

# Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo

## Aspects of anticontraception methods used on São Paulo State, Brazil

Elisabeth Meloni Vieira<sup>a</sup>, Rita Badiani<sup>b</sup>, Amaury Lélis Dal Fabbro<sup>a</sup> e Antonio Luiz Rodrigues Junior<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. <sup>b</sup>Country Technical Advisory Adolescent Reproductive. Health Program. Pathfinder International and UNFPA. Moçambique, África. <sup>c</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

### Descritores

Anticoncepção. Conhecimentos, atitudes e prática. Planejamento familiar. Saúde reprodutiva. Anticoncepcionais orais. Esterilização sexual. Fatores etários. Escolaridade. Brasil.

### Keywords

Contraception. Knowledge, attitudes, practice. Family planning. Reproductive medicine. Contraceptives, oral. Sterilization, sexual. Age factors. Educational status. Brazil.

### Resumo

#### Objetivo

Analisar dados coletados pela Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, de 1996, sobre o uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo, Brasil.

#### Métodos

Os dados obtidos foram analisados comparativamente com os do Brasil e com os de outra pesquisa similar realizada em 1986. Foi examinado o uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres não-solteiras (casadas ou em coabitação), focalizando-se idade, número de filhos, escolaridade, idade na esterilização feminina e momento da esterilização. Para análise estatística, utilizaram-se o teste t-Student e o teste não-paramétrico de Kendall.

#### Resultados

Diferentemente do Brasil, houve estabilização dos índices de esterilização feminina no Estado de São Paulo no período estudado. Observou-se um mesmo padrão de uso de métodos no Brasil e em São Paulo: até os 30 anos, o método predominante foi a pílula; e, depois dos 30 anos, predominou a esterilização feminina, que aumenta com o número de filhos e diminui com a escolaridade. O uso de métodos masculinos aumentou nos últimos anos, sendo maior em São Paulo, que também apresenta maior diversidade no uso de métodos reversíveis.

#### Conclusões

Apesar das diferenças, o uso predominante de apenas dois métodos anticoncepcionais, em São Paulo e no Brasil, reflete distorções na oferta do planejamento familiar e na saúde reprodutiva no contexto da nova regulamentação do planejamento familiar.

### Abstract

#### Objective

To analyze data on contraceptive use in the State of São Paulo, Brazil, collected by the Demographic and Health Survey (DHS) conducted in 1996.

#### Methods

The study data were compared to 1986 DHS and 1996 data on the Brazilian population. Contraceptive use among married or cohabiting women was evaluated focusing on age, number of children, schooling, and age and timing of female sterilization. Statistical analysis was performed using Student t-test and Kendall's non-parametric test.

### Correspondência para/Correspondence to:

Elisabeth Meloni Vieira  
Departamento de Medicina Social  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP  
Av. dos Bandeirantes, 3900, 2º andar  
14490-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil  
E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Edição subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo nº 01/01661-3).  
Recebido em 5/9/2000. Reformulado em 30/10/2001. Aprovado em 21/2/2002.

### Results

*Unlike data on the Brazilian population, female sterilization rates were steady in the State of São Paulo during the studied period. The same contraceptive pattern is seen in both Brazil and São Paulo: women aged up to 30 years use largely pills; female sterilization predominates in women over 30, increasing with the number of children and decreasing with years of schooling. Male methods have also increased in recent years, being greater in São Paulo than in Brazil. São Paulo also shows a greater variety of reversible contraceptive methods.*

### Conclusions

*Although there were some differences, the prevalence of only two contraceptive methods in both Brazil and São Paulo suggests a tendency regarding the contraceptive methods offered and in reproductive health in the view of new regulations on family planning.*

## INTRODUÇÃO

O Brasil sofreu rápido e intenso declínio da fecundidade nos últimos 40 anos. Demógrafos e especialistas em população começaram a notar essa queda na década de 70, quando houve uma ruptura nos padrões tradicionais de reprodução, expressando um fenômeno inteiramente novo na dinâmica populacional do País. A taxa de fecundidade total, que era 6,2 em 1950 e 5,8 em 1970, diminuiu para 4,2 em 1980 (Merrick & Berquó,<sup>16</sup> 1983). Entre 1980 e 1990, atingiu 3,0 (Fundação IBGE,<sup>12</sup> 1992) e, em 1996, 2,5 filhos por mulher (Bemfam,<sup>3</sup> 1997). Esse declínio é coincidente com o rápido processo de urbanização e modernização que ocorreu no País desde 1960. A população urbana, que em 1950 representava 36% do total, aumentou em 1980 para 67% e em 1991 para 80% (Fundação IBGE,<sup>13</sup> 1996). Para Merrick<sup>17</sup> (1990), o caso do Brasil é ilustrativo de uma política governamental implícita de população que introduziu: inclusão no mercado de anticoncepcional oral de baixo custo; fácil acesso à esterilização feminina; ações indiretas, como o amplo acesso à educação; aumento da entrada de mulheres na força de trabalho; e disseminação de canais de televisão nacionais promovendo o consumo de anticoncepcionais.

O planejamento familiar, ou seja, a oferta de métodos contraceptivos aliada ao acompanhamento médico com garantia de escolha informada no contexto maior da saúde reprodutiva, foi contemplado pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado, em 1983, pelo Ministério da Saúde (Osis,<sup>19</sup> 1998). Do ponto de vista legal, até 1988, havia uma lacuna em relação ao planejamento familiar no País, incluindo a esterilização cirúrgica. O planejamento familiar torna-se um direito legal do cidadão com a aprovação da Constituição de 1988. A Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regulamenta o parágrafo 7º do artigo 226 da Constituição Federal e entende o planejamento fa-

miliar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garante direito igual de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde, sendo proibida a utilização de ações para qualquer tipo de controle demográfico (Ministério da Saúde,<sup>18</sup> 1997).

Embora a população e muitos planejadores de saúde não reconheçam o planejamento familiar como uma atribuição do Estado e de programas de saúde, haja vista as dificuldades de implementação do PAISM (Costa,<sup>8</sup> 1999; Osis,<sup>19</sup> 1998), sua inclusão deve ser considerada um componente crucial na assistência à saúde da mulher, devido a sua relação com prevenção do aborto provocado, gravidez não desejada, mortalidade materna e outros agravos à saúde relacionados à morbimortalidade reprodutiva, tal como definiu Beral<sup>4</sup> (1979), e sobretudo por constituir um direito de cidadania. A análise das características da contracepção pode explicar ou esclarecer questões relativas a esses agravos, assim como avaliar a demanda de contracepção em uma determinada população. Dentro dessa perspectiva, foi desenvolvido o presente estudo, que teve por objetivos: analisar algumas características do uso de contraceptivos no Estado de São Paulo, no período de 1986 a 1996, comparando-o com o uso de métodos no Brasil; oferecer subsídios para que os planejadores de saúde possam contemplar essa questão no contexto geral da saúde reprodutiva, tal como preconizado pela Lei 9.263 e pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento realizada no Cairo, em 1994 (FNUAP/CNDP,<sup>11</sup> 1994), em cujo texto o Brasil é signatário.

## MÉTODOS

Os dados analisados foram coletados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 1996, em todo o território nacional, pela

Bemfam<sup>3</sup> (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil) e pelo Programa Pesquisa de Demografia e Saúde (DHS) da Macro International Incorporation. O comitê consultivo da PNDS, no Brasil, contou com a participação de organizações acadêmicas relevantes e governamentais na área de estudos populacionais. A base de dados da PNDS-96 foi colocada à disposição da comunidade científica, tendo sido distribuída a pessoas e instituições, sobretudo àquelas que participaram dela ou que trabalhavam com saúde reprodutiva (Wong et al,<sup>25</sup> 1998).

A amostra da PNDS-96 é uma subamostra da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD-95) do IBGE, desenhada para obter resultados representativos e estimativas independentes para sete regiões: Rio de Janeiro, São Paulo, regiões Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (área urbana) e Centro-Oeste. Essa amostra também assegura estimativas independentes para os Estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Bahia, Pernambuco, Ceará e Rio Grande do Sul. Trata-se de amostra probabilística, selecionada aleatoriamente em dois estágios: no primeiro, foram selecionados setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios em cada setor, e, no segundo, os domicílios, considerando a representatividade em cada setor. Fizeram parte da amostra todas as mulheres de 15 a 49 anos encontradas no domicílio selecionado e todos os homens de 15 a 59 anos encontrados em uma subamostra de 25% de todos os domicílios. Foi adotada a metodologia de entrevistas domiciliares, com aplicação de três tipos de questionários: ficha de domicílio, questionário individual de mulheres e questionário individual de homens. Os questionários tiveram por base o modelo utilizado pelas pesquisas de demografia e saúde<sup>3</sup> aplicadas em vários países, tendo sido contextualizados e acrescidos de questões para atender necessidades específicas de informações do País. Os instrumentos foram pré-testados no Rio de Janeiro, em 1995 (Bemfam,<sup>3</sup> 1997).

Foram entrevistadas, pela PNDS-96 (Brasil), 12.612 mulheres de 15 a 49 anos, coletadas informações sobre 4.782 crianças nascidas nos cinco anos anteriores à pesquisa, e visitados 16.451 domicílios. Em São Paulo, foram entrevistados 2.681 mulheres e 623 homens (Bemfam,<sup>3</sup> 1997).

Para o presente estudo, foram analisadas algumas variáveis relativas ao uso atual de contraceptivos em São Paulo (estado/região urbana e rural), comparando-as ao Brasil (inclusive São Paulo) e, quando possível, aos resultados encontrados em 1986 pela Pesquisa Nacional em Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) (Arruda et al,<sup>1</sup> 1987). Em

algumas situações, considerou-se importante analisar o Estado de São Paulo isoladamente. Os dados sobre a parcela masculina da amostra não foram analisados. Foram selecionadas, para análise, as seguintes características: uso atual de métodos entre mulheres e sua relação com idade, número de filhos, escolaridade e momento da esterilização. A análise estatística dos dados foi realizada utilizando-se o teste t-Student, quando comparada a proporções de relatos de uso de métodos contraceptivos em 1986 e em 1996, e pelo teste não-paramétrico de Kendall, quando foram estudadas as correlações (Campos,<sup>6</sup> 1983).

## RESULTADOS

### Uso de métodos

Entre mulheres não-solteiras (em coabitação ou casadas) em São Paulo, no período de 1986 a 1996, observou-se aumento de 5,3% no uso de contraceptivos, enquanto, no Brasil, esse aumento foi de 10,9%. Ao se analisar os demais estados do Brasil (Tabela 1), verificou-se que, se em 1986 63,6% das mulheres não-solteiras de 15 a 44 anos usavam algum método anticoncepcional, em 1996 esse número cresceu para 76%. Enquanto no Brasil esse aumento foi devido à esterilização feminina, que, em 1986, atingia 25,5% dessas mulheres e, em 1996, havia aumentado para 41,9% ( $p < 0,0001$ ), em São Paulo a esterilização feminina não teve crescimento significativo, já que sua prevalência aumentou de 31,4% em 1986 para 33,6% em 1996 ( $p = 0,2827$ ). Apesar das diferenças amostrais (a pesquisa de 1986 incluiu mulheres de até 44 anos, e a de 1996, de até 49 anos), pode-se afirmar que grande número de mulheres se submeteu à esterilização no restante do Brasil nesse período. Observa-se que, nesses dez anos, houve diminuição no uso da pílula de 2,9% em São Paulo – número não significativo ( $p = 0,1183$ ) – e, no restante do Brasil, de 5% – estatisticamente significativo ( $p < 0,0001$ ). Entre os métodos menos utilizados, o uso do preservativo aumentou três vezes no Brasil ( $p < 0,0001$ ) e um pouco menos (2,5 vezes) em São Paulo ( $p < 0,0001$ ). Houve maior diminuição no uso da abstinência periódica no Brasil ( $p = 0,0022$ ) do que em São Paulo ( $p = 0,7967$ ). O coito interrompido teve diminuição significativa no Brasil ( $p = 0,0004$ ) e em São Paulo ( $p = 0,0064$ ); a esterilização masculina aumentou 5,3 vezes no Brasil ( $p < 0,0001$ ) e, em São Paulo, 2,5 vezes ( $p < 0,0001$ ). A categoria “outros métodos”, que inclui métodos vaginais, DIU e injetáveis, embora utilizada por uma parcela muito pequena da população, não sofreu mudança no Brasil (1,9% a 2,2%) ( $p = 1,3545$ ), mas teve aumento em São Paulo de 2,2% a 3,5% – não significativo ( $p = 0,0628$ ) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres não-solteiras de 15-44 anos, Brasil e Estado de São Paulo, 1986, e entre mulheres unidas de 15-49 anos. Brasil e Estado de São Paulo, 1996.

Uso de método	Método	S.Paulo	S.Paulo	IC	p	Brasil <sup>1</sup>	Brasil <sup>1</sup>	Brasil <sup>2</sup>	Brasil <sup>2</sup>	IC	p
		1986	1996			1986	1996	1986	1996		
		n=756	n=1.662			n=3.471	n=7.584	n=2.715	n=5.922		
		%	%			%	%	%	%		
Algum método		73,5	78,8			65,8	76,7	63,6	76		
Pílula		24,3	21,4	2,78; 3,02	0,1183	25,2	20,7	25,4	20,4	0,49;0,50	0,0000
Esterilização feminina		31,4	33,6	2,07; 2,33	0,2827	26,9	40,1	25,5	41,9	1,63;1,64	0,0000
Preservativo		3,1	6,9	2,39; 2,42	0,0000	1,7	4,4	1,2	3,7	0,24;0,25	0,0000
Esterilização masculina		2,4	6,1	0,36; 0,37	0,0000	0,8	2,6	0,3	1,6	0,12;0,13	0,0000
Abstinência periódica		3,3	3,1	0,01; 0,02	0,7967	4,3	3,0	4,5	3,1	0,13;0,14	0,0022
Coito interrompido		6,7	3,9	0,27; 0,28	0,0064	5,0	3,1	4,5	2,9	0,15;0,16	0,0004
DIU		*	1,4			*	1,1	*	0,9		
Injeção		*	2,0			*	1,2	*	0,9		
Vaginais		*	0,1			*	0,1	*	0,1		
Outros métodos		2,2	3,51**			2,0	ND	1,9	2,2**		
Não usa			26,5	22,1			34,2	23,3	36,3	24,7	
Total		100,0	100,0			100,0	100,0	100,0	100,0		

Fonte: Arruda et al,<sup>1</sup> 1987; Bemfam,<sup>3</sup> 1997.

\*Incluído em outros métodos

\*\*Inclui DIU, Injeção

Brasil<sup>1</sup> - inclui todos os estados

Brasil<sup>2</sup> - exclui o Estado de São Paulo

ND = Não disponível

Considerando todas as mulheres na faixa etária dos 15 aos 49 anos (Tabela 2) independentemente de coabitar ou não com alguém, o Estado de São Paulo continuou a apresentar alta proporção de usuárias de métodos anticoncepcionais (58,7%), sendo que a maioria utiliza métodos modernos, ou seja, aqueles que incluem tecnologia e alta eficácia. Quanto às mulheres sexualmente ativas, solteiras ou não, 53,7% usam método moderno, como a esterilização feminina (23,6%), a pílula (17%) e, em menor percentagem, o preservativo (6,6%). Cada um dos outros métodos, com exceção da vasectomia usada por companheiros de 3,8% das mulheres, não atinge 3% de uso. Quando comparado o uso de método anticoncepcional em 1996, em São Paulo e no Brasil, entre mulheres sexualmente ativas, observou-se que não se encontram diferenças estatisticamente significativas no uso de injetáveis (p=0,3097), do DIU (p=0,2109), da abstinência periódica (p=0,7336) e dos métodos vaginais (p=0,9720). Entretanto, a proporção de uso de pílula (p=0,0032) e de métodos masculinos, como o preservativo (p<0,0001), a vasectomia (p<0,0001) e o coito interrompido (p=0,0301), é maior em São Paulo. A proporção de uso da esterilização feminina no Brasil é maior que em São Paulo (p<0,0001).

### Uso de métodos e idade

Entre as mulheres não-solteiras no Estado de São Paulo, observa-se que 78,8% utilizam algum método anticoncepcional (Tabela 3). Até os 30 anos, a pílula foi o método mais usado, diminuindo discretamente após os 25 anos e acentuadamente após os 30 anos ( $\tau = -0,5238$ ), quando a esterilização feminina aumenta para 31,4% ( $\tau = 0,6190$ ). A partir dos 35 anos, 48,7% das mulheres foram esterilizadas. A esterilização masculina foi realizada em pouco mais de 10% dos companheiros de mulheres entre 30 e 39 anos ( $\tau = 0,4286$ ). O preservativo foi mais utilizado por parceiros de mulheres entre 15 anos e 19 anos (9,1%). Entre 20 e 35 anos, a percentagem de uso de preservativo não apresenta nenhum padrão e começa a diminuir consistentemente a partir dos 35 anos em todas as faixas etárias subsequentes ( $\tau = 0,1952$ ).

### Uso de métodos e número de filhos

Entre as mulheres que não têm filhos, 40,3% usam método anticoncepcional moderno, e 55,6% não usam nenhum método. Entre as que usam, 20,8% to-

**Tabela 2** - Distribuição percentual de todas as mulheres entrevistadas sexualmente ativas (solteiras ou não) que usam atualmente um método anticoncepcional, Estado de São Paulo e Brasil, 1996.

Método	Valores ajustados*		Valores observados (Intervalo de confiança 95%)		p
	SP %	Brasil %	SP %	Brasil %	
Qualquer método	58,7	55,4	46,4 (45,0;47,7)	50,8 (50,3;51,2)	0,0021
Método moderno	53,7	51,0	53,7 (52,3;55,0)	49,2 (48,8;49,7)	0,0021
Pílula	17,0	15,8	17,0 (16,2;17,7)	13,8 (13,6;14,0)	0,0032
Esterilização feminina	23,6	27,3	23,6 (22,7;24,6)	29,0 (28,6;29,4)	0,0000
Preservativo	6,6	4,3	6,6 (6,3;7,0)	3,6 (3,6;3,7)	0,0000
Injetáveis	1,5	1,1	1,5 (1,4;1,6)	1,1 (1,1;1,1)	0,3097
DIU	1,1	1,1	1,1 (1,1;1,1)	0,7 (0,7;0,8)	0,2109
Esterilização masculina	3,8	1,6	3,8 (3,6;4,0)	0,8 (0,8;0,9)	0,0000
Abstinência	2,1	2,0	2,1 (2,0;2,2)	1,9 (1,9;2,0)	0,7336
Coito interrompido	2,8	2,1	2,8 (2,7;2,9)	1,8 (1,8;1,8)	0,0301
Vaginais	0,1	0,1	0,1 (0,1;0,1)	0,1 (0,1;0,1)	0,9720

Fonte: Bemfam,<sup>3</sup> 1997

\*Valores ajustados por média ponderada

mam pílula, 1,4% estão esterilizadas, e 13,9% têm companheiros que usam preservativo (Tabela 3).

Entre as mulheres que têm um filho, 66% usam métodos anticoncepcionais. Entre estas, 40,5% usam pílula; 10,5%, preservativo; 7%, coito interrompido; 5,5%, tabela; 4% dos companheiros sofreram vasectomia; e 2% das mulheres estão esterilizadas.

A partir do segundo filho, a frequência da pílula começa a diminuir ( $\tau=-0,7333$ ), passando de 40,5% para 19,5%, e a esterilização feminina começa a subir ( $\tau=0,3333$ ): aumenta de 2% com um filho, para 35,9% com dois filhos e para 61,4% com três filhos. Já a esterilização masculina atinge seu auge, com 11,3%, com dois filhos ( $\tau=0,2000$ ).

O preservativo é mais utilizado por companheiros de mulheres que não têm filhos (13,9%) ou têm apenas um filho (10,5%). A partir do segundo filho, a frequência de uso diminui ( $\tau=-1,000$ ). As mulheres com apenas um filho apresentam maior diversidade de uso de métodos reversíveis (94%), ou seja, existe uma proporção maior de uso de pílula, DIU, injetáveis, condom, coito interrompido, abstinência periódica e métodos vaginais. Essa diversidade tende a desaparecer com o aumento da esterilização feminina a partir do segundo filho.

### Uso de método e escolaridade

Em sua maioria, as mulheres com nenhuma escolaridade estão esterilizadas (37,9%) ou não fazem uso de métodos (41,4%). Apenas 20% usam métodos reversíveis (6,9%, pílula; 6,9%, preservativo; 3,4%, DIU; e 3,4%, coito interrompido) (Tabela 3).

A frequência da esterilização feminina é alta entre mulheres com baixa escolaridade. De um ano a três e quatro anos de estudo, ela se encontra, respectivamente, em 43,9% e em 36,7% das mulheres ( $\tau=0,7333$ ). A esterilização feminina diminui com a escolaridade, atingindo 26% entre as mulheres com 12 ou mais anos de estudo. Em relação à esterilização masculina, ocorre, em menor proporção, o fenômeno inverso: ela aumenta com a escolaridade ( $\tau=1,000$ ), não sendo utilizada por companheiros de mulheres com nenhuma escolaridade, mas cresce proporcionalmente com a escolaridade até atingir o máximo de 13,7% entre as mulheres com mais de 12 anos de estudo. O mesmo ocorre com a abstinência periódica, cujo uso aumenta com a escolaridade ( $\tau=0,8667$ ). Outros métodos, como o preservativo e o DIU ( $\tau=0,7333$  e  $\tau=0,3333$ , respectivamente), também mostram tendência de aumento a partir de oito anos de escolaridade.

### A idade na esterilização

A idade mediana de esterilização entre todas as entrevistadas foi de 29,1 anos. Analisada de acordo com o número de anos, após a cirurgia, a idade mediana variou de 28 a 31,3 anos. Observou-se que a percentagem de mulheres esterilizadas antes dos 25 anos nesse período de dez anos foi semelhante (17,8%) à percentagem de mulheres esterilizadas depois dos 35 anos (14,4%, de 35 a 39 anos, e 2,2%, de 40 a 44 anos). Ao se transformar os números de anos anteriores à entrevista em datas, observou-se que, das mulheres esterilizadas em 1986 ou antes, 50% tinham idade entre 25 a 29 anos; em 1987 e 1988, 40% tinham entre 30 e 34 anos; em 1989 e 1990, 32,7% entre 25 a 29 anos; em 1991 e 1992, 46,2% entre 25 a 29 anos; e, em 1993 e

**Tabela 3** - Percentual de uso de métodos entre mulheres não-solteiras de acordo com idade, número de filhos, escolaridade no Estado de São Paulo, 1996. (n=1.662)

Método/ idade	Qualquer método	Método moderno	Pílula	DIU	Injeção	Vaginal	Condom	Esterelização fem	Abstinência masc	Abstinência período	CI	Não usa
15-19	63,6	51,5	36,4	3,0	3,0	0,0	9,1	0,0	0,0	3,0	9,1	36,4
20-24	70,5	67,4	46,3	0,0	8,4	0,0	6,3	5,3	1,1	1,1	2,1	29,5
25-29	77,4	68,5	36,3	2,7	2,7	0,0	7,5	17,1	2,1	3,4	5,5	22,6
30-34	85,9	78,4	22,7	3,2	1,1	0,0	8,1	31,4	11,9	3,2	4,3	14,1
35-39	83,8	79,2	13,0	0,6	1,3	0,0	5,2	48,7	10,4	3,2	1,3	16,2
40-44	81,0	75,2	5,8	0,0	0,0	0,0	6,6	58,7	4,1	1,7	2,5	19,0
45-49	70,8	58,5	1,9	0,0	0,0	0,9	6,6	45,3	3,8	5,7	6,6	29,2
Filhos vivos												
nenhum	44,4	40,3	20,8	0,0	2,8	0,0	13,9	1,4	1,4	2,8	1,4	55,6
1	78,5	66,0	40,5	3,5	5,0	0,5	10,5	2,0	4,0	5,5	7,0	21,5
2	82,4	75,8	19,5	1,2	1,6	0,0	6,3	35,9	11,3	2,3	4,3	17,6
3	86,4	83,2	12,0	0,5	0,0	0,0	4,3	61,4	4,9	2,2	1,1	13,6
4+	80,5	72,7	9,4	0,8	0,8	0,0	2,3	56,2	3,1	2,3	3,9	19,5
Anos de escola												
nenhum	58,6	55,2	6,9	3,4	0,0	0,0	6,9	37,9	0,0	0,0	3,4	41,4
1-3	74,1	66,9	15,8	0,7	1,4	0,0	2,9	43,9	2,2	2,2	4,3	25,9
4	73,4	66,5	17,1	0,6	1,3	0,6	5,7	36,7	4,4	3,2	3,2	26,6
5-8	79,0	72,5	27,1	1,0	2,1	0,0	7,2	28,9	6,2	2,7	3,8	21,0
9-11	89,3	79,3	22,7	2,0	4,0	0,0	9,3	32,7	8,7	4,0	6,0	10,7
12+	84,9	78,1	21,9	4,1	1,4	0,0	11,0	26,0	13,7	5,5	1,4	15,1
Total	78,8	71,5	21,4	1,4	2,0	0,1	6,9	33,6	6,1	3,1	3,9	21,2

Fonte: Bemfam,<sup>3</sup> 1997.

**Tabela 4** - Idade na esterilização entre mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos no estado de São Paulo, 1996. (n=633)

Época da esterilização/	Idade na esterilização					Mediana
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	
Idade na esterilização						
1995-1996	15%	27,5%	22,5%	30%	5%	30,7%
1993-1994	23,7%	28,9%	23,7%	18,4%	5,3%	29,3%
1991-1992	19,2%	46,2%	15,4%	11,5%	7,7%	28%
1989-1990	12,2%	32,7%	28,6%	24,5%	2%	31,3%
1987-1988	23,4%	23,4%	40,4%	12,8%	0%	30,4%
1986 ou antes	16,7%	50%	28,3%	5%	0%	
Total	17,8%	37,8%	27,8%	14,4%	2,2%	29,1%

Fonte: Bemfam,<sup>3</sup> 1997.

1994, 28,9% entre 25 a 29 anos. Das que foram esterilizadas no período de 1995 até a data da entrevista em 1996, 30% passaram por esse método na faixa etária de 35 a 39 anos (Tabela 4).

### O momento da esterilização

São Paulo apresenta a maior percentagem de esterilizações associadas a parto cesariano no Brasil. Segundo 74,4% das mulheres esterilizadas, a esterilização foi realizada durante parto cesariano, enquanto apenas 8,8% realizaram-na depois de parto normal, e 16,9%, em outra ocasião (Tabela 5).

**Tabela 5** - Momento da esterilização entre mulheres unidas de 15 a 49 anos, Brasil, 1996.

Região/Época	No parto cesáreo %	Depois parto normal %	Outra ocasião %
Rio de Janeiro	71,9	8,3	19,4
Sul	67,6	14,7	17,7
Centro-Leste	54,7	15,2	30
Nordeste	43,2	18,8	37,8
Norte	55,1	25,2	19,8
Centro-Oeste	58,0	17,9	24,1
Brasil <sup>1</sup>	55,3	16,8	27,9
São Paulo	74,4	8,8	16,9
Brasil <sup>2</sup>	58,8	15,1	25,9

Fonte: Bemfam,<sup>3</sup> 1997.

Brasil<sup>1</sup> - exclui o Estado de São Paulo.

Brasil<sup>2</sup> - inclui todos os estados.

### DISCUSSÃO

A análise de dados do Estado de São Paulo apresenta características importantes em relação ao uso de métodos contraceptivos quando comparado ao Brasil, principalmente quando se observam as diferenças entre os dados colhidos nesse período de dez anos. O aumento de uso de métodos foi menor em São Paulo do que no Brasil, em parte porque São Paulo, em 1986, já apresentava a maior proporção de uso de contraceptivos em relação aos outros estados brasileiros, exceto a região Sul. Em 1986, São Paulo e Rio de Janeiro apresentavam as maiores percentagens de mulheres esterilizadas: respectivamente, 31,4% e 33% (Arruda et al,<sup>1</sup> 1987).

Houve diminuição no uso da pílula no Brasil entre 1986 e 1996, mas em São Paulo a diferença foi menor,

e não houve significância estatística entre os dois períodos de tempo. Já a esterilização feminina não sofreu, em São Paulo, o intenso aumento do restante do Brasil e manteve percentuais similares mesmo com a diferença de dez anos, mostrando que talvez a esterilização feminina como oferta e demanda esteja alcançando estabilidade em São Paulo, no patamar de pouco mais de 30%. Além disso, o uso da esterilização feminina no Brasil é significativamente maior nas faixas etárias mais jovens do que no Estado de São Paulo. Ou seja, as mulheres do Estado de São Paulo recorrem à esterilização feminina mais tardiamente. Enquanto em São Paulo 5,3% das mulheres não-solteiras na faixa etária de 20 a 24 anos estão esterilizadas, no Brasil são 11,4%. Na faixa de 25 a 29 anos, a diferença na percentagem de mulheres esterilizadas entre São Paulo (17,1%) e Brasil (26,4%) diminuiu (Bemfam,<sup>3</sup> 1997).

Apesar de as mulheres em São Paulo serem esterilizadas em média com idade maior do que as outras brasileiras, aos 40 anos, 50% já estão esterilizadas, sendo que quase 20% das mulheres não-solteiras foram esterilizadas antes dos 25 anos, e 16% das mulheres sexualmente ativas já estavam esterilizadas antes dos 30 anos.

Analisando o uso de métodos por faixa etária, observa-se que parece existir um padrão: a partir dos 30 anos, ou um pouco antes, as mulheres trocam o uso da pílula pela esterilização. Esse padrão não difere do Brasil, com o uso predominante de pílula até um pouco antes dos 30 anos, seguido pela esterilização feminina. A esterilização feminina em São Paulo aumenta com o número de filhos e diminui com a escolaridade, como no resto do Brasil.

É difícil afirmar se há tendência para diminuição ou aumento da idade mediana ao ocorrer a esterilização, mas constata-se que, no período entre quatro e cinco anos anteriores à entrevista, as mulheres apresentaram a menor idade mediana ao se esterilizar. As variações das percentagens de esterilizações, de acordo com a faixa etária, não parecem obedecer a nenhum padrão específico. Entretanto, observa-se que, dois anos antes da data da entrevista, houve menor

percentagem de esterilizações abaixo dos 25 anos de idade e aumento na faixa dos 35 aos 39 anos.

O uso de métodos masculinos cresceu nesse período, sendo seu uso maior em São Paulo que no restante do Brasil. Por exemplo, o preservativo masculino tem 50% a mais de uso em São Paulo. Nesse aspecto, deve-se considerar importante a influência que as campanhas de prevenção a Aids possam ter tido no aumento do uso do preservativo, mesmo para contracepção, principalmente em São Paulo e Rio de Janeiro, considerados epicentros da epidemia. Já a vasectomia é três vezes mais usada em São Paulo. Ainda assim, a vasectomia é cinco vezes menos utilizada do que a laqueadura, e o preservativo três vezes menos utilizado do que a pílula em São Paulo. A faixa etária em que os usos desses métodos se concentram é similar em São Paulo e no Brasil (Bemfam,<sup>3</sup> 1997).

Comparando-se os dados do Estado de São Paulo com o Brasil, verifica-se que, entre as mulheres que não têm filhos, há maior proporção de paulistas cujos companheiros usam preservativos (13,9%); a de outros estados equivale a 5,7%. O uso da pílula é similar, duplica depois do primeiro filho e diminui pela metade depois do segundo filho.

Existe em São Paulo maior proporção no uso de métodos reversíveis, refletindo maior diversidade, utilizados por 45% das mulheres não-solteiras, enquanto no Brasil o percentual encontrado foi de 34%. Uma hipótese a ser levantada é que, em São Paulo, haveria maior acesso a contraceptivos, incluindo melhores informações sobre métodos anticoncepcionais. Outra hipótese é que, em São Paulo, haveria mais obstáculos ao acesso à esterilização, realizada por meio de pagamento – como já foi estudado por Vieira & Ford<sup>23</sup> (1995) –, quando comparada a outros estados do Brasil.

Resumindo, da evolução no uso de métodos contraceptivos no Brasil de 1986 a 1996, pode-se afirmar que houve diferença estatística significativa no aumento da esterilização feminina ( $p < 0,0001$ ), da esterilização masculina ( $p < 0,0001$ ) e do preservativo masculino ( $p < 0,0001$ ). Assim como, também, na diminuição de uso da pílula ( $p < 0,0001$ ) e do coito interrompido ( $p < 0,0004$ ). Enquanto no Estado de São Paulo, nesse mesmo período, as diferenças significativas foram apenas em relação aos métodos masculinos, como aumento de uso do preservativo ( $p < 0,0001$ ), vasectomia ( $p < 0,0001$ ) e diminuição do coito interrompido ( $p = 0,0064$ ), o uso da pílula ( $p = 0,1183$ ), a esterilização feminina ( $p = 0,2827$ ), a abstinência periódica e outros métodos, em 1996, mantiveram-se semelhantes ao uso em 1986.

Apesar dessas diferenças, o uso predominante de contraceptivos em São Paulo, tal como no Brasil, limita-se à pílula e à esterilização feminina. Os problemas relativos à concentração desses dois métodos têm sido apontados por diversos autores. Essa prevalência revela, pela escassez de outros métodos reversíveis, a insuficiência do planejamento familiar no País (FNUAP,<sup>10</sup> 1994). Analisando o uso de métodos no contexto da saúde reprodutiva no Brasil, um documento técnico do Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP/CNPD,<sup>11</sup> 1994) cita que os principais problemas brasileiros são: alta prevalência de esterilizações cirúrgicas associadas a cesarianas desnecessárias, mortalidade materna incompatível com o nível de desenvolvimento, altas taxas de gravidez não desejada, aborto induzido ilegalmente e aumento crescente da mortalidade por Aids entre mulheres.

Os problemas com o planejamento familiar no Brasil não se relacionam apenas à predominância dos dois métodos. Nota-se também que a oferta desses métodos não tem sido adequada. Como foi observado por Costa et al<sup>7</sup> (1990), as pílulas são vendidas sem prescrição, orientação e supervisão médicas em todo o País. Hardy et al<sup>15</sup> (1991), em um estudo conduzido em São Paulo, mostraram que 40% das usuárias de pílula apresentaram fatores de risco para seu uso.

Os problemas com o planejamento familiar no caso de São Paulo estariam agravados pelos altos índices de cesarianas associadas à esterilização feminina. Por ser, em sua maioria, cesarianas desnecessárias, essa associação aumenta os riscos de morbimortalidade materna (Faúndes & Cecatti,<sup>9</sup> 1993), prematuridade e problemas respiratórios do recém-nascido (Gomes et al,<sup>14</sup> 1999). Estudo realizado em São Paulo mostrou que um terço da mortalidade materna por causa obstétrica foi devido às cesarianas desnecessárias (Volochko,<sup>24</sup> 1992).

Para alguns autores, a esterilização feminina está ocupando o espaço de outros anticoncepcionais não disponíveis, assim como informações sobre reprodução humana e métodos anticoncepcionais. A natureza e a condição ilegal do aborto tenderiam a levar as mulheres à esterilização (Barroso,<sup>2</sup> 1988). Diante da encruzilhada “ser esterilizadas ou provocar um aborto ou prosseguir com uma gravidez indesejada”, as mulheres escolheriam a esterilização (Berquó,<sup>5</sup> 1999). Outros autores têm ressaltado a esterilização como conseqüência da história reprodutiva das mulheres. Estudo realizado em Campinas mostrou que mais de um terço (35,6%) das mulheres esterilizadas tinha tido o primeiro filho antes dos 19 anos, comparadas a 21% das mulheres não-esterilizadas (Osis,<sup>20</sup> 1998). Ter tido falha de método, em particular com a pílula, e ter iniciado a vida reprodutiva cedo favoreceram submeter-se

jovem à esterilização (Vieira,<sup>21</sup> 1994). Análise das atitudes de mulheres em relação à contracepção sugere fortemente que elas estão relacionadas ao uso anterior de métodos contraceptivos, em particular à falha de pílula e seus efeitos colaterais (Vieira,<sup>22</sup> 1999).

As análises das características de contracepção no Estado de São Paulo mostram que, embora exista maior diversidade no uso de métodos em São Paulo do que no Brasil e que mudanças ocorreram ao longo do tempo, existe um padrão semelhante que pode ser

definido como o uso do anticoncepcional oral até os 30 anos e depois o aumento da esterilização feminina. O presente estudo aponta para a desigualdade de acesso aos métodos anticoncepcionais para as mulheres de menor escolaridade, já que estas têm menor diversidade no uso de métodos e que a escolha da vasectomia também se relaciona à escolaridade. Apesar dessa maior diversidade no Estado de São Paulo, a predominância de apenas dois métodos reflete distorções na oferta do planejamento familiar e da saúde reprodutiva no contexto da nova legislação.

## REFERÊNCIAS

1. Arruda JM, Rutemberg N, Morris L, Ferraz E. *A Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar/PNSMIPF*, Brasil, 1986. Rio de Janeiro: BEMFAM/IDR; 1987.
2. Barroso C. *A esterilização no Brasil*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1988.
3. BEMFAM. *Macro pesquisa nacional sobre demografia e saúde, Brasil 1996*. Rio de Janeiro; 1997.
4. Beral V. Reproductive Mortality. *Br Med J* 1979;2:632-4.
5. Berquó E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 113-26.
6. Campos H. *Estatística experimental não-paramétrica*. 3ª ed. Piracicaba (SP): FEALQ; 1983.
7. Costa SH, Martín IR, Freitas SRS, Pinto CS. Family planning among low income women in Rio de Janeiro: 1984-1985. *Int Fam Plan Persp* 1990;16:16-22.
8. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In: Giffin K, Costa SH, organizadores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. p. 319-36.
9. Faúndes A, Ceccatti JG. Which policy for caesarean sections in Brazil? An analysis of trends and consequences. *Health Pol Plan* 1993;8:33-42.
10. FNUAP/CNPD. *Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento*; 1994 set 5-13; Cairo, Egito.
11. FNUAP. *Necessidades contraceptivas e de gerenciamento logístico no Brasil*. Brasília (DF); 1994.
12. Fundação IBGE. *Brasil em números*. Rio de Janeiro: Centro de Documentação e Disseminação de Informações; 1992.
13. Fundação IBGE. *Anuário estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro; 1996. v. 56.
14. Gomes U, Silva AAM, Bettiol H, Barbieiri MA. Risk factors for the increasing caesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1994. *Int J Epidemiol* 1999;28:687-94.
15. Hardy EE, de Moraes TM, Faúndes A, Vera S, Pinotti JA. Adequação do uso de pílula anticoncepcional entre mulheres unidas. *Rev Saúde Pública* 1991;25:96-102.
16. Merrick TW, Berquó E. *The determinants of Brazil's recente rapid decline in fertility*. Washington (DC): National Academy Press; 1983. (Committee on Population and Demography, Report 23).
17. Merrick TW. The evolution and impact of policies on fertility and family planning: Brazil, Colombia and Mexico. In: Roberts G. *Population policy: contemporary issue*. New York: Praeger; 1990. p. 147-65.
18. Ministério da Saúde. Portaria No. 144 de 20 de Novembro de 1997. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília (DF); 27 nov 1997.
19. Osis MJD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998;14 Supl 1:25-32.
20. Osis MJD. Esterilização e gravidez na adolescência. In: Vieira EM, Fernandes MEL, Bailey P, McKay A, organizadores. *Seminário gravidez na adolescência*. São Paulo: Associação Saúde da Família/ Family Health International; 1998. p. 67-73.
21. Vieira EM. Regret after female Sterilization among low-income women in São Paulo, Brasil [Thesis]. Exeter (UK): Faculty of Social Studies, University of Exeter; 1994.
22. Vieira EM. Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization? *Cad Saúde Pública* 1999;15:739-47.
23. Vieira EM, Ford NJ. The provision of female sterilization in São Paulo, Brazil: a study among low income women. *Social Sc Med* 1995; 42:1427-32.
24. Volochko A. Mortalidade de mulheres: mortalidade materna SUS-4 [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1992.
25. Wong LLR, Badiani, R, Quental. Achados e perdidos sobre saúde reprodutiva na PNDS-1996. *Rev Bras Pop* 1998;15:23-42.