

acordo com os pesos da amostragem, que variam segundo a região. Pode-se encontrar o número de casos não-ponderados, segundo as características básicas da população da PNSMIPF, na tabela 1.5. Para facilitar a leitura, as frequências são apresentadas como números inteiros, e as porcentagens, com um decimal. Devido a arredondamentos, é possível que as frequências não somem exatamente o tamanho da amostra, e que as porcentagens não somem exatamente cem. Nas tabelas de porcentagens, medianas ou médias, o tamanho da amostra está indicado somente para os totais, e não para a categoria, simplificando assim a leitura. Em muitos casos, o leitor pode deduzir o tamanho da amostra de uma tabela anterior. Foram suprimidos das tabelas os dados estatísticos baseados em menos de 20 casos (não-ponderados).

2. Casamento e exposição à concepção

2.1. INTRODUÇÃO

O presente estudo sobre fecundidade e seus principais determinantes, inicia-se com uma análise do potencial reprodutivo da população brasileira. O interesse da PNSMIPF no comportamento reprodutivo da população brasileira está implícito no desenho da pesquisa, já que é restrito a mulheres em idade reprodutiva, de 15 a 44 anos. Dentro desta subpopulação existe uma parcela com pouca possibilidade de engravidar, por não serem sexualmente ativas ou fisiologicamente capazes de engravidar. Este capítulo focalizará a população exposta à concepção.

No Brasil, como na maioria das sociedades, o nascimento dos filhos ocorre geralmente dentro do contexto de uniões. Estas uniões podem ser formais – sancionadas por lei, ou informais – sancionadas pelos costumes. A época da primeira união pode ser um indicativo do início da vida reprodutiva. Entretanto, a formação de uma união pode ser consequência de uma gravidez, ao invés de a gravidez ser o resultado de uma união recente.

Uma vez em união, muitos outros fatores adicionais determinam a exposição à concepção (e a demanda potencial por anticoncepcionais): infertilidade temporária ou permanente, frequência do coito ou abstinência de relações sexuais, amenorréia ou abstinência pós-parto. O conceito de exposição à concepção leva em consideração a capacidade fisiológica da mulher de conceber, assim como sua atividade sexual. Informação sobre a proporção de mulheres expostas à concepção torna-se, particularmente, importante, porque nem toda mulher em união está exposta e não apenas as mulheres em união estão expostas.

A amamentação e a abstinência sexual no período pós-parto contribuem para uma infertilidade temporária, protegendo a mulher contra uma possível gravidez. A duração da infertilidade pós-parto varia enormemente entre diferentes populações, influenciando os níveis de fecundidade. Assim, optou-se pela inclusão, neste capítulo, da análise sobre amamentação, abstinência e amenorréia pós-parto.

A análise do potencial reprodutivo da mulher brasileira é de grande relevância para as políticas e programas de planejamento familiar e saúde materno-infantil. A idade ao casar ou na qual se iniciam as relações sexuais, juntamente com o uso de anticoncepcionais, determinam a incidência de gravidez na adolescência. As medidas de exposição à concepção fora ou dentro de uma união podem orientar programas de planejamento familiar em direção às mulheres necessitadas desses serviços. Os níveis de amamentação são de interesse direto para a avaliação da saúde nas crianças. A nupcialidade e a infertilidade pós-parto, juntamente com a contracepção, constituem os mais importantes determinantes diretos ou próximos da fecundidade.

2.2. ESTADO CIVIL ATUAL

O estado civil atual foi coletado na PNSMIPF como informação básica para servir de subsídio nas mais diversas análises. A mulher foi questionada se, no momento da entrevista, ela estava casada, vivendo em união consensual (maritalmente), separada, divorciada, viúva ou solteira. As opções eram lidas para a entrevistada, para assegurar sua compreensão de que o nosso interesse era tanto por uniões formais como pelas informais. Para as mulheres que declararam nunca terem sido casadas, perguntou-se se já tinham vivido com um companheiro em uniões informais, já que as mulheres brasileiras que se separaram de uniões informais, consideram-se e são consideradas pela sociedade como solteiras. Nas análises deste estudo a mulher que respondeu que já havia vivido com um companheiro informalmente foi considerada como separada.

Cinquenta e nove por cento das mulheres brasileiras entre 15 e 44 anos estão atualmente casadas ou em união. Trinta e quatro por cento são solteiras e os restantes sete por cento, separadas, divorciadas ou viúvas na época da entrevista. A distribuição percentual do estado civil atual, classificado por grupos de 5 anos, encontra-se na tabela 2.1.

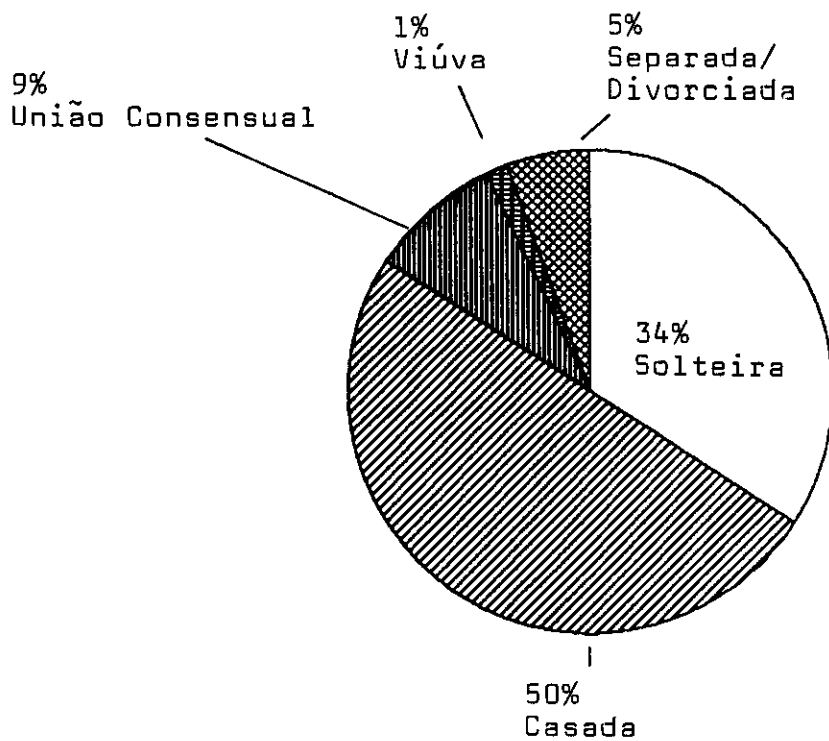
O casamento não pode ser considerado universal, no Brasil. Aos 30 anos, mais de 10% das mulheres ainda não se casaram, e este percentual é de quase 5% por volta dos 44 anos de idade.

No Brasil, as uniões consensuais representam 15% do total de uniões.

Nove por cento das mulheres entrevistadas declararam viver em união consensual. Este tipo de união decresce com a idade: as uniões consensuais representam mais da metade de todas as uniões de mulheres com idade inferior a 20 anos; na faixa etária de 20 a 24 anos elas perfazem um-quarto de todas as uniões; e somente um-oitavo de todas as uniões de mulheres acima de 35 anos de idade. Isto indica que algumas mulheres iniciam sua vida conjugal em uniões informais que, posteriormente, são legalizadas ou dissolvidas.

Sete por cento das mulheres entrevistadas não se encontravam em união, por estarem no momento separadas, divorciadas ou viúvas. A proporção de mulheres nestas categorias, como é de se esperar, aumenta com a idade. Também a proporção das que vivenciaram a dissolução de uma união é provavelmente bem superior à apresentada na tabela, já que muitas haviam iniciado uma nova união, sendo consideradas como casadas no momento da entrevista. Como o histórico dos casamentos não foi coletado na pesquisa, não foi possível chegar a uma conclusão sobre a extensão da dissolução de uniões nem sobre a duração total das mesmas.

Gráfico 1
Estado Civil
Mulheres de 15—44 anos de idade
PNSMIPF — Brasil, 1986



2.3. IDADE NO PRIMEIRO CASAMENTO

Para todas as mulheres que declararam terem vivido pelo menos uma vez com um companheiro, foi perguntado o mês e o ano em que ocorreu a primeira união. Caso a entrevistada não soubesse precisar o mês e o ano, era perguntada sua idade na ocasião. Foi bastante enfatizado que esta data (ou idade) referia-se ao primeiro casamento, que podia não ser necessariamente o atual.

A distribuição da idade ao casar é apresentada na tabela 2.2, segundo a idade atual da entrevistada, por grupos de cinco anos. Os grupos etários de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos foram omitidos, porque na faixa etária de 15 a 19 anos menos da metade das mulheres estão casadas e no grupo de 20 a 24 anos é impossível saber a respeito da experiência de todo o grupo, já que menos da metade das mulheres mais jovens deste grupo etário encontram-se casadas ou unidas.

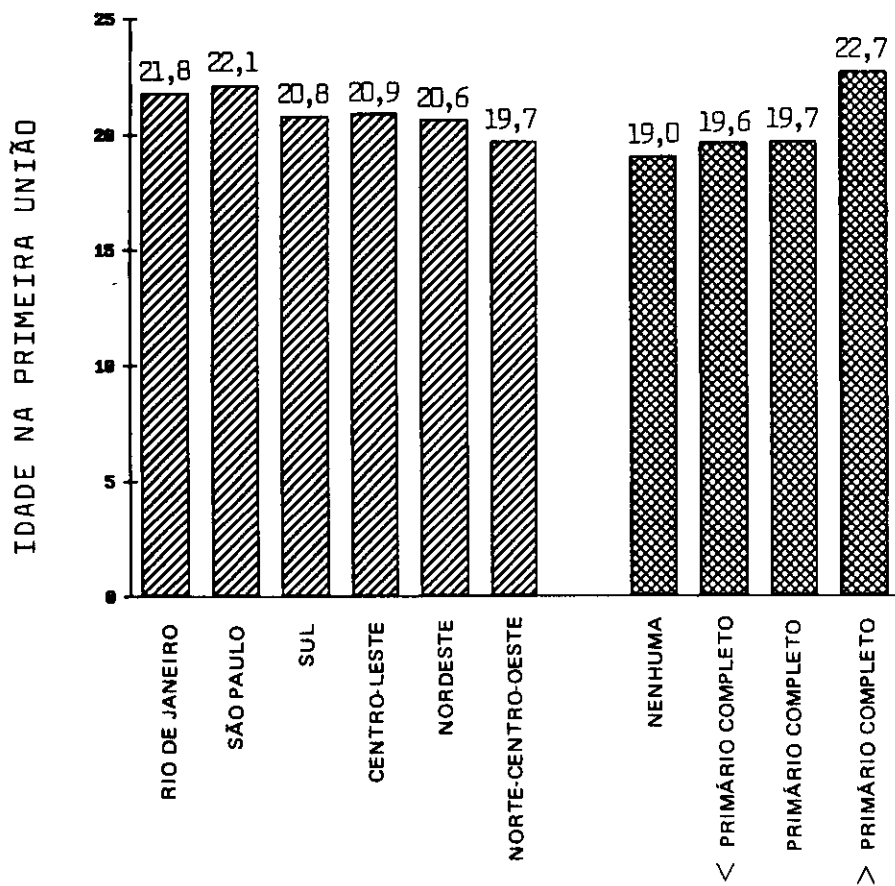
Os resultados apresentados na tabela 2.2 mostram que a idade na primeira união é elevada. Menos de 4% das mulheres se casam antes dos 15 anos de idade, e menos de 40% estão casadas aos 20 anos. Por volta dos 25 anos de idade, 26% ainda não se casaram. A proporção de mulheres casadas, por grupo etário atual, mostra que a idade ao casar não mudou nos últimos 20 anos, no Brasil. Observa-se que em cada grupo etário somente uma proporção pequena de mulheres estava casada antes dos 15 anos de idade. Também não foi observada uma diferença significativa no percentual de mulheres que se casam antes dos 20 anos de idade, quando se comparam mulheres que casaram recentemente (de 25-29 anos de idade) com mulheres que se casaram há mais tempo (de 40-44 anos de idade).

A idade mediana na primeira união, apresentada na última coluna da tabela 2.2, é a idade exata na qual metade das mulheres se casam. A idade mediana da mulher brasileira ao se casar é de 21,2 anos. A constância da idade mediana observada em cada coorte, mostra a estabilidade da idade na primeira união, ao longo do tempo.

A tabela 2.3 mostra a idade mediana na primeira união, segundo a região, local de residência e grau de instrução da mulher. Comparando uma mesma coorte, pode-se observar diferenças de idade mediana na primeira união de acordo com as características da mulher. Regionalmente, observa-se uma variação da idade ao casar. Para as mulheres de 25-29 anos de idade, a idade mediana na primeira união é de quase um ano a mais no Rio de Janeiro e em São Paulo, quando comparada com as outras regiões do País. A idade mais baixa na primeira união é encontrada nas áreas urbanas do Norte-Centro-Oeste. As mulheres das áreas rurais do País se casam mais cedo que as das áreas urbanas (20,0 e 21,6 anos, respectivamente). O grau de instrução também exerce uma influência na idade da primeira união. Mulheres com uma instrução maior tendem a postergar o casamento. A idade mediana na primeira união de mulheres que não frequentavam escolas é de 19 anos; para aquelas com instrução menor ou igual ao Primário completo é de quase 20 anos; e para as com nível de instrução maior que o Primário é de quase 23 anos.

Quando se compara a idade mediana na primeira união para coortes de idades sucessivas, constata-se que em alguns subgrupos houve modificações nos últimos tempos. Em São Paulo, no Sul e nas áreas urbanas do Norte-Centro-Oeste, a idade ao casar aumentou de aproximadamente um ano. O oposto ocorreu no Rio de Janeiro e no Centro-Leste, onde a idade na primeira união declinou. Não foi observada nenhuma mudança sistemática ao longo dos anos, segundo o local de residência e o nível de instrução.

Gráfico 2
 Idade Mediana na primeira união
 Mulheres de 25–29 anos de idade
 PNSMIPF – Brasil, 1986



2.4. EXPOSIÇÃO À CONCEPÇÃO

Os programas de planejamento familiar podem ser melhor orientados quando se tem um conhecimento da população exposta à concepção. Na PNSMIPF, mais do que nas pesquisas anteriores, foi feito um esforço no sentido de se obterem maiores informações sobre a exposição à concepção.

Consideram-se como mulheres expostas à concepção aquelas que estavam ovulando (determinado pela menstruação nas últimas seis semanas), que eram sexualmente ativas nas últimas quatro semanas e férteis. As mulheres são consideradas férteis se nos últimos 5 anos casaram-se ou tiveram um filho vivo ou usaram algum método anticoncepcional. Todas as mulheres solteiras que nunca tiveram um filho vivo, mas que haviam menstruado nas últimas seis semanas e eram sexualmente ativas, são também consideradas expostas. Mulheres expostas à concepção incluem, pois, aquelas que estão usando a anticoncepção e também as mulheres presumivelmente férteis que não estão usando métodos anticoncepcionais por uma razão ou outra: algumas querendo engravidar, outras talvez por não gostarem dos métodos disponíveis e algumas não-motivadas suficientemente. As mulheres que não estão expostas à concepção estão sob determinadas condições que podem ser temporárias ou permanentes, inclusive o fato de estarem grávidas.

A tabela 2.4 mostra a porcentagem de mulheres expostas à concepção, por estado civil e idade. A proporção de mulheres expostas à concepção entre todas as mulheres é de somente 46,0%. Entre as mulheres atualmente casadas ou em união, 72,0% estão expostas e para aquelas que não estão unidas esta porcentagem é bem mais baixa: 23,0% das mulheres separadas, viúvas ou divorciadas e somente 6,0% das mulheres que nunca estiveram unidas. Isto porque estes dois grupos são constituídos, na sua maioria, por mulheres que não são sexualmente ativas.

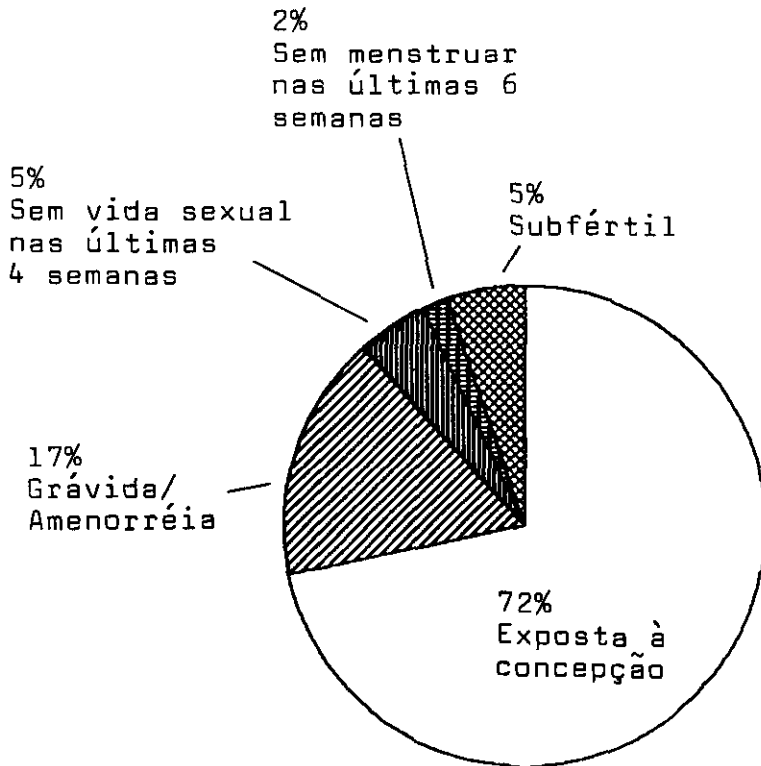
As condições de não-exposição à concepção para as mulheres atualmente em união, por grupo etário, são apresentadas na tabela 2.5. Classificaram-se quatro tipos distintos de condições para a não-exposição, mas, por não serem as categorias mutuamente excluídas (uma mulher poderia ser classificada tanto na categoria de subfértil quanto na de sexualmente inativa, nas últimas quatro semanas), optou-se pela classificação hierárquica.

Primeiramente, selecionaram-se mulheres que estavam grávidas ou em amenorréia pós-parto e que, posteriormente, poderão tornar-se futuras usuárias da anticoncepção, passando para a categoria expostas à concepção. A segunda seleção foi das mulheres presumivelmente subférteis ou inférteis, pois são as que não usaram nenhum anticoncepcional nos últimos 5 anos e não tiveram nenhum parto neste período. Esta é provavelmente uma estimativa cautelosa da verdadeira prevalência da infertilidade, porque algumas mulheres que são inférteis poderiam ter estado expostas à concepção por um período inferior a cinco anos, sendo, portanto, excluídas desta estimativa.

A tabela 2.5 mostra que 17% das mulheres atualmente casadas estão grávidas ou em amenorréia pós-parto (10% estão grávidas) e 5% são classificadas como subférteis. Como esperado, a proporção de mulheres grávidas ou em amenorréia decresce com a idade, enquanto a proporção de subférteis aumenta.

A terceira categoria de mulheres não-expostas à concepção é constituída pelas mulheres que não tiveram relações sexuais nas últimas quatro semanas. Este grupo corresponde a 5% das mulheres atualmente casadas ou em união, percentual este que cres-

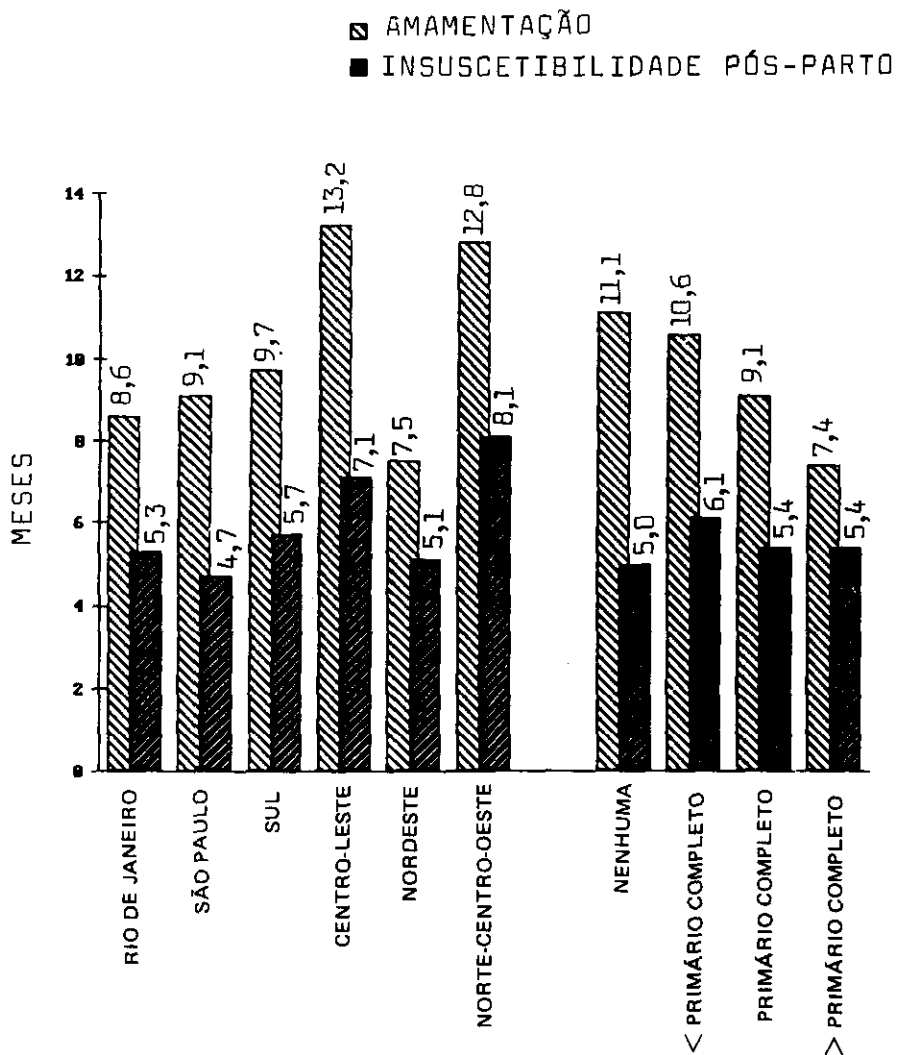
Gráfico 3
Condição quanto à exposição à concepção
Mulheres em união de 15—44 anos de idade
PNSMIPF — Brasil, 1986



ce com a idade. Este percentual seria maior, caso tivéssemos começado a hierarquização por esta categoria, já que algumas grávidas, mulheres no pós-parto e subférteis não tiveram relações sexuais neste período. As mulheres casadas incluídas nesta categoria são provavelmente aquelas mulheres cujos maridos estão temporariamente viajando ou doentes. Presumivelmente, algumas dessas mulheres estarão expostas à concepção, em alguma época no futuro.

A outra categoria de não-expostas é constituída por mulheres que não menstruaram nas últimas 6 semanas e que não foram classificadas em nenhuma das três categorias anteriores. Elas perfazem 2% das mulheres atualmente casadas ou em união. Os 72% das mulheres expostas à concepção serão examinados em detalhes neste estudo.

Gráfico 4
 Duração média da amamentação e insuscetibilidade pós-parto
 PNSMIPF – Brasil, 1986



2.5. INFERTILIDADE PÓS-PARTO

O período de infertilidade pós-parto diminui apreciavelmente a possibilidade de engravidar. Este período pode ser prolongado através da prática da amamentação, que

umenta a duração da amenorréia pós-parto, retardando o retorno da ovulação, e pela prática da abstinência sexual pós-parto, que retarda o retorno da atividade sexual após o nascimento.

Na PNSMIPF, perguntou-se a todas as mulheres que tiveram pelo menos um filho após 1º de janeiro de 1981, se na época da entrevista estavam amamentando, se a menstruação já havia voltado e se elas já haviam retomado as relações sexuais. Essas informações, podem ser usadas para se estimar a duração da amamentação, da amenorréia e da abstinência sexual pós-parto e a insuscetibilidade pós-parto para os nascimentos mais recentes. A insuscetibilidade pós-parto é o impacto conjunto da amenorréia e da abstinência sexual. É definida como o tempo entre o nascimento e o retorno da menstruação e da atividade sexual.

Os resultados nas tabelas 2.6 e 2.7 são estimativas da condição atual da amamentação, amenorréia e abstinência, baseadas na situação atual da mãe e da criança no momento da entrevista, ao invés da duração do aleitamento, amenorréia e abstinência reportadas. A experiência demonstra que perguntando-se a respeito da duração as respostas apresentam uma considerável preferência por 3,6 ou 12 meses. As tabulações baseadas na condição atual são, de uma maneira geral, mais confiáveis. As informações sobre amamentação, amenorréia e abstinência pós-parto relativas a todos os nascimentos que ocorreram nos últimos 36 meses estão na tabela 2.6. Se a mulher neste período teve mais de um filho, assume-se que ela não esteja mais amamentando o filho anterior e, obviamente, a ovulação recomeçou e foi retomada a atividade sexual.

A segunda coluna da tabela 2.6 mostra o número de nascimentos a cada duração. Na terceira coluna está a proporção de crianças nascidas que ainda são amamentadas (*) a cada duração. A proporção de nascimentos relacionados às mulheres que estão em amenorréia, em abstinência pós-parto e em amenorréia e/ou abstinência (insuscetibilidade) pós-parto é mostrada na quarta, quinta e sexta colunas da tabela.

Essas colunas foram construídas a partir da experiência de mulheres que tiveram nascimentos em períodos sucessivos no passado e são análogas à coluna 1x em uma tábua de mortalidade.

A duração mediana da amamentação, abstinência e insuscetibilidade pós-parto estão na penúltima linha da tabela. A duração mediana é aquela em que 50,0% das mulheres já deixaram de amamentar seus filhos e voltaram a menstruar e a ter relações sexuais. No caso da insuscetibilidade, a duração mediana é aquela em que em 50,0% das mulheres houve o retorno da menstruação e das relações sexuais.

Os resultados da tabela 2.6 mostram que a maioria das mulheres, 83%, amamentam seus filhos durante o primeiro mês de vida. Entretanto, a proporção que segue amamentando declina rapidamente. Mais da metade das mulheres deixam de amamentar 6 meses após o parto (a duração mediana da amamentação é de 5,4 meses) e somente 17% das mulheres amamentam por mais de um ano.

A duração mediana da amenorréia é de menos de três meses. Esta duração é ligeiramente superior à duração da amenorréia na ausência da amamentação. Os períodos curtos de amenorréia podem ser resultados não somente de uma curta duração da amamentação, mas também de um desmame parcial precoce. Na PNSMIPF coletaram-se in-

(*) A amamentação nesta análise inclui a amamentação total ou parcial.

formações sobre o tipo de amamentação — total ou parcial —, mas uma análise mais aprofundada desses dados não será objeto deste estudo.

No Brasil, as mulheres reassumem sua vida sexual logo após o parto. A duração mediana da abstinência sexual pós-parto é de somente 1,5 mês.

O efeito conjunto do período da amenorréia e da abstinência é de 2,5 meses (duração mediana da insuscetibilidade pós-parto), período em que, depois do último nascimento, metade das mulheres já voltaram a menstruar e a atividade sexual já foi retomada, ficando estas mulheres novamente propensas a uma gravidez. Além disto, os resultados mostram que o período de infertilidade pós-parto tem uma maior influência da duração da amenorréia pós-parto e da amamentação do que da prática de uma abstinência sexual prolongada.

A duração média da amamentação, amenorréia, abstinência e insuscetibilidade pós-parto, segundo a região, local de residência e grau de instrução é apresentada na tabela 2.7. Essas estimativas foram calculadas usando-se o método de prevalência/incidência, técnica muito utilizada em Epidemiologia e bastante semelhante à média de uma tábua de mortalidade. No método prevalência/incidência a duração média de uma doença é a prevalência dividida pela incidência. O fenômeno neste caso é a amamentação (ou amenorréia ou abstinência ou insuscetibilidade). A prevalência é o número total de crianças que estavam sendo amamentadas (ou mulheres em amenorréia ou as que ainda se abstêm de relações sexuais) no momento da pesquisa. A incidência é o número médio de nascimentos por mês baseado no número de nascimentos reportados como tendo ocorrido nos 36 meses anteriores à pesquisa.

Observa-se uma diferença entre as durações média e mediana, apresentando esta última valores menores. A duração média é aumentada em consequência de longos períodos de amamentação, amenorréia e abstinência pós-parto de algumas mulheres. Devido ao insuficiente número de casos em algumas categorias, torna-se impossível apresentar a mediana para os subgrupos, sendo assim apresentados os valores relativos das médias das diversas categorias que são de interesse para se fazer uma comparação.

Na Região Nordeste, a duração média da amamentação é menor, enquanto que a maior duração é encontrada nas Regiões Centro-Leste e Norte-Centro-Oeste. As mulheres das áreas urbanas do País, e com um nível de instrução maior ou igual ao Primário completo, amamentam menos tempo seus filhos, em relação às mulheres das áreas rurais e com um nível de instrução menor. Mulheres com menos de 30 anos de idade também amamentam menos tempo seus filhos, em relação às mulheres mais velhas.

Preocupados com o declínio das taxas de aleitamento que vinha ocorrendo o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Previdência Social, iniciou em março de 1981 uma campanha nacional visando sensibilizar, reinformar e, conseqüentemente, reavivar a prática do aleitamento materno no Brasil. Comparando a duração média da amamentação baseada nos dados da PNSMIPF com dados de estudos feitos anteriormente, a nível estadual ou local, observa-se que houve um aumento na duração da amamentação (1).

Inegavelmente, uma maior duração da amamentação está contribuindo para um aumento do bem-estar das crianças. No entanto, pode-se considerar que seu efeito sobre a fertilidade e a fecundidade é ainda pequeno. No Brasil, a amamentação e a absti-

(1) Anderson, J. J. Differentials in Breastfeeding and Post-Partum Amenorrhea in Northeastern Brazil. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, 1982, Doc. nº 1205 g.

nência sexual são responsáveis somente por um pequeno aumento do período de infertilidade pós-parto.

A duração média do período de insuscetibilidade pós-parto é de 5,6 meses. Na ausência do uso da anticoncepção este breve período de insuscetibilidade contribuiria somente com um curto intervalo entre os nascimentos. A duração da insuscetibilidade pós-parto varia pouco entre os diversos subgrupos, com exceção das Regiões Centro-Leste e Norte-Centro-Oeste. Uma maior média da amamentação entre estas mulheres (13,2 e 12,8 meses, respectivamente), assim como um maior tempo de abstinência pós-parto entre as mulheres da Região Norte-Centro-Oeste estende o período de insuscetibilidade pós-parto de 1,5 para 2,5 meses, dando uma maior proteção contra uma outra gravidez imediatamente após o último nascimento.

De fato, pode-se esperar uma alta fecundidade se o período de infertilidade pós-parto é muito curto. No entanto, estes períodos de infertilidade pós-parto podem ser compensados com o uso da anticoncepção. Este tipo de consideração é particularmente relevante para as mulheres sem nenhuma instrução, das áreas rurais e da Região Nordeste, que têm os menores períodos de infertilidade pós-parto e, geralmente, encontram maiores obstáculos para a adoção da anticoncepção, como será discutido posteriormente neste estudo.

3. Fecundidade

3.1. INTRODUÇÃO

As estimativas dos níveis, diferenciais e tendências da fecundidade consistem em um dos principais objetivos da PNSMIPF. Ao lado do interesse demográfico a respeito dos dados da fecundidade, o conhecimento do padrão reprodutivo das mulheres brasileiras é fundamental para a avaliação do efeito do planejamento familiar na assistência aos casais relativa ao controle do número de filhos e à época propícia aos nascimentos.

Dois tipos de dados sobre fecundidade são coletados na PNSMIPF. Primeiramente, as entrevistadas são questionadas sobre o número total de filhos nascidos vivos. O número total de crianças nascidas é determinado através de perguntas separadas sobre o número de filhos e filhas vivendo com a entrevistada, vivendo em outra localização e filhos e filhas que já morreram. A experiência demonstrou que esta seqüência de questionamento, com o objetivo de diminuir os erros de memória da entrevistada, produz informações bastante confiáveis nas diversas faixas etárias, com exceção talvez das mulheres mais velhas. Os dados sobre filhos nascidos vivos refletem as tendências da fecundidade nos últimos vinte e cinco anos, assim como fornecem um ponto de referência para a análise da fecundidade atual. As questões sobre filhos nascidos vivos também fornecem subsídios para o histórico de nascimentos, produzindo dados para serem comparados e checados, na hora da entrevista, com o número de eventos reportados.

O segundo tipo de informação sobre fecundidade é obtido através da história completa de todos os nascimentos das mulheres entrevistadas. O histórico dos nascimentos inclui informações sobre sexo, data de nascimento, condição de sobrevivência e idade na época da entrevista, idade ao falecer — para as crianças que morreram — e se