrite/ artrose/ reumatismo	3	1,7
Outros	34	19,1
<b>Total</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Obs. Tabela elaborada pela pesquisadora com base nas entrevistas



Das 102 mulheres que apresentaram problemas na gravidez (23% do total), os problemas mais frequentemente apresentados após a gravidez foram varizes, problemas ginecológicos, pressão alta, dor nas costas ou na barriga e depressão pós- parto.(tabela 31 ).

**Tabela 31** – Problemas de saúde auto-referidos pelas mulheres com alta fecundidade devido à gravidez, Curitiba, 2005.

<b>Problemas de saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Varizes	29	28,4
Problemas ginecológicos	20	19,6
Pressão alta	18	17,6
Dores nas costas	11	10,8
Dor na barriga	7	6,9
Depressão pós-parto	6	5,9
Hemorragias	5	4,9
Dores abdominais	4	3,9
Diabetes	4	3,9
Engordar	4	3,9
Dor de cabeça	3	2,9
Anemia	2	1,9
Reação alérgica	1	1,0

Nota: \* Percentuais calculados em relação ao número de mulheres que apresentaram problemas de saúde após o parto (102)

### 5.5.1 Discussão do Capítulo 5

As mulheres deste estudo iniciaram precocemente a vida sexual, e em uma época em que o acesso às orientações e aos métodos contraceptivos ainda eram mais restritos, com a primeira relação ocorrendo em média aos 15,6 anos. O estudo nacional (PNDS

2006) identificou que a média de idade da primeira relação sexual foi aos 17 anos, e que 53% das adolescentes entrevistadas estavam sexualmente ativas nos últimos doze meses.<sup>61</sup>

A associação entre as variáveis idade, primeira relação sexual, primeira união e primeiro filho e fecundidade futura está estabelecida na literatura nacional e internacional. De forma geral, quanto mais cedo se dão a primeira relação sexual e a primeira união, maior a chance de o primeiro nascimento também acontecer mais cedo e maior a chance de progressão para parturições de ordens superiores e de se atingir uma alta parturição. No Brasil, este fenômeno está relacionado ao rejuvenescimento do início da vida sexual e reprodutiva, refletindo-se no aumento da Taxa Específica de Fecundidade (TEF) do grupo de idade de 15 a 19 anos, em contraposição à queda observada em todos os outros grupos.<sup>1</sup>

125

Uma variável importante para entender o comportamento reprodutivo é a idade mediana ao ter o primeiro filho. Em nível nacional, os valores da idade mediana ao nascimento do primeiro filho estavam, segundo a PNDS 2006, em torno dos 21 anos, com tendência à redução e representando um rejuvenescimento do padrão reprodutivo. Neste estudo a idade mediana foi 18,1, e a média, ao dar à luz o primeiro filho, foi aos 18,5 anos como consequência do início mais precoce da atividade sexual.<sup>61</sup> O pequeno intervalo entre o início da atividade sexual e o início da procriação reforça o argumento da falta de informação, de acesso e de uso dos métodos contraceptivos por este grupo de mulheres. Estes dados confirmam, por outro lado, que o início precoce da vida sexual e da parturição influenciam/propiciam uma maior fecundidade.

Um grande percentual de mulheres classificou a sua vida sexual como insatisfatória, aproximadamente 40% das entrevistadas, relatando como fatores que interferem na vida sexual: medo contínuo de engravidar, cansaço devido ao número de filhos que possui, rotina sexual, não gostar do companheiro, e piora da vida sexual após a laqueadura.

Sabe-se que a saúde e o prazer sexual das mulheres não são ainda tratados como direitos, sendo praticamente nula sua abordagem nos serviços de saúde.

A sexualidade vai além do propósito da reprodução. A sexualidade realça as relações entre marido e mulher, as relações entre parceiros, a intimidade, a afeição e a fidelidade e a estabilidade social, maximizando assim, o desenvolvimento humano e a segurança. O direito à sexualidade inclui o direito à liberdade e à vida em família,

direito à saúde e direito à não discriminação por motivo de orientação sexual. (COOK<sup>27</sup>, 2004)

Deve-se observar, segundo a OPAS, que “a saúde sexual é a experiência do processo contínuo do bem-estar físico, psicológico e sociocultural relacionado à sexualidade. A saúde sexual é evidenciada em expressão livre e responsável das capacidades sexuais que abrigam bem-estar pessoal e social, enriquecendo a vida individual e social. A saúde sexual não é meramente a ausência de disfunções, doenças e/ou enfermidades. Para a manutenção da saúde sexual é necessário que os direitos sexuais de todos sejam reconhecidos e garantidos.”(OPAS<sup>69</sup> 2001)

Os direitos humanos das mulheres, conforme a Declaração de Beijing de 1995, incluem o seu direito de ter controle sobre as questões relativas à sua sexualidade, inclusive sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente com respeito a essas questões, livres de coerção, discriminação e violência. As relações igualitárias entre a

126

mulher e o homem a respeito das relações sexuais e à reprodução, incluindo o pleno respeito à integridade corporal, exigem respeito, o consentimento recíproco e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade e as conseqüências do comportamento sexual. (ONU<sup>65</sup> 1996)

Esse conceito tem por base o reconhecimento das desigualdades de gênero e embute propostas de ação para o fortalecimento das mulheres na esfera da sexualidade e da reprodução.

Ficou claro pelos discursos das mulheres que os direitos a uma vida sexual saudável e prazerosa sem o risco de uma gravidez indesejada ainda não é uma realidade para muitas, prevalecendo as desigualdades sociais associadas às desigualdades de gênero as quais afetam duplamente a vida sexual e reprodutiva destas mulheres.

Já a saúde geral percebida pelas mulheres do estudo, tendo em vista que são relativamente jovens (média de 35 anos), demonstrou uma auto-avaliação relativamente boa (61% das entrevistadas); as questões propostas na pesquisa, no entanto, visavam identificar os problemas de saúde apresentados pelas mulheres com alta fecundidade. Verificou-se assim que cerca de 40 % das mulheres afirmaram ter saúde regular ou ruim e 40% referiram algum problema de saúde no último ano, chamando atenção o número de mulheres hipertensas e com transtornos mentais, o que pode interferir na qualidade de vida destas mulheres a longo prazo, bem como o número de mulheres com algum problema ginecológico, incluindo DST e infecção urinária.

Segundo THEME FILHA et al<sup>87</sup> (2008) os inquéritos sobre saúde da população que incluem questões acerca de percepções sobre saúde, doenças, comportamentos, fatores de risco e uso de serviços podem complementar os dados e informações dos sistemas de informações nacionais. A exploração das inter-relações entre diversas dimensões de saúde são importantes para o monitoramento do perfil epidemiológico da população, das necessidades de investimentos e da avaliação das políticas de saúde.

Os dados deste estudo alertam para a necessidade de acompanhamento das condições de saúde das mulheres com alta fecundidade bem como para a necessidade de se observar a correta indicação dos métodos contraceptivos, dadas as características de vida e saúde das mesmas.

Neste aspecto THEME FILHA et al<sup>87</sup> (2008) destacam que as medidas subjetivas do estado de saúde podem ser sensíveis para estabelecer e monitorar o bem-estar do indivíduo. Para a saúde da população ser alcançada é necessário aumentar a qualidade de vida e os anos de vida saudável. É preciso também, eliminar as desigualdades de

127

saúde, partindo, para isso, de uma nova lógica de alocação de recursos, baseada nas necessidades de saúde definidas por diferentes indicadores e ampliando o escopo de ação para a promoção de saúde geral, melhora do bem-estar em particular e da capacidade funcional, aumentando, em consequência a expectativa de vida saudável.

## 5.6 CAPÍTULO 6 - PROTEÇÃO SOCIAL PARA CRIAÇÃO DOS FILHOS

Este capítulo apresenta e discute as necessidades sociais apontadas pelas mulheres e o acesso à proteção social .

As mulheres com alta fecundidade relataram o que seria necessário para cuidar melhor dos filhos, priorizando nas suas falas, emprego e melhor salário, casa própria, oferta de vagas nas creches e escolas. Para 80 mulheres não seria necessário nenhum apoio do Estado, sendo da responsabilidade da família criar os filhos. Outras demonstram descrença quanto à ajuda do governo e nem buscam seus direitos.

**Tabela 32** - Necessidades apontadas pelas mulheres com alta fecundidade para cuidar melhor dos filhos, Curitiba, 2005.

<b>Necessidades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ter melhor salário e mais dinheiro	137	31,07
Ter emprego ou emprego melhor	116	26,30

Ter mais dinheiro	56	12,70
Ter casa própria	55	12,47
O governo deveria ajudar	46	10,43
Ter vaga na creche para as crianças	44	9,98
Ter mais tempo para os filhos	22	4,99
Ter vaga na escola	17	3,85
Outras necessidades	52	11,79
Não precisa de nada/ responsabilidade é da família/ do pai e da mãe	80	18,14

Obs. Tabela elaborada pela pesquisadora com base nas entrevistas

Beneficiavam-se de programas sociais governamentais, 64% das mulheres entrevistadas. Destas, cerca de 48% recebiam bolsa-família, 28% recebiam o leite oferecido pelo governo estadual, 16% tinham filhos na creche e 11% na pré-escola.

Referiram que precisariam e gostariam de receber a bolsa-família, mais 99 mulheres (22%), 72 (16%) necessitariam do leite e 70 (16%) de creche, apenas neste grupo de mulheres.

128

**Tabela 33** - Acesso aos programas governamentais, Curitiba 2005

Variável	N	%
<b>Recebem apoio de programas sociais do governo</b>		
Sim	281	63,7
Não	160	36,3
Total geral	441	1,0
<b>Apoio que recebe do governo</b>		
Bolsa família	213	48,3
Programa do leite	122	27,7
Creche	70	15,9
Pré-escola	49	11,1
<b>Referem que precisam ajuda</b>		
Bolsa família	99	22,4
Programa do leite	72	16,3
Creche	70	15,9
Pré-escola	9	2,0

Obs. Tabela elaborada pela pesquisadora com base nas entrevistas

O que pensam algumas mulheres sobre sua situação e sobre as suas necessidades para cuidar dos filhos:

- ✓ *“O governo deveria dar mais **oportunidade de emprego** para as pessoas terem mais recursos para cuidar de suas famílias. O casal deveria ter condições de ter e escolher o futuro dos filhos e viver bem. O povo está planejando, tendo menos filhos mas mesmo assim não melhora.”*

- ✓ “O governo poderia ajudar, tendo **mais creche** para poder deixar as crianças e poder trabalhar, pois se tiver um **bom emprego** posso cuidar melhor dos meus filhos.”
- ✓ “Eu queria um serviço para eu **poder trabalhar** nem que eu ganhasse um salário mínimo, porque tudo que a gente tem em casa, a comida a roupa tudo é a assistente social e os irmãos que dão, e precisava de uma casa própria.”
- ✓ “Acho que tinha que melhorar o **salário**, e ter mais oportunidade de emprego.”
- ✓ “Seria necessário ter **mais emprego**, facilitar o trabalho, ter **salário** mais justo. Devia **ter menos roubo** no governo. Deveria ser **facilitada a moradia**, a casa própria, moro de aluguel”.
- ✓ “**Casa própria**, e **companheiros** ajudam quando querem, quando tem pena, pegam final de semana. Tinham que **ajudar mais**.”
- ✓ “A **casa própria** ajudaria bastante.”
- ✓ “Arrumar minha **casa**, nós sofremos muito com enchentes, meu filho de 12 anos pegou leptospirose, acho que é só isso.”
- ✓ “A gente (marido e mulher) trabalha, mas para a mulher é mais difícil. Falam em direitos iguais mas não é assim. Para mulher é mais difícil conseguir **emprego**, demora mais. Eu demorei para conseguir **creche** para as crianças e vivia saindo do emprego porque não tinha com quem deixar as crianças.”

129

- ✓ “A **prefeitura** devia dar **mais apoio**, oferecendo **mais creches**, é difícil conseguir.”
- ✓ “A **US** deveria dar **uma assistência melhor** (não deixar a agenda médica cheia, deixar umas 3 vagas reservadas para emergências, porque as vezes preciso levar mais que um filho no mesmo dia e não posso. Vaga na **creche**, ter **casa própria**.”
- ✓ “Ajuda do governo, **escola** mais adequada, **a saúde** deveria ser **mais digna**, falta profissionalismo e não deve ter diferença de classe social.”
- ✓ “Dar **mais oportunidade para jovens**. Precisa de mais tempo, meu filho de 12 anos fica sozinho à tarde e parte da noite, recebo muitas reclamações da escola e vizinhos.”
- ✓ “Eu tenho acesso à escola e à saúde (pública,) sou bem atendida. Acho que pode **melhorar a segurança pública**.”
- ✓ “Mais ajuda da prefeitura com oferta de  **cursos para os filhos** ou estágio. Tentou e não consegue. Os cursos são mais para meninos de rua (risco social), mas eu não posso pagar, preciso **ajuda** para **melhorar formação dos filhos mais velhos**.”
- ✓ “Olha, ficaria melhor se o **ex-marido** tivesse **juízo**. O **dinheiro** é só pra ele, só prejudica. Só eu faço tudo por eles.”
- ✓ “O **pai deles** dar  **pensão** para eles, acho que só isso.”
- ✓ “Que **meu marido** tivesse um **bom emprego** para me ajudar, e **eu continuasse trabalhando**.”
- ✓ “A minha **ajuda vem de Deus**, porque se a gente for pedir alguma ajuda, os outros vão dizer “porque fez um monte de filhos”.”

Apresentamos ainda tabulados, os dados sobre as condições de moradia obtidos das anotações feitas pelas entrevistadoras sobre a higiene e o tipo de moradia das mulheres entrevistadas, que embora denotem apenas a observação e a percepção de

cada entrevistadora, podem dar uma idéia destas condições. Essas anotações demonstraram que 66% das casas tinham condições precárias, e 48% tinham condições de higiene inadequada. Condições longe do ideal, principalmente porque nestes espaços convive um grande número de crianças.

130

**Tabela 34** - Adequabilidade das condições de moradia das entrevistadas segundo observações das entrevistadoras, Curitiba, 2005.

<b>Condições</b>	<b>Adequada</b>	<b>Inadequada</b>	<b>Total observado</b>	<b>% inadequado</b>
Higiene da residência	87	79*	166	47,6
Tipo de moradia	94	183**	277	66,1

\* casa sujas, com acúmulo de lixo, mau cheiro\*\*casas em favelas, invasão, beira do rio ou valetas e em condições precárias (103 observações) e casas pequenas, até 4 peças, para o tamanho da família ( 80 observações)

### 5.6.1. Discussão do Capítulo 6

O discurso de uma das entrevistadas reflete a realidade das desigualdades brasileiras e a descrença em relação às ações do governo, percebidas pela população: *“O governo deveria dar mais oportunidade de emprego para as pessoas terem mais recursos para cuidar de suas famílias. O casal deveria ter condições de ter e escolher o futuro dos filhos e viver bem. O povo está planejando, tendo menos filhos, mas mesmo assim (suas condições de vida) não melhora”*.

Conforme cita ITABORAÍ<sup>48</sup> (2005), as famílias exercem importante papel na reprodução biológica, na reprodução social e na construção de identidade dos indivíduos, e deveriam ser mais valorizadas e reconhecidas nas suas diferentes formas de constituição, pelas políticas públicas.

No entanto, segundo a referida autora, as políticas públicas e o Estado sempre contemplaram a reprodução biológica. No passado incentivando a natalidade, no presente promovendo o planejamento familiar, mesmo que ainda de forma deficiente. Quanto à reprodução social que inclui as dimensões material (alimentação, habitação etc) e simbólica (valores e costumes), as políticas sociais prevêm a complementação de renda ou distribuição de bens (alimentos, medicamentos, gás, etc); vinculando a assistência material à participação em programas de saúde e a educação. Já a dimensão identitária, é em parte contemplada, pelo menos em termos legais, pela valorização da



manutenção do vínculo familiar e mais recentemente pelo enfrentamento das questões da violência doméstica e familiar.<sup>48</sup>

O Estado tem presença na regulação da vida familiar tanto pelo que ele afirma – na legislação, nas políticas públicas – quanto pela sua omissão.

Segundo GOLDANI<sup>37</sup> (1999), historicamente no Brasil existe uma tendência à sobrecarga da família diante da incapacidade do mercado e do Estado de prover segurança material às pessoas. Ao analisar a família como fator de proteção social, conclui que ocorre a absorção por parte das famílias de maiores responsabilidades diante da fragilidade das ações estatais, amortizando o impacto das políticas econômicas e da reestruturação capitalista sobre o mercado de trabalho dos últimos anos. O pressuposto de GOLDANI<sup>37</sup> (1999) é que as famílias permanecem como eixo central de procriação e socialização e, como tal, são espaço transmissor de oportunidades e de perspectivas de vida para seus membros que, organizados ao redor de um conjunto de relações de poder e fortes componentes ideológicos e afetivos,

132

fazem com que a família persista e se reproduza em uma espécie de espaço de “conflito cooperativo”.

O Brasil não chegou a constituir um Estado de Bem-Estar Social, como em outros países de política neoliberal, tendo atualmente as políticas de proteção social um caráter assistencialista, enquanto deveriam garantir a segurança material, atrelada à idéia de cidadania, favorecendo a construção da autonomia dos beneficiários e não transformado-a em um vínculo de permanente dependência.

São freqüentes as críticas com relação a estes programas no Brasil que focam apenas as famílias com filhos, e que por outro lado não conseguem mudar a situação das famílias, mantendo-se a reprodução da pobreza intergeracional. Os programas sociais atuais são mais de alívio à pobreza do que de combate à pobreza. São necessários, segundo estudiosos da área social, programas que ataquem os determinantes estruturais da pobreza, orientados para melhorar as condições de vida e permitam ampliar a cidadania da população (ANAIS da ABEP<sup>9</sup> 2005)

A maioria das mulheres entrevistadas neste estudo recebia alguma forma de apoio social do governo, 48% recebia o Bolsa Família, e ainda cerca de 22% referiram necessitar esta contribuição e não ter tido acesso. A falta de creche apontada pelas mulheres, foi um dos grandes empecilhos ao trabalho formal das mulheres, outra preocupação importante, pensando no futuro e segurança dos filhos adolescentes, foi a falta de programas sociais que contribuíssem para ocupação do tempo livre dos jovens

e para a sua formação profissional. Citaram a importância da casa própria, uma vez que alguns proprietários ou imobiliárias restringem o aluguel de algumas casas para mulheres com mais filhos, além da dificuldade para pagarem o aluguel. A pouca contribuição financeira por parte dos pais das crianças foi também referida, denotando que muitos destes progenitores não assumem sua responsabilidade na manutenção e criação dos filhos. Ressaltaram especialmente a necessidade de melhores empregos e salários mais justos para as mulheres.

O estado não atua apoiando as famílias em seu cotidiano, mas apenas em situação de emergência.<sup>48</sup>

São amplamente recomendados pelos estudiosos que os governos organizem serviços de saúde e educação de qualidade, para a garantia de uma adequada socialização das crianças e jovens, bem como que se dê um respaldo pessoal ou familiar aos adultos segundo o ideário de bem estar familiar, mas de forma igualitária,

133

pluralista e que equilibre individualidade e solidariedade grupal visando a autonomia das famílias.<sup>48</sup>

A legislação e as políticas devem materializar-se em políticas sociais que valorizem e fortaleçam os vínculos familiares com o objetivo de garantir direitos individuais de identidade e afetividade a cada cidadão, e o bem estar e o progresso humano, e não apenas o desenvolvimento e o progresso material de um país.<sup>48</sup>

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde(CNDSS<sup>26</sup>-2008) refere que o Programa Bolsa-Família deveria ser operado intersetorialmente, mas isto não vem ocorrendo. Não são observadas a determinação de uma articulação efetiva e pró-ativa de ações de saúde e educação dirigidas aos beneficiários da transferência de renda. Em muitos municípios, as secretarias setoriais não se articulam para a oferta comum de serviços e a intersetorialidade do programa se dá apenas no nível da informação, quanto ao registro de frequência escolar e acompanhamento em saúde.

Por outro lado, cita alguns poucos exemplos de sinergia e articulação entre programas setoriais como em Belo Horizonte, onde ocorre articulação entre ações de diferentes programas sobre um mesmo público-alvo incluído os beneficiários do Programa Bolsa Família. Um exemplo é o encaminhamento de jovens ao Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, de mulheres e jovens à iniciativas de geração de emprego e renda da própria prefeitura e ao Programa de Educação de Jovens e Adultos. Em Aracaju, profissionais da Secretaria de Assistência Social (Centros de Referência

de Assistência Social) fazem visitas domiciliares para encaminhar os membros das famílias à rede de proteção social municipal, com ações promovidas por organizações não governamentais, como cursos profissionalizantes para jovens e beneficiários, ações de combate à violência contra mulheres e programas para crianças. Programas de alfabetização para idosos e de geração de renda destinam-se, prioritariamente, ao público do Programa Bolsa Família.<sup>26</sup>

A maioria destes programas existe em Curitiba, mas parece que não estão atingindo as parcelas da população que realmente necessitam deste apoio, uma vez que as entrevistadas relataram dificuldade de acesso aos programas de proteção social em Curitiba.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA DA PESQUISA**

As questões relativas à maternidade e ao número de filhos é complexa e tem múltiplas faces afirma SCAVONE<sup>78</sup> (2004), uma vez que para compreender este fenômeno, é necessário entender a maternidade como um fenômeno biológico, mas também sociológico e antropológico e que envolve os múltiplos aspectos que implicam o “Ser Mãe” ao longo da história e até em uma mesma sociedade.

O modelo ideal de maternidade prolífera teve destaque em determinados períodos históricos; atualmente o modelo de maternidade de proles reduzidas e planejadas vem dominando as diversas sociedades.

Considerando que o desejo de ser mãe ou a vontade de ter um determinado número de filhos envolvem, além dos fatores socioeconômicos, fatores circunscritos ao plano afetivo e psicológico, levando algumas mulheres a subverter os modelos e padrões vigentes de maternidade em cada época da história. Este estudo buscou compreender estes fatores, as motivações e a vivência das mulheres que se mantêm em regime de alta fecundidade em regiões onde as taxas de fecundidade já se encontram muito baixas, como no caso do município de Curitiba.

Para atingir este objetivo optou-se por entrevistar, em profundidade, nove mulheres, seguindo-se um roteiro temático com questões que exploravam as

circunstâncias de chegada do primeiro e do último filhos, o número ideal de filhos para as mulheres; o cotidiano o trabalho e o lazer das mulheres; a participação dos companheiros na criação dos filhos e como pensam o futuro dos seus filhos. (anexo 2).

Para o exame dos resultados obtidos, optou-se pela análise de conteúdo com a identificação de categorias temáticas. Considerando que para este método é importante a contextualização, ou o lugar de onde fala o sujeito, como “pano de fundo” da análise, no sentido de garantir a relevância dos resultados divulgados conforme afirma BARDIN<sup>13</sup> (1995), dividiu-se os sujeitos da pesquisa em dois sub-grupos: as mulheres de menor renda (4 mulheres) foram incluídas no grupo de mulheres denominado, como mulheres das camadas populares e as mulheres de maior renda (5 mulheres), no grupo denominado mulheres das camadas médias.

O perfil individual e completo das entrevistadas pode ser observado no anexo 3, e para efeito de análise apresentamos abaixo um perfil condensado do conjunto das entrevistadas segundo os dois sub- grupos propostos:

135

**Perfil das mulheres das camadas populares-** número de filhos entre 5 e 13 filhos nascidos vivos; idade das mulheres entre 30 e 37 anos; escolaridade entre 1 e 6 anos de estudo; renda familiar entre R\$ 70,00 e R\$ 800,00; todas viviam em união consensual.

**Perfil das mulheres das camadas médias-** número de filhos entre 5 e 8 filhos; idade entre 27 e 36 anos; escolaridade entre 10 anos e 18 anos de estudo; renda familiar entre R\$ 1600,00 e R\$ 5300,00; três viviam em união consensual e duas eram casadas formalmente.

Após a aplicação do método de análise de conteúdo descrito na metodologia, definiram-se duas grandes categorias temáticas para discussão, as quais passamos a analisar considerando as falas das mulheres dos dois subgrupos referidos, a interpretação e as inferências identificadas pela autora, confrontando os achados com a literatura. (quadro resumo encontra-se no anexo 6) As categorias temáticas encontradas foram:

- **Trajetórias reprodutivas conflituosas - da falta de autonomia à dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos-** incluem as categorias “início da procriação”, “finalização da reprodução”, e “número ideal de filhos”;

- **Desigualdades sociais e de gênero determinantes da vida das mulheres com alta fecundidade-** incluindo as categorias “as desigualdades sociais e de gênero no cotidiano e no trabalho formal”, “as desigualdades da participação do companheiro na criação dos filhos”, “as incertezas quanto ao futuro” e “as dificuldades para o lazer”.

### **Trajétórias reprodutivas conflituosas - da falta de autonomia à dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos**

A trajetória reprodutiva das mulheres entrevistadas deixa transparecer conflitos, dúvidas e dificuldades quanto ao início e à finalização da procriação, bem como à falta de autonomia para a tomada de decisão sobre o controle de sua fecundidade permeada pelas dificuldades de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, dentre eles ao planejamento familiar.

136

### **O início da procriação**

O início da reprodução, relatado a partir da questão de como foi a “chegada do primeiro filho” para elas e para os companheiros denuncia a falta de preparo e planejamento da primeira gestação, que ocorreu ainda na adolescência para a maioria das mulheres dos dois grupos estudados (camadas populares e médias), convergindo com os dados da etapa quantitativa que demonstrou que mais de 50% das mulheres começaram sua vida sexual antes dos 16 anos e 64% iniciaram a procriação até os 18 anos, com intervalo mínimo de até dois anos entre o início das relações sexuais e a chegada do primeiro filho. (Tabela 26) Os discursos das mulheres refletem e confirmam um claro despreparo para a maternidade e para o início da procriação:

- ✓ *“Eu me sentia muito criança, porque da minha filha que tem hoje 13 anos eu engravidei com 16 anos, eu não tinha noção do que era ser mãe.....Tanto que quando ela começou a chamar eu de mãe eu achava estranho.” (VANDA- camadas populares)*
- ✓ *“Eu era muito criança, eu ia fazer 15 anos ainda né, mais era tudo mais fácil, então foi mais fácil.” (ROSA- camadas populares)*
- ✓ *“Eu tinha 16 anos, ....e assim eu tava tendo uma convivência de 1 mês com o pai do meu filho, não tava nem namorando, então eu acabei viajando e eu*

*descobri nesta viagem que eu tava grávida dele, e realmente eu não tinha planos nenhum, eu cuidava naquela época, só que eu usava tabelinha, então assim a gente não tinha muito é aquelas campanhas que existe hoje, a mãe não conversava muito com a gente a respeito de preservativo, isso porque as mães não queriam que as filhas tivessem vida sexual, então elas não incentivavam, não falavam sobre isso.....falar era incentivar.”(KARIN- camadas médias)*

- ✓ *“A chegada do primeiro filho foi bem complicada porque eu tinha 16 anos quando engravidei. Engravidei na primeira relação sexual eu não tinha muita orientação, em casa não tinha nenhuma que minha mãe é uma pessoa muito simples e teve uma educação muito rígida, enfim, e na escola aprendi pouco,... eu aprendi mais com a vida porque há 20 anos atrás não se falava em educação sexual na escola era tudo muito tabu”.*(SUELI- camadas médias)
- ✓ *“A primeira gravidez eu tava com 18 anos, fiquei grávida do namorado. Na realidade a minha primeira filha eu tive sozinha, eu fui para o Rio de Janeiro ganhar minha filha, daí quem acompanhou minha gestação foi minha mãe, foi uma gestação tranqüila, demorei para descobrir que tava grávida, que eu tinha muitos problemas de menstruação, atrasava dois meses daí vinha 15 dias.”*(GLADIS-camadas médias)

137

O início da procriação foi inesperado, e a descoberta da gravidez foi muitas vezes casual, depois de rápidos e instáveis relacionamentos/namoros. Nenhum dos parceiros/companheiros assumiu esses filhos “fortuitos”.

Os relacionamentos afetivo-sexuais, sem compromissos, entre os jovens são aceitos atualmente pela sociedade. Compreende-se que a sexualidade propicia o aprendizado da autonomia, fomentando o processo de construção de si na adolescência e juventude. Os contatos afetivo-sexuais juvenis nas sociedades modernas estariam menos atrelados ao casamento e mais voltados ao desenvolvimento pessoal e interação com o outro, segundo BRANDÃO E HEILBORN<sup>19</sup> (2006).

Ressaltam estas autoras, no entanto, que para um aprendizado relacional igualitário é importante o domínio de regras da negociação a dois, seja em relação estabelecida ou em parceria ocasional, uma vez que quando a negociação e o controle da contracepção são incipientes, o risco de uma gravidez inesperada aumenta.<sup>19</sup>

Pesquisas têm demonstrado neste aspecto que o domínio da contracepção pelos jovens inscreve-se em um processo de aprendizado e de tomada de decisões no qual o conhecimento dos métodos não é decisivo, uma vez que o manejo e a introdução dos métodos nos relacionamentos são lentos, exigem discussão entre os parceiros, autoconfiança e apoio social, inclusive dos pais e dos profissionais de saúde.<sup>19,73,79</sup>

BRANDÃO E HEILBORN<sup>17</sup> (2006) analisam a partir de estudo realizado na França, por BAJOS et al.(2002), que o processo de aprendizado e internalização de

normas contraceptivas e os comportamentos reprodutivos nas sociedades ocidentais passaram a ser normatizados (influenciados) a partir do surgimento da contracepção médica (pílula, DIU), da liberalização do aborto, da medicalização da sexualidade e da reprodução. Entretanto, as mulheres continuam encontrando constrangimentos para cumprir estas normas, devido à permanência da hierarquia de gênero, tendo em vista que o exercício da sexualidade e a decisão reprodutiva até podem ser compartilhados por homens e mulheres, mas a gestão da contracepção continua sendo encargo feminino, ainda bastante submetido à capacidade de autodeterminação e de negociação com o parceiro.

Na desvalorização do feminino, afirma CARVALHO<sup>25</sup> (2001), um dos eficientes dispositivos de controle é o desconhecimento da mulher sobre seu corpo, situação que se apresenta em diversas classes sociais e parece não ter relação com a escolaridade. Não conhecendo seu corpo e seus ciclos naturais, a mulher tem

138

dificuldades em assumir o controle de sua própria fecundidade e acaba sendo dirigida por desinformações, e por determinações de poder de seus companheiros.

As mulheres deste estudo, tanto das camadas populares como das camadas médias, em sua grande maioria, não tiveram acesso à educação sexual e reprodutiva e aos métodos contraceptivos adequados, visto que o fornecimento dos métodos, de forma ampla e regular, ainda não era uma realidade na época em que as mesmas iniciaram sua vida sexual e reprodutiva, isto há apenas duas a três décadas atrás, tendo em vista que a média de idade dessas mulheres atualmente é de 35 anos.

Por outro lado, o não uso ou as falhas no uso dos métodos contraceptivos pelas mulheres podem ser compreendidos também, como citam BRANDÃO e HEILBORN<sup>19</sup> (2006), como “momentos de vulnerabilidade” em um contexto social e relacional específico. As representações sobre a sexualidade, a vulnerabilidade à dominação masculina, a ambivalência quanto ao desejo, ou não, de ter filhos, a compatibilidade do método indicado com o contexto de vida afetivo-sexual, são elementos que podem interferir na escolha contraceptiva. Estes momentos de vulnerabilidade foram amplamente observados nas falas das mulheres nesta pesquisa.

O contexto social e de vida das mulheres entrevistadas não lhes propiciava condições para sua autonomia e autodeterminação sexual e reprodutiva. Especialmente para as mulheres das camadas pobres o contexto familiar desfavorável parece ter contribuído para que buscassem novos rumos e afetividade logo no início de sua vida sexual, como demonstram seus discursos:

- ✓ *“...eu cresci assim, sem mãe, não tinha carinho de ninguém, o pai viajava direto, aí eu tentei me apegar nela( primeira filha), mas aí ela tinha 9 meses, aí eu achei o pai da minha segunda filha e vim embora pra cá(Curitiba), e eu deixei ela lá com o avô.” (VANDA - camadas populares)*
- ✓ *“...daí logo depois lá com 4 meses(de gravidez) minha mãe faleceu né, meu pai já era meio ruim não quis me ajudar, então cada um foi arrumando seu lugarzinho e isso aí, e até meu primeiro filho não é dele, quando eu conheci ele, eu falei que tava grávida, ele registrou né. Ele é meu segundo marido (relacionamento), e estamos há 20 anos juntos.” (ANA - camadas populares)*

139

### **A finalização da reprodução**

A finalização da reprodução das entrevistadas foi permeada por incertezas e hesitações, em relação a atender as expectativas e a pressão/influência direta, ou indireta, de um novo companheiro por filhos seus próprios, pelas próprias expectativas em relação ao sexo dos filhos tidos e pela interferência de profissionais na decisão de realizar a esterilização, como pode ser verificado nos depoimentos das mulheres, tanto das classes populares como da classe média:

- ✓ *“O quinto filho( da segunda união)... desde que a gente estava namorando nos planejamos, ele é pai pela primeira vez né,.... eu achei que ele merecia uma filha, ... mas daí eu já peguei os papéis para fazer a laqueadura....., era para fazer após três meses, mas eu voltei ela tava com seis meses, é que eu tinha medo de fazer anestesia na espinha..... Mas eu esperava um menino, porque eu pensei assim, vai ser minha última gestação, eu pedia pra Deus... que eu tinha 4 meninas.” (VANDA - camadas populares)*
- ✓ *“Eu tinha um menino do primeiro companheiro, do segundo eu pensei... depois de 10 anos a gente só fez meninas seguido(três), eu achei na quinta gravidez que ia ser piá.... veio mais uma menina.... , porque se eu tivesse só a mais velha mais um piá, com certeza eu já tinha parado já, ... eu entrei em depressão fiquei três meses sem tomar banho, fiquei de cama..... (obs: no dia da entrevista ficou sabendo que estava grávida novamente, ficou surpresa pois achava que estava na menopausa, mas voltou a esperança de ter “um piá” para o segundo companheiro.”) (ANA - camadas populares)*



- ✓ *“O último (13º filho)... eu queria matá ele ( o companheiro), eu não queria mais filho, muita criança e só eu para cuidar, eu tava com vontade de esganá ele. Foi de bobeira mesmo...”.* (ROSA - camadas populares)
- ✓ *“Então quando eu fiquei grávida do terceiro , eu fui fazer pré-natal eu já falei que eu queria fazer laqueadura, que eu não queria mais filho, mas o médico, disse não, eu vou te mostrar os prós e os contra, não é bem assim, não funciona desta forma, ...e não fez.. ( obs: teve mais dois filhos, o último morreu logo após o parto, fez a laqueadura após esta última cesárea, mas em seguida separou-se, o relacionamento já estava comprometido antes desta gravidez.”)* (GLADIS - camadas médias).
- ✓ *”...com meu segundo companheiro, já morávamos juntos tendo um vínculo de quase 5 anos, a médica disse que eu não podia mais ter filhos, mas eu engravidei, daí precisei fazer histerectomia. Ele não me pressionava porque ele tinha intenção de mais tarde quando a situação melhorasse, e a gente se formasse, adotar uma criança, até porque ele é adotado.”* (SUELI - camadas médias)

140

Na etapa quantitativa, o “descuido”, as dificuldades na utilização de métodos e a falta de informação relativa à contracepção foram referidos como causas da manutenção de uma família mais prolífera. A presença de um novo companheiro foi um fator importante na composição do número de filhos, e reflete as desigualdades de gênero tendo em vista que as mulheres chegam a nova união com seus filhos, e mesmo assim o companheiro induz a mulher a ter filhos seus, mesmo que esta não deseje ampliar sua prole.

A religiosidade, por outro lado, ainda tem influência na decisão das mulheres, de não controle da fecundidade, como referiu uma entrevistada.

- ✓ *“Deus me deu oito filhos....Deus vai dando amor assim ...., é uma garantia que eu posso ter um outro filho, eu posso encarar outra cesárea (teve cinco cesáreas). Deus tem sido muito bom comigo com minha vida. Eu penso... hoje assim talvez um filho, dois até levasse, mas 8, num casamento com divergências que as vezes nós temos, então eu sei que .... é com a “Palavra(de Deus)”.”*(ADRIANA - camadas médias)

Esta entrevistada, mesmo com riscos para sua saúde, uma vez que já foi submetida a cinco cesáreas, devido a sua fé e religiosidade afirmava que continuaria engravidando se assim Deus desejasse, por influência de uma igreja que preconiza que os casais não devem limitar o número de filhos.

GUIMARÃES<sup>39</sup> ( 2005) explica que na era moderna a religião perdeu seu lugar central de destaque na vida das pessoas e na sociedade, uma vez que com o processo de dessacralização no mundo moderno, outros valores, hábitos, estilos de vida, modos de

pensar e agir tiveram lugar, influenciados pelo processo de globalização, sendo este fato inédito na história da humanidade. Entretanto, afirma o autor, existem movimentos entre integrantes das classes populares e camadas médias, que buscam uma visão mais holística (corpo e alma integrados) e religiosa da vida, especialmente entre as mulheres. Isto porque os preceitos religiosos têm maior afinidade com as características ditas femininas, valorizando emoções, sensibilidade e afetividade e porque as religiões afirmariam a centralidade do feminino relacionado à gestação, ao crescimento, à proteção da vida e da família. As religiões procuram fortalecer a auto-estima pela valorização dos dons espirituais em oposição à riqueza material; assim a conversão das mulheres se daria de forma mais fácil, não necessitando de uma mudança radical no seu estilo de vida.

No universo pesquisado da etapa quantitativa, cerca de 4% das mulheres alegaram que o número de filhos tidos foi por “plano de Deus”, demonstrando que as

141

crenças e a religião podem ter influenciado o controle da fecundidade de um grupo pequeno de mulheres. Vemos assim que a manutenção da alta fecundidade não parece ter sido uma escolha refletida e planejada com autonomia e autodeterminação pela maioria das mulheres entrevistadas. Questões sociais concretas, e questões subjetivas interferiram no desejo de limitar o número de filhos.

Ficou evidente a influência dos companheiros, da religião, do desejo de filhos do sexo masculino, além das orientações incorretas de profissionais de saúde, e da situação social desfavorável.

### **O número ideal de filhos para as mulheres**

Indagaram-se as entrevistadas sobre o número ideal de filhos para as mulheres em geral, buscando-se identificar indiretamente o porquê da alta fecundidade; e neste aspecto as entrevistadas, especialmente das camadas médias, responderam:

- ✓ *“Eu acho que as mulheres estão querendo ter menos filhos, chegam à minha idade, 35 ano, sem filhos e não querem mais ter, porque são **independentes, estudaram , estão trabalhando....** Agora tem **meninas** com 14, 15 anos que pararam de estudar, que moram na periferia, que a vida delas vem de pensar com 14 anos **em engravidar e casar e criar filhos, então esta questão cultural conta bastante.**” (KARIN - camadas médias)*

- ✓ *“Pelo que eu tenho visto acho esse é o último plano da mulher atualmente, mas isso é um pouco de **cultura social**, porque as de **classe baixa**, elas têm uma tendência, uma probabilidade muito maior de engravidar mais cedo, às vezes não por querer o filho, não é tanto pela **falta de instrução**, mas é que eu acho que querem **independência pensam que morando com alguém já resolvem os problemas**, aí quando vê já tem 1 filho, 2 e 3 e assim vai, mas a maioria mesmo assim não quer não, hoje em dia é o último plano mesmo, varia né de pessoa para pessoa, mas pelo que eu vejo das **amigas**, das mulheres que a gente conversa é que a pretensão é **primeiro de formar, fazer uma faculdade, arrumar um bom emprego, comprar um carro**”.(GLADIS - camadas médias)*
- ✓ *“Eu acho que em média, as mulheres querem 1 a 2 filhos no máximo e tem muitas que não querem ter filhos. Por que? Vou te falar pelo que escuto de muita gente: o mundo que a gente vive, a violência em volta da gente. Porque **para você sustentar um filho quem quer realmente, consegue**. Para isso **dá-se um jeito**, para você pôr comida na mesa, para você encaminhar para uma escola; e o governo, a saúde pública apesar de não estar estas coisas, tem as escolas públicas também. Para você criar no modo financeiro falando, você dá um jeito. O problema não é esse. **O problema é o que está em volta de nós: é a violência, é a falta de segurança**”.(CAROL - amadas médias)*

142

- ✓ *Hoje, hoje eu vejo assim: muitas mulheres da minha idade que hoje não têm filhos e conheço muitas que estão agora tendo o primeiro filho, com 36 anos. Eu acho que também tudo isso é **reflexo da economia, da globalização, da cultura, que as mulheres hoje elas querem ter filhos mais tarde** porque elas só querem ter filhos depois que tiverem uma **segurança profissional, econômica**. Porque aí vai ser **independente** se o pai/companheiro estiver presente ou não.” (SUELI - camadas médias)*

Verifica-se que as entrevistadas das camadas médias reconhecem que as condições econômicas e culturais das famílias, os projetos e as possibilidades profissionais, a situação e a qualidade dos serviços públicos, a deterioração do meio social influenciam a definição do número de filhos. As condições para ter menos filhos, referidas para outras mulheres, não foram alcançadas inicialmente por elas. As entrevistadas não cursaram nível superior, não tinham perspectiva e segurança profissional e independência financeira; iniciaram precocemente sua vida reprodutiva, sendo que os motivos alegados na etapa quantitativa para ter mais filhos foram:

- ✓ *“Sempre com várias tentativas de ter um menino, segunda união mais uma menina, plano era somente um casal”.(VANDA – “ camadas populares)*
- ✓ *“Falta de orientação e tentativa de conseguir outro menino.” (ANA - camadas populares)*
- ✓ *“Por descuido.” (SONIA - camadas populaesr)*
- ✓ *“Queria a casa cheia, porque a família numerosa significa muito amor.”(ROSA - camadas populares)*

- ✓ *“O primeiro foi por descuido, o segundo foi planejado, o terceiro foi utilizando DIU, o quarto foi planejado, o quinto foi também falha contraceptiva.”(KARIN - camadas médias )*
- ✓ *“Até o segundo filho foi planejado, o médico não quis fazer a laqueadura e depois foi acontecendo até que o último filho(no quinto) foi uma gravidez de risco e finalmente fizeram a laqueadura.” (GLADIS - camadas médias)*
- ✓ *“A palavra que tem recebido na igreja” .(ADRIANA - camadas médias)*
- ✓ *“A 1ª gravidez teve quando ainda namorava, mas abortou , a 2ª gestação (gêmeos) e a 3ª gravidez não foi planejada. Na 4ª gravidez estava com problemas no casamento, achou que poderia melhorar, mas acabou se separando 3 anos após o nascimento da criança. A 5ª foi com o segundo companheiro.” (CAROL camadas médias)*
- ✓ *“Tinha 17 anos - teve o 1º filho por inexperiência. 2ª filha foi planejada. Os demais foram por falhas contraceptivas, o 5º foi do segundo companheiro.” (SUELI - camadas médias)*

Os fatores referidos, além das questões relacionadas à tentativa de salvar o casamento, ao início de relacionamento com novos companheiros, ao sexo dos filhos e a religião; também incluem as falhas contraceptivas, a falta de conhecimento dos

143

métodos, e mesmo a interferência de profissionais de saúde, fatores que contribuíram para o delineamento das trajetórias reprodutivas destas mulheres.

A escolha da maternidade, e incluíamos do número de filhos, está ligada assim, como refere SCAVONE<sup>78</sup> (2004), a numerosas causas que, isolada ou conjuntamente, se explicam no ponto de inserção do biológico, do subjetivo e do social: o desejo atávico pela reprodução da espécie ou pela continuidade da própria existência; a busca de um sentido para a vida; a necessidade de valorização e de reconhecimento social - como no caso de algumas mães adolescentes, ansiosas por ocupar um espaço de maior respeitabilidade na sociedade, o amor pelas crianças; a reprodução tradicional do modelo de família de origem, entre outros. Em relação aos fatores sociais estão as condições econômicas e culturais das famílias; os projetos e as possibilidades profissionais das mulheres. As facilidades ou as dificuldades variam de uma classe para outra: a situação e a qualidade dos serviços públicos e ou particulares disponíveis; o apoio e a proximidade de famílias extensivas; as redes de solidariedade femininas.

Ainda segundo SCAVONE<sup>78</sup> (2004), foi com o advento da contracepção que as mulheres tiveram acesso a uma das principais chaves para a livre escolha da maternidade. Embora o direito à contracepção livre, esclarecida e gratuita seja ainda marcada pelas contradições de classe, raça e de gênero, pela inconstância da oferta

ampla de métodos e pela negação em legalizar o aborto no Brasil, o que não significa que este não venha sendo utilizado em larga escala.

As escolhas nem sempre são fáceis, possíveis e reflexivas como pode ser observado mais de uma vez através das vivências das mulheres deste estudo.

MASON<sup>53</sup> (1995) sintetiza em sete hipóteses como o processo de independência-controle-autonomia das mulheres afeta a fecundidade: 1) o aumento da autonomia feminina facilita o adiamento do casamento e a queda da fecundidade onde a baixa idade ao casar é uma estratégia dos membros mais velhos da família para controlar a sexualidade das mulheres solteiras; 2) a independência econômica da mulher facilita o adiamento do casamento e a queda da fecundidade onde o marido controla os direitos do trabalho feminino; 3) uma estrutura igualitária de família reduz a fecundidade onde prevalece a estrutura patriarcal; 4) a independência econômica da mulher facilita o declínio da fecundidade onde existe uma forte preferência por meninos; 5) a autonomia feminina enfraquece a dependência que a mulher tem do seu papel maternal nas sociedades fortemente segregadas; 6) a autonomia da mulher influencia seu acesso aos conhecimentos e modos de ação modernos e, portanto, sua

144

propensão a engajar-se em comportamentos inovadores, incluindo limitação da família; 7) a maior igualdade social e intimidade entre os cônjuges tende a influenciar a

fecundidade através do peso que o bem-estar e a saúde da esposa desempenham no processo de tomada de decisões, e pela influência no uso efetivo de contraceptivos.

A garantia de todas estas formas de autonomia das mulheres permitiria o empoderamento destas na tomada de decisão nas diferentes esferas de vida, especialmente na esfera sexual e reprodutiva, contribuindo inclusive para o desenvolvimento social dos países.

### **Desigualdades sociais e de gênero, determinantes da vida reprodutiva e produtiva das mulheres com alta fecundidade.**

A vida reprodutiva e a vida produtiva das mulheres com alta fecundidade aqui estudadas foram amplamente influenciadas pelas desigualdades sociais e de gênero a que estavam submetidas.

Para ALVES<sup>3</sup> (2004) as abordagens de gênero são importantes para a compreensão do fenômeno da transição da fecundidade na medida em que as desigualdades entre homens e mulheres na família e na sociedade fazem com que os

custos e os benefícios da geração e criação dos filhos sejam repartidos de forma desigual entre os gêneros, o que afeta as decisões sobre o comportamento reprodutivo e as formas de regulação da fecundidade.

A abordagem de gênero busca captar um sistema de significações, de acordo com valores e hierarquias sociais, realçando as assimetrias que caracterizam o sistema de gênero, relacionando-as aos diversos aspectos das desigualdades sociais.<sup>3</sup>

A discussão sobre a vida doméstica e o trabalho das mulheres tem enraizamentos profundos nas desigualdades entre os gêneros. Dividida entre o trabalho produtivo e assalariado e o trabalho doméstico não assalariado e ligado às tarefas da reprodução, a mulher vive em situação de sobrecarga constante. Enquanto a mulher vem assumindo mais esta tarefa de mantenedora ou co-mantenedora do núcleo familiar, o trabalho doméstico e todas as tarefas relacionadas à reprodução continuam sendo quase que exclusivamente suas, gerando sobrecarga física e emocional. (CARVALHO<sup>23</sup>, 2001)

Pode-se afirmar que são absolutamente insuficientes o apoio da sociedade ou do próprio companheiro para o exercício da maternidade. Do estado a mulher não recebe

145

apoio no sentido de ter acesso a equipamentos urbanos que facilitem sua rotina de trabalhadora e mãe, como por exemplo, creches e serviços sociais e de saúde ágeis e de qualidade, e que funcionem em horários compatíveis com seu trabalho assalariado. Do companheiro a mulher não recebe apoio efetivo no cotidiano para o desenvolvimento de todas as tarefas relacionadas à reprodução, consideradas tarefas inferiores e pouco valorizadas. (CARVALHO<sup>25</sup>, 2001)

Pensar em desigualdade de gênero é pensar em exercício de poder de um gênero sobre o outro e em desigualdades de valor entre o feminino e o masculino perpetuados pela sociedade. (SCOTT<sup>80</sup> 1991)

ALVES<sup>3</sup> (2004), analisando as diferentes perspectivas e olhares de estudiosos sobre a categoria gênero, sintetiza que o conceito de gênero, enquanto uma categoria analítica relacional, pode ser definido em três níveis: é uma construção sócio-cultural e um fenômeno multidimensional que se preocupa com as relações de dependência, poder e prestígio entre os sexos e que é determinado historicamente. Destaca ainda que um elemento importante para a compreensão da relação entre gênero e fecundidade é a assimetria existente entre homens e mulheres, o que leva a diferentes graus de acesso e controle sobre os recursos, a desigualdades no processo de tomada de decisões e à presença de relações de dominação/subordinação entre os cônjuges e entre as gerações.

## Desigualdades sociais e de gênero no cotidiano e no trabalho das mulheres

As condições materiais de vida e trabalho dos indivíduos e grupos estão fortemente influenciadas pela posição social que ocupam e que pode ser definido por meio de uma série de variáveis como renda, escolaridade, gênero, e outras. Estas condições de vida e trabalho, e seus efeitos psicossociais, constituem um dos principais mediadores através dos quais a estratificação socioeconômica influencia a situação de saúde de indivíduos ou grupos.(CNDSS<sup>26</sup>, 2007)

As condições de vida e trabalho das mulheres com alta fecundidade revelam iniquidades sociais e de gênero observadas pela descrição da rotina do cotidiano que para algumas inclui o trabalho formal.

Assim identificou-se que o cotidiano das mulheres das camadas populares envolve apenas a mulher e seus filhos. O pai praticamente não participa deste cotidiano, este não contribui efetivamente no dia a dia, no cuidado e na criação dos filhos.O cotidiano das mulheres inclui preparar e levar os filhos para escola, limpar a casa, e

146

alimentar as crianças. Estas mulheres não têm profissão, algumas tem sub-empregos ou estão desempregadas e reaparece nas suas falas o problema da violência, confirmando os dados e as falas das mulheres da etapa quantitativa.(item 4.3.1-participação da fecundidade pela mulher e companheiro)

- ✓ *“Eu trabalhava, era limpar casa dos outros, lavar roupa dos outros, porque daí eu não tinha registro na carteira, daí ainda tava morando lá, no favelão, na invasão lá, eu arrumei então um trabalho de zeladora, foi meu primeiro registro na carteira, foi no hiper mercado, e daí lá eu achei que ia melhorar, mas eu trabalhava à noite, eu chegava 7 horas da manhã, ele tava atrás da porta me esperando, ele me grudava assim, saía me batendo no meio da casa na frente das meninas.(Obs: separou-se com três filhas, após companheiro agredi-la com uma faca em outra ocasião).” (VANDA- camadas populares)*
- ✓ *“Agora eu trabalho fora, daí eu levanto de manhã, dou café para todo mundo, solto os que tem que soltar para escola, e daí meu marido me leva para o serviço e eu trabalho até as 5 da tarde( auxiliar de serviços gerais em uma maternidade). Meu marido vai me buscar( apesar de morarem em área de invasão, na beira do rio, possuem um carro velho), então daí eu chego mais rápido, chego em casa 5:10, 5:15 e daí começo tudo de novo, dar banho em criança, faço comida, colocar todo mundo na cama, deito e vou dormir.” ( Obs:o marido está desempregado e faz bicos, quando aparece trabalho temporário de pedreiro, jardineiro; mesmo ficando em casa não contribui com as tarefas domésticas, espera a mulher voltar do trabalho).(ROSA-camadas populares)*

As mulheres das camadas médias, por outro lado, mesmo depois de muitos filhos e com histórias de separação dos companheiros, tiveram novas chances para recuperar os estudos e ou iniciar uma vida profissional. Preocupadas com o sustento dos filhos e buscando uma realização pessoal, encontraram novos caminhos o que incluía uma profissão. O cotidiano destas mulheres envolve os cuidados com os filhos e com a casa, mas também o trabalho profissional e o estudo, com exceção de uma das entrevistadas que, no caminho inverso, decidiu parar de trabalhar como professora para cuidar dos oito filhos. Assim elas descrevem seu dia a dia :

✓ *“Acordo 6:30, chamo os dois filhos mais velhos, dou banho, dou café, às 7:30 os dois mais velhos saem para escola e eu termino de arrumar os outros dois( o quinto morreu no parto), 8:10 eu to saindo para levar eles na escolinha, volto, arrumo cama, lavo louça, tiro a mesa, tiro o lixo, venho dou uma olhada na internet vê se não tem nada (na locadora de vídeo dela e do ex- marido que fica na casa da frente) volto lá para trás, termino de limpar, ligo um som, arrumo o resto da casa, daí meio dia preparo meu almoço, que almoço sozinha, daí 2 horas eu tenho que estar na locadora,, daí aqui eu fico até as 10h da noite. (está sozinha, sem companheiro)... resolvi agora botar como meta o meu*

147

✓ *profissional para eu poder me estabelecer financeiramente, e eu tenho pretensão de trocar eles de colégio ano que vem, tudo isso influi, minha filha quer voltar para o balé, então tudo isso precisa de dinheiro, então deixa os beijinhos para depois (referindo-se a possibilidade de um novo companheiro) e vai atrás do dinheiro primeiro.” (GLADIS-camadas médias).*

✓ *“Bom, meu dia a dia eu trabalho de segunda a sábado das 9:00 até por volta, uma média, de umas 18:30. A minha rotina é durante o dia trabalhar, a noite eu chego, ajudo as crianças na tarefa, disponibilizo um tempo para eles, para eles contarem como eles passaram o dia, como foi a escola, enfim, tento conciliar minha vida profissional, tanto quanto como mãe. Porque no primeiro casamento nunca trabalhei. Eu era dona-de-casa. Então foram 10 anos de dedicação aos meus filhos e ao meu ex-marido. Quando nós casamos ele era engenheiro civil formado e ele fez mestrado, ele progrediu na vida profissional eu também queria isso para mim, ele falava: “mas não ta te faltando nada em casa, não tem o por que de você trabalhar. No ponto de vista dele, ele tinha que suprir as necessidades financeiras da casa, da esposa, dos filhos. Ele não via o meu lado, eu queria ser uma profissional, eu queria desenvolver. E esse foi o principal motivo que eu saí de casa, que eu peguei meus filhos e fui à luta, e graças a Deus eu cheguei onde estou hoje por dedicação minha, consegui.” ( é proprietária de um salão de estética, tem um novo companheiro com quem teve mais uma filha). (CAROL-camadas médias)*

✓ *Quando tive a primeira filha (era adolescente) parei meus estudos, depois que casei (com um segundo companheiro) concluí meu ensino médio. Então eu tive os 4 filhos, e mesmo com todos eles pequenos, eu trabalhava fora porque eu*



*tinha uma pessoa que me ajudava , mas quando você é mais jovem não pensa muito....Eu não fazia muitos planos. Porque eu tinha uma vida estabilizada economicamente, era casada e para mim aquilo estava perfeito. Ai depois que eu me divorciei é que deu uma reviravolta, aí comecei a me preocupar. Falei: - não agora tenho que voltar a estudar. Agora eu faço faculdade de direito pela manhã (terceiro ano), e tenho um estágio remunerado a tarde.” (vive com um novo companheiro, que também está estudando direito, com o qual teve mais um filho) (SUELI- camadas médias)*

A despeito do grande crescimento da participação feminina no mercado de trabalho, homens e mulheres continuam considerando papel de provedor como papel masculino, que está associado com a idéia de poder (masculino), noção de suporte, proteção, representação da família (esposa e filhos), responsabilidade e defesa da honra. A noção de provedor é valorizada como um indicador de masculinidade.<sup>10, 21</sup>

As desigualdades sociais (baixa renda, escolaridade) não permitiram às mulheres das camadas pobres, melhorar as suas condições de vida e a dos seus filhos, ao passo que as das camadas médias, ao se separarem dos companheiros, iniciaram uma vida produtiva, ainda que mais tardiamente, revelando uma superação de algumas barreiras de gênero e sentindo-se mais realizadas e empoderadas.

148

Melhores condições socioeconômicas permitiram às mulheres mesmo com mais filhos, manter uma vida profissional podendo, se assim desejar realizarem-se como mães e como profissionais.

Observamos na etapa quantitativa que 24% das mulheres não tinham companheiro no momento da entrevista, e sustentavam sozinhas os filhos, e 47% trabalhavam, mas a maioria em sub-empregos contribuindo, ainda que precariamente, para o sustento da família. Das quatro mulheres das camadas pobres, entrevistadas em profundidade, duas ajudavam o companheiro na reciclagem de papel, uma trabalhava em serviços gerais num hospital e uma trabalhava em supermercado, mas estava no momento desempregada; entre as de camada média uma era gerente de locadora de vídeos, outra, proprietária de salão de estética, outra, estudante e estagiária de direito, e duas eram donas de casa, uma abandonou a profissão de professora e outra estava terminando o segundo grau porque desejava ter, futuramente, uma profissão. Todas, no entanto, pelo relato de suas rotinas, assumem praticamente sozinhas a criação e os cuidados dos filhos e da casa, com pequena participação dos companheiros o que torna suas vidas mais difíceis e sobrecarregadas.

A PNAD 2007, que abordou os temas população, família e gênero, demonstrou que cada vez mais as mulheres brasileiras são chefes de família, participando do

mercado de trabalho, mas continuando a acumular a maioria das tarefas domésticas. Os resultados indicaram “exaustivas” jornadas de trabalho – remunerado e não-remunerado – para as mulheres, além de um aumento das desigualdades de gênero no país. A proporção de famílias chefiadas por mulheres passou de 24,9%, em 1997, para 33%, em 2007, o que representa um total de 19,5 milhões de famílias brasileiras que identificam a mulher como principal responsável. Durante o mesmo período, o número de famílias formadas por casais com filhos e chefiadas por mulheres também tiveram elevação. Entre 1997 e 2007, os números passaram de 600 mil para quase 3,3 milhões. Em 1997, entre as famílias formadas por casais com filhos, apenas 2,4% eram chefiadas por mulheres. Em 2007, a proporção subiu para 11,2%.<sup>46</sup>

### **As desigualdades da participação dos companheiros na criação dos filhos**

É na criação dos filhos que se observam as maiores disparidades de gênero nas famílias estudadas.

149

Para as mulheres das camadas pobres os pais eram ausentes, ou pouco ajudavam, tanto financeiramente como no dia a dia do cuidado com os filhos, o que pode ser inferido a partir das seguintes manifestações:

- ✓ *“(O segundo companheiro)... ele trabalhava 1 mês ou 2 meses numa empresa e saía, até hoje tanto que a gente vai fazer 5 anos separado e ele não é um cara de pegar um emprego e trabalhar, depois que eu separei dele nunca mais registrou, eu sei por causa da pensão, e daí foi assim muita miséria, passava fome e sabe, e daí tipo eu já tinha as 3 na mamadeira, na fralda. Ele falou assim pra mim: , “ta vendo aqueles matinhos lá, pegue lá e cozinhe para suas filhas”, como se a filha fosse só minha. Meu marido atual trabalha à noite, mas ele é o pai da neném só, e o pai das meninas dá 150,00 e quando dá, ele ajuda de vez em quanto ” . (VANDA-camadas populares)*
- ✓ *“Os pais ...nenhum deu nada para as crianças.” (SÔNIA- camadas populares)*
- ✓ *“Vivemos os dois com essa parte da coleta de papel com carrinho.....nós estamos guardando um dinheirinho para pagar a casa da Cohab que a prefeitura está providenciando- para sair da favela. Ele ajuda, hoje ficou com elas para eu ir no médico.”(ANA-camadas populares)*

Para as mulheres das camadas médias os companheiros ajudam “na medida do possível”: dão suporte financeiro, apoio, colaboram, conversam com os filhos, ajudam

a educar. Os novos companheiros “aceitam os filhos delas como seus”, são bons pais, dão suporte financeiro, ajudam na educação dos filhos.

- ✓ *“Meu marido atual trabalha, mas me ajuda, ele chega do trabalho, normalmente é ele que faz a janta à noite, então ele participa bastante na educação deles e até na rotina da casa.” (KARIN-camadas médias)*
- ✓ *“Não, ele ajuda, a parte financeira com ele eu não tenho problemas, por isso que tanto é que eu moro numa casa e ele mora na outra no mesmo terreno, então não tem atrito assim. Ele ajuda claro, ele é participativo dentro do que ele pode, quando tem apresentação no colégio ele vai, reunião de pais quando eu não posso ir ele vai.”(estão separados)(GLADIS-camadas médias)*
- ✓ *“É ele ajuda bastante,...mas às vezes eu tenho que falar, olha tem que me ajudar mais..., é que ele chega cansado, senta aqui quer ver televisão, ele brinca com as crianças, conversa. Somos companheiros, acho que somos, eu acho que devia ser mais companheiro. Ele é machista às vezes, com certas coisas sim. Mas a participação do casal é equilibrada...” (ADRIANA- camadas médias)*
- ✓ *“O primeiro (companheiro) a participação foi física. Na verdade não tive um relacionamento estável. Já meu primeiro marido mesmo de longe quando tenho*

150

- ✓ *alguma dificuldade com os filhos eu entro em contato com ele e peço para que ele converse com eles, quando há alguma dificuldade de comportamento, e me ajuda financeiramente. O atual companheiro ele faz faculdade de direito também numa faculdade perto de casa. Então geralmente ele vem para casa todos os dias no horário do almoço. Então ele consegue me dar este suporte para ver se está tudo bem, para ver se este povo( os filhos) não esta enganando.” (SUELI camadas médias)*

Dados da PNAD 2007 sobre o cuidado com os afazeres domésticos mostram uma importante e persistente assimetria de gênero.<sup>46</sup> Esta pesquisa indica que o tempo que as mulheres dedicam ao trabalho doméstico é maior do que o dos homens, independentemente da condição na família (chefe ou cônjuge), da escolaridade, da renda ou da condição de ocupação (ocupado, desocupado ou inativo).

Revela a PNAD 2007 que, em famílias formadas por casais com filhos, os homens na posição de chefe dedicam 10,05 horas semanais aos afazeres domésticos e, na posição de cônjuges, não ultrapassam 10,44 horas semanais. Já as mulheres consideradas chefes de famílias e que trabalham fora de casa, quando comparadas a homens cônjuges desocupados, dedicam nove horas a mais por semana ao trabalho doméstico. Em 2007, 50,5% dos homens ocupados afirmaram cuidar dos afazeres domésticos, contra 89,6% das mulheres ocupadas. Os dados confirmam que as

mulheres ainda são as principais responsáveis por tarefas como cuidar da casa, dos filhos, dos idosos, da manutenção da família e de todas as atividades relacionadas ao âmbito doméstico.<sup>46</sup>

Deve-se considerar, portanto, que embora a maior presença das mulheres no mercado de trabalho indique maiores possibilidades de autonomia e emancipação, o aumento do número de famílias chefiadas por mulheres nas quais somente elas são as responsáveis pelo sustento da casa e dos filhos pode estar relacionado tanto ao aumento da precariedade da vida quanto do trabalho dessas mulheres.

A participação feminina no mercado de trabalho é, assim, condicionada e imposta pelo ciclo de vida familiar e reprodutivo e pelas desigualdades nas relações de gênero que continuam a permear e a organizar as relações de poder no público e privado, no trabalho e na família, e na relação entre os dois.

### **As incertezas quanto ao futuro dos filhos**

O futuro incerto da prole acarreta grandes preocupações para as mulheres. A responsabilidade pelos filhos e o trabalho que estes dão, despertam nas mulheres sentimentos ambíguos e contraditórios de desejo e fardo (preocupação), como refere SCAVONE<sup>78</sup> (2004). Para a autora o caráter ideológico da maternidade em nossa sociedade pode explicar esta ambigüidade, uma vez que, por um lado a maternidade é valorizada e exaltada, mas por outro não são dadas condições materiais para a sua realização, e em consequência desta falta, a maternidade como prazer seria um privilégio de classe. Tal privilégio, por outro lado, seria permeado por outra forma de desigualdade que perpassa todas as classes sociais: a que desfavorece as mulheres em benefício dos homens no conjunto das relações sociais.

As mulheres das camadas populares referem que é possível criar os filhos, mesmo “sem luxo”. Queriam, por outro lado, poder dar condições de vida melhores para seus filhos. O “estudo” seria o maior bem que podem dar/ofertar/cobrar dos filhos, para que estes venham a ter uma vida melhor que a dos pais. No entanto, isto nem sempre foi possível para as famílias de camadas pobres. No caso de duas das entrevistadas, as filhas adolescentes já tinham filhos pequenos e estavam morando

com a mãe; pelo menos outras duas referiram que os filhos adolescentes se envolveram com drogas, e um foi assassinado.

As mulheres das camadas médias demonstraram também um sentimento de frustração por não poder dar “uma vida melhor” aos filhos. Procuram garantir estudo em escola particular até o ensino médio. Demonstram, no entanto, preocupação quanto ao futuro profissional dos filhos, caso estes não tenham acesso a uma faculdade pública, pois acreditam que não terão como arcar com os custos de uma faculdade particular. Enfatizam ainda a importância da formação dos filhos em casa para serem cidadãos responsáveis e com bom caráter, sendo este o maior legado dos pais, dependendo disto o futuro dos filhos.

Ainda na atualidade a configuração da maternidade determina a atuação quase que exclusiva do sexo feminino na maior parte das funções atribuídas, e o desempenho destas funções impede ou dificulta a participação das mulheres em outras esferas do social, além de, muitas vezes, não permitir que usufruam do prazer da relação com as crianças e com a família.

152

Especialmente no âmbito da família, uma abordagem igualitária da maternidade e paternidade sociais poderia abrir caminhos para mudanças mais profundas nas relações entre os sexos; o desequilíbrio na vivência da maternidade e da paternidade contribui para a manutenção das desigualdades sexuais e de gênero.

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, mas está associada à posição social de pessoas e grupos, que por sua vez define as condições de vida e trabalho destes.

As associações entre estratificação socioeconômica (segundo renda, escolaridade, gênero, cor da pele e local de moradia) e fecundidade e contracepção vêm sendo largamente destacadas na literatura, assim como a vulnerabilidade das mulheres de acordo com a sua posição social e as conseqüentes iniquidades em saúde reprodutiva derivadas destes diferenciais, e corroboradas neste estudo. A posição social ocupada pelos diferentes indivíduos determina diferenciais de exposição a riscos que causam danos à saúde, diferenciais de vulnerabilidade à ocorrência de doença frente à

exposição a estes riscos, e diferenciais de conseqüências sociais ou físicas uma vez contraída a doença.<sup>26, 33</sup>

Para DIDERICHSEN, EVANS e WHITEHEAD<sup>33</sup>, (2001) as políticas de intervenção sobre os mecanismos de estratificação social são essenciais para combater as iniquidades em saúde, devendo incluir as políticas que reduzam as diferenças sociais relacionadas ao mercado de trabalho, à educação e à seguridade social. Um segundo conjunto de políticas que poderia diminuir os diferenciais de exposição a riscos, deveria abranger os grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais. O combate aos diferenciais de vulnerabilidade incluiria a educação das mulheres para diminuir sua própria vulnerabilidade e a de seus filhos. A intervenção no sistema de saúde deve reduzir os diferenciais de exposição e de vulnerabilidade, através de ações preventivas (vacinas, educação sobre fatores de risco, inclusive a contracepção etc).

### **As dificuldades para o lazer**

Considerando-se o lazer como um elemento importante para a saúde das mulheres e para a convivência mais harmoniosa com os filhos e com o companheiro

153

questionou-se: O que você faz nas horas de lazer? E o lazer com seu marido, o que costumam fazer juntos?

Devido à rotina em casa e às suas condições sociais, as mulheres das camadas populares tinham limitadas opções de lazer, referindo apenas assistir televisão e visitar familiares do marido. Apenas uma referiu as possibilidades de lazer gratuito que a cidade oferece, como visitas aos parques municipais e ao zoológico.

- ✓ *“Eu gosto de sair bastante, de conversar, não gosto de ficar sozinha, .....quando a gente tem dinheiro, a gente vai num cinema, mas olhe um monte de criança, “brincandinho” nos gastamos 100 reais, com lanche, com tudo, então não é sempre que a gente vai.....a gente quer levar elas no zoológico, levar nestes parques bonitos em Curitiba, só que a gente tem que ir de ônibus e agora com frio não anima.” (VANDA-camadas populares)*
- ✓ *“Eu gosto muito de assistir TV, na parte da tarde eu tenho livre, só saio mesmo quando tem que levar um filho no médico, pra passear assim eu nunca saio, eu prefiro ficar em casa, daí eu fico sozinha, não gosto muito de sair.” (ANA-camadas populares)*
- ✓ *“Nós só ficamos em casa, única coisa que nós fazemos é ir lá na casa da minha sogra, não somos de sair de casa, é muito perigoso, não dá para deixar a casa sozinha.”(mora em invasão) (ROSA-camadas populares)*

As mulheres das camadas médias relataram mais opções de lazer como ir ao cinema, jantar fora; no entanto referiram que têm poucos momentos de lazer com a família e com o companheiro devido à falta de tempo, ou ao excesso de trabalho, e que o número de filhos dificulta o lazer do casal .

- ✓ *“Nós vamos organizar a nossa vida, vai ter um tempo nosso com as crianças e nós vamos ter que disponibilizar um tempo para nós dois (com o companheiro). Pagar a babá para pousar em casa, para a gente poder sair, para a gente ter um lazer, né...precisa. Isso para o bem-estar do relacionamento do casal. Isso é importante para não cair numa rotina e não acontecer o que aconteceu no meu primeiro casamento, pretendo me organizar para mudar isso. Até porque a gente tem que estar bem para passar esta energia boa, esta coisa boa para as crianças.”(CAROL-camadas médias)*
- ✓ *“Olhe, ultimamente tem sido pouco lazer por causa da faculdade dele e da minha faculdade, e o trabalho dele; mais o meu estágio, mais as crianças. Tem sido pouco, mas a gente tem bons momentos, a gente geralmente gosta de ir ao cinema, a gente janta fora. E no final de semana com todos vamos aos parques são coisas que costumamos fazer juntos. Mas não temos tido muitos momentos.” (SUELI- camadas médias)*

154

Como bem relatou uma das entrevistadas, o lazer é importante para as “pessoas se sentirem bem e poderem passar uma energia boa para os filhos e companheiros”; mas na realidade o lazer é pouco valorizado e não é considerado um aspecto relevante para a saúde, especialmente para a saúde mental das mulheres, sendo seu acesso bastante diferenciado conforme os diferentes estratos sociais.

Conclui-se que a falta de autonomia associada às desigualdades de gênero e às desigualdades sociais refletiram negativamente na vida reprodutiva e produtiva das mulheres estudadas.

Apesar das relativas diferenças socioeconômicas entre os dois sub-grupos estudados, muitas circunstâncias e fatores que influenciaram a alta fecundidade das mulheres foram comuns aos dois grupos. As diferenças se revelaram mais no campo produtivo e financeiro uma vez que as mulheres das camadas médias puderam iniciar-se e firmar-se nos estudos e profissionalmente, ainda que tardiamente, enquanto que as mulheres das camadas populares não tiveram, e provavelmente não terão, esta oportunidade.

A redução dos diferenciais de fecundidade e da conseqüente vulnerabilidade das mulheres com alta fecundidade, ainda presentes inclusive nos grandes centros urbanos

no Brasil, demandariam a efetivação das políticas para redução das iniquidades sociais e de gênero em todos os seus aspectos e de outras que garantissem os direitos sexuais e reprodutivos da população e especialmente das mulheres.

## **7. CONCLUSÕES**

Evidenciou-se que o município de Curitiba vem apresentando queda acentuada e acelerada das taxas de fecundidade, atingindo taxas bem abaixo do nível de reposição de gerações, chegando em 2005 a 1,5 filhos por mulher, mantendo tendência a redução nos anos subsequentes. Encontra-se, assim, a caminho do chamado período pós-transição demográfica, como em outras capitais e regiões brasileiras, no que se refere à fecundidade. Entretanto observou-se que os níveis de fecundidade variavam internamente no município conforme estratos sociais e regiões da capital.

A análise das taxas de fecundidade por bairro apontou que os bairros que concentravam as maiores proporções de mulheres com alta fecundidade foram Cidade Industrial, Sítio Cercado, Uberaba, Cajuru, Tatuquara, Parolin e Boqueirão, Xaxim e Pinheirinho, onde se localizavam 59,6% dos domicílios de mulheres com cinco ou mais filhos, no ano de 2005. Apresentavam altas taxas de fecundidade total, os bairros Campo do Santana, Guairá, Hauer, Mossuguê, Parolin, Prado Velho, Riviera, Santa Quitéria, Tatuquara, Vista Alegre. As mais altas taxas de fecundidade específica de 15 a 19 anos foram encontradas no bairros Campo do Santana, Parolin, Prado Velho,



Riviera, Tatuquara, e Umbará. A maioria destes bairros localiza-se na região sul da cidade, a mais populosa e menos desenvolvida do município. Grande parte das mulheres pesquisadas neste estudo vivia nesta região, em áreas de invasão, favela e em moradias extremamente precárias.

Esses bairros mereceriam atenção especial por parte do poder público municipal com o objetivo de identificar possíveis lacunas na assistência à saúde reprodutiva, incluindo as ações de planejamento familiar e educação em saúde, e outras de combate à pobreza e às desigualdades sociais.

O número e a proporção de mulheres com alta fecundidade vêm reduzindo em Curitiba e no Paraná a cada ano, mas não se pode desconsiderar que existe um contingente de mulheres que permanece, involuntariamente, em alta fecundidade, e vivendo em precárias condições, e outro que deseja manter um número maior de filhos.

As famílias das mulheres com alta fecundidade (mãe, pai/companheiro e, em média, 6 filhos), constituíam um contingente de quase 6000 pessoas em 2005 que residiam no município, vivendo em condições desvantajosas, e com pouca ou nenhuma perspectiva de futuro, revelando as iniquidades sociais e de saúde de um grande centro urbano como Curitiba.

156

Os diferenciais de fecundidade necessitam ser estudados e analisados detalhadamente, para a programação de ações que reduzam as desigualdades sociais e promovam a assistência a saúde sexual e reprodutiva mais abrangente, a criação de vagas em creches, escolas, a construção de moradias populares, unidades de saúde, dentre outros.

A implantação do Programa de Planejamento Familiar relativamente estruturado em Curitiba é recente (1999), mas ainda é dependente das remessas (nem sempre regulares) dos métodos contraceptivos, pelo Ministério da Saúde, o que poderia em parte, além das desigualdades sociais, explicar a manutenção de um grupo de mulheres com alta fecundidade no município.

A garantia da qualidade e da eficácia esperadas dos programas de planejamento familiar para permitir aos cidadãos exercerem seus direitos reprodutivos inclui a oferta de métodos, o preparo dos profissionais e o monitoramento/acompanhamento das/os usuárias/os de cada método.

O perfil da mulher com alta fecundidade em Curitiba pode ser delineado como: “Mulher migrante do interior do Paraná, residente a mais de dez anos em Curitiba, proveniente de família com muitos filhos, com uma média de idade de 35 anos, com

cinco anos de estudo, católica, da raça branca, vivendo em união consensual, que teve mais de uma união, trabalhando em subemprego, e com renda média em torno de R\$ 600,00 para suprir em média sete dependentes”, perfil que confirma claramente a vulnerabilidade social destas mulheres e suas famílias. O perfil geral dos companheiros era de um “homem com uma média de 38 anos, 6 anos de estudo, religião católica, nascido fora de Curitiba, tendo cinco ou mais irmãos e trabalhando em ocupações geralmente precárias”. Este perfil sócio desfavorável do casal contribuiu para dificultar a regulação da fecundidade das mulheres pesquisadas.

Quanto ao perfil reprodutivo chamou a atenção o fato de que cerca de 4% das mulheres entrevistadas estavam grávidas novamente, uma vez que tinham cinco ou mais filhos e a última gravidez tinha ocorrido a menos de dois anos, o que reforça a idéia de possíveis falhas dos serviços de saúde tanto na atenção integral à saúde das mulheres como da saúde reprodutiva e planejamento familiar. O delineamento do perfil reprodutivo demonstrou ainda que as mulheres tiveram alta proporção de abortos e de filhos que foram a óbito, em torno de 30% e 20% respectivamente.

Referente às intenções reprodutivas, ficou evidente que a maioria das mulheres teve mais filhos do que desejava. O número ideal de filhos referidos pelas entrevistadas foi 2,9 se as suas condições de vida fossem melhores e 2,4 filhos se tivessem as mesmas condições atuais de vida, bem abaixo do número de filhos tidos (média 6,1).

Confirmou-se, por outro lado, que um grupo de mulheres quis ter uma prole mais numerosa. Cerca de 14% das entrevistadas afirmaram que tiveram um número maior de filhos porque desejaram, e as motivações foram religiosas; por proceder de famílias numerosas e desejar reproduzir este modelo, e ainda por gostar de crianças ou por estas representarem segurança para o futuro dos pais. A grande maioria respondeu que a constituição da sua prole se deu involuntariamente, especialmente por falhas ou falta de conhecimento e acesso à contracepção.

As vantagens em ter um maior número de filhos relatada pelas mulheres foram que os filhos lhes trazem satisfação pessoal, alegria, felicidade, aprendizado de solidariedade e convivência com as diferenças. E também pelo fato ou a possibilidade de não ficarem sozinhas, e a oportunidade que os filhos trariam de ajudar aos pais no futuro. As desvantagens/dificuldades se referem às questões financeiras e de segurança para criação dos filhos

Observou-se que o número de filhos que o marido preferia ter era maior do que a mulher preferia ter, podendo este fato ter interferido na definição da fecundidade das

mulheres. Identificou-se também uma influência negativa dos companheiros devido ao comportamento violento, alcoolismo, drogas, indiferença quanto ao fato de que a mulher poderia ou não ficar grávida, pressão por filhos próprios no caso dos novos companheiros; questões que deveriam ser consideradas, deixando-se assim de culpabilizar e criticar exclusivamente as mulheres, especialmente a mais pobres, pelo maior número de filhos.

Para avaliar como a sociedade reage perante a alta fecundidade, questionou-se o que as pessoas comentavam sobre o número de filhos que as mulheres tinham, e cerca de 33% referiram que já sofreram críticas, foram chamadas de loucas, sofreram discriminação com piadas e brincadeiras que revelam preconceitos. Ter cinco ou mais filhos atualmente é motivo de desprezo e visto com estranheza.

MANSUR<sup>51</sup> (2003), ao estudar as experiências das mulheres sem filho refere que estas também são frequentemente estigmatizadas. As mulheres que por opção ou circunstâncias não têm filhos, estariam se desviando de uma norma secular (a da obrigatoriedade da maternidade) e instaurando uma significativa e incômoda diferença. Confirmando que as pessoas diferentes, no âmbito do senso comum, teriam

158

comportamentos socialmente desviantes ou fora de padrões pré-estabelecidos, sendo por isso discriminadas e desvalorizadas.

Outro fenômeno recente, o da maternidade não atendida, como no caso das mulheres com maior escolaridade, que estão tendo menos filhos do que desejariam, é pouco explorado nas pesquisas e pelas políticas públicas.

Estas manifestações apontam que é necessário que haja mais espaço para a decisão individual e que sejam garantidos conhecimento, informação e acesso aos meios para o controle da fecundidade, ou para a maternidade permitindo escolhas livres de discriminação e preconceitos com relação ao número de filhos.

Estes paradoxos nos mostram, mais uma vez a diversidade e a complexidade das questões relativas à reprodução, e da heterogeneidade das mulheres.

Os estudos sobre o comportamento reprodutivo têm por objetivo identificar atitudes reprodutivas (idade do início da atividade sexual, do primeiro filho, da primeira união) e em relação à fecundidade, como os componentes desejado e indesejado da fecundidade, bem como os componentes satisfeito e insatisfeito da demanda por contracepção, e a distribuição proporcional dos métodos entre as mulheres em idade reprodutiva.<sup>1</sup>

Constatou-se neste estudo que as mulheres iniciaram precocemente a vida sexual (15 anos) e a parturição (18 anos), sendo que estes fatores são considerados coadjuvantes da manutenção da alta fecundidade.

O estudo do comportamento reprodutivo das mulheres com alta fecundidade identificou ainda uma prevalência de uso de contraceptivos pelas mulheres sexualmente ativas e não grávidas em torno de 85%, sendo que destas, 29%, estavam laqueadas, 21%, usavam a pílula, 16%, injetáveis, 15%, camisinha, 5,7% usufruíam da vasectomia, e 1,4% usavam DIU. Apenas 1,4% referiu usar a tabelinha. Este perfil diferencia-se quanto a ordem e prevalência dos métodos em relação ao da região sul, descrito no PNAD 2006, ficando mais próximo do perfil nacional, com exceção dos injetáveis, cuja proporção foi bastante superior no grupo de mulheres de Curitiba.

Chamou a atenção que 54 mulheres estudadas com alta fecundidade (14,6%) referiram não estar usando nenhum método, sendo os motivos alegados: “não querer usar nenhum método contraceptivo”, “estar esperando a laqueadura”, “questões religiosas”, “descuido/relaxo”, “marido não quer que use” e “fez aborto e está de resguardo”. Ressaltando a importância da busca ativa das mulheres com alta fecundidade para identificar suas dificuldades em relação ao acesso, se tem dúvidas

159

com relação a contracepção, ou ainda apóia-las em outras necessidades se for sua decisão ou escolha de não usar qualquer método contraceptivo moderno.

O acesso à esterilização voluntária foi efetivado para 36,4% das mulheres que alguma vez solicitaram laqueadura pelo SUS, e a vasectomia para 42% dos homens que solicitam nos serviços de saúde municipal, considere-se que o número de homens que solicitaram a vasectomia (11,3% das 441 entrevistas ) foi bem inferior ao das mulheres que solicitaram a laqueadura(68% das 441 entrevistas). O maior acesso aos homens deve estar relacionado a simplicidade e acessibilidade ao procedimento, uma vez que são realizados ambulatorialmente em pouco tempo e com rápida recuperação, não demandando leitos hospitalares, centro cirúrgico, anestesia sistêmica. Curitiba possui cinco serviços credenciados para realização de vasectomia, e o mesmo número de serviços para laqueadura. O gestor municipal refere não haver fila e demanda reprimida para laqueadura.

Os motivos alegados no momento da entrevista para as mulheres não terem realizado a laqueadura, após solicitação formal foram: estar no aguardo do procedimento (55% não tinha conseguido realizar até o momento da entrevista), porque não foi realizada a cesárea, ficaram grávidas novamente antes de conseguir a

laqueadura, tinham pouca idade segundo os profissionais, tiveram problemas de saúde e não puderam fazer, desistiram por medo, o marido não deixou fazer, por motivo religioso, por falta de tempo, pela demora.

A vasectomia não foi solicitada pelos companheiros, segundo as mulheres que responderam esta questão, principalmente porque os mesmos tinham medo, não quiseram fazer, nunca se interessaram, por preconceito, ou por se acharem jovens, e por falta de tempo.

Estes dados revelam falta orientação e conhecimento sobre os procedimentos tanto pelas mulheres como pelos homens, permanecendo tabus desnecessários e que dificultam a opção e acesso ao procedimento.

Esta pesquisa teve também como objetivo refletir sobre as relações existentes entre fecundidade e a saúde das mulheres incluindo a saúde sexual. Verificou-se neste sentido que um grande percentual de mulheres classificou a sua vida sexual como insatisfatória, relatando como fatores que interferiam na vida sexual: o medo contínuo de engravidar, o cansaço devido ao número de filhos e à rotina sexual. Sabe-se que a sexualidade e o prazer sexual das mulheres não são ainda tratados como direitos e como aspecto importante da saúde das mulheres, sendo praticamente nula sua abordagem nos

160

serviços de saúde. O desconhecimento sobre seus direitos e dos cuidados com a saúde sexual eleva os riscos de doenças e gravidez indesejada prejudicando a vida sexual das mulheres. Os profissionais de saúde necessitam um maior aporte teórico sobre os direitos sexuais e reprodutivos e sobre a abordagem destes aspectos com as usuárias, usuários e casais, aproveitando as oportunidades em que estes comparecem às unidades de saúde para sanar dúvidas e apoiá-los na solução de suas dificuldades.

Cerca de 40 % das mulheres afirmaram ainda que sua saúde geral é regular ou ruim e referiram algum tipo de problema de saúde no último ano, chamando atenção o número de mulheres hipertensas, com transtornos mentais e problemas ginecológicos o que deve interferir na qualidade de vida destas mulheres.

Estes dados alertam para a necessidade de acompanhamento das condições de saúde das mulheres com alta fecundidade bem como para a necessidade de se observar a correta indicação dos métodos contraceptivos, dada as características de vida e saúde das mesmas. Estas condições de saúde podem ser agravantes em uma eventual gestação.

A criação dos filhos foi outro aspecto abordado nesta pesquisa. As mulheres entrevistadas relataram grande dificuldade de acesso aos programas de proteção social

em geral, incluindo a falta de creches e programas sociais que contribuíssem para a formação profissional de jovens, e de acesso à casa própria. A preocupação com a criação dos filhos foi uma observação constante entre as mães entrevistadas, e com toda razão, dadas as condições em que viviam.

A etapa qualitativa da pesquisa permitiu confirmar e aprofundar as análises e conclusões da etapa quantitativa ao trabalhar as duas categorias temáticas identificadas através do método de análise de conteúdo, sendo que elas sintetizam os achados nas duas etapas. São elas: “Trajetórias reprodutivas conflituosas - da falta de autonomia à dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos” e “Desigualdades sociais e de gênero, determinantes da vida reprodutiva e produtiva das mulheres com alta fecundidade.”

As trajetórias reprodutivas das entrevistadas com alta fecundidade deixaram transparecer conflitos, dúvidas e dificuldades quanto ao início e à finalização da procriação, bem como a falta de autonomia para a tomada de decisão sobre o controle de sua fecundidade permeada pelas dificuldades de acesso a formas eficazes de contracepção. Além destes aspectos identificou-se que a vida reprodutiva e produtiva

161

das mulheres com alta fecundidade, aqui estudadas, foi especialmente marcada por amplas desigualdades sociais e de gênero.

Concluiu-se com este estudo, que as questões da fecundidade e da maternidade são complexas, multifacetadas e multidimensionais como afirmam diversos autores, permanecendo a sensação para a pesquisadora, de apenas ter conseguido uma pequena aproximação da compreensão deste fenômeno e do porque as mulheres estudadas permaneceram em alta fecundidade.

As escolhas reprodutivas nem sempre ocorrem de forma racional ou reflexiva como é esperado, uma vez que muitos e diferentes aspectos subjetivos e mesmo involuntários, e que fogem ao controle das mulheres, podem influenciar suas decisões. Desta forma, deve-se considerar que outros fatores não menos importantes, além das condições socioeconômicas das mulheres, permeiam e determinam as decisões sobre o controle da fecundidade.

Para o grupo de mulheres em estudo, o que parece ter influenciado na constituição do número de filhos das mesmas, foi especialmente a condição deficitária das políticas de atenção à saúde reprodutiva, incluindo a assistência à contracepção, a falta de informação e de domínio da negociação no uso dos métodos contraceptivos;

também as desigualdades de gênero, evidenciadas amplamente nas vidas destas mulheres através do relato de uma participação negativa dos homens na reprodução e na criação dos filhos. E indiretamente, o desejo de filhos do sexo masculino, o desejo de dar filhos ao novo companheiro mesmo já tendo muitos filhos e as situações de vulnerabilidade psico-afetivas de algumas mulheres. Pode-se considerar que a falta de perspectiva social e profissional para a maioria das mulheres pesquisadas, também refletiu no resultado final de sua fecundidade. No entanto, não pode ser desconsiderado que uma proporção, ainda que pequena, das mulheres pesquisadas desejou um maior número de filhos e a constituição de famílias grandes e numerosas.

## 8. Considerações finais e recomendações

A rápida e acentuada queda da fecundidade no Brasil foi confirmada pela PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde) 2006, e pela PNAD (Pesquisa Nacional da Amostra de Domicílios) 2007 ao demonstrarem que o país atingiu um taxa de fecundidade total abaixo do nível de reposição ( 2,1 filhos por mulher), chegando a 1,8 filhos por mulher, com redução das taxas de fecundidade em todas as regiões brasileiras, inclusive nas áreas rurais.<sup>46, 61</sup>

Mais ainda, a chamada segunda transição demográfica (manutenção das taxas de fecundidade em níveis abaixo do nível de reposição) parece já ser um realidade especialmente nas grandes cidades como Curitiba, São Paulo, Rio de Janeiro e outras. Esta tendência tem importantes implicações e conseqüências para a sociedade brasileira no que diz respeito à dinâmica populacional, transições no ciclo de vida, comportamento reprodutivo e políticas públicas. Destaca a ABEP, por outro lado, que os estudos sobre fecundidade e reprodução no Brasil não empreenderam análises mais aprofundadas e comparativas sobre os diferentes contextos regionais e socioeconômicos e sobre as implicações para políticas públicas.<sup>1</sup>

O presente estudo se desenvolveu nesta perspectiva, se propondo a analisar no contexto de um município como Curitiba, com baixíssima taxa de fecundidade, como e por que um grupo de mulheres se mantém em alta fecundidade, e buscar compreender e analisar as vivências e os significados da alta fecundidade para esse grupo de mulheres e as implicações para as políticas de saúde.

Conforme afirma THERBORN<sup>88</sup>(2006) o processo de difusão, imitação ou resistência à mudança nos padrões de fecundidade - estimulados por uma “cambiante capacidade de ação dos Estados” tendem a tornar as mudanças culturais e as estruturais discordantes entre si em termos de tempo e de espaço. Assim pode-se aceitar a hipótese de que a cambaleante e tardia definição por uma política de planejamento familiar com base nos direitos reprodutivos, por parte do governo brasileiro nas instâncias federal, estadual ou municipal, certamente contribuiu para a determinação das desigualdades e dos diferenciais de fecundidade entre grupos sociais e regiões, ampliando ainda mais as desigualdades. Esta condição pode explicar, em parte, porque uma parcela da população não aderiu ao processo de difusão do modelo de famílias pequenas, permanecendo em alta fecundidade.



Com outra perspectiva SCAVONE<sup>78</sup> (2004) refere que a maternidade, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil, constitui um fenômeno social marcado pelas desigualdades sociais, raciais/étnicas e pelas questões de gênero. Conseqüentemente, as mudanças e implicações sociais da realização dessa experiência não atingem, da mesma forma, todas as mulheres.

Parece paradoxal num contexto em que as mulheres não “desejam” ou não “podem” mais ter filhos, por decisão pessoal ou devido às dificuldades econômicas ou ainda por falta de apoio e proteção social do governo, abandonar à própria sorte as mulheres com alta fecundidade e suas famílias, o que significa “descartar” crianças e jovens, que no futuro poderão contribuir efetivamente com trabalho e com a previdência social.

A busca por alternativas de trabalho e sustento, para garantir a mínima qualidade de vida para estas famílias, bem como o acesso às políticas de proteção social como creches, escola, programas sociais que preparem os jovens para um futuro profissional melhor e mais digno, além dos programas de renda mínima, é imperativo para uma sociedade mais justa e igualitária, contribuindo aí sim para a redução das mazelas sociais como a violência, o tráfico e abuso do uso das drogas, o desemprego, as mortes por doenças evitáveis, dentre outras.

Constitui-se obrigação e desafio para os governantes das cidades possibilitar melhor qualidade de vida para seus habitantes, garantindo melhores condições de moradia, de transporte, de serviços públicos, maiores áreas verdes, espaços de lazer, de convivência, solidariedade coletiva, maior longevidade e uma vida mais sadia. Tudo isto se faz conforme Alves (2008), com racionalidade e boa gestão, as alternativas possíveis para a construção de cidades justas, democráticas e prósperas São muitas, mas, em qualquer cenário, é essencial a garantia da autodeterminação reprodutiva e o estabelecimento de condições demográficas que venham se somar às condições econômicas e sociais para uma boa relação entre o espaço natural e o construído, ressalva o autor.<sup>5</sup>

As transformações sociais, econômicas, culturais e políticas foram determinantes nas mudanças observadas nos padrões reprodutivos das mulheres nas últimas décadas no Brasil. O desenvolvimento socioeconômico e industrial e o processo de urbanização, aliados aos novos ideais e novos padrões de comportamento, foram acompanhados diretamente pela queda nos níveis de fecundidade. Entretanto, estas transformações não atingiram igualmente todas as mulheres, e a identificação dos

diferenciais de fecundidade reflete as iniquidades sociais e em saúde a que estão expostas as mulheres.<sup>42,62</sup>

CARVALHO<sup>24</sup>(1998) assevera que é possível pensar-se em um processo de difusão que poderia levar à convergência para o mesmo nível de fecundidade, abaixo da reposição, de cerca de 80 a 90% da população brasileira, com implicações importantes para a sociedade como um todo. Não se deve, no entanto, relegar o fato de que muitas mulheres encontram-se fora do processo de queda da fecundidade, o que cria a necessidade de se desenvolverem projetos que favoreçam este subgrupo populacional, de modo geral o mais pobre do país.

Para tanto, seria indicado para agilizar o acesso à esterilização feminina, a mudança do artigo 4º - Parágrafo Único da Portaria Ministerial 48 de 11 de fevereiro de 1999, que define que “é vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto”, passando-se a autorizar a laqueadura peri-umbilical imediata “pós-parto normal”.

A laqueadura peri-umbilical no pós- parto normal imediato evitaria novas internações, e contribuiria para a redução das complicações como hemorragias e infecções mais frequentes na laparotomia convencional. Reduziria o tempo de internamento uma vez que a alta hospitalar coincidiria com o período do internamento do parto. Contribuiria, ao mesmo tempo, para a redução das mortes maternas relacionadas às gravidezes indesejadas e ao risco de abortos provocados seguidos de infecção.<sup>34,40,90</sup> Esta medida, por outro lado, atenderia aos princípios da integralidade e da resolutividade da assistência reduzindo as chamadas “oportunidades perdidas”.

Os dados obtidos na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, não permitiram identificar a demanda e a cobertura real do programa municipal de planejamento familiar, e embora se evidencie um aperfeiçoamento operacional e estrutural deste programa com a implantação do novo protocolo e a ampliação da distribuição dos métodos e procedimentos cirúrgicos a cada ano, os dados deste estudo, relativos à contracepção atual das mulheres com alta fecundidade apontam que o direito a uma vida sexual saudável e prazerosa, sem o risco de uma gravidez indesejada não é ainda uma realidade para todas as mulheres em Curitiba.

A queda das taxas de fecundidade e a possibilidade da estabilização do crescimento populacional no Brasil e em Curitiba podem ser favoráveis em termos demográficos e econômicos, podendo favorecer a redução da pobreza, o crescimento econômico e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos.

Se os gestores souberem aproveitar o chamado bônus demográfico do momento atual, certamente terão condições para enfrentar o futuro quando a população idosa estiver em um percentual elevado; as condições atuais são favoráveis à construção de um país e de um município mais justo e próspero.

A Comissão Nacional de Estudos sobre os Determinantes Sociais sobre a Saúde (CNDSS<sup>26</sup>,2008) alerta, que as precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira determinam privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. O compromisso com a equidade, visando assegurar o direito universal à saúde, constitui-se assim um compromisso ético e uma posição política.

As pessoas deveriam poder efetivamente escolher quantos e quando ter os filhos, ou mesmo escolher não ter filhos, e a legislação nacional lhes assegura este direito. Mas para isso, os sistemas públicos de educação e de saúde não somente devem oferecer as informações e os meios para a regulação da fecundidade, mas devem fazer com que estes cheguem de maneira adequada até aqueles que mais necessitam.<sup>6</sup>

Os resultados do presente estudo confirmam a necessidade de se implementar o acesso à contracepção a uma parcela determinada da população, da inclusão dos homens neste processo, além da necessidade de melhorar a capacitação nos serviços públicos para atendimento adequado à demanda para a assistência sexual e reprodutiva.. Também é indispensável a promoção de políticas compatíveis para realização da maternidade, políticas que facilitem a participação das mulheres no mercado de trabalho, além de políticas que promovam a equidade entre os sexos no mercado de trabalho e no âmbito doméstico.<sup>1</sup>

A realidade encontrada neste estudo deve ser semelhantes a de outros municípios de grande porte, podendo as conclusões e recomendações também serem extensivas a estes.

## 9. REFERÊNCIAS

1. ABEP. Associação Brasileira de Estudos Populacionais. [homepage na internet]. Grupo de trabalho. Comportamentos reprodutivos e fecundidade. Ementa 2005-2006.[ acesso 3 out 2008] <http://www.abep.org.br>.
2. Alvarenga AT e Schor N. Contracepção feminina e política pública no Brasil: pontos e contrapontos da proposta oficial. Saúde soc. 1998; 7 (1): 87-110.
3. Alves JED. Relações de Gênero e transição da fecundidade. Anais do 10º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 1996; Caxambu, São Paulo, Brasil. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1996; p 1455-72.
4. Alves JED. Questões Demográficas: Fecundidade e Gênero. Textos para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. N. 9. Rio de Janeiro. 2004. [acesso em 6 jan. 2009] [http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/textos\\_para\\_discussao/texto\\_9.pdf](http://www.ence.ibge.gov.br/publicacoes/textos_para_discussao/texto_9.pdf)
5. Alves JED. Urbanização e transição da fecundidade: os casos do Brasil e China. Texto para discussão. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. 2008. [acesso em 1 set 2008] [www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/urbanizacaoetransicaoedafecundidade.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/urbanizacaoetransicaoedafecundidade.pdf)
6. Alves JED e Cavenaghi S. A fecundidade no Rio de Janeiro.[sd] [acesso em 6 jan 2009] [http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/afecundidadederj\\_favelacidade.pdf](http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/afecundidadederj_favelacidade.pdf).
7. Alves JED e Correa S. Demografia e ideologia: trajetos históricos e os desafios do Cairo +10. Rev Bras Est Pop. 2003; 20: 129-156.
8. Alves JED e Fonseca MC. Determinantes estruturais e institucionais da transição da fecundidade no Brasil. Anais do 9º Encontro de Estudos Populacionais, 1994. Caxambu, São Paulo, Brasil. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 1994.
9. Anais Seminário As Famílias e as Políticas Públicas [evento na internet]; 2005 Belo Horizonte, MG. Mesa Proteção Social e Família. Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2005. [acesso 10 dez 2008] Disponível em: <http://www.abep.org.br>
10. Arilha M. Contracepção, empowerment e entitlement: um cruzamento necessário na vida das mulheres. In: Bérquó E, organizador. Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil. Family Health International. 1995.
11. Ávila BA. Direitos Sexuais e Reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro. 19 (Sup.2): 465-469.2003.
12. Bai J, Wong FW, Bauman A., Moshin M. Parity and pregnancy outcomes. Am. J. Gynecol., 2002; 186: 2: 274-278.
13. Bardin L. Análise de conteúdos. Lisboa: Edições 70; 1995.

14. BEMFAM. Sociedade de Bem-Estar Familiar no Brasil. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios - PNAD/DHS 1996. Rio de Janeiro; 1997.
15. Berquó E. Brasil, um caso exemplar. Anticoncepção e partos cirúrgicos. Seminário A situação da mulher e desenvolvimento. NEPO/UNICAMP. Campinas, 1993.
16. Berquó E e Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária, em 2002. Cad. Saúde Pública. 2003; 19: supl 2.
17. Berquó E e Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: 14º Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004. [acesso em 8 jun. 2005] Disponível em: [www.abep.org.br](http://www.abep.org.br).
18. Bongaarts J. The end of the fertility transition in developing world. Population and Development Review. 2002, 28(3):419-443.
19. Brandão ER e Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública. 22(7):1421-1430, jul, 2006.
20. Bulatao R e Casterline J. Global transition. Population and Development, Review 2001; 27.
21. Caetano AJ. O declínio da fecundidade e suas implicações. In: Anais do Seminário Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil. ABEP, 2004. [Acesso 8 de jul de 2005 ] <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10>.
22. Camarano AA. A hipótese de convergência dos níveis de fecundidade nas projeções populacionais. São Paulo em Perspectiva 10(2) 1996.
23. Carvalho DS e Novaes HMD. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Cad. Saúde Pública, 2004. 20 sup 2: S220-230.
24. Carvalho JAMD. Demographic dynamics in Brazil: recent trends and perspectives Brazilian Journal of Population Studies, Campinas, v.1, 1998.
25. Carvalho MLO. Antecedentes e conseqüências da esterilização feminina: trajetórias em busca do controle da própria da fecundidade. Tese de doutorado apresentada ao Departamento de Saúde Materno Infantil. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2001.
26. CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão

Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro. Abril 2008. [acesso em 26 set de 2008.] <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

27. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla M . Saúde Reprodutiva e Direitos Humanos: integrando medicina, ética e direito. Rio de Janeiro. CEPIA, 2004.
28. Corrêa S. PAISM Uma história sem fim. Rev Brás Estudos Pop, Campinas, 10(1/2),1993.
29. Cortés-Majo M, Garcia-Gil C, Solano-Pares AM, Viciano F. Análisis epidemiológico del papel de la fecundidad en el descenso de la mortalidad materna en las comunidades autónomas españolas a lo largo del siglo XX. Rev Sanidad Higiene Publica 1990; 64; 425-438 .
30. Costa A. Atenção Integral à Saúde da Mulher: *Quo Vadis*. Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde da mulher no Brasil[tese]. Brasília: UNB; 2004.
31. Costa MC, Guilhem D, Silver LD. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres em questão. Rev Bras Saúde Materno Infantil. Recife, 2006; 6(1): 75-84.
32. Díaz M e Díaz J. Qualidade de atenção em saúde sexual e reprodutiva; estratégias para mudanças. In: Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Galvão, L & Díaz, J, organizadores . São Paulo: Hucitec/ Population Council, 1999.
33. Diderichsen F. Evans T. and Whitehead M. (2001) Chapter 2: The social basis of disparities . In: Evans T. Whitehead M. Diderichsen F. Bhuiya A. Wirth M. eds. Challenging health inequities: from ethics to action. Oxford University Press pp.1- 500.
34. FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de anticoncepção. São Paulo; 2004
35. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad.Saúde Pública. Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan,2008.
36. Giffin K e Costa S. As práticas contraceptivas e o aborto no Brasil. In: Reflexões sobre gênero e fecundidade no Brasil. Berquó, E, organizador. Family Health International; 1995.
37. Goldani AM. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Galvão, L & Díaz, J, organizadores. São Paulo: Hucitec/Population Council,1999.
38. Governo do Estado do Paraná. Seis unidades de saúde básicas construídas pelo Estado em Curitiba já funcionam - Agência Estadual de Notícias - AEN 06/09/2007. <http://www.agenciadenoticia.pr.gov.br>.

39. Guimarães MBL. Feminização da pobreza e religiosidade. In: Para compreender a pobreza. Valla, V, organizador. Rio de Janeiro: Contraponto/ Escola Nacional de Saúde Pública, 2005.
40. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Baltimore: Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, Programa de Informação de População, 2001.
41. Horta CJG, Carvalho JAM, Nogueira OJO. Evolução do comportamento reprodutivo da mulher brasileira – 1991-2000 - Cálculo da taxa de fecundidade total em nível municipal. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004. [acesso em 14 out. 2005] Disponível em: [http:// www.abep.org.br](http://www.abep.org.br).
42. Horta CJG & Fonseca MC. Evolução recente da fecundidade em Minas Gerais, IX Seminário sobre a Economia Mineira, Diamantina. In: Anais do IX Seminário sobre a Economia Mineira, Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR. 2000; 2; 701-719.
43. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico da população 2000. Rio de Janeiro.
44. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil socioeconômico da maternidade nos extremos reprodutivos. 2005. [acesso em 10 dez 2005] [www.ibge.gov.br/homr/estatistica/populacao/perfil\\_maes/Maes\\_jovens\\_e\\_maduras.pdf](http://www.ibge.gov.br/homr/estatistica/populacao/perfil_maes/Maes_jovens_e_maduras.pdf)
45. IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil dos municípios. [ Acesso em 15 out 2008] [http://www.ipardes.gov.br/perfil\\_municipal](http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal)
46. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. PNAD 2007 Primeiras análises Demografia e Gênero. Comunicado da Presidência. Brasília: 2008; 3. [ acesso em 30 nov 2008] Disponível em [http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado\\_presidencia/08\\_10\\_07\\_Pnad\\_PrimeirasAnalises\\_N11demografia.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/08_10_07_Pnad_PrimeirasAnalises_N11demografia.pdf)
47. IPPUC. Bairros Curitiba 2007. Maxigráfica. Curitiba. 2007
48. Itaboraí NR. A proteção social da família contemporânea: reflexões sobre a dimensão simbólica das políticas públicas. ABEP Anais Seminário as Famílias e as Políticas Públicas. 21 a 22 de novembro de 2005 Belo Horizonte, MG. [ acesso em 20 jan 2009] <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/outros/FamPolPublicas/NathalieItaborai.pdf>
49. Jelin E. Familia y género: notas para el debate. Rev Estudos Feministas. 1995; 2: 394-413.
50. Lima RA. Demografia. A sós, para sempre. Revista Veja. 11 de junho, 2008.

51. Mansur LHB. Experiência de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural. *Rev PsicolCiênciaprofissão Brasília*: 2003; 23:4.
52. Martins CM e Almeida MF. Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano, São Paulo, Brasil, 1997. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35
53. Mason K. Determinants of women's power and autonomy in five Asian Countries. Paper presented to the Annual Meeting of the Population association of America, April, San Francisco, 1995.
54. Médici AC e Beltrão KI. Transição demográfica no Brasil: uma agenda de pesquisa. Trabalho apresentado na "IV Conferência Latinoamericana de Población". Realizada na cidade do México, 23 a 26 de março de 1993.
55. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ed. São Paulo: Hucitec, 2004.269p.
56. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
57. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.
58. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília,DF: Ministério da Saúde. 2004.
59. Ministério da Saúde. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº 1) Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2005.
60. Ministério da Saúde. Saúde amplia distribuição de anticoncepcionais e atende mais de 5.200 municípios- 30/06/2005 [acesso em 20 nov 2008]  
<http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias>
61. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. PNDS 2006. Relatório Brasília, DF, 2008.
62. Morell MGG e Campanário PR. Hipótese da homogeneização da anticoncepção: evidências para uma polêmica. Anais do X Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Vinte anos de ABEP. Caxambu, 1996.
63. Moura ERF, Silva RM, Galvão MTG. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2007; 23(4): 961-970.
64. Neri C.M. Perfil das mães brasileiras. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, 2005. [ acesso em 30 nov 2005].Disponível em [www.fgv.br](http://www.fgv.br)



65. ONU. Organização das Nações Unidas. IV Conferência mundial sobre a mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
66. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Manual para el análisis de la fecundidad. Publicación científica.494Washington, DC E.U.A.,1986.
67. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Género, salud y desarrollo en las Américas. Indicadores Basicos, 2005. [acesso em 15 dez 2006] Disponível em <http://www.paho.org>.
68. OPAS.Organização Panamericana de Saúde. Salud en las Américas, 2007. Acesso [acesso em 8 out 2008]. Disponível em <http://www.paho.org>.
69. OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action-Proceedings of a Regional Consultation Convened by PAHO/WHO in collaboration with the World Association for Sexology, Antigua Guatemala, Guatemala, May 19-22, 2000 (Washington, Dc: PAHO 2001) [ acesso em 15 dez 2008] Disponível em <http://www.paho.org/English/HCP/HCA/promotionsexualhealth.pdf>
70. Osis MJD, Fagundes A, Makuch MY, Mello MB, Sousa MH, Araújo MJO. Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: 2006; 22(11):2481-2490.
71. Patarra NL e Oliveira MC. Transição, transições. Anais VI Encontro de estudos populacionais. ABEP, 1988.
72. Pellegrini Filho A. Ciencia en prol de la salud: notas sobre la organización de la actividad científica para el desarrollo de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS/OMS; 2000. 98 p.
73. Pirotta KCM e Schor N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. Rev. Saúde Pública. 2004; 38: 449.
74. Population Environment Research Network [Cyber Seminar Discussion List]. Rural Household Micro-Demographics, Livelihoods and the Environment. 10-24 de abril de 2006. Summary os first Week's Discussion. Pernseminars archives [acesso em 1 out 2008] <http://listserver.ciesin.columbia.edu/cgi-bin/wa?A2=ind0604&L=pernseminars&T=0&F=&S=&P=4353>
75. Prefeitura Municipal de Curitiba. Curitiba a história e o perfil <http://www.curitiba.pr.gov.br/Cidade>.
76. RIPSAs Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ministério da Saúde. OPAS. Brasília, 2001.
77. RIPSAs Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Ministério da Saúde. Brasília, 2002.

78. Scavone L. Dar vida e cuidar da vida. Feminismo e Ciência. São Paulo: Editora UNESP, 2004
79. Schor N, Ferreira AF, Machado VL, França AP, Pirotta KC, Alvarenga AT , et al. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. Cad. Saúde Pública. 2000; 16: 2, 377-384.
80. Scott J. An useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press, 1989.
81. Simonsen SME, Lyon JL, Alder SC, Varner MW. Effect of multiparity on intrapartum and newborn complications in the young women. Obstetrics & Gynecology. 2005; 106:454-60.
82. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para Mulheres. Presidência da República. Brasília. 2008
83. SMS Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Histórico da Secretaria Municipal de Saúde e Áreas temáticas. [www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms](http://www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms)
84. SMS Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Protocolo de planejamento familiar. 3 ed. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde,2005. [www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms](http://www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms)
85. SMS Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Conselho Municipal da Saúde. Acompanhamento do Plano operativo anual - 2005, 2006, 2007. [www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms](http://www.curitiba.pr.gov.br/saúde/sms)
86. Tavares LS, Leite IC, Telles FSP. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2007; v10(2):139-48
87. Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Borges de Souza Jr R. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões da saúde.Rev.Saúde Pública 2008;42(1);73-81
88. Therborn G. Sexo e Poder. A Família no Mundo. 1900-2000. São Paulo: Editora Contexto; 2006
89. UNFPA. Fundo de População das Nações Unidas. Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, CIPD94 - Resumo do Plano de Ação. Nações Unidas, Nova York; 1995.
90. UNFPA Fundo de População das Nações Unidas. Planejamento familiar no Brasil-50 anos de história. Conclusões do evento comemorativo ao Dia Mundial de População no Brasil. Brasília, 11 de julho de 2008.

91. Vieira EM, Badiani R, Dal Fabbro AL, Rodriguez Jr AL. Características do uso de métodos anticoncepcionais no estado de São Paulo. Rev Saúde Pública, 2001;36(3): 363-70.
92. Vieira EV. Políticas Públicas e Contraceção no Brasil. In Sexo & Vida . Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas: Editora da UNICAMP, 2003.
93. Wolf A. Working girl. Prospect Magazine. April, 2006. [http://www.prospect-magazine.co.uk/article\\_details.php?id=7398](http://www.prospect-magazine.co.uk/article_details.php?id=7398).
94. Yazaki LM. A fecundidade no município de São Paulo e em suas subprefeituras: algumas características do padrão reprodutivo. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2004. Disponível em: [www.abep.org.br](http://www.abep.org.br).
95. Zimicki S. The relationship between fertility and maternal mortality. In: Contraceptive use and controlled fertility. Parmell, AM, organizer. National Academy Press. Washington, D.C., 1989.

## ANEXOS

## ANEXO 1

## Roteiro de Entrevista

**INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES  
QUE VIVENCIAM ALTA FECUNDIDADE**

**Pesquisadora responsável: Vânia Muniz Néquer Soares**

Classificação da entrevista		
No. de identificação do questionário		Data: ____/____/ 2006
Nome do entrevistador		
Identificação da entrevistada		
Horário de início da entrevista: _____ horas _____ minutos.		
Nome		
Endereço: <i>(Completar todos os dados abaixo para um possível segundo contato)</i>		
Rua (Av.): _____		
N.º: _____ Apto (ou complemento): _____		
Bairro: _____ Ponto de referência comercial ou outro: _____		
Linha de ônibus: _____		
Telefone Residencial: _____		
Telefone do trabalho (dela ou companheiro): _____		
Telefone para recado (parente, amigo ou vizinho): _____		
Celular: _____ Telefone comunitário mais próximo: _____		
Tem nome ou apelido pelo qual é conhecida pelos vizinhos? Qual?		
_____		
Características sócio-demográficas e econômicas da entrevistada:		
1.	Onde você nasceu?	Cidade: _____ 1.Z. Rural <input type="checkbox"/> 2. Z. Urbana <input type="checkbox"/> Estado: _____
2.	Há quanto tempo mora em Curitiba	Meses: _____ Anos: _____
3.	Você morou em outra cidade anteriormente (citar a última)	1. ( ) Sim Onde: _____ Quanto tempo: _____ 2. ( ) Não
4.	Qual seu estado conjugal?	1 ( ) Solteira 2 ( ) Separada ou divorciada 3 ( ) Viúva 4 ( ) Casada legalmente 5 ( ) União consensual 9 ( ) Não responde
5.	Esta foi (ou é) a sua primeira união?	1 ( ) Sim 2 ( ) Não 9 ( ) Não responde

6.	Quantas uniões você teve além desta?	<input type="text"/>	Número de uniões 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não responde
7.	Em que mês e ano você nasceu?	Mês <input type="text"/> <input type="text"/>	Ano <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	Então, quantos anos completos você tem?	Anos completos	<input type="text"/>
9.	Quantos irmãos você teve ou tem?	Teve <input type="text"/>	Tem <input type="text"/> Não se aplica <input type="checkbox"/>
10.	Você freqüentou escola?	1 ( ) Sim 2 ( ) Não	
11.	Qual foi a última série que você cursou na escola?	Menos de 1 ano 0 ..... ( ) Primário/1º Grau 1 ..... ( ) 2 ..... ( ) 3 ..... ( ) 4 ..... ( ) Ginásio/1º Grau 5 ..... ( ) 6 ..... ( ) 7 ..... ( ) 8 ..... ( )	Colégio/2º Grau 1 ..... ( ) 2 ..... ( ) 3 ..... ( ) Universidade 1 ..... ( ) 2 ..... ( ) 3 ..... ( ) 4 ..... ( ) 5 ..... ( ) 6 ..... ( ) 7+ ..... ( ) Não Lembra/Não sabe ..... ( ) Não Responde ..... ( ) Não se aplica ..... ( )
12.	Você consegue ler carta ou jornal facilmente, com dificuldade ou não consegue ler?	1 ( ) Facilmente 2 ( ) Com dificuldade 3 ( ) Não consegue ler 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não responde	
13.	Atualmente, qual é a sua religião?	1 ( ) Católico Romana 2 ( ) Protestante histórico 3 ( ) Pentecostal (evangélico/crente) 4 ( ) Espírita Kardessista 5 ( ) Afro-Brasileira 6 ( ) Nenhuma 7 ( ) Outra. Qual? _____ (especifique) 9 ( ) Não Responde	

14.	Qual a sua raça/cor?  (leia as opções para que a entrevistada escolha uma delas)	1 ( ) Branca 2 ( ) Parda 3 ( ) Preta 4 ( ) Indígena 5 ( ) Amarela 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não responde
15.	Você trabalha atualmente, além das tarefas domésticas? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 9 ( ) Não Responde	16. Qual é a sua ocupação, isto é, qual o tipo de trabalho que você tem?  _____ (especifique)
17.	Você já trabalhou antes, além das tarefas domésticas? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 9 ( ) Não Responde	18. Qual foi a sua ocupação, ou seja, tipo de trabalho que você teve?  _____ (especifique)
19.	Qual o total da renda atual de sua família? (colocar neste espaço como sobrevive se a renda for zero)	Renda <input type="text"/> R\$ 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não Responde
20.	Quantas pessoas dependem dessa renda familiar, incluindo você?	Quantas? <input type="text"/> 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não Responde
Dados do companheiro/marido		
21.	Quantos anos completos seu marido/companheiro tem?	Anos completos <input type="text"/> 8. Não se aplica <input type="checkbox"/>
22.	Onde nasceu seu marido/companheiro atual	Cidade: _____ 1. Z. Rural <input type="checkbox"/> 2. Z. Urbana <input type="checkbox"/> Estado: _____ 8. Não se aplica <input type="checkbox"/>
23.	Há quanto tempo ele mora em Curitiba	Anos: _____ Meses: _____
24.	Quantos irmãos seu marido/companheiro teve ou tem?	Teve <input type="text"/> Tem <input type="text"/>

25.	Qual foi a última série que seu marido/companheiro cursou na escola?  Menos de 1 ano 0 ..... ( ) Primário/1º Grau 1 ..... ( ) 2 ..... ( ) 3 ..... ( ) 4 ..... ( ) Ginásio/1º Grau 5 ..... ( ) 6 ..... ( ) 7 ..... ( ) 8 ..... ( )	Colégio/2º Grau 1..... ( ) 2..... ( ) 3..... ( ) Universidade 1..... ( ) 2..... ( ) 3..... ( ) 4..... ( ) 5..... ( ) 6..... ( ) 7+..... ( ) Não Lembra/Não sabe..... ( ) Não Responde ..... ( ) Não se aplica ..... ( )
26.	Seu companheiro está empregado? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 9 ( ) Não Responde	27. Qual a ocupação de seu companheiro/marido?  _____ (especifique)
28.	Atualmente, qual a religião do seu marido/companheiro?	1 ( ) Católico Romana 2 ( ) Protestante histórico 3 ( ) Pentecostal (evangélico/crente) 4 ( ) Espírita Kardessista 5 ( ) Afro-Brasileira 6 ( ) Nenhuma 7 ( ) Outra. Qual? _____ (especifique) 9 ( ) Não Responde 10 ( ) Não se aplica
<b>Características da fecundidade e intenções reprodutivas</b>		
29.	Quantos filhos ou filhas você teve?	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
30.	O que a motivou a ter estes filhos? Fale um pouco sobre seus desejos, planos em relação o número de filhos que queria ter. (anotar no verso se necessário)  _____ _____ _____ _____	
31.	Você teve algum aborto? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não Responde	32 Quantos abortos você teve:  <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>

33.	Em que gestação foi este aborto? 1ª ( ) 6ª ( ) outra: _____ 2ª ( ) 7ª ( ) 3ª ( ) 8ª ( ) 4ª ( ) 9ª ( ) 5ª ( ) 10ª ( )	34. Você teve alguma complicação ou problema de saúde devido a este aborto? 1. Não ( ) 2. Sim ( ) Qual? _____ _____ _____
35.	Quantos filhos e quantas filhas vivem com você? (Se nenhum, escreva zero)	Filhos em casa..... <input type="text"/> A Filhas em casa..... <input type="text"/> B
36.	Quantos filhos e filhas <b>não</b> vivem em casa com você? (Se nenhum, escreva zero)	Filhos fora de casa.... <input type="text"/> C Filhas fora de casa.... <input type="text"/> D
37.	Teve algum filho que nasceu vivo, mas já morreu?	1 ( ) Sim 2 ( ) Não 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não Responde
38.	Quantos filhos e filhas nascidos vivos que já morreram? (Se nenhum, escreva zero)	Filhos mortos ..... <input type="text"/> E Filhas mortas ..... <input type="text"/> F
39 SOMA	<b>(Some os valores de A até F)</b>	Total de Filhos nascidos vivos <input type="text"/>
	Só para ver se entendi corretamente, então você teve G filhos nascidos vivos?	1 ( ) Sim 2 ( ) Não → Verifique qual o erro e corrija as informações acima.
40.	Você tem filhos (ou filhas) vivos que foram adotados? 1 ( ) Sim. Quantos? _____ 2 ( ) Não 3 ( ) Não responde	
41.	Você tem enteados(as), filhos que não sejam seus, que moram com você? 1 ( ) Sim. Quantos? _____ 2 ( ) Não 3 ( ) Não responde	



42.	Está atualmente grávida? 1 ( ) Sim 2 ( ) Não 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não responde						
43	O(s) companheiro (s) influenciou (aram) na definição deste número de filhos? Fale um pouco como foram seus casamentos/uniões e a relação com o número de filhos atual						
44.	Nome/iniciais	Sexo	Data de nascimento	Qual foi o tipo de parto	Está vivo?	Com quem vive?	De que união
1.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
2.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
3.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
4.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
5.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
6.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
7.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
8.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
9.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
10.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
11.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
12.	_____	( )F ( )M	__/__/__	( ) N ( )C	( )Sim ( )Não		
				N- Normal C- Cesáreo	M- Mãe P- Pai PA- Padrasto MP ou MPA - Pai e mãe, Padrasto e mãe F- Familiares O- outros		
45.	Quantos filhos nascidos vivos você teve na: União						
		1a.	2a.	3a.	4a.	5a.	Atual
	Filhos nascidos vivos						
	Filhos vivos						
46.	Aqui em Curitiba, qual a Sra acha que é o número ideal de filhos para uma família. <input type="text"/>						
47.	Se pudesse escolher; com as condições de vida que a Sra tem hoje, quantos filhos desejaria ter (preferiria ter)? <input type="text"/>						

48.	E se pudesse voltar atrás e viver de novo e tudo fosse como você gostaria, quantos filhos desejaria ter? <input type="text"/>	
49.	Em que outras condições você teria mais filhos? _____ _____ _____	
50.	Quantos filhos você teria nestas condições? <input type="text"/>	
51.	Quantos filhos seu marido/companheiro desejava (preferia) ter ? <input type="text"/>	
<b>Vida sexual e anticoncepção: Conhecimento, uso e acesso aos métodos contraceptivos e vida sexual</b>		
52.	Com que idade iniciou atividade sexual ? <input type="text"/>	
53.	Como considera sua vida sexual hoje? _____ _____ _____ E sempre foi assim? _____ _____ _____	
54.	Você conhece algum método para evitar a gravidez?  1 ( ) Sim 2 ( ) Não 8 ( ) Não Sabe 9 ( ) Não Responde	55. Que método conhece?(marcar os referidos-deixar a entrevistada citar)  1 ( ) DIU 2 ( ) Anticoncepcional Oral 3 ( ) Preservativo Masculino 4 ( ) Preservativo Feminino 5 ( ) Anticoncepcional Injetável 6 ( ) Pílula do dia seguinte 7 ( ) Diafragma 7 ( ) Laqueadura 8 ( ) Vasectomia 9 ( ) Aborto 10 ( ) Outros(coito interrompido, muco, temperatura. _____ (especifique) 11 ( ) Não Sabe 12 ( ) Não Responde



63.	<p>Quantas vezes você recebeu orientação sobre planejamento familiar nos serviços de saúde até hoje?</p> <p><input type="text"/></p> <p>8. ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
64.	<p>Recebeu alguma orientação sobre esterilização feminina (laqueadura) alguma vez?</p> <p>1 ( ) Sim →Qual? { _____</p> <p>2 ( ) Não { _____</p> <p>8 ( ) Não Sabe { _____</p> <p>9 ( ) Não Responde { _____</p>
65.	<p>Você solicitou alguma vez a laqueadura nos serviços de saúde?</p> <p>1 ( ) Sim _____</p> <p>2 ( ) Não Porque? _____</p> <p>_____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
66.	<p>Você teve acesso a laqueadura?</p> <p>1 ( ) Sim Onde? _____</p> <p>2 ( ) Não Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
67.	<p>Recebeu alguma orientação sobre vasectomia (método masculino de esterilização) alguma vez?</p> <p>1 ( ) Sim Qual? _____</p> <p>2 ( ) Não _____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
68.	<p>Seu marido/ companheiro se interessou alguma vez pela vasectomia?</p> <p>1 ( ) Sim _____</p> <p>2 ( ) Não _____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
69.	<p>Seu marido solicitou alguma vez a vasectomia nos serviços de saúde?</p> <p>1 ( ) Sim _____</p> <p>2 ( ) Não Por que ? _____</p> <p>_____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
70.	<p>Seu marido teve acesso(fez) a vasectomia ?</p> <p>1 ( ) Sim Onde? _____</p> <p>2 ( ) Não Por que? _____</p> <p>_____</p> <p>8 ( ) Não Sabe _____</p> <p>9 ( ) Não Responde _____</p>
71.	<p>Você sabe que de acordo com a nova lei (se satisfeitos alguns critérios) a mulher tem direito a fazer a esterilização pelo SUS sem precisar pagar, e o homem a vasectomia?</p> <p>1 ( ) Sim _____</p> <p>2 ( ) Não _____</p> <p>9 ( ) Não responde _____</p>

<b>Condições de saúde auto-referidas</b>	
72.	Como você classifica sua saúde hoje: 1 ( ) Boa Por que? _____ 2 ( ) Regular Por que? _____ 3 ( ) Ruim Por que ? _____ 8 ( ) Não Sabe _____ 9 ( ) Não Responde _____
73.	Você apresentou algum problema de saúde nos últimos doze meses? Quais? 1 ( ) Sim Qual? _____ 2 ( ) Não _____ 8 ( ) Não Sabe _____ 9 ( ) Não Responde _____
74.	Você ficou com problemas de saúde devido as gravidezes ou aos partos ? Quais? 1 ( ) Sim Qual? _____ 2 ( ) Não _____ 8 ( ) Não Sabe _____ 9 ( ) Não Responde _____
<b>Percepções e vivências das entrevistadas</b>	
75.	Cite os aspectos bons, ou as vantagens de ter este número de filhos? _____ _____ _____ _____ _____ _____
76.	E quais os aspectos que não foram tão bons em relação a este um número de filhos? _____ _____ _____ _____ _____ _____
77.	O que as pessoas falam sobre você ter este número de filhos? _____ _____ _____ _____ _____

78	<p>Na sua opinião o que seu marido acha deste número de filhos?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
79.	<p>O que você acha que seria necessário para poder cuidar melhor de seus filhos? Quem você acha que poderia ou deveria ajudar?</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
80	<p>Recebe ajuda de algum programa social do governo          Sim( )          Qual?( ) Bolsa Família,( ) Programa do leite( ), Creche( ),Pré- escola, ( )Outro: _____          Não( )          Precisa ( ) Qual?( ) Bolsa Família,( ) Programa do leite( ), Creche( ),Pré- escola( ) Nenhum( )</p>
<p>Horário do final da entrevista: _____ horas _____ minutos.</p>	
<p>A Srª aceitaria participar da segunda etapa desta pesquisa, daqui um tempo de uma, em uma nova entrevista gravada?          1.Sim ( ) 2.Não( )</p>	
<p>Observações do campo: anotar se a entrevistada tem facilidade de verbalização e ou se seria indicada para a segunda etapa da pesquisa. Anotar a percepção do entrevistador sobre o relacionamento da entrevistada com os membros da família. Anotar as condições do domicílio.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	

## **Anexo 2**

### **Roteiro temático das entrevistas da etapa qualitativa**

1. Você poderia falar como é a sua vida no dia a dia com seus filhos?
2. Como foi para você a chegada do primeiro filho? E para o companheiro?
3. Como foi a chegada do último filho, para você? E para o companheiro?
4. Você acha que as mulheres querem ter filhos atualmente? Quantos? Por que?
5. Como seu companheiro/s participou (participaram) na criação dos filhos?
6. Como você vê o futuro de seus filhos?
7. O que você faz nas horas de lazer? E com seu marido, o que costumam fazer juntos?

**ANEXO 3 - PERFIL DAS ENTREVISTADAS NA ETAPA QUALITATIVA A PARTIR DOS DADOS DA ETAPA QUANTITATIVA**

**QUADRO - Perfil 1 – MULLHER**

Pseudônimo	Naturalidade	Estado conjugal	Número Uniões/companheiros	Idade	Nº Irmãos	Nº Anos de estudo	Religião	Raça/cor	Ocupação atual	Renda/classe	Nº Filhos nascidos Vivos	Nº Dependentes
Vanda	Guarapuava	União Consensual	3 comp-2 uniões	30	4	6	Evangélica	Branca	Operadora caixa-desempregada	800- <b>camadas populares</b>	5	7
Ana	Antonina	União Consensual	2 comp-1 união	36	6	4	Católica	Preta	Reciclagem de papel	400- <b>camadas populares</b>	5	6
Sonia	Curitiba	União Consensual	2 comp-2 uniões	36	4	4	Católica	Preta	Reciclagem de papel	70- <b>camadas populares</b>	5	5
Rosa	Curitiba	União Consensual	1 comp-1 união	37	5	1	Católica	Branca	Auxiliar de serviços gerais	500- <b>camadas populares</b>	13	15
Karin	Antonina	Casada Legalmente	4 comp-1 união	35	3	10	Testemunha de Jeová	Branca	Não trabalha - só estuda	1600- <b>camadas médias</b>	5	7
Gladis	Rezende	União Consensual	2 comp-1 união	27	2	11	Nenhuma	Branca	Gerente de vídeo locadora	3500- <b>camadas médias</b>	5	6
Adriana	Londrina	Casada Legalmente	1 comp-1 união	34	4	18	Católica	Branca	Não trabalha	5000 <b>camadas médias</b>	8	9
Carol	Curitiba	União Consensual	2 comp-2 uniões	30	2	11	Católica	Branca	Esteticista	5300- <b>camadas médias</b>	5	8
Sueli	Assaí	União Consensual	3 comp-2 uniões	36	5	14	Nenhuma	Preta	Estudante de direito(estágio)	4000- <b>camadas médias</b>	5	8



**QUADRO - Perfil 2 – MULHER**

Pseudônimo	✓ O que a motivou a ter estes filhos	Nº Abortos	Nº filhos vivem com a mãe	Nº ideal de filhos em Curitiba	Nº preferiria ter	Se pudesse voltar atrás quantos filhos desejaria ter	Em que outras condições você teria mais filhos?	Quantos filhos você teria nestas condições
Vanda	Sempre com várias tentativas de ter um menino, segunda união mais uma menina, plano somente 1 casal.	0	5	2	2	2	Casa própria, emprego melhor, salário alto.	6
Ana	Falta de orientação e tentativa de conseguir outro menino	0	5	2	2	2	Estrutura financeira melhor	6
Sonia	Por descuido	2	3	1	2	1	Menos violência e mais estabilidade no emprego	2
Rosa	Queriam a casa cheia, porque a família numerosa significa muito amor	2	11	3	10	13	Um emprego melhor porque as vezes falta dinheiro	13
Karin	O primeiro foi por descuido, o segundo não foi planejado, terceiro foi utilizando DIU, o quarto foi planejado, o quinto foi utilizando DIU	3	5	2	3	3	Não teria	3
Gladis	Até o segundo filho foi planejado, o médico não quis fazer a laqueadura e depois foi acontecendo até que o último filho foi uma gravidez de risco e finalmente fizeram a laqueadura.	0	4	3	5	5	Se pudesse me organizar mais, pois as crianças tomam muito tempo tendo que ficar exclusivamente para eles, acho bom ter muitos filhos mas às vezes me frustro em não poder dispor de dinheiro para dar melhores condições para eles.	5
Adriana	A palavra que tem recebido na igreja	1	7	não quis opinar	não quis opinar	8	Acha que não tem um número ideal de filhos	Quantos Deus mandar.
Carol	1º filho teve quando ainda quando namorava e perdeu , a 2ª gestação (gêmeos) e 3º gravidez não foi planejada. Na 4º gravidez estava com problemas no casamento, achou que poderia melhorar, mas acabou se separando 3 anos após o nascimento da criança. A 5º foi do segundo companheiro.	1	5	1	5	5	Se tivesse mais saúde, queria ter o 6º filho, só não vai ter porque já tem várias cesáreas e o médico disse que seria muito perigoso.	6
Sueli	Tinha 17 anos - teve o 1º filho por inexperiência. 2ª filha foi planejada. Os demais foram por falhas contraceptivas, o 5º foi do segundo companheiro	1	4	não opinou	5	5	Não pode ter mais filhos, fez histerectomia.	5

**QUADRO – Perfil 3 - COMPANHEIRO**

Pseudônimos	Idade companheiro	Naturalidade companheiro	Nº irmãos companheiro	Anos de Estudo	Ocupação Companheiro	Religião do Companheiro	Influência do companheiro no numero de filhos	Quantos filhos seu marido/companheiro desejava (preferia) ter?
Vanda	28	São João	1	11	Auxiliar escritório	Evangélica	Na primeira união queria um menino, então lutou várias vezes na quarta filha separou, marido era violento. Segundo casamento teve mais uma menina	1
Ana	38	Antonina	14	4	Catador de papel	Católica	Queria tentar um menino	6
Sônia	38	Campo Mourão	4	4	Desempregado	Católica	Nada, achava que a gravidez é normal	1
Rosa	39	São Mateus do Sul	6	4	Pedreiro	Católica	Nunca falou nada, se aconteceu tem que cuidar	13
Karin	36	Nova Esperança	2	8	Supervisor operacional	Católica	Três não influenciaram, o quarto queria uma menina, e depois tiveram ainda além desta mais um menino que ele queria, mas que viveu poucos minutos.	2
Gladis	39	Curitiba	3	8	Escritório de advocacia	Nenhuma	Não, acontecia só que pra ele assim, é o segundo casamento, então ele já tinha 3 filhos né e ele sempre gostou, pra ele ficou grávida é que é a vontade de Deus	8
Adriana	46	Iguaraçu	7	11	Autônomo-representante	Católica	Sim, influenciou O pai é atencioso, participativo	
Carol	32	Londrina	2	11	Comunicação visual	Católica	Não influenciou. Inclusive o atual marido trata melhor as crianças do que o pai biológico.	3
Sueli	36	São Paulo	4	13	Servidor público	Nenhuma	A primeira filha engravidou do namorado. A segunda gravidez era esperada pelo casal para aquele momento, mas para futuro poderiam ter mais filhos,tiveram mais dois, separou e teve mais um com novo companheiro que queria porque não tinha filhos ainda	

#### ANEXO 4 - QUADROS RESUMO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO

**Tema 1: Trajetórias reprodutivas conflituosas - da falta de autonomia à dificuldade de acesso aos direitos sexuais e reprodutivos**

<b>Categorias</b>	<b>Contexto Social da Mulher</b>	<b>Unidades de sentido</b>	<b>Inferências</b>
-------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------

<b>O início da reprodução</b>	Mulheres camadas populares	<p>Eu me sentia muito criança, porque da minha filha que tem hoje 13 anos eu engravidei com 16 anos, eu não tinha noção do que era ser mãe... Tanto que quando ela começou a chamar eu de mãe eu achava estranho, que a gente sei lá, a idade, eu cresci assim, sem mãe, não tinha carinho de ninguém, o pai viajava direto, aí eu tentei me apegar nela, mas aí ela tinha 9 meses, eu achei o pai da minha segunda filha e vim embora pra cá(Curitiba), e eu deixei ela lá(Guarapuava com o avô).(VANDA)</p> <p>A gente fica feliz, enquanto ta num, foi planejado, a gente fica alegre, mas depois que nasce que vê as dificuldades que é né. Daí(da primeira gravidez) logo depois, eu tava com 4 meses de gravidez, minha mãe faleceu né, meu pai já era meio ruim não quis me ajudar, então cada um foi arrumando seu lugarzinho e isso aí, e até meu primeiro filho não é dele, quando eu tava grávida de quatro meses né, quando eu conheci ele, e eu falei que tava grávida, ele registrou depois né, Ele é meu segundo marido(companheiro), e estamos há 20 anos juntos (ANA)</p> <p>O primeiro aconteceu né, eu não usava nada para não engravidar (SÔNIA)</p> <p>Eu era muito criança, eu ia fazer 15 anos ainda né, mais era tudo mais fácil, então foi mais fácil (ROSA)</p>	<p>A primeira gravidez aconteceu na adolescência de forma inesperada, devido ao desconhecimento dos métodos, a imaturidade e a vulnerabilidade psicoafetiva. Novos companheiros que não o pai biológico ou a família assumiram a gravidez ou filhos já tidos do primeiro relacionamento</p>
	Mulheres camadas médias	<p>Eu tinha 16 anos, e assim eu tava tendo uma convivência de 1 mês com o pai do meu filho, não tava nem namorando, então eu acabei viajando e eu descobri nesta viagem que eu tava grávida dele, e realmente eu não tinha planos nenhum, eu cuidava naquela época, só que eu usava tabelinha, então assim a gente não tinha muito aquelas campanhas que existe hoje, a mãe não conversava muito com a gente a respeito de preservativo, isso porque as mães não queriam que as filhas tivessem vida sexual, então elas não incentivavam, não falavam sobre isso...Falar era incentivar, então não tinha na mídia, não tinha... o posto de saúde nem pensar, em você pedir uma camisinha, um preservativo, e então, e não era comum naquela época pedir para o parceiro usar né.(KARIN)</p> <p>A primeira gravidez eu tava com 18 anos, fiquei grávida do namorado Na realidade a minha primeira filha eu tive sozinha, eu fui para o Rio de Janeiro ganhar minha filha, daí quem acompanhou minha gestação foi minha mãe, foi uma gestação tranqüila, demorei para descobrir que tava grávida, que eu tinha muitos problemas de menstruação, atrasava dois meses daí vinha 15 dias.</p>	<p>Três mulheres também engravidaram fora de uma união, referindo falta de orientação da família, outras duas engravidaram logo depois de casadas e o primeiro filho foi esperado, mas não exatamente planejado para aquele momento.</p>

<b>A finalização da reprodução</b>	Mulheres Camadas populares	O quinto filho( da segunda união)... desde que agente estava namorando nos planejamos, ele é pai pela primeira vez né,... eu achei que ele merecia uma filha, ... mas .daí eu já peguei os papeis para fazer a laqueadura....., era para fazer após três meses, mas eu voltei ela tava com seis meses, é que eu tinha medo de fazer anestesia na espinha..... Mas eu esperava um menino, porque eu pensei assim, vai ser minha última gestação, eu pedia pra Deus... que eu tinha 4 meninas.(VANDA)	A finalização da reprodução para estas mulheres, não foi uma decisão fácil, a composição do sexo dos filhos tidos interferiu nesta decisão, bem como a pressão dos novos companheiros para terem seus próprios filhos. O fato de não terem filhos do sexo masculino desencadeou processos de depressão pós parto em dois casos
		Eu tinha um menino do primeiro companheiro , do segundo eu pensei... depois de 10 anos a gente só fez meninas seguido(três), eu achei que na quinta gravidez ia ser piá.... veio mais uma menina..... , porque se eu tivesse só a mais velha e mais um piá, com certeza eu já tinha parado já, ... eu entrei em depressão fiquei três meses sem tomar banho, fiquei de cama..... (obs: no dia da entrevista ficou sabendo que estava grávida novamente, ficou surpresa pois achava que estava na menopausa, mas voltou a esperança de ter “um piá” para o segundo companheiro) (ANA)	
		O pai dela queria né ( a última), ele hoje é falecido....(SONIA)	
		O último (13º filho)... eu queria mata ele (companheiro), eu não queria mais filho, muita criança e só eu para cuidar, eu tava com vontade de esgana ele. Foi bobeira mesmo. (ROSA)	
Mulheres camadas médias		Quando casei eu tinha três meninos (fora de uniões), e ele tinha três também de outro casamento, eu sempre quis ter uma menina, a gente é meio assim alma gêmea. Tive a menina e depois mais um menino, eu fiquei muito feliz, eu queria ter um filho homem com meu marido., então fiz laqueadura.(KARIN)	O desejo de ter filhos com o novo companheiro influenciou na decisão de adiar a finalização da reprodução. Marido e religião levaram a definição da mulher pelo não controle da fecundidade em um caso, mas as falas, transparecem certas dúvidas, sobre a possibilidade de continuar indefinidamente tendo filhos, (já teve cinco cesáreas), atribui a sua segurança e o número de filhos a dádiva de Deus e se conforma.
		Então quando eu fiquei grávida do terceiro , eu fui fazer pré-natal eu já falei que eu queria fazer laqueadura, que eu não queria mais filho, mas o médico, disse, não eu vou te mostrar os prós e os contra, não é bem assim, não funciona desta forma, .... ( obs: teve mais dois filhos, o último morreu logo após o parto, fez a laqueadura após esta última cesárea, mas em seguida separou-se, o relacionamento já estava comprometido antes desta gravidez).(GLADIS)	
		Deus me deu oito filhos, e quando eu tava grávida da “ oitava” , o “sétimo” ...era ainda tão pequenininho ele era muito carinhoso afetuoso.... , eu pensava será que eu vou gostar desta menina, e no final das contas ela nasceu assim com amor tão grande né. Deus vai dando amor assim ...., é uma garantia que eu posso ter um outro filho, eu posso encara outra cesárea, Deus tem sido muito	

<b>O número ideal de filhos</b>	Mulheres Camadas populares	A maioria das mulheres não quer ter filho por causa do financeiro, umas porque vai ficar gorda, deprimida, vai ficar com estrias, vai ficar com isso...e outras por causa da condição financeira, se não tenho filho trabalho só pra mim, e se eu tiver um filho eu vou ter que trabalhar pra mim e para os filhos, a maioria mesmo é pelo dinheiro.(VANDA)	As entrevistadas consideram que as mulheres querem ter menos filhos pelas questões financeiras e estéticas e voltam a referência do critério de ter filhos de ambos os sexos para então encerrar a reprodução.
		Há eu acho assim né, quando vem um casazinho ela tem que parar né.(ANA)	
		Há hoje em dia uns querem muito outros querem pouco, depende. Não sei(SÔNIA)	
		É muito difícil, porque 2, 3 você consegue, mais de 3 não dá.(ROSA)	
	Mulheres camadas médias	Eu acho que as mulheres estão querendo ter menos filhos, chegam na minha idade de 35 anos sem filhos não querem mais ter, porque são independentes, estudaram, estão trabalhando.... Agora tem meninas com 14,15 anos que pararam de estudar, que mora na periferia, que a vida delas vem de pensar com 14 anos engravidar e casar e criar filhos, então esta questão cultural conta bastante. (KARIN)	Os fatores que influenciam outras mulheres a terem menos filhos na opinião das entrevistadas que tinham maior renda foram: a busca pela independência, a realização profissional, a cultura da sociedade, e falta de segurança para criar os filhos.  A falta de estrutura familiar e de religiosidade foi apontada por uma entrevistada.  A mulher pobre e sem estudo teria uma tendência a ter mais filhos.
		Pelo o que eu tenho visto acho esse é o último plano da mulher atualmente, mais isso é um pouco de cultura social, porque as de classe baixa elas tem uma tendência, uma probabilidade muito maior de engravidar mais cedo, as vezes não por querer o filho, não é tanto pela falta de instrução, mas é que eu acho que querem independência pensam que morando com alguém já resolve os problemas, aí quando vê já tem um filho, 2 e 3 e assim vai, mas a maioria mesmo assim não quer não, hoje em dia é o último plano mesmo, varia né de pessoa para pessoa, mas pelo o que eu vejo das amigas, das mulheres que a gente conversa é que a pretensão é primeiro de formar, fazer uma faculdade, arrumar um bom emprego, comprar um carro.(GLADIS)	
		Então a família de hoje não tem que ser isso (pai, mãe e um casal de filhos), isso é o que a sociedade diz que tem que ser,... o padrão, pra você poder dar educação, dar faculdade, pra você dar isso e dar aquilo, mas não adianta, ... o importante, o melhor que você pode dar é (o ensinamento de)Deus. ..... Eu sei são varias situações, tem mulheres pobres, sempre foram, não tem conhecimento, informação, ou porque não tem um companheiro do lado. Não tem uma estrutura familiar; porque hoje em dia... as pessoas não tem Deus,	



**Tema 2: Desigualdades sociais e de gênero, determinantes da vida reprodutiva e produtiva das mulheres com alta fecundidade.**

<b>Categorias</b>	<b>Contexto Social da Mulher</b>	<b>Unidades de sentido</b>	<b>INFERÊNCIAS</b>
-------------------	----------------------------------	----------------------------	--------------------



<b>Cotidiano em casa versus o trabalho profissional</b>	Mulheres camadas populares	<p>Eu trabalhava, era limpar casa dos outros, lavar roupa dos outros, porque daí eu não tinha registro na carteira, daí ainda tava morando lá, no favelão, na invasão lá, eu arrumei um trabalho de zeladora, meu primeiro registro na carteira, foi no hiper mercado, e daí lá eu achei que ia melhorar, mas eu trabalhava a noite, eu chegava 7 horas da manhã, ele tava atrás da porta me esperando, ele me grudava assim, saía me batendo no meio da casa na frente das meninas.(Obs: separou-se do segundo companheiro após agredi-la com uma faca)</p> <p>No dia a dia atualmente com o terceiro companheiro, eu levanto pela manhã, levo minha pequena na creche que fica o dia todo, depois do almoço vão as 4 para escola, a neném fica o dia todo na creche, porque eu trabalhava né, eu to levando na creche para não perder a vaga, porque a creche é municipal, eu estou atrás de emprego, com filho não dá pra ficar parada. Meu atual marido trabalha a noite, mas ele é o pai só da neném, e o pai das outras meninas dá só 150,00 e quando dá.(VANDA)</p>	<p>O cotidiano envolve apenas a mulher e os filhos, o pai não aparece, estes não contribuem efetivamente no dia a dia.</p> <p>O cotidiano das mulheres inclui preparar e levar os filhos para escola, limpar a casa, e alimentar os filhos</p> <p>Estas mulheres não tem profissão apenas sub emprego ou estão desempregadas.</p>
		<p>Eu levanto, faço café, daí eu mando as 2 para ir para escola, porque eu tenho 2 que tão no colégio agora, e daí ele(companheiro) traz os papel da rua, e eu é que vou enfardar lá até as onze e pouco, meio dia, daí eu entro pra dentro aí neste intervalo as meninas já chegaram, já tão limpando a casa, daí faço almoço e levo a roupa da casa só, e é assim. A tarde eu fico em casa cuidando das meninas só. (ANA)</p>	<p>Reaparece o problema da violência</p>
		<p>E você trabalha com o marido na... ajudo a separar o papel... Lavo roupa, levo a crianças na aula, busco, saio ou vou na escola, faço um monte de coisa(SÔNIA)</p>	
		<p>Agora eu trabalho fora, daí eu levanto de manhã, dou café para todo mundo, solto os que tem que soltar para escola, e daí meu marido me leva para o serviço e trabalho até as 5 da tarde( auxiliar de serviços gerais em uma maternidade). Meu marido vai me buscar, então daí eu chego mais rápido, chego em casa 5:10, 5:15 e daí começo tudo de novo, dar banho em criança, faço comida, colocar todo mundo na cama, deito e vou dormir.(ROSA)</p>	
	Mulheres camadas médias	<p>Eu estudo pela manhã (segundo grau), quando eu não estudo eu to em casa fazendo minhas atividades de casa. Olha eu posso dizer que eu sou feliz, sou realizada como mãe, como esposa,... como mulher não, porque eu quero assim meus objetivo alcançar ainda né. (KARIN)</p>	<p>Estas mulheres mesmo com muitos filhos e história de separação dos companheiros tiveram novas chances para recuperar os estudos e ou</p>

<b>As condições de lazer das mulheres</b>	Mulheres camadas populares	<p>Eu gosto de sair bastante, de conversar, não gosto de ficar sozinha, quando não to na minha sogra, eu to na casa de uma amiga minha, eu me sinto mal ( provavelmente porque sofreu uma tentativa de assassinato pelo o ex marido), daí eu só venho pra cá na hora que elas vêm, (Com o atual companheiro).....quando a gente tem dinheiro, a gente vai num cinema, mais olhe um monte de criança, “brincandinho” nos gastamos 100 reais, com lanche, com tudo, então não é sempre que a gente vai.....a gente quer levar elas no zoológico, levar nestes parques bonitos em Curitiba, só que a gente tem que ir de ônibus e agora com frio não anima.(VANDA)</p>	<p>As mulheres deste grupo tem opções de lazer limitadas: apenas ficar em casa, ver televisão e visitar familiares, em parte devido aos poucos recursos financeiros. Apenas uma referiu as possibilidades de lazer gratuito que a cidade oferece.</p>
		<p>Eu gosto muito de assistir TV, na parte da tarde eu tenho livre, só saio mesmo quando tem que levar um filho no médico, pra passear assim eu nunca saio, eu prefiro ficar em casa, daí eu fico sozinha, não gosto muito de sair. Tenho alguns momentos com meu marido quando ele chega do serviço. (ANA)</p>	
		<p>Há eu gosto de passear nas casas dos parentes, nós só vamos na mãe dele. (SONIA)</p>	
		<p>Nós só ficamos em casa, única coisa que nós fazemos é ir lá na casa da minha sogra, não somos de sair de casa, é muito perigoso, não dá para deixar a casa sozinha (ROSA)</p>	
	Mulheres camadas médias	<p>É meu momento pra mim é quando eu vou pra escola pela manha, a noite eu gostaria de ter assim, a noite eu gostaria de ter um momento com meu marido, mas é difícil, porque daí eles vão pra escola a noite e tem os pequenos em casa, eles dormem tarde, e quando você deita com eles para fazer eles dormirem e que eles sabem que derrepente você vai levantar da cama, eles adivinham e daí eles não dormem, então momentos pra nós mesmo é difícil, porque se a gente quer ter aquele momento, a gente vai no quarto da minha mãe que é lá nos fundos ou vai no motel, mas assim é muito raro, nossa vida é em função deles praticamente, e a gente sente muita falta disso, uma coisa que fica assim entre aspas.(KARIN)</p>	
	<p>Tudo o que eu trabalho são coisas prazerosas que eu gosto de fazer, então eu trabalho com artesanato, então igual a locadora, assisto filme, interajo com tudo o que acontece, então o meu trabalho é meu lazer.(obs; está sem companheiro) (GLADIS)</p>		
	<p>Todo mês vou no cabeleireiro, este mês eu não consegui ir, porque antes eu tinha</p>		

<b>A participação dos companheiros no sustento e a criação dos filhos</b>	Mulheres camadas populares	(O segundo companheiro)... ele trabalhava 1 mês ou 2 meses numa empresa e saía, até hoje tanto que a gente vai fazer 5 anos separado e ele não é um cara de pegar um emprego e trabalhar, depois que eu separei dele nunca mais registrou, eu sei por causa da pensão, e daí foi assim muita miséria, passava fome e sabe, e daí tipo eu já tinha as 3 na mamadeira, na fralda. Ele falou assim pra mim, “ta vendo aqueles matinhos lá, pegue lá e cozinhe para suas filhas”, como se a filha fosse só minha. Meu marido atual trabalha a noite, mas ele é o pai da neném só, e o pai das meninas dá 150,00 e quando dá, ele ajuda de vez em quando. (VANDA)	Os pais são ausentes, não ajudam financeiramente, ou pouco ajudam.
		Vivemos os dois com essa parte da coleta de papel com carrinho.....nós estamos guardando um dinheirinho para pagar casa da Cohab que a prefeitura está providenciando- para sair da favela. Ele ajuda,hoje ficou com elas para eu ir no médico.(ANA)	
		Os pais .....nenhum deu nada para as crianças(SÔNIA)	
		De dia até que eles ficam sozinhos, depois do almoço meu marido fica (em casa), ele trabalha autônomo(pedreiro), é mais perigoso a noite ficar sozinho na favela. (ROSA)	
	Mulheres camadas médias	Meu marido atual trabalha, mas me ajuda, ele chega do trabalho, normalmente é ele que faz a janta a noite, então ele participa bastante na educação deles e até na rotina da casa.(KARIN)	Os companheiros ajudam “na medida do possível” na opinião das mulheres, dão suporte, apoio, colaboram, conversam com os filhos, ajudam a educar os filhos  O novo companheiro aceita os filhos como seus, são bons pais, dão apoio e dão suporte financeiro, ajudam na educação dos filhos.
		Não, ele ajuda, a parte financeira com ele eu não tenho problemas, por isso que tanto é que eu moro numa casa e ele mora na outra, então não tem atrito assim. Ele ajuda claro, ele é participativo dentro do que ele pode, quando tem apresentação no colégio ele vai, reunião de pais quando eu não posso ir ele vai.. (estão separados)(GLADIS)	
		É ele ajuda bastante,....mas as vezes eu tenho que falar, olha tem que me ajudar mais..., é que ele chega cansado, senta aqui quer ver televisão, ele brinca com as crianças, conversa. Somos companheiros, acho que somos, eu acho que devia ser maiias companheiro. Ele é machista as vezes, com certas coisas sim. A participação do casal é equilibrada....(ADRIANA)	
		Meu marido(atual) colabora bastante, me apóia bastante, brinca com as crianças. A gente chega em casa dá toda a atenção as crianças, e durante o dia a gente tem que trabalhar pra poder proporcionar uma vida melhor para as crianças.(CAROL)	
O primeiro a participação foi física. Na verdade não tive um relacionamento			

<b>O futuro dos filhos</b>	Mulheres camadas populares	<p>É possível criar mais filhos, claro, não do jeito que você quer né, eu digo criar sem fatura, sem calça cara, calçado caro.</p> <p>Conviver com 5 filhos é difícil, a gente quer dar uma vida melhor e não pode, a gente paga aluguel, se for para pensar hoje, olhe pensaria em ter 1, por causa da crise financeira no caso, para por no mundo é fácil, o duro é para criar, colégio, quando fica doente, daí a gente vê a dificuldade que é. Sem falar que, ainda mais eu que tenho filha em casa, querem andar bem vestida, querem andar mais mocinha.(VANDA)</p>	<p>As mulheres deste grupo referem que é possível criar os filhos sem luxo, mas gostariam de dar mais e melhores condições aos filhos.</p>
		<p>A gente quer o melhor, a gente nunca quer que seja igual o da gente assim, que nem eu falo para minhas meninas, estudar, a mais velha até um pouco antes de engravidar ela tava estudando, e daí começou a querer namorar já mandou pra casa da avó em outra cidade, daí eu achei que lá ia cuidar, mais foi pior que aqui na favela, porque lá é um bairro bom, mas lá é que começou a aprontar e agora tem um filho e parou de estudar, diz que vai voltar estudar quando filho tiver mais idade.(ANA)</p>	<p>O estudo é o maior bem que podem dar/ofertar/cobrar dos filhos, para que estes venham a ter uma vida diferente e melhor que a dos pais. No entanto isto nem sempre ocorre, no caso de duas entrevistadas, as filhas adolescentes já tem filhos pequenos e estavam morando com a mãe, pelo menos outras duas referiram que os filhos adolescentes se envolveram com drogas um foi assassinado.</p>
		<p>Há eu vejo, quero que eles melhorem né, uma vida não igual a minha, analfabeta (SÔNIA)</p>	
		<p>Quero que eles melhorem que tenham uma vida não igual a minha, analfabeta... Há não sei, se depender de mim vai ser tudo bom né, porque estudando como tem que estudar, porque minha mãe me tirou...só estudei 1 ano, para cuidar dos meus irmãos, mas eu não quero que meus filhos fiquem sem estudar. ( tem uma filha que já casou não deu certo tem dois filhos e voltou a morar com a mãe)(ROSA)</p>	
	Mulheres camadas médias	<p>Eu não me arrependo de ter tido os meus filhos que eu os amo e lógico que nenhuma mãe teria que se arrepender, mas assim se eu tivesse tido menos filho eu poderia estar dando uma educação melhor para eles, uma qualidade de vida melhor, muitas coisas que a gente quer dá e não consegue. Os mais velhos precisam fazer cursinho e a gente não tem condição de pagar, tem que procurar alguma ONG, e vão ter que entrar numa Federal par fazer faculdade.(KARIN)</p>	<p>Demonstram sentimento de frustração por não poder dar “ uma vida melhor” aos filhos.</p>
		<p>Há... a questão profissional assim não avalio muito eles né, mais eles são bem inteligentes são bem ativos, sempre tem boas notas, estudam, tudo quanto é evento no colégio eu faço questão que eles participem, então se tem palestra, ida ao museu, ao teatro, ao um parque, tudo eu faço questão que eles participem, porque tudo para eles vai influenciar futuramente.(GLADIS)</p>	<p>Procuram dar o melhor estudo, se possível em escola particular</p>
		<p>Eu penso assim que o futuro deles é lógico que eu tenho que me preocupar como</p>	<p>Relatam dúvidas quanto ao futuro profissional dos filhos, caso não tenham acesso a uma faculdade pública, pois</p>



## ANEXO 5

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**  
**Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde**

Você esta sendo convidada para participar de uma pesquisa. As informações existentes neste documento são para que você entenda os objetivos desta pesquisa, e saiba que a sua participação é espontânea. Se durante a leitura deste documento houver alguma dúvida você deve fazer perguntas para que eu possa explica-lhe tudo que desejar. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, solicitarei que assine este documento, que está em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável.

Este é um estudo sobre as **INTENÇÕES E COMPORTAMENTOS REPRODUTIVOS DE MULHERES QUE VIVENCIAM ALTA FECUNDIDADE**, a Pesquisadora Responsável é a enfermeira **VÂNIA MUNIZ NÉQUER SOARES**, doutoranda da Faculdade de Saúde Pública, na Universidade de São Paulo, sob a orientação da **PROF<sup>a</sup> DRA NÉIA SCHOR**.

O telefone para contato da pesquisadora responsável é o: **9971-2501**.

Eu sou pesquisadora colaboradora e irei entrevistá-la, meu nome é \_\_\_\_\_ e meu telefone é o \_\_\_\_\_.

Esta pesquisa tem por objetivo contribuir para o entendimento dos comportamentos reprodutivos (o conhecimento, uso e o acesso aos métodos anticoncepcionais) de mulheres com alta fecundidade (mulheres com cinco ou mais filhos vivos), e entender a experiência e a vivencia destas mulheres e os reflexos desta alta fecundidade sobre sua saúde.

Para a obtenção destas informações se faz necessário a realização de entrevistas com mulheres que possam contribuir com a pesquisa. Caso aceitar participar a senhora irá responder perguntas de um questionário e as entrevistas poderão ser gravadas.

Não haverá nenhum risco para a senhora, e os resultados da pesquisa podem beneficiar outras pessoas.

Caso você queira desistir de participar da pesquisa, poderá fazê-lo em qualquer tempo e no momento em que desejar sem nenhum prejuízo ou penalidades.

Durante o decorrer da pesquisa, caso você venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação a mais, use os telefones acima.

Você tem o compromisso dos pesquisadores de que a sua identidade será mantida em absoluto sigilo.

**Estando esclarecida sobre a pesquisa solicito que assine a declaração abaixo.**

**DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do RG: \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito como sujeito.

Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador, ..... sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Curitiba, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Colaborador

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)