



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS
Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde**

GABRIELLE BRAGA CARREIRA

DESIGUALDADE SOCIAL, DESENVOLVIMENTO HUMANO E PADRÃO DE
FECUNDIDADE NO BRASIL

**Rio de Janeiro
Maio 2018**

GABRIELLE BRAGA CARREIRA

DESIGUALDADE SOCIAL, DESENVOLVIMENTO HUMANO E PADRÃO DE
FECUNDIDADE NO BRASIL

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Área de concentração: Atenção Primária à Saúde).

Orientador: Raphael Mendonça
Guimarães

Rio de Janeiro
Maio 2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Carreira, Gabrielle Braga

Desigualdade social, desenvolvimento humano e padrão de fecundidade no Brasil. / Gabrielle Braga Carreira. – Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Hospital Escola São Francisco de Assis, 2018.

58f.: il. ; 31 cm.

Orientador: Raphael Mendonça Guimarães.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal do Rio de Janeiro/Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina/Hospital Escola São Francisco de Assis, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2018.

Referências bibliográficas: f. 41- 47.

1. Fertilidade. 2. Indicadores de Desenvolvimento. 3. Política Pública. 4. Taxa de fecundidade. 5. Demografia. 6. Atenção Primária à Saúde. – Tese. I. Guimarães, Raphael Mendonça. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Centro de Ciências da Saúde, Hospital Escola São Francisco de Assis. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 13:30 horas do dia 16 de maio de 2018, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na Linha de Pesquisa: Evidência Clínica, Modelos Assistenciais e qualidade na APS. A dissertação intitulada "**Desigualdade Social, Desenvolvimento Humano e Padrão de Fecundidade no Brasil**". Foi apresentada pela candidata **Gabrielle Braga Carreira**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ/HESFA, sob registro nº 117001872 (SIGA). A banca de examinadores foi composta pelos doutores: Raphael Mendonça Guimarães (CPF:053468547-11), Ricardo José Oliveira Mouta (CPF: 069.510.087-44), Livia Maria Santiago (CPF:036489566-71), em sessão pública, no prédio do HESFA/UFRJ, no Auditório, sito a Av. Presidente Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ. Após a exposição em sessão pública, de trinta minutos, a candidata foi argüida. Os membros da banca deliberaram nesta ocasião, considerando a dissertação APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu, então, o seguinte parecer:

Após as considerações e arguições da banca, a aluna foi conduzida após as questões pontuais foram esclarecidas diretamente à candidata foi recomendada a submissão do artigo a revista científica, na área de saúde materno infantil. Ressaltando a pertinência do tema à APS, com interface com as políticas de saúde.

Presidente/Orientador:

Rafael Mendonça Guimarães

1º Examinadora:

Ricardo José Oliveira Mouta

2º Examinadora:

Livia Maria Santiago

Candidata:

Gabrielle Braga Carreira

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha linda filha Vallentina por todo amor e luz que trouxe a
minha vida...

A minha mãe Joselia que com muito amor, carinho e apoio, não mediu esforços para
que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar a Deus, por me dar força e coragem para eu vencer mais essa caminhada.

A minha mãe Joselia que desde cedo me ensinou o valor que deveria ser dado aos estudos e ao ofício;

A minha filha que é a luz da minha vida, e todo meu esforço sempre foi para me tornar uma pessoa melhor, pensando nela;

Ao meu orientador Raphael por sempre acreditar em mim (desde o primeiro momento), pela nossa amizade, pela relação de confiança que construímos e por todas as contribuições dadas para que este trabalho fosse concluído.

A minha irmã Michelle, sobrinha Yasmin e afilhado Rafael Álvaro por me doarem amor, carinho e incentivos nessa trajetória.

A minha querida comadre, amiga, Quitéria por todas as vezes em que ela disse ter orgulho do meu esforço;

Ao meu grande amigo Roberto, por ter sido o grande incentivador para que eu galgasse por mais e mais qualificações profissionais;

Às minhas amigas Ana Luiza, Marcela e Mariângela por todas as vezes que me acolheram quando passamos por tempos difíceis, e pelo fortalecimento da nossa amizade.

Ao meu companheiro de classe José Gustavo que acreditou no meu potencial desde a especialização e sempre estendeu sua mão para que alcançássemos juntos, os melhores lugares possíveis no campo profissional e acadêmico.

A todos os profissionais com que trabalhei na APS e que pude compartilhar todos os esforços para tentar oferecer uma melhor assistência aos usuários do SUS.

RESUMO

Problemática: Na maioria dos países, as taxas de fecundidade vêm apresentando uma queda significativa. Concomitante a isso, o adiamento da idade fértil para uma idade mais avançada deprime as taxas de fecundidade. É inegável que, durante o século XX, a população global passou por aumentos sem precedentes no desenvolvimento econômico e social, que coincidiram com declínios substanciais na fecundidade humana. Houve associação negativa de fecundidade com o desenvolvimento econômico e social, avaliado através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Como resultado dessa estreita conexão entre desenvolvimento e declínio da fecundidade, mais de metade da população global vive em regiões com taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição humana.

Objetivo geral: Analisar o padrão de fecundidade no Brasil e sua relação com o desenvolvimento humano nas unidades de federação no Brasil em 2000 e 2010. **Objetivos específicos:** Comparar a função de fecundidade das unidades da federação brasileiras nos anos de 2000 e 2010; Estimar a magnitude da associação entre a taxa de fecundidade total, idade média à fecundidade e o índice de Desenvolvimento Humano e as suas dimensões entre as unidades da federação brasileiras. **Metodologia:** Trata-se de estudo ecológico cuja unidade de análise foram as Unidades Federativas brasileiras no período de 2000 e 2010. A fecundidade foi avaliada considerando os indicadores sociais e os indicadores de fecundidade. **Resultados:** Os resultados para as UF corroboram a hipótese de que o declínio da fecundidade parece ser mais influenciado pela redução evidente nos nascimentos de segunda (20 a 24 anos) e terceira ordens (25 a 29 anos), e um discreto aumento nas ordens maiores. Existe uma crescente heterogeneidade da idade ao primeiro nascimento entre as regiões, em particular, os estados do eixo sudeste-sul. Destaca-se a relação direta entre os indicadores de desigualdade e taxa de fecundidade total, e correlação inversa entre o desenvolvimento humano e a TFT. **Conclusão:** Houve queda e postergação da fecundidade no Brasil, e este é um processo multicausal. O governo através das políticas públicas executou um protagonismo importante na redução da fecundidade através das políticas para controle da natalidade. Os dados mostram que existe relação direta entre os indicadores de fecundidade e desigualdade, correlacionando inversamente o desenvolvimento humano e a fecundidade. No Brasil podemos verificar um nível heterogêneo entre as diversas regiões sobre a relação de classe econômica e fecundidade. Porém para além da questão econômica das famílias podemos associar a queda de fecundidade ao nível de escolaridade das mulheres e ao acesso à informação. Deve-se considerar as modificações significativas na

estrutura etária da população, com conseqüências em um novo planejamento econômico e novo processamento nas políticas públicas.

Palavras-chaves: Fecundidade; Demografia; Índice Desenvolvimento Humano; Postergação da Fecundidade; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Problematic: In most countries, fertility rates have been declining significantly. Concomitant to this, the postponement of the fertile age to a more advanced age depresses the fertility rates. It is undeniable that, during the twentieth century, the global population experienced unprecedented increases in economic and social development, which coincided with substantial declines in human fertility. There was a negative association of fertility with economic and social development, as measured by the Human Development Index (HDI). As a result of this close connection between development and decline in fertility, more than half of the global population lives in regions with fertility rates below the human replacement level. **Main Objective:** To analyze the fertility pattern in Brazil and its relation to human development in the Brazilian federation units in 2000 and 2010. **Specific Objectives:** To compare the fertility function of the Brazilian federation units in the years 2000 and 2010; To estimate the magnitude of the association between the total fertility rate, the mean age at the fecundity and the Human Development Index and its size among the Brazilian federation units. **Methodology:** This is an ecological study whose unit of analysis was the Brazilian Federative Units in the period of 2000 and 2010. The fertility was evaluated considering the social indicators and the indicators of fecundity. **Results:** The results for the UF corroborate the hypothesis that the decline in fertility seems to be more influenced by the evident reduction in the births of second (20 to 24 years) and third orders (25 to 29 years), and a slight increase in the larger orders. There is a growing heterogeneity of age at first birth between regions, in particular the states of the south-east axis. We highlight the direct relationship between the indicators of inequality and total fertility rate, and the inverse correlation between human development and TFT. **Conclusion:** There was a fall and postponement of fertility in Brazil, and this is a many causes process. Government through public policies has played an important role in reducing fertility through policies for birth control. The data show that there is a direct relationship between the indicators of fecundity and inequality, correlating inversely the human development and the fecundity. In Brazil we can see a heterogeneous level among the different regions on the relation of economic class and fecundity. However, in addition to the economic question of families, we can associate the drop in fertility with the level of education of women and access to information. Consideration must be given to the significant changes in the age structure of the

population, with consequences for a new economic planning and new processing in public policies.

Key- words: Fertility; Demography; Development Indicators; Public Policy; Fecundity Rate.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Aspectos da modernização e suas influências.....	08
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Padrão de fecundidade Segundo Unidade da Federação. Brasil, 2000 e 2010.....	31
Figura 2: Distribuição da Taxa de Fecundidade Total e Idade Média de Fecundidade. Brasil, 2000 e 2010.	34
Figura 3: Relação entre Taxa de Fecundidade Total e Idade Média de Fecundidade segundo Unidade da Federação. Brasil, 2000 e 2010.	35
Figura 4: Diagramas de dispersão para indicadores sociais e de fecundidade (taxa de fecundidade total). Brasil, 2000 e 2010.	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise de correlação entre indicadores sociais e de fecundidade (taxa de fecundidade total e idade média de fecundidade). Brasil, 2000 e 2010.	39
---	----

LISTA DE SIGLAS

ALERJ - Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro

Benfam - Sociedade de Bem estar e família

CPAIMC - Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança

CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito

DNCr - Departamento Nacional da Criança

EUA - *United States of América* (Estados Unidos da América)

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMF - Idade Média à Fecundidade

IPPF - *International Planned Parenthood Federation* (Federação Internacional de Planejamento Familiar)

MES - Ministério da Educação e da Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PSMI - Programa de Saúde Materno Infantil

SUS – Sistema Único de Saúde

TEF - Taxa de Fecundidade Específica

TFG - Taxa de Fecundidade Geral

TFT - Taxa De Fecundidade De Período

UF – Unidade da Federação

URSS - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo Geral.....	5
2.2 Objetivos Específicos	5
3. Referencial Teórico	6
3.1 História Da Fecundidade	6
3.2 Oferta demanda e custos de regulação.....	7
3.3 Equidade De Gênero E Fecundidade	9
3.4 Fecundidade No Brasil.....	10
3.5 Perfil Socioeconômico X Políticas Públicas.....	12
4. Metodologia.....	14
4.1 Desenho De Estudo.....	14
4.2 Indicadores Sociais	14
4.3 Indicadores De Fecundidade.....	15
4.4 Análise De Dados	17
4.5 Considerações Éticas	17
5. Resultados.....	18
6. Discussão.....	28
6.1 O Contexto Do Declínio Da Fecundidade	28
6.2 Fecundidade: Influência Dos Programas E Políticas De Saúde Da Mulher	32
7. Considerações Finais	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

1. INTRODUÇÃO

As questões que permeiam sobre como as populações humanas irão se comportar à longo prazo e em larga escala, e quais estruturas futuras podem surgir, dependerão das ações e interações de bilhões de pessoas (COLEMAN et al, 2015). É necessário, portanto, que possamos entender como o comportamento dos indivíduos geram e alteram a estrutura populacional, e ao mesmo tempo, como esta estrutura afeta o comportamento desses indivíduos. Para dar estas respostas, a demografia se constitui como a ciência e a prática que lida com análises estatísticas e matemáticas de dados sobre populações - tamanho, composição e distribuição espacial, bem como causas e consequências de mudanças na fecundidade, mortalidade e migrações (GOLDSTONE, KAUFMANN & TOFT, 2014).

A história do comportamento demográfico e cultural de determinadas populações passou a ter um retrato mais diversificado, através das variações locais e regionais, ganhando reconhecimento de novos padrões de forma importante (KREAGER, 2015). Por conta disso, nos últimos 30 anos, a demografia viu a necessidade de recriar formas de abordar subgrupos de populações através de uma estrutura com mudanças constantes.

A ligação entre os principais fatores de mudança demográfica é altamente variável, de forma que a combinação com diferentes níveis iniciais das três componentes demográficas (fecundidade, mortalidade e migração) vem produzindo grandes diferenças entre populações, na magnitude do crescimento da população durante a transição demográfica. (DEMENY, 2015). Naturalmente, com isso, a previsão de crescimento da população, à longo prazo e a composição das faixas etárias estão sujeitas a erros e incertezas, dado que os fatores que afetam as decisões em menor grau para uma gravidez, que condicionam o perfil de morbimortalidade, e que motivamos movimentos de pessoas entre distintos territórios, são extremamente complexos e o resultado das interações desses fatores fazem com que as pretensões da fecundidade sejam mais instáveis e assim menos previsíveis.

Na maioria dos países, as taxas de fecundidade predominam na determinação da composição etária da população e, como a taxa de fecundidade vem diminuindo na maioria das regiões do mundo, o chamado "envelhecimento demográfico" é uma característica em quase todos os países. O envelhecimento demográfico por sua vez, muitas vezes, estimula dúvidas sobre a sustentabilidade dos serviços de saúde

dominados pelos idosos e os sistemas públicos de pensão, acompanhada de preocupações sobre a diminuição do crescimento da força de trabalho diminuindo o crescimento econômico (TEITELBAUM, 2015). Concomitantemente, o adiamento da idade fértil para uma idade mais avançada deprime as taxas de fecundidade e, segundo os demógrafos, este fenômeno poderia ser compensado através de um processo de recuperação de intenções de idade para engravidar. No entanto, em muitos países, os sinais de mudança nas preferências apontam para uma menor fecundidade completa¹, incluindo a falta de filhos ou apenas um único filho. A escolha real de um pequeno número de filhos ou nenhum presumivelmente é o resultado de um cálculo de escolha pessoal ou do casal, que acaba por fazer a opção por conta própria e no melhor interesse de seus filhos, levando em consideração o seu padrão de vida material e as intenções de melhorar o status na sociedade (DEMENY, 2015).

Para NATHAN et al (2016), há, ainda, um ponto que merece ser analisado: existe um foco centrado nos estudos sobre fecundidade, para pesquisa sobre a postergação da idade fértil entre as mulheres de todo o mundo. Porém foi não dada a devida atenção necessária para analisar a evolução do processo de heterogeneidade da idade média na primeira gestação nos diversos países. Além disso, destaca-se a possibilidade da padronização da concentração da gravidez em uma idade média cada vez mais estreita, já que a gravidez tardia limita novas gestações pelo risco maternos e fetais (NATHAN et al, 2016).

É inegável que, durante o século XX, a população global passou por aumentos sem precedentes no desenvolvimento econômico e social, que coincidiram com declínios substanciais na fecundidade humana e taxas de crescimento da população. A associação negativa de fecundidade com o desenvolvimento econômico e social, avaliado muitas vezes através do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), portanto, se tornou uma das teorias mais solidamente estabelecidas, e apresentou alguma regularidade empírica nos dados, ganhando com isso credibilidade nas ciências sociais (BRYANT, 2007; BONGAARTS & WATKINS, 1996). Como resultado dessa estreita conexão entre desenvolvimento e declínio da fecundidade, mais de metade da população global vive em regiões com taxas de fecundidade abaixo do nível de reposição (menos de 2,1 crianças por mulher em idade fértil). Em muitos países

¹Denomina-se **fecundidade completa, ou fecundidade final** a fecundidade acumulada de uma coorte à época em que seus sobreviventes (no caso de uma coorte de nascimentos) ou seus sobreviventes mais jovens (no caso de uma coorte de casamentos) atingem o final do período reprodutivo.

altamente desenvolvidos, a tendência para baixa fecundidade tem sido considerada irreversível (WILSON, 2004). O envelhecimento rápido da população e, em alguns casos, a perspectiva de declínio significativo da população, tornaram-se, portanto, uma preocupação socioeconômica central e um desafio político (LUTZ et al, 2008; BONGAARTS, 2008).

Contudo, a partir de novas análises transversais e longitudinais da taxa de fecundidade total e do índice de desenvolvimento humano (IDH), uma mudança fundamental na relação negativa bem estabelecida entre fecundidade e desenvolvimento à medida que a população global entrou no século XXI (HARTTGEN & VOLLMER, 2014). Embora o desenvolvimento continue a promover o declínio da fecundidade em níveis de IDH baixos e médios, análises mais recentes mostram que, em níveis avançados de IDH, o desenvolvimento posterior pode reverter a tendência decrescente da fecundidade. A relação de desenvolvimento e fecundidade anteriormente negativa assumiu novo padrão, com o IDH sendo positivamente associado à fecundidade entre os países altamente desenvolvidos. Supõe-se que esta inversão da fecundidade resulte do contínuo desenvolvimento econômico e social, tem o potencial de diminuir as taxas de envelhecimento da população, melhorando assim os problemas sociais e econômicos associados ao surgimento e à persistência de uma fecundidade muito baixa.

Adicionalmente, há duas questões a serem consideradas: a primeira análise realizada nesta direção (MYRSKYLA et al., 2009) considerou apenas o IDH composto, e não em suas componentes (renda, longevidade e educação). Assim, é preciso ponderar se a relação estabelecida entre o IDH e a fecundidade é reversa para todos os componentes. Ainda, é preciso considerar que o estudo realizado considerou um grupo de países relativamente homogêneo, de forma que no intervalo de tempo estudado, não houve grande variação do IDH nestes países. Sabe-se que os benefícios para a saúde do nível educacional são maiores em países com maior desenvolvimento humano. As desigualdades de saúde atribuíveis à escolaridade são, portanto, maiores nos países mais desenvolvidos (VAN DER KOOI et al, 2013).

Existe certo consenso entre pesquisadores e autores, de que a baixa fecundidade atual dará lugar a uma recuperação gradual. Alguns autores argumentam que, abaixo fecundidade gera danos à economia, os estados podem reagir ao canalizar mais recursos para casais e famílias, induzindo-os a ter mais filhos. Outra possibilidade é que os países se tornem abertos à imigração (LIVI-BACCI, 2015). No entanto, para DEMENY (2015) contemplar intervenções políticas destinadas ao pró-natalismo coloca questões às

quais as respostas permanecem também incertas. Algumas causas próximas da síndrome da fecundidade abaixo do nível de reposição, como a baixa influência religiosa no comportamento pessoal, a mudança dos costumes sexuais, o atraso no casamento ou a sua evasão completa, estão além do alcance dos governos. Ainda, a atuação de outras formas possíveis, como desencorajar o alongamento da educação formal para as mulheres e adotar políticas que reduzam as taxas de participação na força de trabalho, estariam em conflito com objetivos sociais e econômicos amplamente desejados e aceitos, tanto pessoais como coletivo.

Durante muitos anos, muitos países insistiram nas tentativas de encontrar políticas públicas para o aumento da natalidade. E conforme COLEMAN et al (2015), ao contrário dos fatores que estão por trás da queda da taxa fecundidade (somente o envelhecimento da população), as causas da baixa fecundidade parecem para estar além do alcance da política do governo. Existe uma falha generalizada das políticas para aumentar as taxas de natalidade na maioria desses países, seja por transferência de dinheiro, bem-estar ou emprego. Ainda assim, é importante pensar em políticas públicas que assistam integralmente a saúde das mulheres e suas famílias que optem pela gestação em idade avançada, incluindo a reorganização da rede assistencial preparada para esta demanda com qualidade, afim de obtermos resultados positivos na manutenção da redução das taxas de mortalidade materno, infantil e fetal.

Desta forma, é importante considerar a opção de estudo em um conjunto de locais mais heterogêneos, como é o caso do Brasil. Neste caso, é evidente que a formulação de políticas, pensando principalmente em sua efetividade, depende da análise mais cuidadosa dos cenários de desigualdade, em que pesam a desigualdade de distribuição de renda, acesso à escolaridade e aos serviços de saúde. Desta forma, é necessário avaliar o novo cenário da transição demográfica, com a possível postergação da idade na primeira gestação no Brasil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o padrão de fecundidade no Brasil e sua relação com o desenvolvimento humano nas unidades de federação no Brasil em 2000 e 2010.

2.2 Objetivos Específicos

1. Comparar a função de fecundidade das unidades da federação brasileiras nos anos de 2000 e 2010;
2. Estimar a magnitude da associação entre a taxa de fecundidade total, idade média à fecundidade e o índice de Desenvolvimento Humano e as suas dimensões entre as unidades da federação brasileiras;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História da Fecundidade

A sociedade sempre controlou e domesticou a sua capacidade reprodutiva. Este modelo de sociedade, que perdurou entre os séculos XVI e XVIII na Europa, é marcada pela crença de que o homem pouco influenciaria na natureza (e a fecundidade da mulher seria parte dessa natureza imutável) e marcada pelo autocontrole sobre a própria sexualidade, reflexo da influência da igreja e da comunidade sobre a moral e os costumes. No matrimônio, as pessoas não agiam de modo a evitar a gravidez, pois era algo tido como natural da mulher. Assim, a única forma de reduzir o tamanho da família seria pelo adiamento do casamento ou pelo infanticídio, em situações de crise (BILLARI, 2015). A partir do fim do século XVIII na França e no começo do XIX no restante da Europa, a partir das classes altas, emerge um novo modelo de família no qual o número de filhos e o espaçamento entre eles passam a ser devidamente planejados via abstinência ou coito interrompido. A partir da Idade Média, nos países Europeus, se inicia um sistema demográfico caracterizado pelo controle sobre a sexualidade dos jovens a partir do adiamento dos casamentos e redução dos nascimentos ilegítimos. O aumento da idade ao matrimônio representou um feito à fecundidade de forma estrutural (RAVANERA & RAJULTON, 2006).

Desta forma, durante os séculos XVIII e XIX, a classe média se expande nas cidades e dissemina o modelo de família pequena. Isso só se deu por conta da separação entre procriação e sexualidade e pela mudança da relação do homem com a natureza. Com isso, a tecnologia passa a fazer parte do sexo e do corpo humano com os métodos contraceptivos. Esse modelo persiste até a Segunda Guerra. O período é marcado por investimentos financeiros e sentimentais dos pais para os filhos (ARIÈS, 1980)

Após a segunda Guerra, os novos modelos de democracia social, pautados em seguridade social relaxam as necessidades por ascensão social, garantindo as mesmas possibilidades para todos. Assim, não haveria necessidade para o controle da fecundidade e havia uma promoção da família feliz e da “criança-rei”². Nesse mesmo período, de pós-Guerra, as lutas das mulheres contra o patriarcado se fortalecem indo de encontro à visão da mulher enquanto objeto sexual, dando início à chamada era da

²Criança-Rei: a separação da infância do mundo dos adultos permitiu criar medidas de proteção, que garantiram condições sem precedentes de defesa e de segurança das crianças, a par da instauração de uma norma de defesa da criança constitutiva de uma imagem de “criança-rei” (Ariès, 1986),

pílula. O baby boom, que traduz este momento de explosão demográfica no pós-guerra, foi um período curto, e o modelo familiar retorna àquele que perdurou em 1930. Porém as motivações para esse novo modelo persistir são outras diferentes da motivação pela mobilidade social do século XIX (REHER, 2015).

Assim, a nova época que se anunciava mais claramente a partir da década de 80 é marcada como o fim da era da criança como elemento central na vida da família, e dos investimentos nos filhos. A eficiência dos métodos contraceptivos modernos retira praticamente qualquer possibilidade de gravidez indesejada e, caso ocorra, existe ainda a possibilidade do aborto. Desta forma, as pessoas passam a recusar a possibilidade de ter um filho não desejado, o que marca uma nova forma de pensar na família: os filhos deixam de ser a unidade de foco familiar e passam a ser inseridos na conta dos próprios indivíduos como elementos de sua própria realização pessoal, ou seja, os filhos perdem importância dentro da unidade familiar (ARIÈS, 1980; SANDERSON, 1976). Neste sentido, há um processo de “revolução da fecundidade”, que estaria inserida no conjunto de processos inerentes à modernização da sociedade de modo geral: modernização econômica e produtiva (novos modelos produtivos, transporte e etc), modernização demográfica (novos regimes de fecundidade, mortalidade e migração, com influência de avanços da saúde pública), modernização individual (maior abertura às liberdades individuais e busca de auto realização individual e dos filhos)(EASTERLIN e CRIMMINS, 1985)

Os processos de modernização levaram a uma redução da fecundidade de 6 para 2 filhos por mulher, representando um ganho em liberdades individuais femininas em termos de terem mais tempo para uso próprio. Ou seja, a modernização do comportamento reprodutivo se deu a partir da autonomia do casal para decidir o seu próprio comportamento reprodutivo, superando as determinantes biológicas e sociais (costumes) que antes se colocavam como elementos determinantes do tamanho da família (EASTERLIN e CRIMMINS, 1985; BLAKE, 1968).

3.2 Oferta demanda e custos de regulação

A função de fecundidade, independente do tempo em que ela ocorre, passa por algumas correntes teóricas, que procuram explicá-la a partir da macro e microeconomia (BLAKE, 1968; BECKER, 1981), e ainda pela cultura (HAMMEL, 1990), sem prejuízo de qualquer uma delas. Destaca-se a idéia de oferta, demanda e custo de regulação por filhos (MINCER, 1963).

A demanda por filhos depende da motivação do casal por filhos, levando em conta fatores sociais e econômicos. A oferta por filhos é igual ao número de filhos sobreviventes caso a fecundidade de uma família, caso não fosse controlada, e reflete a fecundidade natural do casal e as chances de sobrevivência dos filhos. Os custos de regulação são não somente custos econômicos dos métodos em si, mas também os custos sociais relativos a aceitação ou não de cada um dos métodos. Programas de planejamento familiar reduzem esses custos com o aumento das informações, além da redução dos custos sociais e econômicos com a distribuição gratuita (BLAKE, 1968; BECKER, 1981; EASTERLIN e CRIMMINS, 1985; HAMMEL, 1990).

Existem aspectos da modernização que influenciam, concomitantemente, estes três aspectos. Sua descrição se encontra no quadro 1. A modernização atua, ainda, reduzindo demanda e aumentando a oferta, conforme mencionado. Essa tendência leva a um aumento da oferta relativo à demanda por filhos, ou seja, a uma situação de filhos não desejados. Assim, cria-se uma motivação por limitar o número de filhos via controle deliberado, porém, a própria escolha do uso de métodos é pesada com relação à demanda indesejada por fatores culturais, econômicos ou sociais. Em algum momento o balanço entre motivação por regulação e custos de regulação se desequilibra em favor da motivação e assim ocorre o controle reprodutivo. Numa condição pré-moderna a motivação por controle reprodutivo existe, mas os custos são elevados demais para colocá-lo em prática (FARIA, 1997).

Quadro 1: Aspectos da modernização e suas influências

Aspecto	Resultado
Avanços na Saúde Pública	Aumentam a oferta de duas formas: aumenta o número de filhos sobreviventes e a fecundidade potencial.
Escolarização e Meios de Comunicação em massa	Atuam sobre a oferta de forma semelhante à saúde pública, atuam reduzindo os custos de regulação com a dispersão de informação e atuam reduzindo a demanda por filhos com o aumento dos custos relativos de se ter filhos relacionados ao uso do tempo e às motivações de ter filhos.
Urbanização	Reduz a demanda, pois reduz o preço de bens relativo às crianças, o custo das crianças se torna mais caro na cidade, aumenta a oferta com os avanços e distribuição de serviços de saúde pública, reduz os custos de regulação com a emergência de novos costumes urbanos e disseminação da informação.
Aquisição de Novos Bens	Reduzem a demanda com o aumento da preferência relativa por esses bens e não por filhos e reduz os custos de regulação com o aumento da oferta de novos métodos

Programas de Planejamento Familiar	Reduzem a demanda com a difusão de um conceito de família pequena, reduz os custos de regulação com a disseminação de informação e de métodos a custos subsidiados e aumenta a oferta com o atendimento às mães e crianças.
------------------------------------	---

Fonte: adaptado de EASTERLIN e CRIMMINS, 1985.

3.3 Equidade De Gênero E Fecundidade

Os determinantes básicos do comportamento reprodutivo são os elementos advindos do processo de modernização, acrescidos dos fatores culturais: urbanização, escolarização, religião e etc. Os determinantes próximos seriam aqueles relacionados ao controle da fecundidade propriamente dito, como a frequência de acasalamento, uso de métodos contraceptivos e etc. Estes modelos, contudo são criticados por não situarem a fecundidade em um contexto cultural e institucional. É importante mencionar que o alcance da generalização teórica é provavelmente maior no estudo da queda sustentada da fecundidade, do que no estudo do início do declínio da fecundidade. A influência das mudanças no nível de equidade de gênero pode ser mais evidente nessa fase posterior (MC DONALD, 2000).

A equidade de gênero traz para as mulheres um maior poder na tomada de decisão dentro da família, especialmente no que se refere ao direito de determinar o número de filhos que vão ter. A fecundidade pode cair para níveis baixos, sem grandes mudanças na vida das mulheres que vão além da vida familiar. Ou seja, enquanto a fecundidade cai para níveis muito baixos, a maioria das instituições fora da família são marcadas por uma considerável desigualdade de gênero. Assim, por um lado, um maior nível de equidade de gênero nas instituições sociais leva a uma menor fecundidade, enquanto que, por outro lado, a reorientação das instituições sociais para um nível mais elevado de equidade de gênero é preconizada para evitar fecundidade muito baixa (essência do paradoxo feminista do futuro ou paradoxo feminista atual) (NEYER, 2010).

Durante o século XX, ocorreu uma revolução nos níveis de equidade de gênero em instituições individuais em países desenvolvidos. Todavia, em um contexto de igualdade de gênero persiste relativamente baixa em instituições orientadas para a família, e a elevada equidade de gênero em instituições orientadas a indivíduos, há um padrão de baixa fecundidade. Os altos níveis de participação das mulheres como indivíduos, em combinação com baixos níveis de equidade para as mulheres em seus papéis como esposas ou mães, significam que muitas mulheres acabarão por ter menos

filhos do que aspiravam quando eram mais jovens. O resultado para a sociedade é uma taxa de fecundidade muito baixa. A redução da desigualdade de gênero nas instituições familiares é condição necessária para a transição de fecundidade; caso contrário, a fecundidade continuará sendo reduzida até alcançar o nível de reposição, ou cair abaixo dele. Cumpre destacar que a melhoria das relações de mercado quanto a gênero acelera o processo de transição, levando a taxas de fecundidade ainda mais baixas (COLEMAN & BASTEN, 2015; WILSON, 2004).

Finalmente, FOLBRE (1983) argumenta ainda que o avanço antecipado do capitalismo pode ter piorado a equidade de gênero no emprego no mercado, melhorando-o dentro da família. No entanto, como proposto anteriormente, a baixa fecundidade mudará a natureza da vida das mulheres. Com o tempo, isso levará ao aumento da demanda por maiores níveis de equidade para mulheres em instituições fora da família. Portanto, a queda da fecundidade está associada às mulheres que adquirem direitos dentro da família que lhes permitem reduzir o número de seus nascimentos para níveis mais desejáveis. Assim a mudança na instituição da família prossegue lentamente porque o sistema familiar está fortemente ligado a instituições conservadoras, como a religião.

3.4 Fecundidade No Brasil

MERRICK & BERQUÓ (1983) estão entre os primeiros pesquisadores a relacionar o aumento do nível de escolaridade das mulheres com as mudanças de comportamento reprodutivo no Brasil, pois o declínio entre 70 e 76 foi maior entre mulheres da cidade com renda média e baixa. Portanto, a educação pode ter sido um fator de importância. O nível de escolaridade e a religiosidade das mulheres seriam os dois fatores socioculturais relacionados ao processo de modernização e à transição da fecundidade. A educação promove informação sobre contracepção e permite o número de sobreviventes aumentar, além de reduzir a quantidade ideal e real de filhos; já a religiosidade, segundo as autoras, aumenta os custos da contracepção.

A taxa de fecundidade teria começado a decair a partir das coortes de 1940 sob o efeito da escolarização feminina. No entanto, o avanço da educação não acontece sob um vácuo de mudanças socioeconômicas. O período do pós-guerra no Brasil foi marcado por intensas mudanças socioeconômicas e por um processo de industrialização que estimulou a urbanização e assim facilitou o início da universalização da escolarização, melhorando os níveis de instrução da população. Não se sabe, no entanto

exatamente como a educação afetou, pois fora do Brasil ela atua na fecundidade adiando a idade do casamento e aumentando a participação no mercado de trabalho. No Brasil o primeiro fato não aconteceu e o segundo não é consensual entre os especialistas. Assim, é improvável que a educação tenha alterado os perfis de fecundidade sem a ajuda de transformações simultâneas na organização socioeconômica (LIMA e MYRSKYLÄ, 2013)

Alguns autores, ainda, defendem a idéia de que a transição do Brasil para um país urbano, com economia monetizada e com a proletarização levou a uma perda do poder de compra das classes trabalhadoras, estimulando um controle de natalidade. Para as classes médias, as diferenças entre as aspirações individuais e o poder de consumo teriam estimulado o controle reprodutivo (MARTINE, 1996). Sobre este respeito, FARIA (1997) argumenta que, por mais que o país não tivesse um programa de planejamento familiar organizado, as medidas tomadas, sobretudo pelo governo militar, em prol da modernização econômica e social, tiveram um efeito indireto na fecundidade com as mudanças institucionais. O autor então cita quatro fatores que chama de determinantes estruturais próximos da fecundidade.

O primeiro deles, a expansão da sociedade de consumo, é marcado desde o governo militar, que promoveu arranjos institucionais compatíveis com o padrão moderno de acumulação de capitais via abertura de capitais e promoção da sociedade de consumo e do mercado nacional. As políticas de crédito voltadas para a inserção das classes mais baixas na lógica do consumo, tiveram o efeito de ampliar as aspirações desse estrato social em termos de consumos de bens e serviços antes inacessíveis. Como este crédito é voltado para o consumo de certos bens de consumo, as famílias passam a necessitar de um cálculo econômico racional para compatibilizar suas aspirações de consumo e sua capacidade de subsistência. Dessa forma isso contribuiu para institucionalizar a preferência por uma família menor (FARIA, 1997).

Em segundo lugar, houve um investimento, no mesmo período, para a modernização da infraestrutura de comunicações do país e a televisão se tornou então o veículo mais popular de informação e entretenimento do país, e muito influente na formação da opinião pública. Sobretudo, a televisão contribuiu para a homogeneização da cultura e da linguagem, atua na formação dos brasileiros com os conteúdos apresentados, pois estes passam a ser discursos diários nas residências e promovem o consumo como uma forma de vida.

Ainda, a expansão da rede hospitalar (sob o custo de reduzir a medicina preventiva), promoveu a medicina privada (subsidiada) como base do sistema de saúde e expandiu a cobertura dos serviços de saúde acoplando o sistema de saúde ao sistema de seguridade social. Assim, as pessoas cobertas pelo serviço de saúde aumentaram, bem como o acesso dessas pessoas a informações antes restritas a grupos mais seculares, o que permitiu legitimar o uso de métodos contraceptivos modernos. Além disso, o contato com os médicos permitiu o acesso a informações sobre esterilização.

Finalmente, para ter acesso ao sistema de saúde a pessoa deveria ser contribuinte da previdência social, o que representou uma via de mão dupla: aumento da cobertura previdenciária e de saúde. Isso garantiu uma renda para os idosos, retirando o encargo do cuidado e da responsabilidade na maioria da família e passando-a para as mãos do Estado.

3.5 Perfil Socioeconômico X Políticas Públicas

Considera-se, pois que a capacidade de entender de forma minuciosa as diferenças sobre a estrutura da fecundidade na variável idade, nos diferentes grupos populacionais é de suma importância para a projeção de cenários futuros, visto que a fecundidade é o componente demográfico que mais interfere nas estimativas populacionais. Que por sua vez são determinações essenciais para se pensar no planejamento de políticas públicas (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2014).

Em vários países, inclusive no Brasil, durante o período de transição da fecundidade, os fatores que são correlacionados negativamente com a baixa fecundidade são principalmente a renda e nível de escolaridade. Embora possa ser observado que a taxa de fecundidade fica cada vez mais homogênea entre os diferentes níveis socioeconômicos de grupos sociais, entre os extremos desses grupos as taxas ainda apresentam uma diferença importante (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2014).

Segundo um estudo realizado por CUNHA e VASCONCELOS (2016), em que foram utilizadas informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio do IBGE, de 1995 até 2009 e como já era esperado, constatou-se o declínio da fecundidade e aumento da participação da mulher mercado de trabalho, no período estudado. Dessa mesma forma a consequência negativa da renda na probabilidade de fecundidade e positivo na probabilidade de participação no mercado de trabalho. Diversas variáveis

relacionadas às características pessoais, condição familiar e local de residência também influenciam na fecundidade e na inserção das mulheres no mercado de trabalho.

O levantamento de dados viabiliza fundamentos práticos que indiquem possíveis desigualdades no acesso a programas e políticas na área de saúde reprodutiva, e também auxiliam no reconhecimento das desigualdades sociais que podem causar constrangimentos acerca do desejo de ter um filho em vários grupos populacionais. A tentativa é de contribuir no avanço das previsões em cenários futuros sobre a taxa de fecundidade no país e para progressos sociais. Outra forma de contribuir é que seus resultados servem para o diagnóstico e implementação de programas de saúde e políticas públicas que possam assegurar os direitos e acesso à saúde reprodutiva, sobretudo aos grupos populacionais mais vulneráveis. Desta forma, conforme dados do Censo Demográfico, embora a taxa de fecundidade de período (TFT) tenha alcançado nível abaixo da reposição entre 2000 e 2010, chegando de fato a 1,9 filho por mulher em média, em 2010, não é inesperado obter variações importantes em torno dessa média nacional, frente a heterogeneidade de comportamentos e diferenças para o acesso aos meios contraceptivos (BERQUÓ e CAVENAGHI, 2014).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho De Estudo

Trata-se de estudo ecológico cuja unidade de análise foram as Unidades Federativas brasileiras no período de 2000 e 2010. A fecundidade foi avaliada considerando os seguintes indicadores:

4.2 Indicadores Sociais

a) Índice de Gini

Mede o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*. Sua amplitude vai de zero, quando não há desigualdade, a 1, quando a desigualdade é máxima;

b) Índice de Theil – L

Mede a desigualdade na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*, excluídos aqueles com renda domiciliar *per capita* nula. É calculado através do logaritmo da razão entre as médias aritmética e geométrica da renda domiciliar *per capita* dos indivíduos, variando de zero – quando não existe desigualdade de renda, e infinito – quando a desigualdade tende ao máximo;

c) Razão 10% mais ricos / 40% mais pobres

Avalia o grau de desigualdade existente na distribuição de indivíduos segundo a renda domiciliar *per capita*. Compara a renda *per capita* média dos indivíduos pertencentes ao quintil mais rico e os dois quintos mais pobres;

d) Índice de Desenvolvimento Humano IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

É um índice multidimensional que avalia as condições de desenvolvimento dos locais. É calculado pela média geométrica dos subíndices das dimensões Renda, Educação e Longevidade, com pesos iguais.

i) IDH Renda: É obtido a partir do indicador “renda *per capita*”

ii) IDH Longevidade: É obtido a partir do indicador de esperança de vida ao nascer

iii) IDH Educação: É um subíndice sintético, obtido através da média geométrica do subíndice de frequência de crianças e jovens à escola, com peso de 2/3, e do subíndice de escolaridade da população adulta, com peso de 1/3.

4.3 Indicadores De Fecundidade

Correção no volume de nascimentos

Por questões metodológicas e operacionais, as análises longitudinais com dados de coorte são pouco comuns. Isto porque nem sempre todos os dados necessários estão disponíveis. Adicionalmente, pode-se ter problema na qualidade dos dados disponíveis. Para superar estas dificuldades, costuma-se utilizar os métodos indiretos para o cálculo de algumas estatísticas. É importante destacar que os efeitos de tempo de fecundidade são definidos como mudanças de nível do período, e que não refletem necessariamente as mudanças de nível na fecundidade completa das coortes. As mudanças nas idades em que as mulheres dão à luz seus filhos evidenciam que a fecundidade medida em um determinado momento (período) pode não ser uma boa representação da fecundidade final dessas mulheres. Neste sentido, foi utilizado o método Método Relacional Gompertz Sintético, por considerar o interperíodo do estudo, simulando assim melhor o comportamento das coortes.

A partir do volume de nascimentos devidamente corrigido, foram elaborados os seguintes indicadores de fecundidade:

a) Taxa de Fecundidade Geral

É a razão entre o número de nascidos vivos e a população feminina dentro do período reprodutivo (idade fértil). Considera-se idade fértil da população feminina a faixa etária de 15 a 49 anos.

$$TFG_j = \frac{B_j}{{}_{35}M_{15,j}}$$

Onde ${}_{35}M_{15,j}$ é o número de mulheres entre 15 e 49 anos no ano j, e B_j é o número de nascimentos no ano j.

Este indicador depende da maior ou menor intensidade com que as mulheres têm filhos em cada idade, e da distribuição etária na população feminina dentro do intervalo de idade fértil. Desta forma, recomenda-se o seu uso, para fins de comparação, apenas em situações em que a estrutura etária é semelhante.

b) Taxa de Fecundidade Específica

É a razão entre o número de nascimentos vivos e mães em determinada faixa etária e o número de mulheres na mesma faixa etária.

$${}_n\text{TEF}_{x,j} = \frac{{}_nB_{x,j}}{{}_nM_{x,j}}$$

onde ${}_nM_{x,j}$ é o número de mulheres na faixa etária de x a $x+n$, anos no ano j , e ${}_nB_{x,j}$ é o número de nascimentos na faixa etária de x a $x+n$ no ano j .

Trata-se de um indicador mais refinado, pois especifica a fecundidade nas faixas etárias. Usualmente, é calculada com faixas quinquenais, entre 15 e 49 anos.

c) Taxa de Fecundidade Total

É o número médio de filhos que uma mulher teria ao terminar o período reprodutivo (fecundidade corrente). A TFT depende do conjunto de TEF, pois é calculada a partir do seu somatório, considerando o intervalo de faixa etária:

$$\text{TFT}_j = n * \sum_x {}_n\text{TEF}_x$$

Onde ${}_n\text{TEF}_x$ representa a TEF na faixa etária de x a $x+n$.

Dado que a TFT não é influenciada pela distribuição etária das mulheres da população de referência, as TFT de distintas populações podem ser usadas para a comparação de níveis de fecundidade.

d) Idade Média à Fecundidade

A idade média de fecundidade é a razão entre a soma das taxas média e fecundidade específicas em cada faixa etária e a soma das taxas específicas de fecundidade:

$$\text{IMF} = \frac{\sum ({}_n\text{TEF}_{x,j} * \bar{x})}{\sum {}_n\text{TEF}_{x,j}}$$

Este cálculo, por ser baseado nas taxas específicas de fecundidade, permite a neutralização das distorções provocadas pelas alterações da estrutura etária da população feminina, facilitando a comparação entre diferentes unidades da federação. Entretanto,

4.4 Análise De Dados

Inicialmente, os indicadores de fecundidade foram descritos para os anos de 2000 e 2010, em cada Unidade Federativa brasileira, através de médias e desvios. Em seguida, foram elaboradas as curvas de fecundidade para os dois anos, por unidade federativa.

A relação entre a taxa de fecundidade total e a idade média de fecundidade foi explorada na tentativa de se observar uma mudança no período analisado. Finalmente, foram realizados testes para verificação da associação simples entre as variáveis de fecundidade e os indicadores sociais, através do coeficiente de correlação de Spearman. Foi considerada estatisticamente significativa a correlação cujo valor de p fosse inferior a 0,05.

4.5 Considerações Éticas

O presente estudo utilizou dados secundários provenientes de bases públicas, sem qualquer tipo de identificação individual. Desta forma, em conformidade com a resolução 466/2012, fica o projeto isento de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

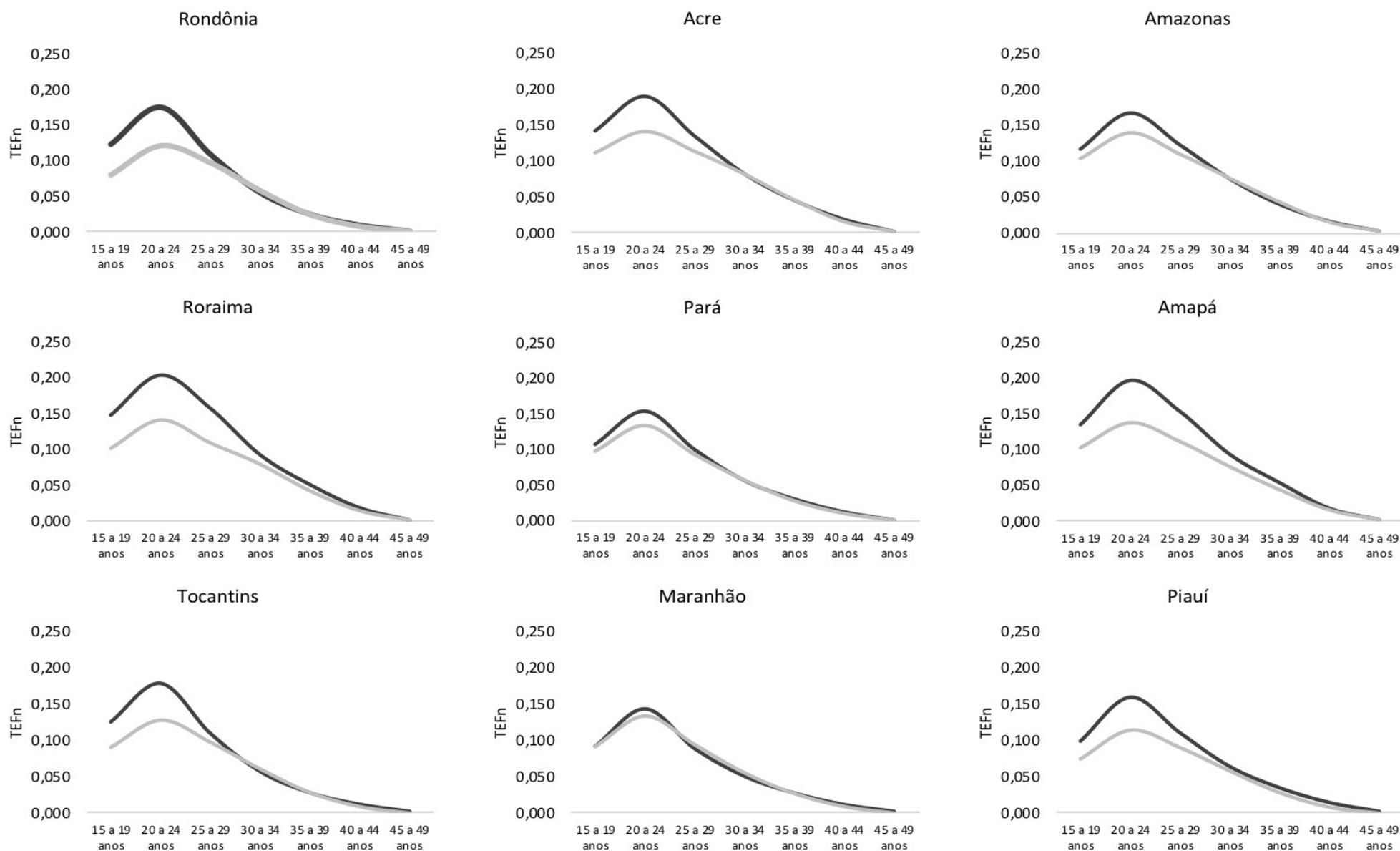
5. RESULTADOS

O Brasil vem experimentando uma rápida transição da fecundidade. Esta teoria se mostra coerente com a análise geral das curvas de fecundidade das UF (figura 1). De uma forma geral, há um comportamento de postergação a fecundidade, independente do local analisado. Naturalmente, há diferença no nível, seja pela diferença na curva de 2000, seja pela velocidade com que o fenômeno ocorre, o que resulta na diferença observada entre as UF, quando comparadas as curvas de 2000 e 2010. Com as mudanças, além da diferença de nível, evidencia-se alteração no formato da curva de fecundidade. Percebe-se que as maiores TEF concentram-se nas faixas grupos mais jovens (15 a 19 e 20 a 24 anos). Há, ainda, uma redução contínua da TEF das adolescentes a partir de 2000, bem como um aumento da participação relativa das mulheres dos grupos etários de 25 a 29 anos e 30 a 34.

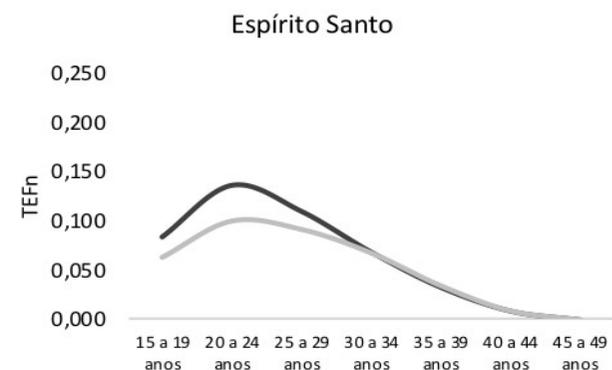
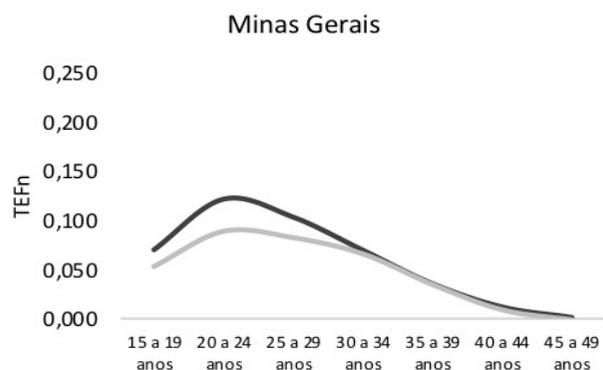
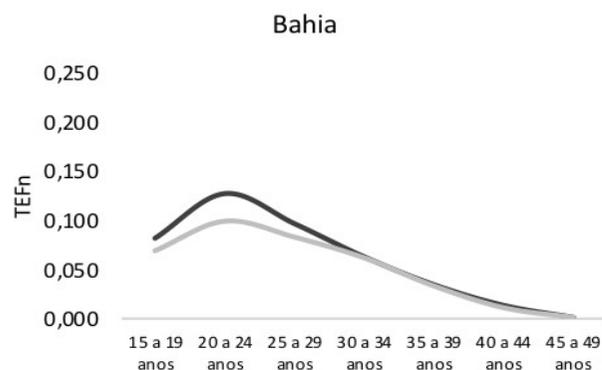
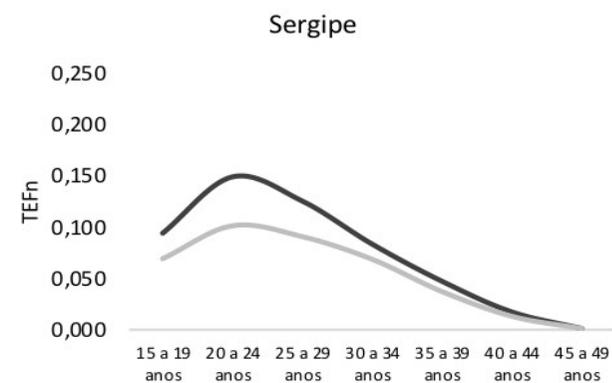
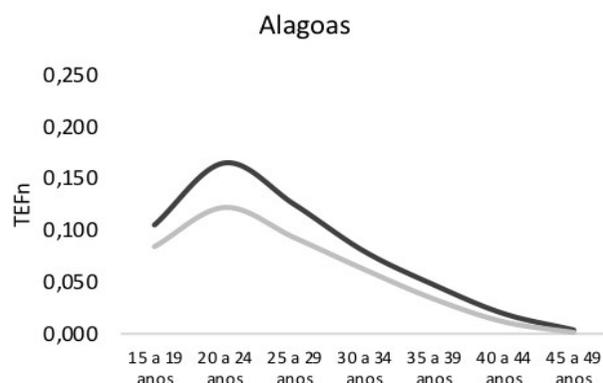
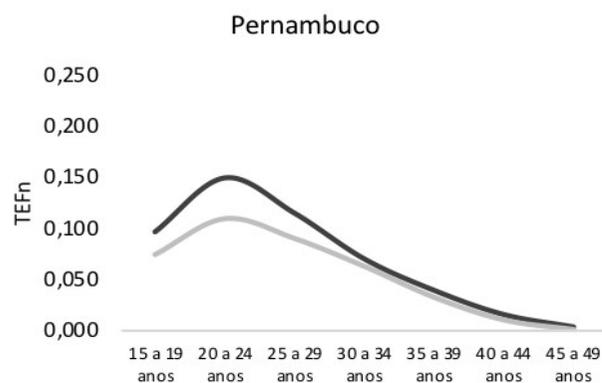
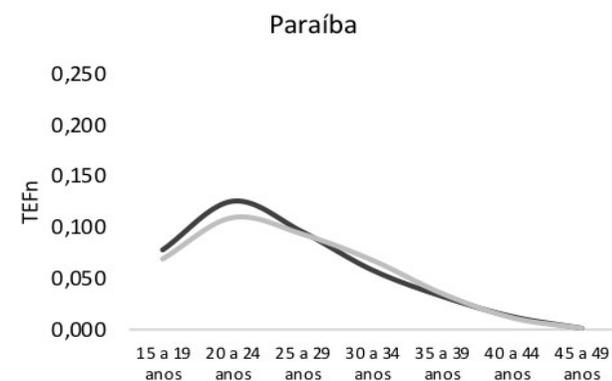
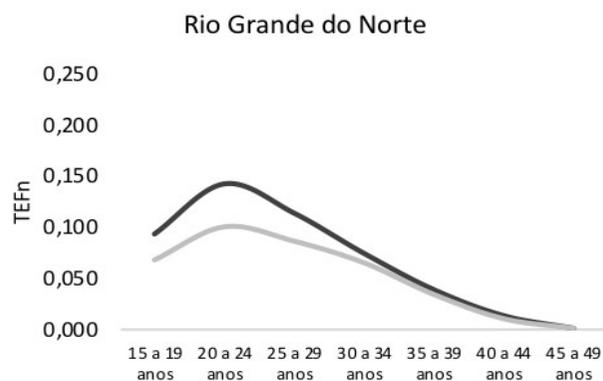
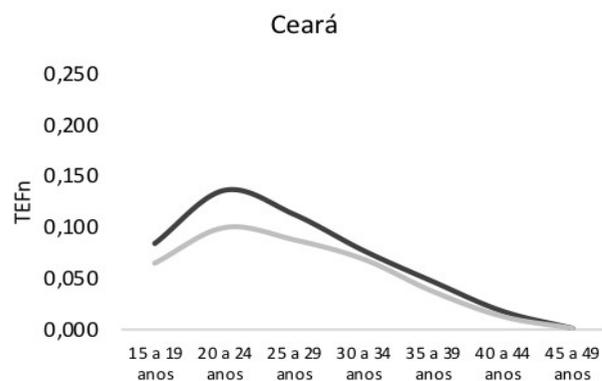
Esta diferença fica ainda mais evidente quando se observa a variabilidade dos indicadores sintéticos de fecundidade (taxa de fecundidade total – TFT; e idade média de fecundidade – IMF), em 2000 e 2010 (figura 2). Além de ter ocorrido, respectivamente, uma redução da TFT e um aumento da IMF, há uma redução na variabilidade de ambos apontando para uma convergência em torno da média.

Desta forma, há alterações tanto no nível quanto na estrutura das curvas de fecundidade (efeito tempo e quantum). Nossos resultados tendem a sustentar a hipótese crescente de heterogeneidade da idade ao primeiro nascimento em vários países e regiões. Em particular, os estados do eixo sudeste-sul mostram o mais alto nível de dispersão no início do adiamento da fecundidade, resultando em um nível na taxa de fecundidade total mais baixo.

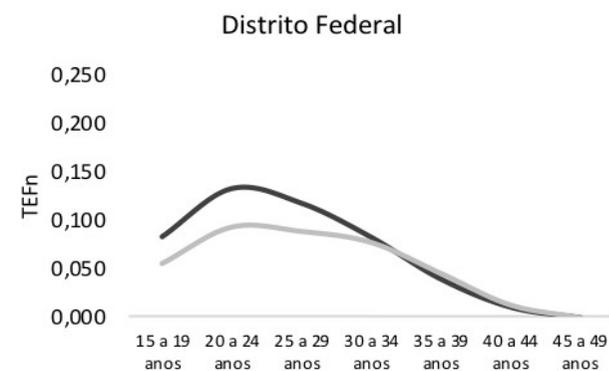
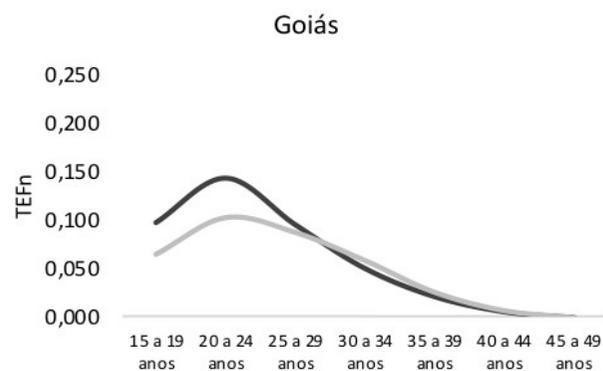
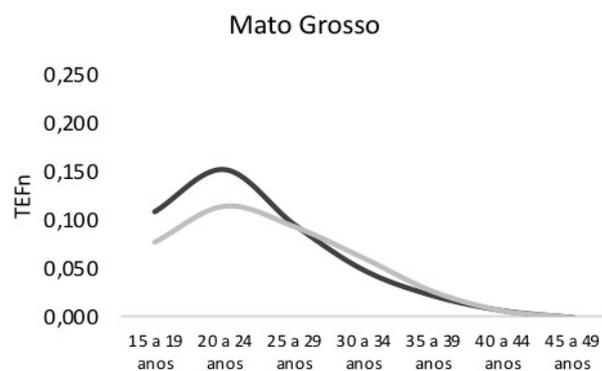
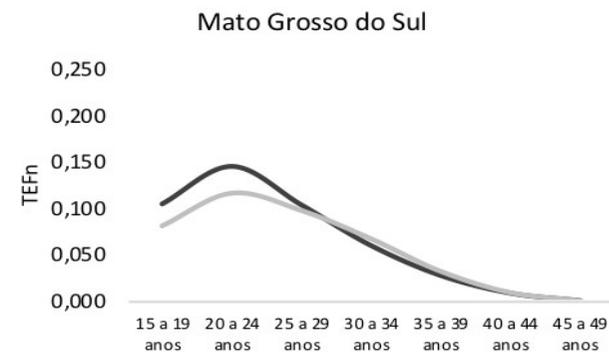
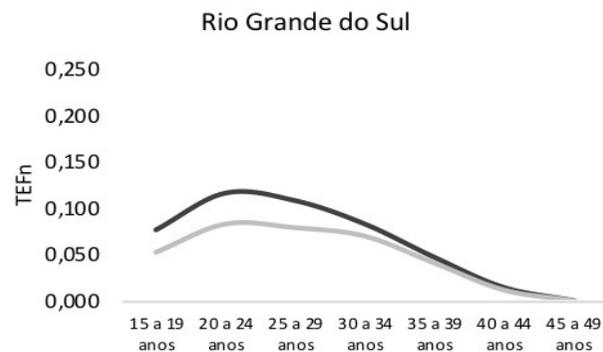
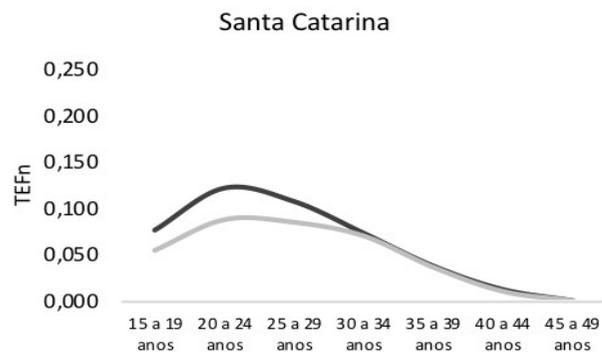
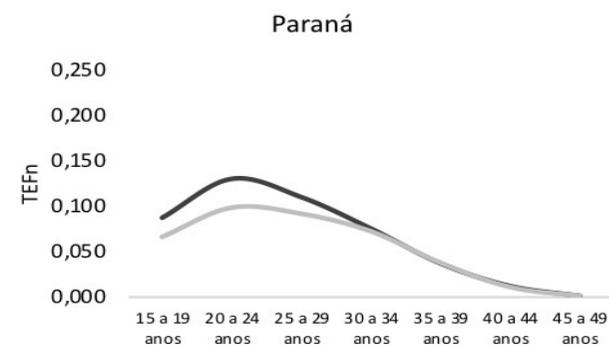
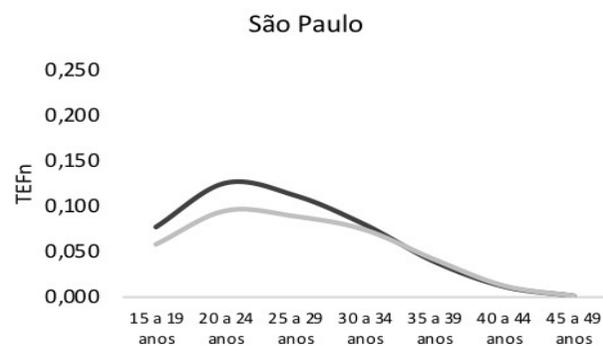
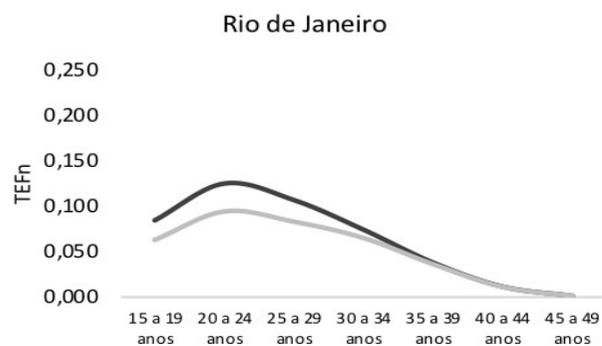
Figura 1: Padrão de fecundidade Segundo Unidade da Federação. Brasil, 2000 e 2010.



(cont)



(cont)

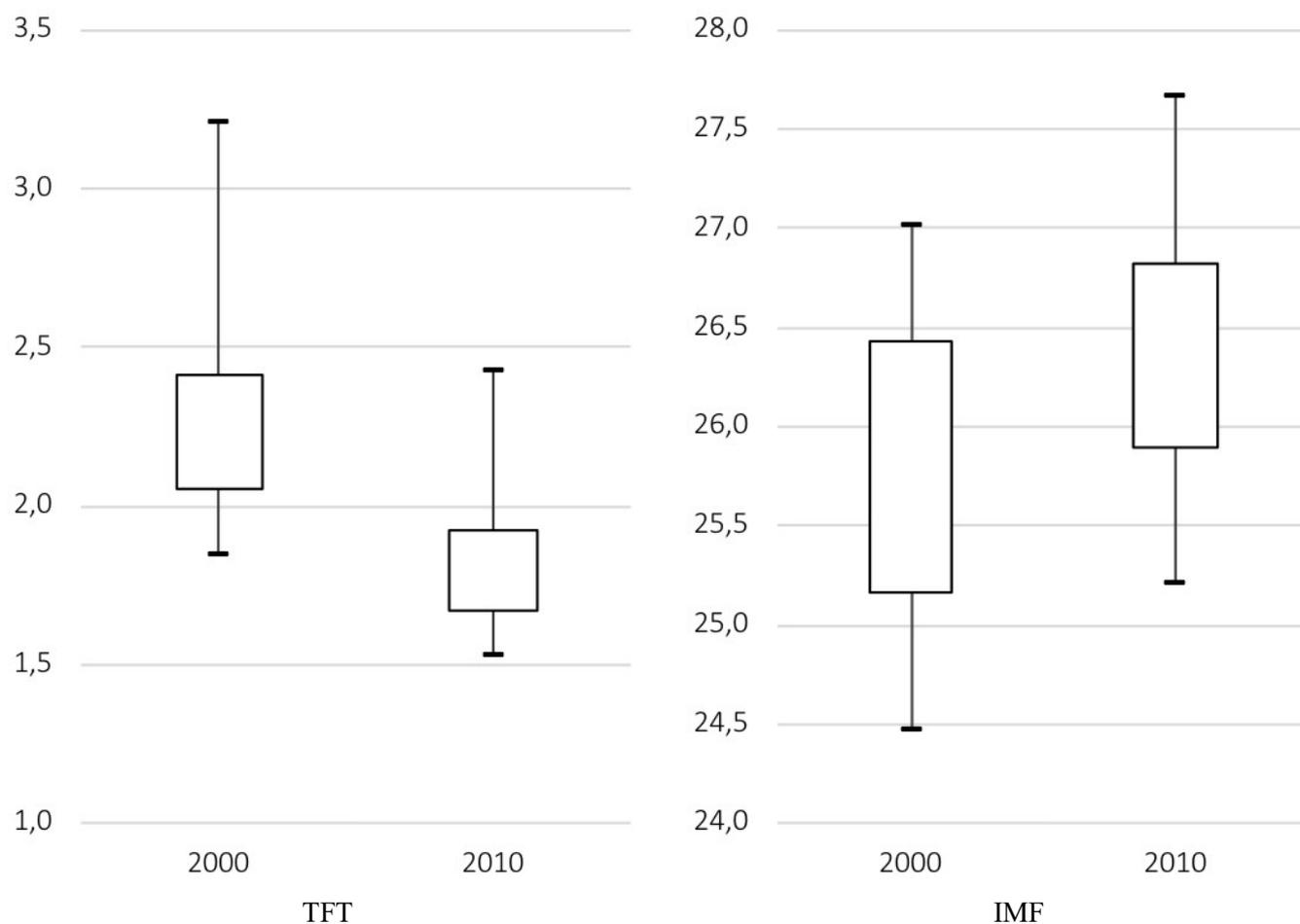


Legenda  2000

 2010

Fonte: DATASUS, 2018

Figura 2: Distribuição da Taxa de Fecundidade Total e Idade Média de Fecundidade. Brasil, 2000 e 2010.

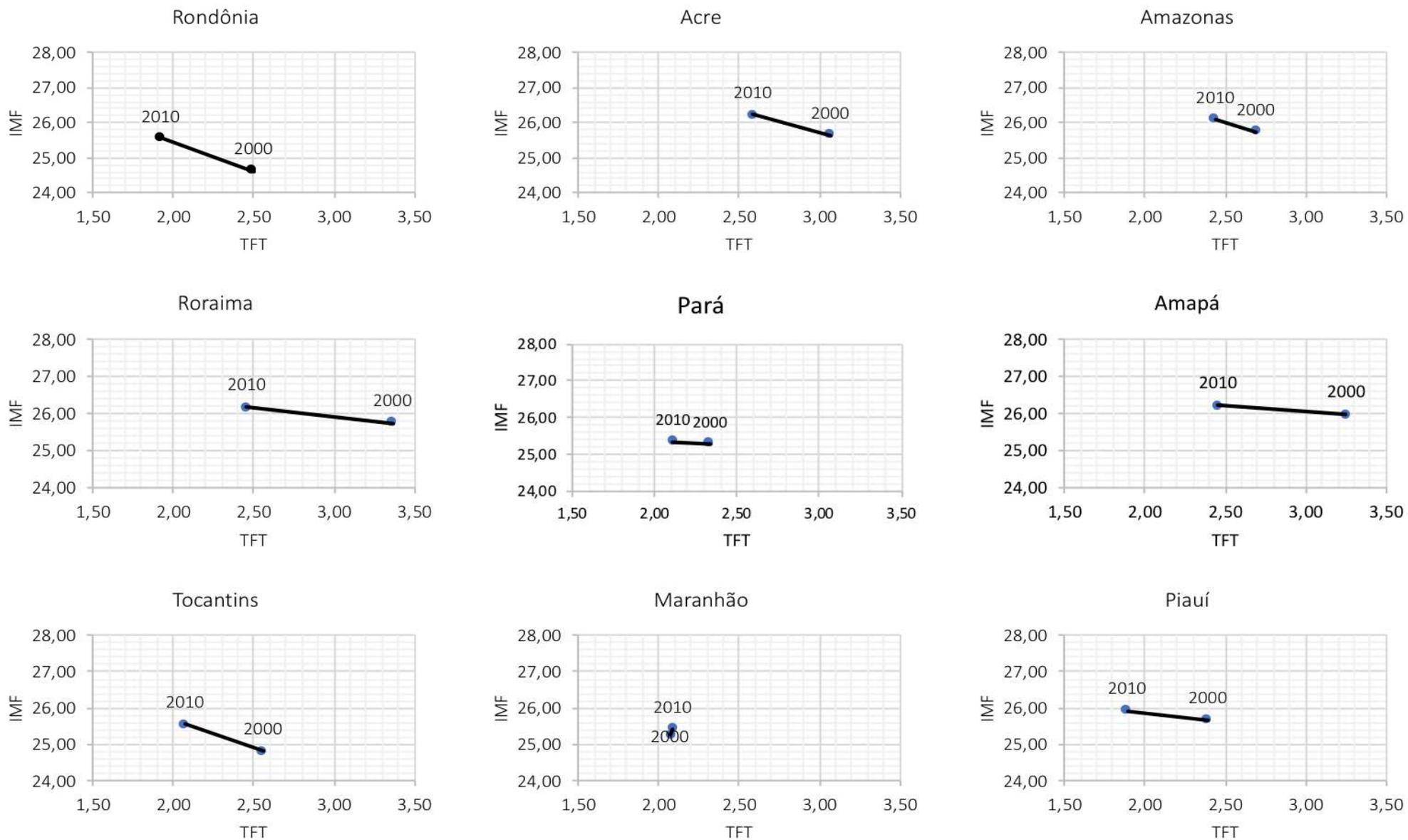


Legenda: TFT – Taxa de Fecundidade Total; IMF – Idade Média de Fecundidade.

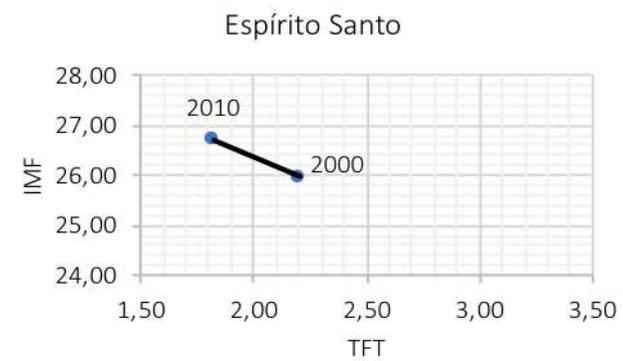
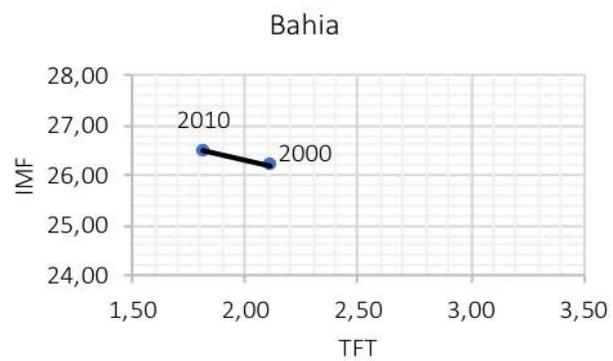
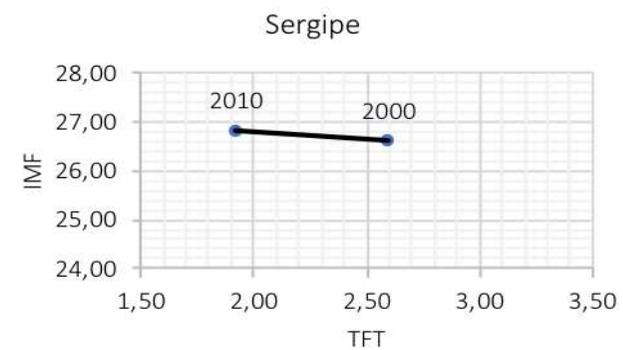
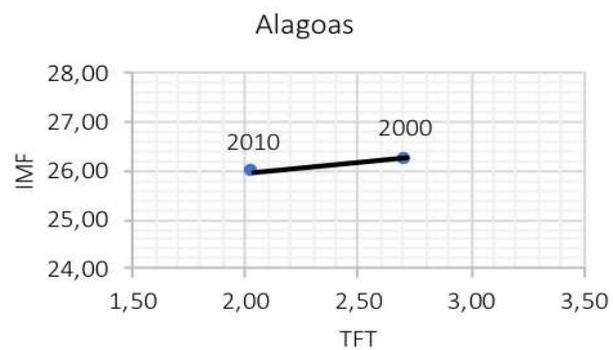
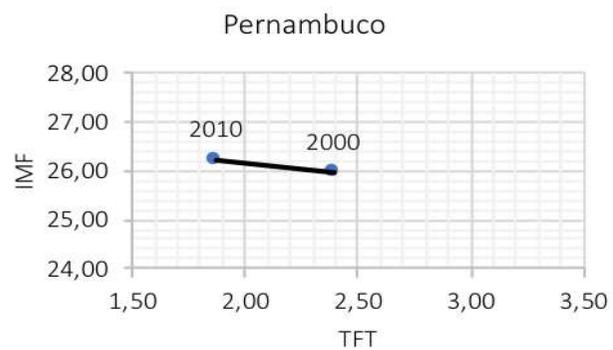
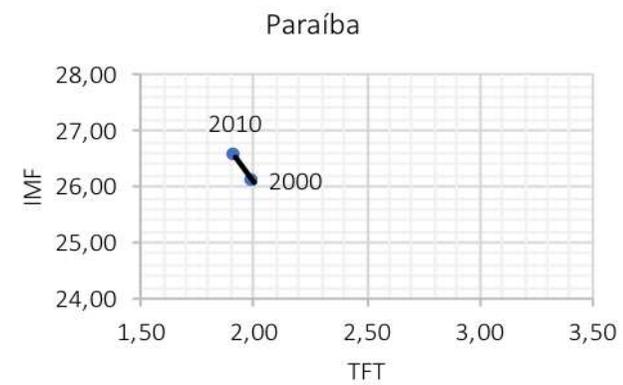
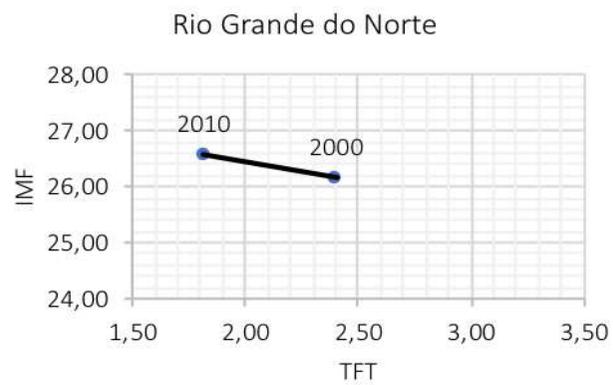
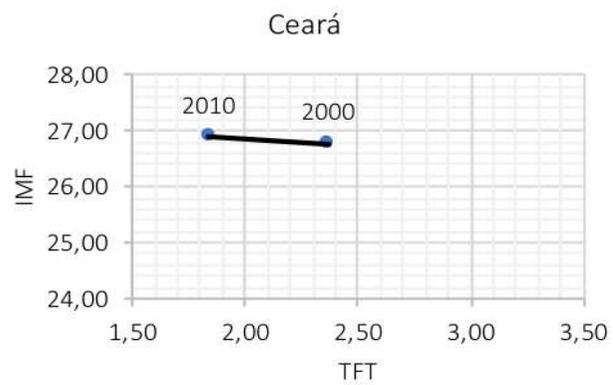
Fonte: DATASUS, 2018.

Os resultados para as UF corroboram a hipótese de que o declínio da fecundidade parece ser mais influenciado pela redução evidente nos nascimentos de segunda (20 a 24 anos) e terceira ordens (25 a 29 anos), e um discreto aumento nas ordens maiores. Desta forma, embora haja uma redução nas taxas de fecundidade, esta mudança é menos significativa na idade média de fecundidade (Figura 3).

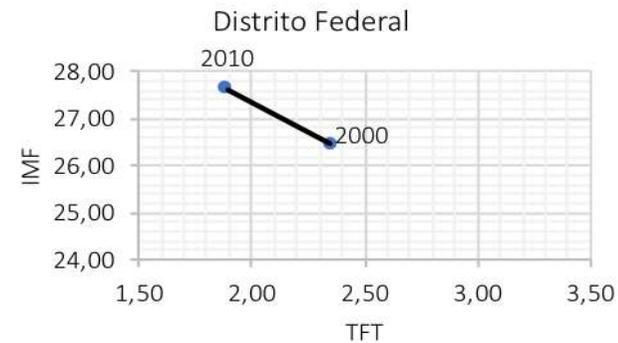
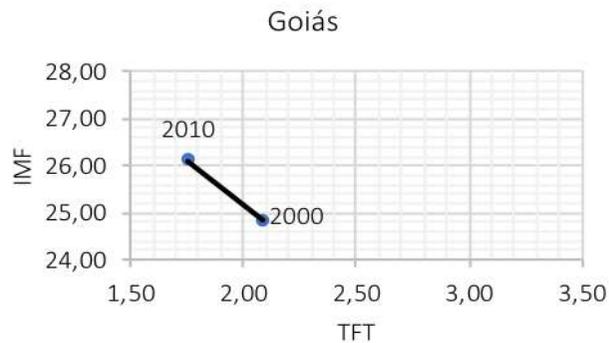
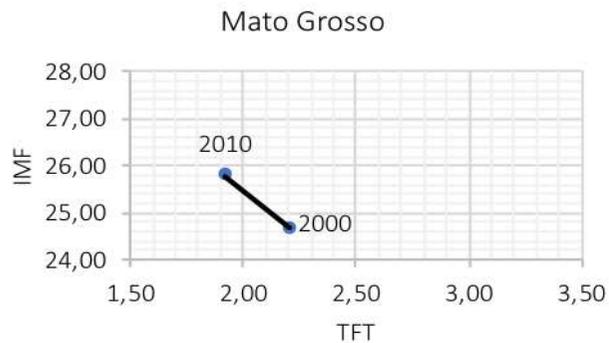
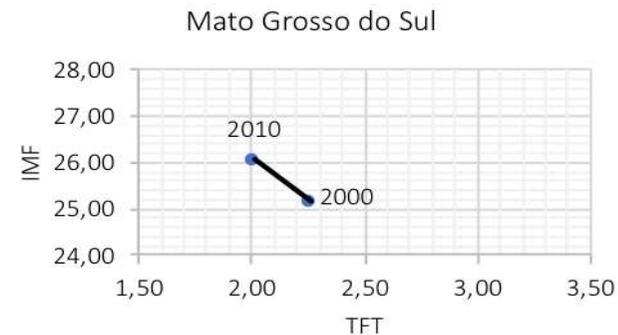
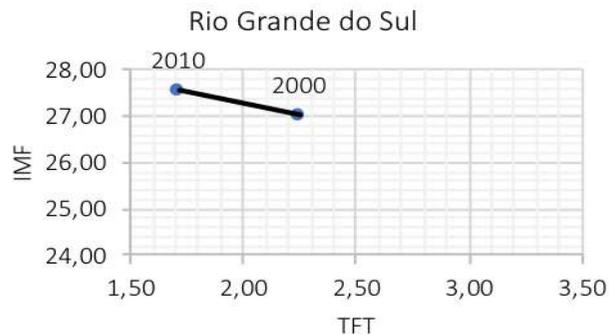
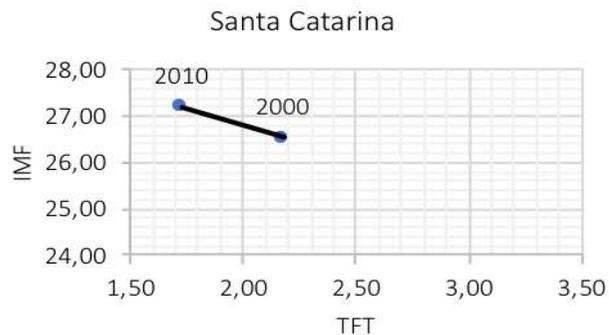
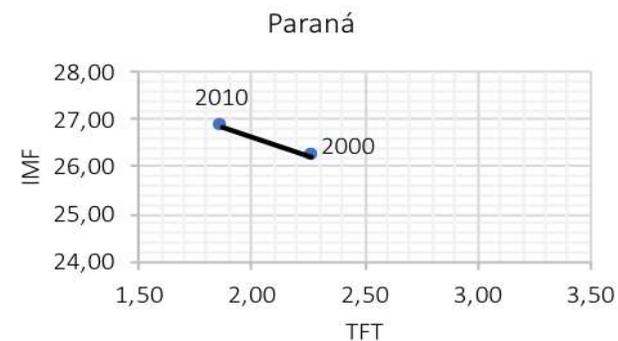
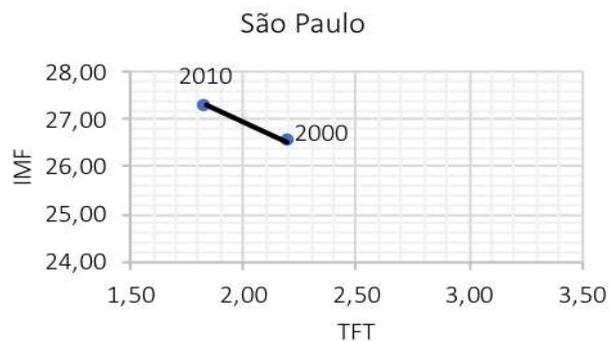
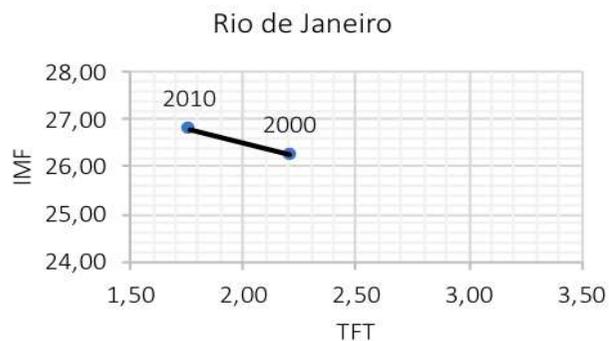
Figura 3: Relação entre Taxa de Fecundidade Total e Idade Média de Fecundidade segundo Unidade da Federação. Brasil, 2000 e 2010.



(cont)

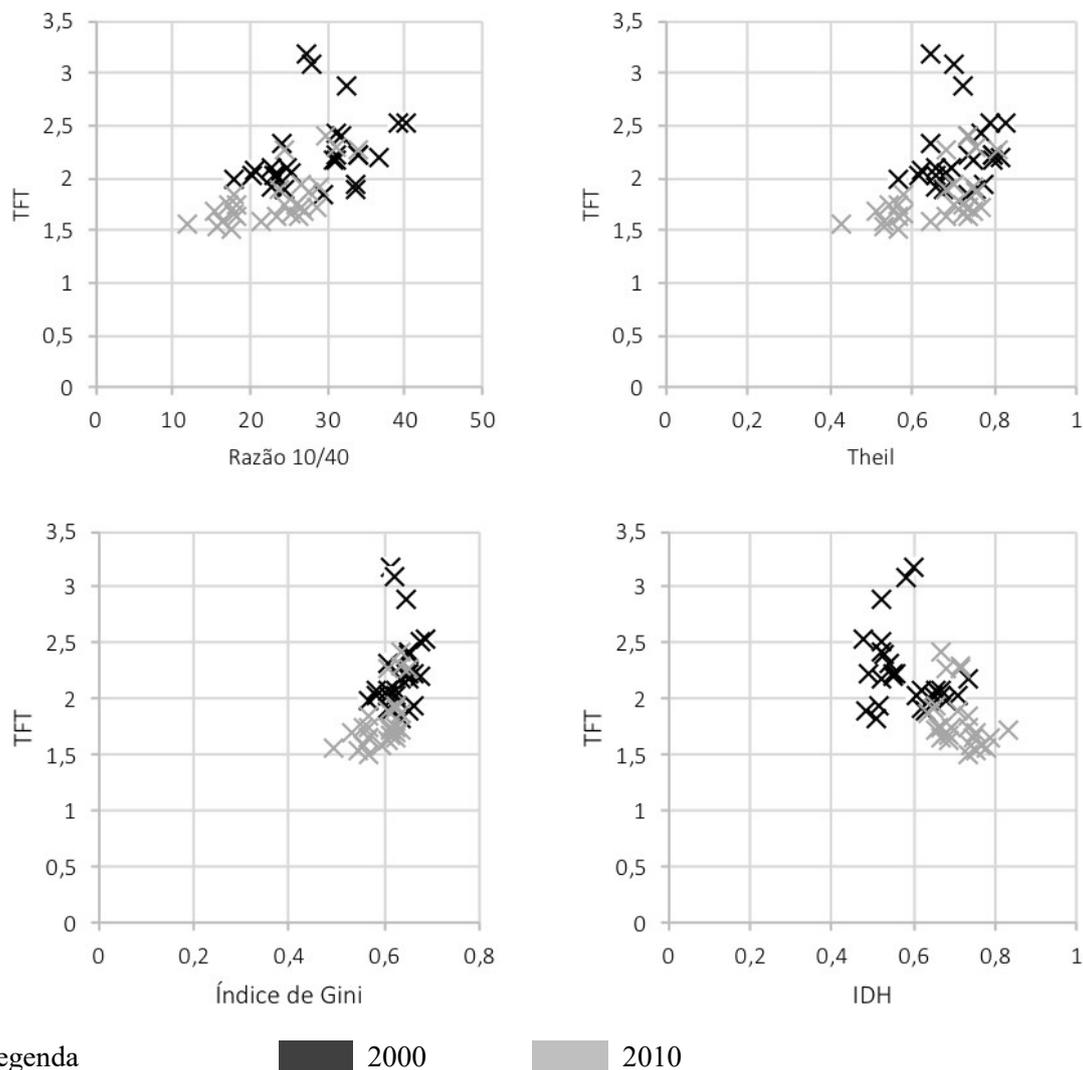


(cont)



Legenda  2000  2010
 Fonte: DATASUS, 2018

Figura 4: Diagramas de dispersão para indicadores sociais e de fecundidade (taxa de fecundidade total). Brasil, 2000 e 2010.



Quando observada a pulverização do indicador de fecundidade expresso pela taxa de fecundidade total para os valores dos principais indicadores sociais avaliados (Índice de Gini, Índice de Theil-L, Razão de Renda e IDH), observa-se que há uma diferença para os anos de 2000 e 2010 (Figura 4). A análise sugere que em 2000, a relação entre estes indicadores era mais evidente, e que enfraquece em 2010. De fato, quando observados os coeficientes de correlação (Tabela 1), tem-se que as correlações são, em sua maioria, fortes e significativas em 2000, e tornam-se mais fracas, mais ainda significativas em 2010. Destaca-se Relação direta entre os indicadores de desigualdade e taxa de fecundidade total, correlação inversa entre o desenvolvimento humano e a TFT. Ainda, ressalta-se que esta correlação mostrou-se significativa apenas para a TFT, e não para a IMF.

Tabela 1: Análise de correlação entre indicadores sociais e de fecundidade (taxa de fecundidade total e idade média de fecundidade). Brasil, 2000 e 2010.

		2000					
		Razão 10/40	Theil	Gini	IDH	TFT	IMF
Razão 10/40	□	1,000	0,972	0,978	-0,649	0,661	-0,325
	p valor		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,098
Theil	□		1,000	0,973	-0,603	0,568	-0,232
	p valor			<0,001	0,001	0,002	0,244
Gini	□			1,000	-0,632	0,620	-0,246
	p valor				<0,001	0,001	0,217
IDH	□				1,000	-0,518	0,615
	p valor					0,006	0,001
TFT	□					1,000	-0,610
	p valor						0,001
IMF	□						1,000
	p valor						
		2010					
		Razão 10/40	Theil	Gini	IDH	TFT	IMF
Razão 10/40	□	1,000					
	p valor						
Theil	□	0,929	1,000				
	p valor	<0,001					
Gini	□	0,967	0,938	1,000			
	p valor	<0,001	<0,001				
IDH	□	-0,771	-0,650	-0,786	1,000		
	p valor	<0,001	<0,001	<0,001			
TFT	□	0,441	0,287	0,378	-0,281	1,000	
	p valor	0,021	0,146	0,052	0,155		
IMF	□	-0,121	0,021	-0,098	0,340	-0,119	1,000
	p valor	0,546	0,917	0,628	0,083	0,555	

Fonte: DATASUS, 2018.

6. DISCUSSÃO

Há mais de um século, começaram a surgir preocupações de que o aumento demográfico havia se tornado "muito lento", acompanhado de prognósticos lúgubres do declínio demográfico. As taxas de fecundidade em grande parte da Europa Ocidental continuaram a diminuir durante as primeiras décadas do século XX, e chegaram ao seu nadir durante a Grande Depressão da década de 1930. Essas tendências provocaram preocupações e levaram à decisões políticas importantes. Os regimes autoritários de direito e esquerda (Alemanha sob Hitler, Itália sob Mussolini, Japão sob o governo militar, a URSS sob Stalin) adotaram políticas agressivamente pró-natalistas. Cabe ressaltar que alguns desses mesmos governos também se envolveram em políticas cada vez mais letais de expansão militar, "limpeza étnica" e genocídio.

A Segunda Guerra Mundial interrompeu todos esses desenvolvimentos e foi seguida durante a década de 1950 por aumentos substanciais de fertilidade nos países ocidentais que chamaram de "booms" de bebê. Durante as décadas de 1970 e 1980 o boom desses bebês diminuiu, assim como as reivindicações alarmistas provocadas por eles. Em 1990as ansiedades políticas sobre a baixa fertilidade tornaram-se generalizadas na Europa Ocidental, na antiga URSS, no Japão e em alguns círculos políticos dos EUA. O crescimento da população foi novamente retratado como perigosamente lento, acompanhado de previsões sombrias que se baseavam em implicações econômicas e políticas perigosas da desaceleração do crescimento da população, da escassez de mão-de-obra e do envelhecimento das sociedades. (TEITELBAUM, 2015).

6.1 O Contexto Do Declínio Da Fecundidade

O acúmulo de experiências em estudos de fecundidade atualmente não é suficiente para conhecermos profundamente os padrões e causas da extinção das populações passadas. Muitos se tornaram extintos devido à fragmentação e ao isolamento que levaram as comunidades a ter um tamanho mínimo sustentável. Em um mundo interligado e densamente povoado, como o nosso, essa causa de extinção é altamente improvável. Outras populações desapareceram devido a catástrofes naturais ou causadas pelo homem. Se a humanidade está melhor equipada do que no passado para resistir a eventos naturais, provavelmente é mais vulnerável a desastres causados pelo homem. Outro grupo de causas de extinção diz respeito ao que foi definido como

"suicídio demográfico", ou um desequilíbrio contínuo e estrutural entre nascimentos e óbitos. Em nossos tempos, a Alemanha, a Espanha, a Itália, a Rússia, a Coreia do Sul e o Japão foram frequentemente descritos como países que tentam o "suicídio demográfico", com referência ao excesso de mortes sobre os nascimentos.

As crises profundas ou as fases negativas precipitadas no ciclo demográfico são quase sempre seguidas por "rebotes" ou por "ajustes" do sistema demográfico. Se nos voltarmos para sociedades modernas, pós-transição, podemos especular sobre a natureza dos possíveis processos futuros de ajuste. Uma questão central é a fertilidade extremamente baixa de muitos países da Europa e Ásia Oriental. Há um consenso de pesquisadores e autores que a baixa fecundidade atual dará lugar a uma recuperação gradual. O declínio da fecundidade, possivelmente levando ao declínio insustentável da população, pode ser corrigido, embora os fatores do ajuste nesse caso fossem numerosos e provavelmente não pudessem ser replicados sob diferentes circunstâncias históricas. Alguns argumentam que, uma vez que uma fertilidade muito baixa gera uma desigualdade de autonomia negativa, os estados podem reagir ao canalizar mais recursos para casais e famílias, induzindo-os a ter mais filhos. Outra possibilidade é que os países se tornem abertos à imigração.

Durante a transição demográfica, os diferentes tempos de declínio da fertilidade e da mortalidade nas diferentes partes do mundo promoveram a instabilidade demográfica global. De acordo com as últimas projeções das NAÇÕES UNIDAS (2013), até o ano 2100, a migração líquida para cada estado do mundo será zero, o número de crianças por mulher estará em todos os lugares (exceto em uma série de países) entre 1,8 e 2,2, e a expectativa de vida será entre 70 e 95 anos (uma diferença muito mais estreita do que a de hoje). (LIVI-BACCI, 2015)

De fato, no século XXI, não obstante as vantagens do acesso a meios eficientes de controle de natalidade, em grande parte da Europa, o declínio da fecundidade ocorre voluntariamente, resultado de um amplo processo de mudança econômica e social, com incentivos para que as mulheres e as famílias optassem por um menor número de descendentes. Na década de 1930, vários países apresentaram taxas de fecundidade que, se sustentadas, teriam conduzido a taxas de crescimento negativas, isso na ausência de uma imigração líquida compensatória. Até houve um aumento temporário das taxas de natalidade nos países mais desenvolvidos após o final da Segunda Guerra Mundial, porém os efeitos demográficos à longo prazo da modernização econômica e social e das mudanças culturais, trouxeram taxas de fecundidade que estão abaixo do nível de

substituição, na Europa como em vários outros países de todo o mundo. O adiamento da idade fértil para uma idade posterior deprime as taxas de fertilidade e pode ser compensado pelo que os demógrafos se referem como recuperação-realização de intenções de idade precária. No entanto, em muitos países, os sinais de uma mudança secular nas preferências que apontam para uma menor fertilidade completa, incluindo a falta de filhos ou apenas um único filho, são inconfundíveis. (DEMENY, 2015)

Para alguns autores, as baixas taxas de natalidade, os níveis insustentáveis de envelhecimento populacional, e o secularismo religioso levam ao declínio populacional na Europa Ocidental. Na maioria das projeções populacionais para a Europa até 2050 sua população representa cerca de 7% da população mundial, contra 25% por cento ou mais que foi sua participação no final do século XIX. As mortes ultrapassaram os partos em Alemanha desde 1972, na Itália desde 1993, e em Bielorrússia, Rússia, Ucrânia e grande parte do Oriente Europeu desde pelo menos 1996. A imigração tem impedido o declínio geral da população na Itália, mas apenas intermitentemente na Alemanha (COLEMAN e BASTEN, 2015).

A diminuição demográfica não ocorre somente na Europa Ocidental atualmente. O seguimento inevitável da combinação da fecundidade controlada e uma vida mais longa levaram ao envelhecimento da população. Desta forma, as expectativas de populações mais velhas levam ao enfraquecimento da economia dos países, tornando-se um desafio econômico para os sistemas de assistência social do governo. A expectativa mesmo que exagerada, no enfraquecimento econômico e político da Europa devido a “pouca” força de trabalho, perdendo um espaço importante para outros países na economia mundial.

Há proposições que moderam o futuro cenário dicotômico da "Europa Velha" e do sucesso desenfreado de outros países. Em primeiro lugar, é sugerido que as tendências de fecundidade que sustentam a sociedade europeia não sejam terminais e sim reversíveis. Com esforço e alguma dor, as consequências da estrutura são gerenciáveis, embora os países do Sul e do Leste Europeu enfrentem desvantagens culturais e institucionais particulares. Em segundo lugar, é proposto pelos autores que o endosso entusiástico de uma nova ordem mundial gerada pelos países atuais de baixa e média renda ignoram uma série de impedimentos, não sendo menos problemas demográficos.

Um estudo constata, em apoio à primeira proposição, a prova da transição de alguns anos para agora permite uma maior visão positiva das taxas de natalidade

"ocidentais". A fertilidade total média em na Europa Ocidental vem aumentando ligeiramente desde a década de 1980. Embora o crescimento no Norte da Europa tenha sido forte (embora mínimo), as taxas de natalidade do Leste e do Sul da Europa foram bem menores. A fecundidade subiu para níveis não vistos desde a década de 1970 na França (2.0), no Reino Unido (1.9) e em outros países europeus (FREJKA e ZAKHAROV, 2013).

Recentemente, os imigrantes da Europa Oriental ao Reino Unido têm notavelmente elevado a fecundidade período. Enquanto isso pode ser apenas o efeito transitório usual da imigração sobre a fecundidade. Países desenvolvidos, exceto os da Europa Oriental e do Leste Asiático, recebem um grande número de imigrantes. Esses imigrantes e o seu aumento natural tomam níveis globais de reprodução populacional bem acima da substituição em alguns países mais ricos, contribuindo para uma renovação das taxas substanciais de crescimento da população e da sua composição étnica. Assim, embora certamente não sem os seus desafios, a migração internacional é o elemento principal na dinâmica populacional de muitos países, isto é, podem moderar um pouco o envelhecimento da população e fortalecer os recursos da força de trabalho.

Mesmo com todas as perspectivas negativas, os europeus e as outras sociedades ocidentais gozam de resiliência e estabilidade sendo algumas vantagens da maturidade demográfica e social. A sociedade européia possui estabelecimentos e construções democráticas, o respeito pelas leis e regras de uma sociedade civil complexa ligando indivíduos e grupos de muitas maneiras. Quaisquer que sejam os novos problemas sociais da imigração, a maioria das sociedades colocou para trás as divisões ancestrais de tribos e idioma. Percepções de uma cidadania comum ajudam a sustentar o bem-estar.

A possibilidade mais intrigante é que a taxa de natalidade pode cair em muitas dessas populações (Ásia, América Latina e mais tarde África) até um nível mais baixo do que em grande parte da Europa e dos EUA, levando a um envelhecimento substancial da população antes da economia se tornar madura o suficiente para sustentar o custo do envelhecimento. Quase em todos os lugares a fecundidade está caindo. Metade da população do mundo, agora vive em países onde a taxa de natalidade está abaixo da substituição, incluindo Brasil, Irã, Turquia e a metade sul da Índia. Alguns podem enfrentar décadas de sub-fecundidade de reposição (Brasil, Irã, Tailândia, Indonésia), uma experiência já familiar ocorrida na China. Existe um pessimismo significativo sobre a chance de uma inversão das tendências de fecundidade à curto

prazo segundo especialistas e estudiosos da demografia. (COLEMAN e BASTEN, 2015; FREJKA e ZAKHAROY, 2013)

De acordo com ROSERO-BIXBY, CASTRO MARTIN & MARTIN-GARCIA (2009) e ESTEVE, GARCÍA ROMAN, LESTHAEGHE & LÓPEZ-GAY (2016), alguns países latino-americanos experimentaram o início da transição de adiamento desde 2000. Entre eles, a Argentina, o Brasil, O Chile e o Uruguai - todos pertencentes ao Cone Sul - parecem estar na vanguarda desta mudança. Devido à persistência de altas taxas de fecundidade na adolescência nos países latino-americanos (CEPAL 2012; RODRIGUEZ & CAVENAGHI, 2014), a mudança parcial para a maternidade tardia pode produzir maior heterogeneidade na faixa etária dos primeiros nascimentos. O Chile e o Uruguai, por exemplo, mostraram os primeiros estágios de adiamento da fertilidade com menor idade ao primeiro nascimento e maior desvio padrão do que países desenvolvidos (NATHAN, PARDO e CABELLA, 2016). Esse padrão também se reflete no surgimento de curvas bimodais de taxas de risco de primeiro nascimento por idade (LIMA et al., 2013; NATHAN, 2015; NATHAN et al., 2016; NATHAN e PARDO, 2016)

Políticas familiares que foram instituídas para resgatar a taxa de natalidade nesses países falharam até agora, porque eles não abordam a tarefa de melhorar o status das mulheres. Estas falhas, juntamente com a evidência de uma preferência para construção de famílias pequenas, sugerem fortemente que a China e muitos outros países caíram na “Armadilha da desaceleração da Fertilidade”. O pouco crescimento na população na idade ativa já levou a taxas alarmantes de inflação salarial.

6.2 Fecundidade: Influência Dos Programas E Políticas De Saúde Da Mulher

Ao longo de várias décadas a história dos programas e políticas públicas de saúde da mulher foi se construindo e se refinando no Brasil. A princípio esses programas tinham a ótica sobre a saúde da mulher voltada apenas para a parte reprodutiva.

Durante o governo do Presidente da República Getúlio Vargas, entre os anos de 1937 e 1945, o “Estado Novo”, o primeiro programa de defesa da saúde materno infantil foi introduzido através do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e da Saúde da Criança (MES) com foco no combate a mortalidade infantil. Ocorre então uma padronização do atendimento ao binômio mãe-filho, porém ainda sem qualquer preocupação relativa à reprodução (CASSIANO et al., 2014).

Seguidamente, as responsabilidades referentes à saúde da mãe e da criança foram transferidas no ano de 1940 para o Departamento Nacional da Criança (DNCr). Segundo CASSIANO et al. (2014), a criação do DNCr teve como objetivo realizar ações para combater a mortalidade infantil, melhorar a qualidade no pré-natal e estimular bons hábitos morais e de higiene através da educação, reforço alimentar, orientações sobre puericultura para as mães, oferta de merenda escolar. Getúlio Vargas acreditava que a reprodução humana com indivíduos sadios, poderia promover uma “raça” mais forte, fortalecendo e desenvolvendo a economia do país.

Não obstante às intervenções do DNCr, a situação de pobreza se mantinha, e dessa forma o panorama da saúde e da educação estavam em péssima situação. Embora ainda que tenha sido discreta a redução da mortalidade infantil através das ações do DNCr, de 168 para 1.000 nascidos vivos em 1930 para 150 em 1940, os resultados obtidos não foram os que eram esperados (CASSIANO et al, 2014).

A preocupação do governo nessa época era o aumento da população, visto o volume ainda preocupante da mortalidade infantil, para que fosse possível manter a economia do país futuramente. Porém a saúde da mulher era vista apenas no sentido da reprodução, não era ofertado qualquer tipo de acompanhamento de saúde, nem mesmo durante a gravidez. (CASSIANO et al, 2014)

Para MESQUITA (2008), a postura antinatalista em relação aos países subdesenvolvidos, era defendida desde o final da II Guerra Mundial no âmbito internacional. No ano de 1952 foi criada a primeira entidade internacional que desenvolvia ações de orientação à promoção do planejamento familiar: *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), que chega ao Brasil através da Benfam (Sociedade de Bem estar e família), em 1965. A oposição internacional trazia a seguinte linha de raciocínio: o desenvolvimento econômico era associado ao baixo crescimento populacional.

O governo militar a partir de 1964 muda as perspectivas sobre a saúde, para um formato individual, não mais coletivo. Traçando estratégias apenas de cura de doenças.

Até o momento de criação da BenFam que coincide com o mesmo período do regime militar, não havia qualquer tipo de assistência pelo governo que fosse voltada ao planejamento familiar. As razões que levavam a falta de iniciativa do governo naquele momento, é que em primeiro lugar o catolicismo admitia o sexo somente como procriação, o uso de contraceptivos iam contra os valores religiosos, e em segundo

lugar, por estratégia política conservadora, os militares precisavam que todos os espaços geográficos fossem ocupados (MESQUITA, 2008).

A forte presença da entidade norte americana Benfam que apresentava uma política sem qualquer cuidado sobre a distribuição indiscriminada e gratuita de anticoncepcionais a população feminina pobre daquela época. Foi caracterizada por uma política discriminatória, onde as mulheres de classe média podiam ter o direito de escolha sobre o número de filhos, já quando a abordagem era com as camadas mais pobres, a mesma política apresentava-se de forma conservadora (MESQUITA, 2008).

Segundo MESQUITA (2008), a partir de 1974, ocorrem mudanças políticas e de cunho religioso, com a liberação da anticoncepção pela igreja, que colocam fim (ou pelo menos o início do fim) às ações antinatalistas e controlistas. A Benfam fica frágil por não apresentar nenhum tipo de programa de assistência à saúde da mulher, vinculado a oferta de contracepção. Perde lugar para o Centro de Pesquisas de Assistência Integrada à Mulher e a Criança (CPAIMEC) que propõe exatamente o que vinha deixando a desejar pela Benfam, um novo modelo de planejamento familiar com assistência a saúde das mulheres e de seus filhos.

Em 1975, ainda durante o militarismo, a saúde materna infantil passa a ser realizada através do Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), que traça dois nortes para as ações: esterilização através da cesariana e redução da morbi-mortalidade materna infantil (CASSIANO et al, 2014). Paralelo a isso, se inicia um movimento através do feminismo sobre as questões relacionadas à sexualidade e reprodução feminina, junto a um processo de luta democrática que tende a ganhar espaços políticos importantes no Poder Executivo.

Conforme ALVES (2014), ainda em 1975, o CPAIMEC foi criado, resultado do trabalho de uma equipe de saúde multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, assistente social, no Hospital Francisco de Assis, no Rio de Janeiro. A entidade não possuía fins lucrativos e obtinha seus recursos primeiramente através do Fundo das Nações Unidas e posteriormente através de agências norte-americanas. O público alvo das ações eram mulheres e seus filhos de classes pobres, para então uma nova forma de assistência materno infantil. O programa foi ganhando espaço e logo teve uma importante expansão de suas atividades nas favelas do Rio de Janeiro, principalmente com a difusão de métodos contraceptivos e esterilização cirúrgica feminina entre as décadas de 70 e início dos anos 90.

Acompanhado da expansão, surgiram também insatisfações por parte das mulheres. Denúncias sobre estruturas físicas de trabalho inadequadas e de usuária que havia sido coagida a fazer a esterilização, o que resultou no fechamento de algumas unidades localizadas em favelas, isso aconteceu de forma progressiva, vinculando cada vez mais a imagem negativa do CPAIMC a uma instituição controladora e antinatalista (ALVES, 2014).

Com o aumento das denúncias foi instaurada uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) na ALERJ para “apurar as responsabilidades de esterilização massiva de mulheres no Estado do Rio de Janeiro” no ano de 1991. A conclusão do relatório final da CPI sobre a Benfam e CPAIMC foi: “executaram na prática políticas de controle demográfico concebidos por governo estrangeiro e organismos internacionais, com repercussão negativa sobre a soberania nacional, mas é forçoso reconhecer que contaram com a omissão do governo brasileiro que jamais investigou seu *modus operandi*” (ALVES, 2014).

Em 1980 através do Sistema Nacional de ações de Saúde do Ministério da Saúde junto a Previdência Social, cria o projeto Prev Saúde que mais uma vez aborda o planejamento familiar para controle da natalidade, o que desperta mais uma vez um clima de ameaça. (MESQUITA, 2008).

A partir das eleições de 1982 o Estado começa a absorver reivindicações de movimentos sociais, e movimentos feministas. O planejamento familiar, o aborto e a violência contra a mulher ganham espaços nos debates políticos e repercussão forte, agregando aos debates pela democracia até o momento de formulação da Constituição de 1988. A questão mais particularmente sensível no movimento feminista era sobre o planejamento familiar, pelo entendimento que sempre foi usado no Brasil para controle da natalidade nas populações mais pobres (MESQUITA, 2008).

A luta feminista e o processo de reformulação da política para um “novo” Estado democrático levou a criação e implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1983 pelo Ministério da Saúde. Uma de suas definições:

“...um conjunto de diretrizes e princípios destinados a orientar toda a assistência oferecida às mulheres das distintas faixas etárias, etnias ou classes sociais, nas suas necessidades epidemiologicamente detectáveis – incluindo as demandas específicas do processo reprodutivo. Compreende, ainda, todo o conjunto de patologias e situações que envolvam o controle do risco à saúde e ao bem-estar da população feminina (...) O destaque conferido às ações educativas objetiva intervir nas relações de poder das mulheres tanto com os serviços de saúde como nas demais situações relacionais assimétricas para as mulheres. Esta estratégia tem por intenção estimular nas mulheres mudanças em relação ao autocuidado e à apropriação de seus corpos e controle de sua saúde” (Mesquita, 2008)

Para CASSIANO (2014), o PAISM institui um marco histórico no Brasil em relação à Saúde da Mulher e da Criança, foi um dos maiores avanços, onde o governo amplia o escopo de ações para o nível coletivo e familiar. O planejamento familiar, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez não desejada, ganham espaço para a anterior e limitada oferta de esterilização das mulheres. A integralidade das ações à saúde da mulher que passa a abordar não só o tratamento de doenças, como também a prevenção de doenças e o mais marcante, que passa a ser ofertado em todos os ciclos de vida e não somente para as gestantes.

Em 2004 foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como base o PAISM. Fundamentando pelo diagnóstico epidemiológico da situação de saúde da mulher brasileira e pela necessidade de ter diretrizes norteadoras para a política. Houve um refinamento das necessidades, vista a agenda ampla de saúde da mulher. Foram inseridos diversos contextos antes não trabalhados como as questões de gênero, raça/cor, mulheres rurais, deficiência, presidiária, climatério/menopausa, infertilidade/ reprodução assistida, saúde mental, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, violência sexual, doenças infecto-contagiosas, queixas ginecológicas, saúde da mulher na adolescência. (BRASIL, 2004). Os objetivos gerais são:

- 1) Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e a ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.
- 2) Contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade femininas no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.
- 3) Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2004)

O comportamento da reprodução e a política social fazem, portanto, links importantes. A previsão inadequada sobre o envelhecimento populacional na China é um fator de preocupação para a escolha de ter apenas um filho, ou não ter filho. Visto que o cuidado na terceira idade é caro, fica restrito e dependente de apenas a uma pessoa da família ou no caso da opção de não ter filhos, fica entregue aos programas assistenciais do governo quando estes existem de forma gratuita.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constata que houve queda e postergação da fecundidade no Brasil, e que este é um processo multicausal, que precisa ser analisado de várias formas e que não é fácil definir um único determinante, ou qual teria mais peso, por se tratar de algo tão complexo. Os dados sugerem também que a redução do número de filhos é um comportamento reprodutivo que foi influenciado por transformações estruturais e institucionais à longo prazo.

A revisão das abordagens teóricas deixa em evidência a necessidade de se construir links entre vários determinantes: econômico, social, educação, político, cultural e religião. Além de procurar identificar o papel da mulher no processo da queda e postergação da fecundidade no Brasil.

Ainda que não exista uma unanimidade sobre quais variáveis são de fato determinantes para a redução do número de componentes de uma família, é comum associar os fatores econômicos com as variáveis demográficas. Considera-se que o declínio da fecundidade se inicia na mudança da cultura familiar, para um novo ideal de padrão dessa estrutura, urbana e de menor tamanho. Assim foi possível afirmar que a transição demográfica não altera apenas a estrutura etária da população, mas causa efeitos importantes para a economia de uma sociedade.

Um fator de grande importância para a queda da fecundidade é o processo de urbanização. Esse início do declínio da taxa de fecundidade no Brasil ocorreu por volta das décadas de 60 e 70, quando se teve o início do processo de urbanização principalmente nas regiões Sul e Sudeste. Então um novo estilo de vida foi concebido através da vida urbana, onde os costumes e crenças antigos foram substituídos por novos conceitos e práticas. O crescimento de grandes centros urbanos e o progresso da economia foram imprescindíveis para a substituição da família convencional, para uma preocupação de aspiração pessoal e marcante individualismo.

A distribuição etária no Brasil até a década de 1960 era estável, o perfil prevalecente era jovem, mais de 50% da população tinha menos de 20 anos, a proporção de idosos não chegava à 3%. Tão logo se iniciava no Brasil a queda da fecundidade, de 1960 com uma média de 6,28 filhos por mulher, para em 2000 com 2,38 filhos por mulher, e já no Censo demográfico de 2010 a taxa já se encontrava em 1,90, com projeções ainda menores para os próximos anos. Além disso, uma nova distribuição etária será alcançada, e a grande parcela de jovens dará espaço aos idosos, onde teremos

uma projeção para 2.050 de 18% e 19% respectivamente, caracterizando o envelhecimento populacional (FILHO e REICHERT, 2017).

O governo através das políticas públicas executou um protagonismo importante na redução da fecundidade, não somente pela redução da mortalidade através de avanços na medicina e tecnologias, e oferta de serviços públicos, mas também através das políticas públicas para controle da natalidade, elevação dos níveis educacionais das mulheres e a inclusão feminina ao mercado de trabalho.

A definição sobre o número de filhos e tamanho da família acaba sendo o resultado de uma balança onde de um lado ficam os altos custos para a criação e educação de um filho, e de outro lado uma vida com menos despesas, com ascensão social mais tranqüila, e compra de bens. Dessa forma, a decisão sobre ter ou não filhos, ou tamanho da família, é uma decisão econômica. O estilo de vida, a situação financeira, o status dessa família na sociedade são produtos dessa decisão econômica.

A análise dos dados mostra ainda que existe relação direta entre os indicadores fecundidade e desigualdade, correlacionando inversamente o desenvolvimento humano e a fecundidade. No Brasil podemos verificar um nível heterogêneo entre as diversas regiões, onde as famílias de classes econômicas mais baixas ainda possuem uma alta taxa de fecundidade, ao contrário das famílias com classes econômicas mais altas, onde percebemos a fecundidade mais baixa e famílias menores. Porém para além da questão econômica das famílias podemos associar a queda de fecundidade ao nível de escolaridade das mulheres, o acesso à informação (internet, TV e outras mídias de comunicação) e renda.

Assim, quando a demografia é observada através de uma análise macro, onde cada região possui um padrão econômico, e que esse padrão também determina demograficamente as taxas de fecundidade, podemos entender a diferença na pirâmide etária entre as regiões, caracterizando as desigualdades regionais. Dessa certa forma, mesmo não existindo um consenso sobre quais variáveis determinam a transição demográfica, o fator econômico está sempre associado, sendo ele para determinação de custos ou atingindo as instituições que controlam de forma indireta as possibilidades das famílias. Existe uma relação bi-causal entre economia e demografia, uma levando e explicando a outra.

Durante muitos anos muitos países insistiram nas tentativas de encontrar políticas públicas para o aumento da natalidade. E, ao contrário dos fatores que estão por trás da queda da taxa de fecundidade, por exemplo, o envelhecimento da população,

muitas das causas da baixa fecundidade parecem estar além do alcance da política do governo. A falha generalizada das políticas para aumentar as taxas de natalidade na maioria desses países, seja por transferência de renda, estado de bem-estar ou emprego

Algumas causas próximas da síndrome da fecundidade abaixo do nível de reposição, como a baixa influência religiosa no comportamento pessoal, a mudança dos costumes sexuais, o atraso no casamento ou a sua evasão completa, estão além do alcance dos governos. Operar em outras alavancas plausíveis, como desencorajar o alongamento da educação formal para as mulheres e adotar políticas que reduzam as taxas de participação na força de trabalho, estariam em conflito com objetivos sociais e econômicos amplamente desejados e aceitos, tanto pessoais como coletivo.

Pensando na baixa fertilidade e no envelhecimento da população, o governo precisa investir fortemente em políticas sociais para idosos (quando se tem receita para tal), garantindo o cuidado e prevenção de doenças. O investimento na educação é fator crucial visto que existe correlação positiva entre educação e probabilidade de uma vida longa e saudável. O aumento de casos de doenças crônicas e degenerativas típicas de pessoas com idade avançada leva a um enorme custo individual, familiar e para a sociedade como um todo. Porém qualquer política mais generosa que seja não haverá economia de estado que sustente a maior parte de trabalhadores fora da idade ativa e conseqüentemente dependente dos programas assistenciais do governo.

O fato que deve ser considerado é a redução do tamanho das famílias, que já é real. E dessa forma as modificações significativas na estrutura etária da população, com conseqüências importantes que transcendem as características demográficas. As mudanças impactam nas políticas de educação, saúde, social e previdência.

Fica evidente, portanto, que este estudo de postergação da fecundidade ultrapassa a importância acadêmica. O assunto tem peso importante quando pensamos a médio e longo prazo no planejamento econômico e nas políticas públicas. Se a postergação da fecundidade já é um fato, como que o governo pode preparar o sistema de saúde no Brasil (SUS) para o aumento da demanda da assistência pré-natal das mulheres com idade avançada? A assistência pré-natal de alto risco (através da atenção secundária) conseguirá absorver todas as gestantes com qualidade ou será necessária alguma mudança na política de pré-natal para que a Atenção Primária possa assistir parte dessas mulheres? A atenção Primária está preparada para atender esse perfil de gestantes? As maternidades estão prontas para receber o aumento da demanda mulheres e recém nascidos com maiores riscos de morbi-mortalidade, terão leitos suficientes para

maior tempo de internação? Existe dentro da política especificidades para tratar heterogeneidade das regiões ou manteremos uma política igual para perfis diferentes?

O estudo apresenta limitações por trabalhar com dados secundários. Além de não poder analisar os valores extremos de taxa de fecundidade e IDH nos municípios entre as UF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, A. M. **A trajetória do Centro de Pesquisas e Atenção Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) 1975 – 1992**. Revista de Ciências Sociais. UFRJ, 2014.
- ALVES AM. **A trajetória do Centro de Pesquisas e Atenção Integrada à Mulher e à Criança (CPAIME) 1975 – 1992**. Revista de Ciências Sociais. 2014; 4 (2): 180-216.
- ANDERSON T, KOHLER HP. **Low Fertility, Socioeconomic Development, and Gender Equity** *Popul Dev Rev*. 2015 Sep; 41(3): 381–407.
- ARIÈS P. **Two Successive Motivations for the Declining Birth Rate in the West**. *Population and Development Review*. 1980; 6 (4): 645-650.
- ARIÈS P. **La infância**. Revista de Educación, Madrid. 1986; 281: 5-17.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 14724/2011: **Informação e Documentação – Trabalhos Acadêmicos - Apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2011.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6027/2013: **Informação e Documentação – Sumário - Apresentação**. Rio de Janeiro: ABNT, 2013.
- BECKER G. **The demand for children**. In: Becker G. (ed.). **A Treatise on the Family**. Boston: Harvard University Press. 1981; 5: 93-112.
- BERQUÓ ES, CAVENAGHI SM. **Notas sobre os diferenciais educacionais e econômicos da fecundidade no Brasil**. *Rev. Bras. Estud. Popul*. 2014; 31(2): 471-482.
- BILLARI FC. **Integrating macro and micro-level approaches in the explanation of population change**. *Population Studies: A Journal of Demography*. 2015; 69: 11-22.
- BLAKE J. **Are Babies Consumer Durables?: A Critique of the Economic Theory of Reproductive Motivation**. *Population Studies*. 1968; 22(1): 5–25.
- BONGAARTS J, WATKINS SC. **Social interactions and contemporary fertility transitions**. *Popul. Dev. Rev*. 1996; 22: 639–682.
- BONGAARTS J. **Demographic consequences of declining fertility**. *Science*. 2008; 282: 419–420.
- BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004.
- BRYANT J. **Theories of fertility decline and the evidence from development indicators**. *Popul. Dev. Rev*. 2007; 33: 101–127.

CASSIANO ACM, CARLUCA SEM, GOMES CF, et al. RM. **Saúde Materno-Infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde.** ENAP: Revista do Serviço Público. 2014; 65 (2): 227-244.

CAVENAGHI SM, CABELLA W. **Perfil socioeconômico e demográfico da fecundidade no Brasil de 2000 a 2010.** In: **Comportamento reprodutivo e fecundidade na América Latina: uma agenda inconclusa.** Organización: Suzana Cavenaghi, Wanda Cabella. Rio de Janeiro: ALAP, 2014.

COLEMAN D, BASTEN S, BILLARI FC. **Population - The long view,** Population Studies: A Journal of Demography. 2015; 69 (1): 1-9.

COLEMAN D, BASTEN S. **The Death of the West: An alternative view.** Population Studies: A Journal of Demography. 2015; 69 (1): 107-118.

CUNHA MS, VASCONCELOS MR. **Fecundidade e participação no mercado de trabalho brasileiro.** Nova econ. 2016; 26(1): 179-206.

DEMENY P. **Sub-replacement fertility in national populations: Can it be raised?** Population Studies: A Journal of Demography. 2015; 69: 77-85.

EASTERLIN RA, CRIMMINS EM. **The fertility revolution.** In: **EASTERLIN RA e CRIMMINS EM (eds.). The Fertility Revolution: a supply-demand analysis.** Chicago, University of Chicago Press. 1985; 1: 1-11 e 2: 12-33.

ESTEVE A, LESTHAEGHE RJ, LÓPEZ-GAY A, et al. **The Rise of Cohabitation in Latin America and the Caribbean, 1970–2011.** In: **ESTEVE A, LESTHAEGHE R. (eds) COHABITATION AND MARRIAGE in the Americas: Geo-historical Legacies and New Trends.** Springer, Cham. 2016.

FARIA VE. **Government policy and fertility regulation: unintended consequences and perverse effects.** Braz J Popul. Stud. 1997;1(1):179-205.

FILHO JM, REICHERT H. **Condicionantes Econômicos e Sociais da Fecundidade no Brasil.** Rev Ciências Sociais em Perspectiva. 2017; 16 (30): 39-57.

FOLBRE N. **Of Patriarchy Born: The Political Economy of Fertility Decisions.** Feminist Studies. 1983; 992: 261-284.

FOX J, KLÜSENER S, MYRSKYLÄ M. **Is a Positive Relationship between Fertility and Economic Development Emerging at the Sub-National Regional Level? Theoretical Considerations and Evidence from Europe.** MPIDR Working Paper WP 2015-006, nov 2015.

FREJKA T, ZAKHAROV S. **The apparent failure of Russia's pronatalist family policies,** Population and Development Review. 2013; 39(4): 635–647.

GOLDSTONE J, KAUFMANN E, TOFT MD. **Political Demography: How Population Changes Are Reshaping International Security and National Politics.** Oxford University Press USA, 2014.

GOLDSTEIN JR, CASSIDY TA. **Cohort Model of Fertility Postponement.** *Demography*. 2014; 51 (5): 1797–1819.

HAMMEL EA. **A theory of culture for demography.** *Population and Development Review*. 1990; 16 (3): 455-485.

HARKNETT K, BILLARI FC, MEDALIA C. **Do Family Support Environments Influence Fertility? Evidence from 20 European Countries.** *European Journal of Population*. 2014; 30 (1): 1–33.

HARTTGEN K, VOLLMER S. **A reversal in the relationship of human development with fertility?** *Demography*. 2014; 51 (1): 173-184.

HORTA CJG, CARVALHO JAM, NOGUEIRA OJOR. **Evolução do comportamento reprodutivo da mulher brasileira, 1991 a 2000.** *R. bras. Est pop, São Paulo*. 2005; 22 (1): 131-140.

KREAGER P. **Population theory - A long view.** *Population Studies: A Journal of Demography*, 2015; 69 (1): 29-37.

LIMA EEC, MYRSKYLÄ M. **Fertility transition in Brazil: a cohort analysis of fertility anticipation, postponement and recuperation.** In: **INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION - IUSSP.** Busan, Korea. Anais. Liège: IUSSP, 2013.

LIVI-BACCI M. **What we can and cannot learn from the history of world population.** *Population Studies: A Journal of Demography*. 2015; 69 (1): 21-28.

LUCI-GREULICH A, THÉVENON O. **Does Economic Advancement ‘Cause’ a Re-increase in Fertility? An Empirical Analysis for OECD Countries (1960–2007).** *European Journal of Population*. 2014; 30 (2): 187–221.

LUTZ W, SANDERSON W, SCHERBOV S. **The coming acceleration of global population aging.** *Nature*. 2008; 451: 716–719.

MARTINE G. **Brazil’s fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors.** *Population and Development Review*. 1996; 22 (1): 47-75.

MC DONALD P. **Gender equity in theories of fertility transition. Paper presented at the 2000 Annual Meeting of the Population Association of America.** Los Angeles, California, 2000.

MERRICK TW, BERQUÓ ES. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility.** Washington: National Academy, 1983.

MESQUITA CC. **Planejamento familiar e contracepção: saúde, gênero e política na transição democrática (Rio de Janeiro, década de 1980).** XIII Encontro de História Anpuh – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2008.

- MINCER J. **Market price, opportunity costs, and income effects.** In: CHRIST, C. F. et al. **Measurement in economics, studies in mathematical economics and econometrics in memory of Yehuda Grunfeld.** Stanford, Calif. Stanford University Press, 1963, p. 67-82.
- MIRANDA-RIBEIRO A, RIANI JLR, GARCIA RA. **Below Replacement Fertility in Brazil: from low to lowest low levels.** Federal University of Minas Gerais, Brazil, 2013.
- MYRSKYLÄ M, KOHLER HP, BILLARI FC. **Advances in development reverse fertility declines.** Nature. 2009; 460 (7256):741–743.
- MYRSKYLÄ M, KOHLER HP, BILLARI FC. **High Development and Fertility: Fertility at Older Reproductive Ages and Gender Equality Explain the Positive Link.** Population Studies Center, University of Pennsylvania; 2011.
- MYRSKYLÄ M, GOLDSTEIN JR, CHENG YA. **New Cohort Fertility Forecasts for the Developed World: Rises, Falls, and Reversals.** Population and Development Review. 2013; 39 (1): 31–56.
- MYRSKYLÄ M, GOLDSTEIN JR, CHENG, Y. A. **New cohort fertility forecasts for the developed world.** Max Planck Institute for Demographic Research; Rostock: 2012.
- NATHAN M. **La creciente heterogeneidad en la edad al primer hijo en el Uruguay: un análisis de las cohorts de 1951 a 1990.** Notas de Poblacion n 100, Santiago, 2015.
- NATHAN M, PARDO I. **Fertility postponement and regional patterns of dispersion in age at first birth.** Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Uruguay, 2016.
- NATHAN M, PARDO I, CABELLA W. **Diverging patterns of fertility decline in Uruguay.** Demographic Research. 2016; 34: 563-586.
- NEYER G. **Gender Equality and Fertility: Which Equality Matters?** In: Annual Meeting of Population Association of America, Dallas Texas, 2010.
- PANTAZIS A, CLARK SJ. **A parsimonious characterization of change in global age-specific and total fertility rates.** PLoS ONE. 2018; 13 (1): e0190574.
- RAVANERA Z, RAJULTON F. **Social Status Polarization in the Timing and Trajectories to Motherhood.** Canadian Studies in Population. 2006; 33 (2): 179-207.
- REHER DS. **Baby booms, busts, and population ageing in the developed world.** Population Studies: A Journal of Demography. 2015; 69 (1): 57-68.
- RODRÍGUEZ-VIGNOLI J, CAVENAGHI S. **Adolescent and Youth Fertility and Social Inequality in Latin America and the Caribbean: What Role Has Education Played?** Genus. 2014; 70 (1): 1–25.

ROSERO-BIXBY L, CASTRO-MARTÍN T, MARTÍN GARCÍA T. **Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing?** Demographic Research. 2009; 20 (9): 169-194.

SKIRBEKK V. **Fertility trends by social status. Germany.** Demographic Research. 2008; 18: 145-180.

TEITELBAUM MS. **Political demography: Powerful trends under-attended by demographic Science.** Population Studies: A Journal of Demography. 2015; 69 (1): 87-95.

TESTA MR. **On the positive correlation between education and fertility intentions in Europe: Individual-and country-level evidence.** Advances in Life Course Research. 2014; 21: 28-42.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects. The 2012 Revision.** New York: United Nations, 2013.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2014). **World Fertility Report 2013: Fertility at the Extremes (United Nations publication).** UN, New York, 2014.

VAN DER KOOI AL, STRONKS K, THOMPSON CA. **The modifying influence of country development on the effect of individual educational attainment on self-rated health.** Am J Public Health. 2013; 103 (11): 49-54.

WILSON C. **Fertility below replacement level.** Science. 2004; 304: 207–209.