

Retomada da queda da fecundidade na América Latina. Evidências para a primeira década do século XXI¹

Resumption of fertility decline in Latin America. Evidence of the first decade of the twenty-first century

Laura L. Rodríguez Wong / Gabriela Marise Bonifácio
Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Os níveis de fecundidade observados na América Latina têm sustentado uma tendência de declínio que começou no início dos anos setenta para a maioria dos países da região. Evidências recentes sugerem que a tendência de queda não desacelerou ou estabilizou-se no nível de reposição. A fecundidade das adolescentes, cujas taxas se mantiveram constantes e relativamente elevadas até, aproximadamente, o ano de 2000, sinaliza declínios de importância. Dado o padrão etário jovem da distribuição da fecundidade e a consciência de que, em geral, a fecundidade entre as adolescentes é um ônus social, seria de esperar significativas mudanças no comportamento reprodutivo dessas jovens. No entanto, se a adolescente média adia a sua idade à maternidade, a TFR poderá declinar significativamente no curto/médio prazo. Assim, os níveis de fecundidade da América Latina provavelmente coincidirão com aqueles previstos pela hipótese de variante baixa das Nações Unidas. A recente acentuada queda da fecundidade, se confirmada, acarretará numa redução -mais acentuada ainda da que se vivencia atualmente- no tamanho das novas gerações. O acentuado declínio da fecundidade após 2000 fará com que o bônus demográfico permaneça por mais tempo, mas o ônus poderá ser maior se os tomadores de decisões não incorporam essa nova queda na formulação dos programas sociais.

Palavras chave: Fecundidade, fecundidade na adolescência, bônus demográfico

Abstract

Fertility levels in Latin America have sustained a decline trend that started by early seventies. Recent evidences suggest that the decline trend did not decelerate and stabilized at the replacement level. Adolescents' fertility, whose rates were constant and relatively high until, say 2000, signals some decline. Given the young pattern of the fertility distribution and the awareness that, in general adolescent fertility is a social burden, one can expect meaningful changes in the teenagers' reproductive behavior. If the average adolescent delays her age at maternity, the TFR will significantly fall in the short/medium run. Thus, fertility levels in Latin America will probably coincide with those predicted in the low variant UN hypothesis. A natural consequence of acute reduction in the size of new generations will be heavily felt when these generations enter the labor force to support the economy and the older dependent population. EDR will then grow proportionally more in 20 years time from now, assuming that fertility has fallen as in the low variant hypotheses. Steeper fertility decline after 2000 will make the demographic bonus to stay longer, but the burden may be larger.

Key words: Fertility, teenage pregnancy, demographic bonus.

Introdução

Várias décadas de pesquisa sobre a demografia da América Latina têm sido insuficientes para que os tomadores de políticas percebam a grande tran-

¹ Una versión en inglés de este texto fue publicada por ALAP en el libro *Demographic transformations and inequalities in Latin America*, Suzana Cavenaghi (organizadora), ALAP, Serie de Investigaciones 8, Río de Janeiro, 2009

sição da estrutura etária pela qual está passando a Região. Essa mudança deve-se fundamentalmente, à impressionante queda no número de filhos que as mulheres têm, conseqüência da diminuição dos níveis da fecundidade.

Este artigo tem por objetivo documentar a retomada da tendência de queda da fecundidade, que em fins do século passado, dava indicações de ter-se estagnado, situando-se, como esperado por muitos analistas, em torno do nível de reposição da população.

Apresenta evidências recentes sobre o rápido declínio da fecundidade que sugerem que a TFT poderá se situar, já ao finalizar a primeira década do Século XXI, abaixo do nível de reposição para quase todos os países latino-americanos independentemente da diversidade socioeconômica a que os países da Região estão submetidos.

Mostra-se, complementarmente, alguns aspectos do comportamento reprodutivo no continente, cujas variações vão ao encontro do aceleração da queda da fecundidade. Especificamente, considera-se a fecundidade adolescente, a maternidade e tendências e padrões de contracepção e de preferências reprodutivas. Níveis de incidência de abortos inseguros também são apresentados.

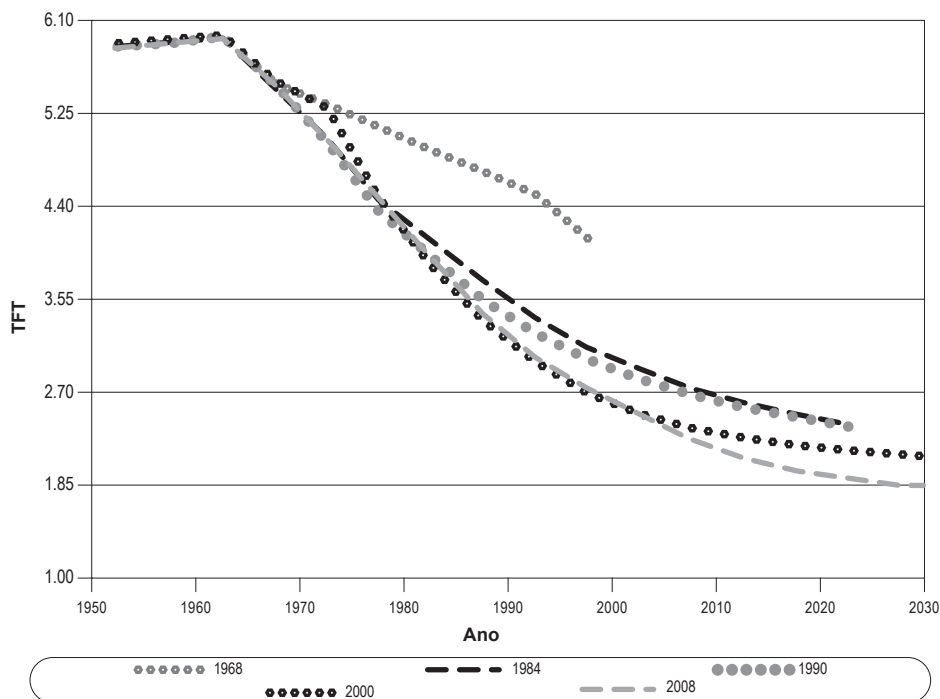
Níveis da fecundidade pré e pós 2000

Em relação às tendências passadas da fecundidade, é reconhecido, hoje, que a maioria dos demógrafos não previu a forte tendência de declínio que os níveis de fecundidade registraram no mundo em desenvolvimento após o início da transição da fecundidade (Bongaarts e Bulatao, 2000; Carvalho e Brito, 2005). Projeções de fecundidade realizadas a partir dos anos 60, particularmente, para países em desenvolvimento, sobre-estimaram, na grande maioria dos casos, o real nível que a mesma atingiria. Se bem é verdade que muitas previsões previam algumas mudanças na América Latina, no geral elas foram bastante conservadoras. Utilizando as publicações das Nações Unidas de 1968, por exemplo, a hipótese da variante média esperava que a TFT fosse de 4,1 filhos por mulher em 2000, bem acima dos valores constatados para este período (ver gráfico 1). Registre-se que semelhante abismo entre os valores projetados —estimados pelas mais variadas instituições— e os observados foi registrado, também, em Bongaarts e Bulatao (2000).

A previsão realizada posteriormente, em 1984, incorporou a maioria das evidências do declínio da fecundidade na Região observadas a partir de pesquisas específicas de demografia e saúde reprodutiva dos anos setenta e início dos oitenta, mas também não conseguiu capturar a realidade de 2000. Igualmente, a comparação entre as projeções de 2000 e de 2008, no gráfico já citado, sugere que mesmo após ter incorporado todas as evidências do contínuo declínio da fecundidade, a previsão de 2000 não captou o avanço na queda como sugerido pela *última* revisão. A revisão de 2000 fixava o limite médio inferior em 2,1, isto é, em torno da taxa de reposição, ao passo que a de 2008,

que já incorpora as informações dadas pelos censos dos anos 2000 —o que, em tese, a torna mais robusta— prevê que a TFT estabilizar-se-ia no valor médio de 1,85 após 2025.

Gráfico 1:
América Latina, 1950-2030: Taxa de Fecundidade Total (TFT)
conforme as projeções realizadas nos anos selecionados



Fonte: UN (1973; 1986; 2001; 2009)- Em todos os casos, a hipótese de variante média é considerada

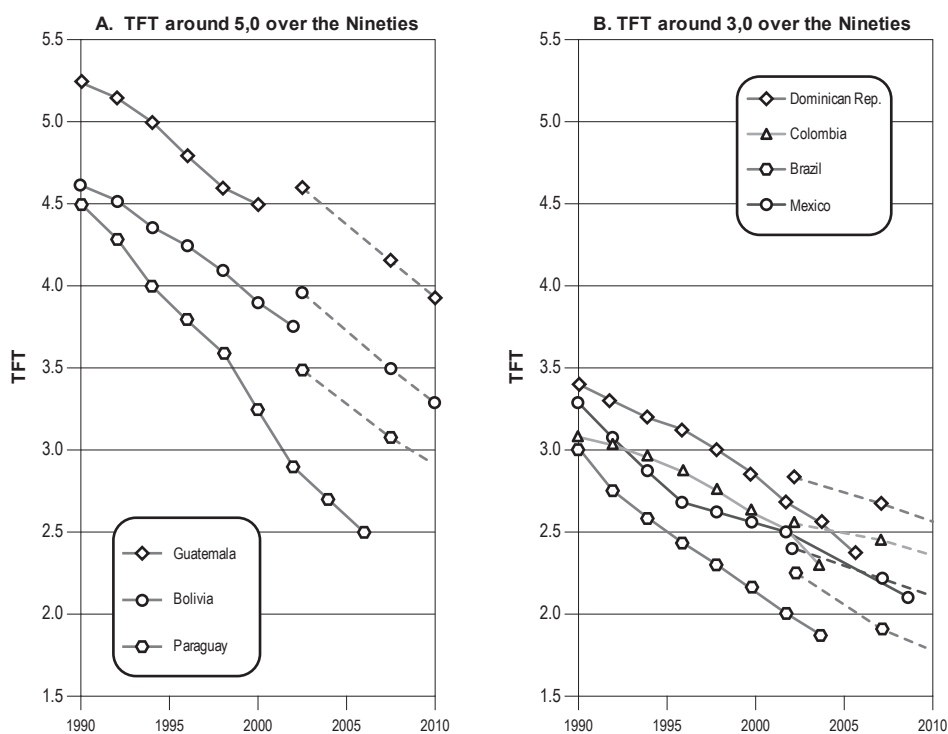
É provável que mesmo as previsões feitas em 2008, sobre-estimem, como as anteriores, o nível que a fecundidade da Região tenha ao fechar a primeira década do Século XXI. Com efeito, evidências de outras fontes, além dos censos demográficos, sugerem que o declínio da fecundidade na América Latina seria, talvez, mais acentuado do que o implícito nas atuais previsões.¹

O Gráfico 2 compara a TFT de vários países utilizando estimativas recentes produzidas, seja pelas diversas pesquisas de demografia e saúde reprodutiva, seja pela Divisão de População das Nações Unidas (2009), considerando somente a hipótese de variante média. O Painel A apresenta países selecionados com níveis de fecundidade relativamente elevados ao longo dos anos noventa, enquanto o painel B apresenta países com baixa fecundidade. Ambos mos-

¹ As estimativas que servem de comparação se referem, salvo expressão contrária, à variante média das projeções de população apresentadas pela Divisão de População das Nações Unidas (Revisão de 2008) – Ver (<http://esa.un.org/unpp/index.asp>).

tram claramente mudanças drásticas, embora a tendência manifestada pelas fontes dos dois tipos de estimativas seja diferente. A pesquisa da Guatemala produziu uma TFT ao redor de 4,5 para o ano de 2000. A projeção sugere que o nível médio para o período de 2000-05 seria de 4,6. Da mesma forma, a recente pesquisa de reprodução e saúde para o Paraguai estima que a TFT está ao redor de 2,5 para o ano de 2005, enquanto que a projeção das Nações Unidas é de 3,5 para o período 2000-05.

Gráfico 2
Taxa de fecundidade total para países latino-americanos
selecionados segundo fontes diferentes



Fonte: Linhas pontilhadas se referem às estimativas da Divisão de População da ONU (<http://esa.un.org/unpp/index.asp>).

No Painel B, o padrão de comparação é similar. A pesquisa da República Dominicana, por exemplo, produziu uma TFT de 2,6 e de 2,4 para os anos de 2004 e 2006, respectivamente; porém, a TFT das Nações Unidas é de 2,8 para o quinquênio 2000-05. De acordo com esta projeção, os valores abaixo de 2,5 são esperados somente após 2010. A maior discrepância aparece quando se compara Brasil e Colômbia, tendo o primeiro uma TFT abaixo de 1,9 para 2006 (PNDS, 2006). Note-se que o Population Reference Bureau também parece superestimar a TFT para esses três casos (PRB, 2009).

As diferenças com os valores projetados permanecem, inclusive, se as referências são fontes de países com estatísticas vitais relativamente completas. Citam-se três exemplos: a TFT, após o ano de 2005, em Chile é de 1,9 (Chile, 2006); de 2,04 no Uruguai (Peri e Pardo, 2008) e de 1,4 em Cuba (ONU, 2008). Na variante média das projeções mencionadas espera-se que os valores citados para Chile e Uruguai sejam alcançados somente depois de 2010. No caso de Cuba, a TFT mencionada nunca seria atingida.

Adicionalmente, há, também, fortes evidências de que áreas urbanas, especificamente capitais e cidades metropolitanas, tenham, ao final da presente década, uma TFT ao redor de 1,5 ou menos (Rosero, 2004; Wong e Bonifácio, 2008).

Em síntese, a divergência entre evidências mais recentes das pesquisas de fecundidade e as estimativas para o curto e médio prazo sugere que, novamente, as previsões teriam um caráter conservador. Parece plausível que os níveis de fecundidade na América Latina se situem mais próximos da hipótese da *variante baixa* do que daquela da *variante média*, (ver tabela 1). Em geral poder-se-ia esperar que o nível médio para a América Latina em 2010 seja inferior à taxa de reposição, em torno de 1,85, talvez. Diferentemente da anunciada estagnação em grande parte dos países da África subsahariana (Bongaarts, 2008), em América Latina, esse nível seria alcançado devido a um mais acentuado declínio, como sugerido pelas tendências do gráfico 2.

A afirmação se apóia no fato de países de diferentes contextos socioeconômicos ter atingido tais baixos níveis de fecundidade. São exemplos: o Brasil (TFT de 1,85) —o mais populoso do Continente e com elevada desigualdade sócio-econômica— e Cuba (TFT de 1,5) —com longos períodos de dificuldade econômica e relativamente baixa exposição aos médios globais de comunicação de massa. Se os valores previstos na variante baixa prevalecerão após 2020-2025 (TFT média de 1,4 para o Continente) é uma questão que foge ao escopo deste trabalho.

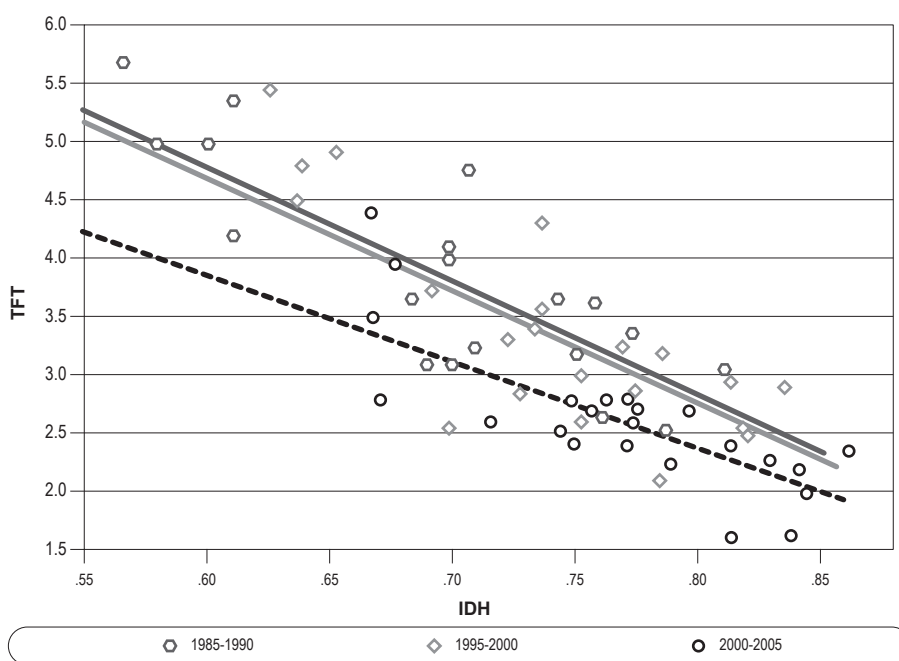
Tabela 1
América Latina e Caribe – Taxas de Fecundidade Total para períodos selecionados entre 2000 e 2050, considerando as hipóteses de variante baixa e média das estimativas da Divisão de População da ONU

Período	TOTAL		Caribe		América Central		América do Sul	
	TFT segundo a variante considerada							
	Média	Baixa	Média	Baixa	Média	Baixa	Média	Baixa
2000-2005	2,50		2,51		2,66		2,43	
2010-2015	2,09	1,85	2,3	2,05	2,27	2,02	2	1,75
2020-2025	1,85	1,40	2,15	1,65	2,04	1,54	1,81	1,31
2045-2050	1,82	1,32	1,90	1,40	1,85	1,35	1,80	1,31

Fonte: 2009 Divisão de População das Nações Unidas(ONU). <http://esa.un.org/unpp/index.asp>

Também é sensato esperar que o continente continue na tendência de convergência com desvio relativo entre os diversos países. O suporte para este prognóstico é a evolução da associação entre desenvolvimento socioeconômico e níveis de reprodução expressos, por exemplo, através do Índice de Desenvolvimento Humano e TFT. O Gráfico 4 mostra a correlação negativa entre ambos indicadores para os anos oitenta e noventa, o que é consistente com proporção significativa do declínio da fecundidade que comumente tem sido atribuída ao progresso social. Para o período mais recente, contudo, embora a relação permaneça (ver R^2) a associação é menos evidente na medida em que o intervalo da TFT tende a se estreitar.

Gráfico 3
América Latina e Caribe (1985 - 2005)
Taxa de fecundidade total (TFT) e Índice de Desenvolvimento Humano



NOTA: Linhas retas se referem ao ajuste linear. Linhas pontilhadas correspondem ao período 2000-2005.
 Fonte: PNUD – Índice de Desenvolvimento Humano - http://hdrstats.undp.org/buildtables/rc_report.cfm - ONU- Divisão de População (Revisão de 2008) – Surveys DHS e HRS (Ver tabela no Anexo)

Aspectos da saúde reprodutiva que reforzaram a queda da fecundidade pos 2000

Nas linhas anteriores foi demonstrado que, em termos gerais, os níveis de fecundidade têm acentuado sua tendência de declínio na maioria dos países da América Latina após o ano 2000. O padrão se aplica tanto para países que já se encontram em níveis baixos, como Brasil e Colômbia, dos quais esperava-

se estabilização da TFT próxima do nível de reposição, quanto a países que entraram na transição da fecundidade faz pouco tempo, como Guatemala e Paraguai. Esta seção considera alguns aspectos que teriam tido importante papel na insurgência da tendência de queda da fecundidade. Para este propósito, alguns fatores específicos do comportamento reprodutivo, tais como fecundidade das jovens e implementação das preferências reprodutivas, são considerados.

Padrão etário jovem da fecundidade e tendências da maternidade

Um importante traço da demografia da América Latina é que o declínio da fecundidade não adiou o início da maternidade, como aconteceu em outros contextos. Simultaneamente, evidências recentes analisadas por Rosero *et al.* (2009) apresentam uma tendência crescente, de certo modo paradoxal, da proporção de mulheres abaixo dos 30 anos sem filhos na maioria dos países latino-americanos. Ambos os aspectos são considerados, a fim de compreender a queda acentuada da fecundidade após 2000.

Fecundidade na adolescência

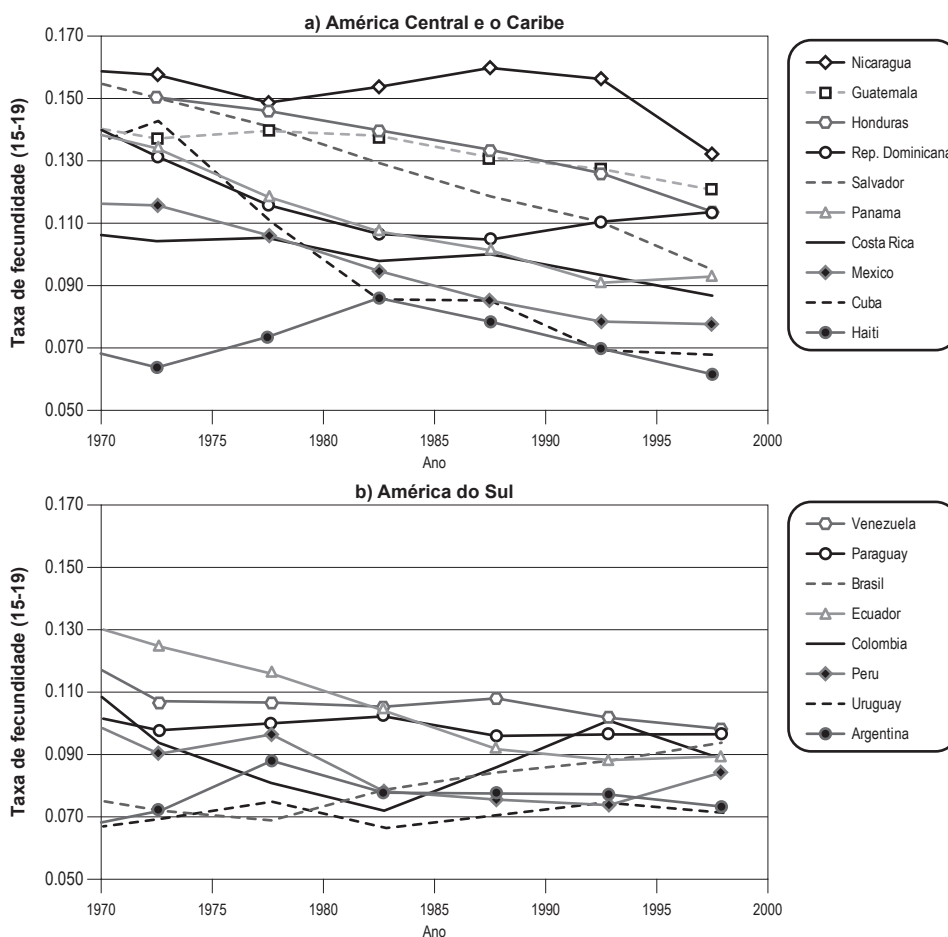
A fecundidade abaixo da idade de 20 não alcançou a mesma intensidade, em América Latina, que nas outras idades, sendo considerada, além do mais, um encargo social. A relutância das adolescentes em aderir à tendência geral de declínio tem sido bastante estudada, podendo encontrar farta evidência, por exemplo, nas análises comparativas das pesquisas de reprodução e saúde dos anos noventa (Rutstein; 2002).

Uma revisão das taxas específicas para as idades 15-19 anos ao longo do período 1970-2005 não mostra uma tendência clara de queda (gráfico 4). Quanto à América Central e Caribe, taxas de fecundidade relativamente elevadas declinaram na maioria dos países até a década de oitenta, quando os valores se tornam, no geral, erráticos. Em qualquer caso, com exceção de Cuba e Haiti que devem ser estudados separadamente, a fecundidade reduziu-se cerca de 20 por cento durante o período nesse conjunto de países; no início do século XXI tiveram a taxa de fecundidade oscilando entre 60 e 120 nascimentos por 1000 mulheres de 15-19 anos de idade.

Na América do Sul —com exceção do Equador, com a maior fecundidade jovem na década de setenta— os valores declinaram até os anos oitenta e aumentaram a continuação. Esse é o caso, por exemplo, no Brasil, Colômbia e Perú, cuja representatividade populacional conjunta é de quase 70 por cento na sub-região. Mais especificamente, o aumento ocorreu frequentemente entre as mais jovens das adolescentes. Os dados para os anos noventa analisados por Rodriguez-Vignoli (2003) mostram que a parturição entre meninas com 17 ou menos anos de idade aumentou em sete países da América do Sul, neles incluído Uruguai onde a parturição às idades 15 e 16 anos, em 1996, foi, res-

pectivamente, duas e cinco vezes o valor de 1985. No geral, o intervalo onde oscila a fecundidade adolescente é relativamente constante ao longo do período (entre 70 a 100 nascidos vivos por 1000 mulheres com idade 15-19 anos), com valores muito altos relativamente a contextos mais desenvolvidos, onde a taxa para esse grupo etário é, freqüentemente, inferior a 20 por mil e, muitas vezes, inferior a 10 por mil.

Gráfico 4
América Latina (1970-2005).
Taxas de fecundidade para mulheres de 15-19 anos de idade



Fonte: Dados do CELADE (Centro de Demografia da América Latina e Caribe) http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm (Acessado em 06/09/2009 - às 21:43h)

Como consequência desse comportamento e da queda exacerbada da fecundidade nas outras idades, a participação da fecundidade jovem em todo o processo reprodutivo cobrou maior visibilidade. Relativamente, ela aumentou de menos de 10 por cento para quase 20 por cento, uma vez que as taxas de

fecundidade das mulheres mais velhas diminuíram até dez vezes, ou mais, em menos de três décadas. Como observado por muitos autores, o processo caracteriza a América Latina como uma região com um padrão etário de fecundidade muito jovem. De fato, uma comparação das distribuições etárias da fecundidade entre os quase 200 países das projeções da ONU identifica Cuba com o quinto padrão etário mais jovem no mundo (25,2 anos). Seis países, de importante parcela populacional no continente estão entre os 10 por cento dos países com padrão etário mais jovem da fecundidade (idade média de 27 anos ou menos).

O padrão etário extremamente jovem da fecundidade tem causado grande preocupação tendo em conta o rápido declínio da fecundidade experimentado por todo o continente e que atingiu quase todas as classes sociais em 2000-05. De fato, se o declínio da fecundidade é um fenômeno geral, a tendência de taxas constantes entre jovens, posto que é um indicador médio, implicaria em uma fecundidade muito elevada entre importantes segmentos populacionais dentro desse grupo etário. Ademais, se as adolescentes já são uma população vulnerável em razão de idade, e os elevados níveis de fecundidade são tipicamente daquelas que se encontram nos estratos sociais mais baixos, é plausível esperar padrões reprodutivos extremamente elevados entre adolescentes pobres. Está comprovado que populações mais vulneráveis sócio-economicamente apresentam fecundidade adolescente mais elevada se comparadas como outros estratos sociais, sendo a educação o principal indicador de tal discriminação. A principal razão seria o acesso mais difícil aos cuidados de saúde reprodutiva para as mulheres dessas camadas populacionais. A pesquisa realizada na Nicarágua, em 2007, nos dá um exemplo típico da diferença considerando a escolaridade: a fecundidade adolescente no quintil mais alto de bem-estar é de 46 por mil. Em contrapartida, a taxa para o quintil mais baixo é quase quatro vezes maior (159 por mil). No entanto, quando se consideram mulheres jovens com alta escolaridade, a taxa diminui para 22 por mil contra aquelas sem escolaridade cuja taxa é dez vezes maior (221 por mil). Os dados brasileiros para 2006 também mostram que o maior diferencial, considerando vários critérios socioeconômicos, corresponde à educação (PNDS, 2006). Embora a associação inversa entre escolaridade e fecundidade adolescente tenha sido amplamente documentada (ver, por exemplo, Gupta e Leite, 1999), surpreende que essa relação não apresente alterações até agora associadas a qualquer intervenção programática.

Teorias que buscam explicar o fato dos jovens não reagirem aos determinantes socioeconômicos clássicos para diminuir o risco de ter um nascido vivo variam desde a modernização truncada (Rodriguez Vignoli, 2008) à iniciação sexual precoce (Di Cesare, 2007) e aos valores familiares que sustentam a maternidade na adolescência (Fussell e Palloni, 2004). Em geral, elas assinalam as implicações negativas para as adolescentes, tais como a perda de oportunidades para melhorar a educação e suas capacidades, e a impotência para quebrar o círculo vicioso da pobreza intergeracional. Além disso, é amplamente

conhecido que a gravidez na adolescência é um fenômeno multifatorial, com dimensões individual, psicossocial e sócio-cultural, mesmo em contextos desenvolvidos. Narring e Sharman, (1996), por exemplo, mencionam como um importante elo perdido na incorporação das adolescentes ao regime de baixa fecundidade, as barreiras sócio-culturais ainda não compreendidas pelos tomadores de políticas. Por exemplo, tanto em contextos desenvolvidos, como em desenvolvimento, adolescentes sexualmente ativas costumam negligenciar a contracepção, haja vista que o contrário implicaria conflitos geracionais e de gênero. Com efeito, o uso de contracepção seria indicativo de uma vida sexual ativa, o que vá de encontro às expectativas dos pais e dos companheiros. Os primeiros pressupõem a assexualidade dos filhos no seio familiar; já os segundos esperam da jovem um papel passivo no seu relacionamento com o parceiro (Szasz, 2008). Em ambos os casos o planejamento do uso contraceptivo contrariaria as normas sociais.

Dados recentes, no entanto, apontam que a fecundidade pode ter declinado significativamente, inclusive, nesse grupo etário, tendo com isso, talvez, papel relevante na queda acentuada da fecundidade geral mencionada anteriormente. Evidências recentes sobre quedas de importância na fecundidade jovem na região são El Salvador (2008), Paraguai (2008) e Brasil (2006). No caso brasileiro, pesquisas domiciliares relatam uma fecundidade adolescente ao redor de 50 por mil durante quatro anos consecutivos recentes (2004 a 2007), contra a permanência de taxas em torno de 80-90 por mil durante as décadas de oitenta e noventa.

Se as evidências mais recentes indicam uma tendência de queda, vale a pena avaliar se se trata de uma convergência a baixos níveis ou uma maior ampliação da já grande diferença entre os diversos estratos da sociedade. Vale lembrar que mesmo nos países desenvolvidos, níveis elevados de fecundidade entre adolescentes das populações mais vulneráveis socialmente não responderam às políticas sociais destinadas a adiar ou evitar gravidezes precoces. No atual contexto latino-americano, onde a idade à primeira relação sexual é constantemente reduzida, relações culturais, de gênero e geracionais precisam ser consideradas se a mudança é desejável. A consequência perversa da condução errada de tais políticas seria o incremento de gravidezes não-desejadas entre adolescentes e mulheres jovens.

O adiamento da maternidade

Apesar de a fecundidade entre as adolescentes ter permanecido a mesma até, pelo menos, o ano 2000, e, em conformidade com a tendência geral de declínio, estudo realizado por Rosero *et al.* (2009) verificou que a proporção de mulheres com idade inferior a 30 anos tendo o primeiro filho, isto é, se tornando mães, reduziu-se significativamente na maioria dos países latino-americanos durante o período intercensitário de 1990-2000. Essa tendência é confirmada utilizando informações atualizadas (tabela 2). A proporção de

mulheres sem filhos nas idades 25-29 anos e 30-34 anos aumentou para países com dados por volta de 2005 (com exceção da República Dominicana). Colômbia e Brasil apresentaram um incremento mais significativo no grupo etário 25-29 anos; este último mostra que aproximadamente um terço dessas mulheres não têm filhos, de acordo com ao declínio que a fecundidade entre adolescentes teria apresentado.

Tabela 2
Países latino-americanos selecionados: porcentagem de mulheres sem filhos nas idades 25-29 anos e 30-34 anos (aproximadamente 2000-2005)

País	Ano da pesquisa	Grupo etário	
		25-29	30-34
Nicarágua	2001	14,1	7,1
	2007	15,1	8,4
República Dominicana	2002	16,8	8,4
	2007	16,8	7,5
Colômbia	2000	23,1	14,7
	2005	26,1	12,8
Brasil	1996	26,2	12,2
	2006	32,3	16,9

Fonte: <http://www.measuredhs.com>; <http://www.cdc.gov/reproductivehealth/surveys>

O aumento de mulheres sem filhos nas idades centrais do período reprodutivo (citando Rosero *et al.*, 2009) merece atenção em, pelo menos, duas dimensões. Primeiro, seu impacto na TFT e no total da população. Segundo, se isso tem a ver com atitudes ideacionais e, portanto, com os padrões da Segunda Transição Demográfica (desde que a maternidade é, ainda, um valor quase universal na América Latina e sua baixa prevalência é um indicador da STD). Ambas dimensões estão relacionadas, pois o adiamento da idade à maternidade pode contribuir para um rápido declínio da fecundidade tanto pelo efeito *tempo* quanto pelo efeito *quantum*. O adiamento do início da maternidade pode gerar uma queda instantânea na TFT de período. Se tomarmos o caso de Cuba, onde tanto os baixos níveis da fecundidade total e fecundidade jovem elevada, são questões de preocupação nacional, o adiamento da maternidade nas idades jovens implicaria uma TFT oscilando entre 1,1 a 1,3, num período de tempo muito curto. Semelhante simulação para o Brasil resulta em uma TFT de 1,5.

Assumindo que o adiamento é apenas um comportamento de período sem alterações nas decisões da coorte, ou seja, a mulher teria o mesmo número de filhos que sempre quis – tendo-os, apenas a uma idade mais avançada – pode-se esperar um aumento na fecundidade de período no médio prazo. Como haverá casos em que as mulheres não poderão compensar a gravidez postergada devido a um adiamento muito longo, uma queda na fecundidade de

coorte é esperada também. Rosero et al. (2009), citando Rindfuss e Bumpass (1976) em relação a contextos desenvolvidos, lembra o fato bem documentado de que, em geral, “tarde significa menos” filhos, e, com alguma frequência, nenhum.

Contracepção e preferências reprodutivas

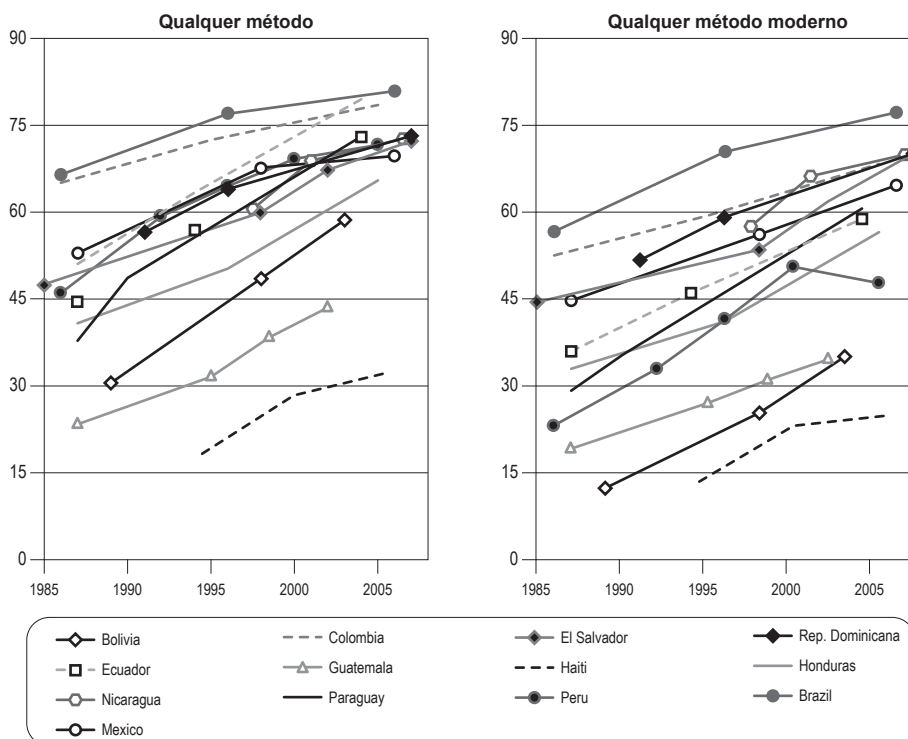
A implementação das preferências reprodutivas e o acesso à contracepção são direitos reprodutivos estabelecidos muito claramente no Programa de Ação aprovado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento em 1994. A maioria dos governos latino-americanos aderiu a esses princípios com importante suporte das agências de desenvolvimento (CEPAL, 1998). Essa atitude tornou possível reduzir o número de filhos que as mulheres tinham e, assim, a diferença entre as fecundidades real e desejada; um resultado que será melhor percebido, talvez, ao final desta década. Esta seção descreve as tendências gerais de ambas, a contracepção e preferências reprodutivas, como parte dos principais componentes das mudanças recentes da fecundidade.

Prevalência contraceptiva

O uso da contracepção é aceito como um dos principais determinantes próximos do declínio da fecundidade (Bongaarts, 1982) e, na América Latina, sua prevalência é relativamente elevada. Comparações através do tempo mostram, pelo menos desde a década de 80, uma acentuada tendência de aumento no uso de métodos contraceptivos modernos (ver Gráfico 5). Enquanto que a prevalência de contracepção foi de aproximadamente 60 por cento entre mulheres casadas antes de 2000, informações disponíveis para períodos posteriores a 2005 mostram uma prevalência próxima de 75 por cento para um significativo número de países latino-americanos. Esse grupo inclui tanto países de grande porte (Brasil, 2006; Colômbia, 2005; México, 2006) quanto aqueles com baixa prevalência inicial (Salvador, 2007; Paraguai, 2008; Nicarágua, 2007).

É importante notar, por um lado, que a diferença entre países observada para os anos noventa tende a diminuir, embora ainda seja consideravelmente ampla e persistente. Brasil e Colômbia tiveram uma elevada prevalência de contracepção desde o começo, e países como Bolívia, Guatemala e Haiti permanecem com os níveis mais baixos. A existência de uma tendência de convergência é também apoiada por análises preliminares feitas por Stupp et al. (2009). Apesar de se concentrar apenas na América Central, eles encontraram que a heterogeneidade no uso de contraceptivos é explicada pela heterogeneidade no contexto socioeconômico entre os países considerados (El Salvador, Guatemala, Honduras e Nicarágua). Seus resultados apontam que a recente evolução no sentido de uma convergência às melhores condições sociais explica o rápido aumento, e também a convergência, na prevalência de contracepção.

Gráfico 5
Países latino-americanos e do Caribe (1985-2005)
Porcentagem de mulheres casadas usando qualquer método contraceptivo e somente qualquer método moderno



Fonte: Da tabela publicada por Cavenaghi e Alves (2009) e Rodríguez-Vignoli (2009) e atualizada até 2010.

Em qualquer caso, esse crescimento é determinado pelo incremento em ambos os métodos, tradicional e moderno; a contribuição do último, no entanto, é sempre ligeiramente superior à contribuição do primeiro, com exceção do Peru (ver gráfico 5).

Como é habitual, quando um grande conjunto de populações é considerado, um elevado grau de diversidade é esperado. Os métodos efetivos, como esterilização e métodos hormonais, respondem à quase totalidade dos métodos usados em República Dominicana, Brasil e México. Países com importante proporção de métodos tradicionais são basicamente aqueles da região andina, os quais estão, por sua vez, entre os países mais pobres do continente.

Outro aspecto relevante do padrão contraceptivo da América Latina é a pouca diferença de acordo com o status socioeconômico entre os países. Desigualdades sociais, usando anos de educação como indicador, teriam deixado de ser determinantes do acesso à contracepção, como os números apresentados por Cavenaghi e Alves (2009) sugerem: Brasil, amplamente reconhecido por sua distribuição de renda excessivamente desigual, não reflete tal desigualdade.

de no uso de contracepção; embora mulheres menos educadas façam menos uso de contraceptivos do que as mais educadas, as proporções são similares, variando de 75 por cento entre as primeiras a 82 por cento entre as últimas. Países mais pobres como a Bolívia, por outro lado, apresentam importantes disparidades: a proporção de mulheres menos educadas usando contracepção moderna é menos da metade da proporção daquelas mais educadas; de todas formas, a prevalência total na Bolívia continua baixa (61 por cento em 2008). Padrão similar corresponde ao Haiti. De notar que sendo países pobres, têm proporção relevante de mulheres sem escolaridade.

Ademais, há países com elevada prevalência de métodos contraceptivos efetivos, o que pode explicar o rápido declínio recente da TFT graças ao acesso adequado aos serviços de saúde reprodutiva, apesar da presença da distribuição de renda desigual. Novamente, o caso brasileiro deve ser lembrado: houve um importante processo de homogeneização em vários estratos sociais e melhoria na qualidade do uso de contracepção, que incluiu tanto homens quanto mulheres; o uso de contracepção masculina “*alcançou os dois dígitos*” (Perpetuo e Wong, 2009), um fato excepcional na sociedade latino-americana reconhecidamente *machista*. A homogeneização é também o caso no México de acordo com Mendoza (2009): a prática contraceptiva aumentou proporcionalmente mais nas áreas rurais, entre as mulheres sem escolaridade e na população indígena, assim a diferença entre grupos nos extremos da escala social diminuiu em 2006. Como o incremento se deveu, principalmente, ao uso de contracepção moderna, deve-se esperar que as diferenças na fecundidade se estreitem.

A convergência do uso de contracepção a um nível relativamente elevado é igualmente apoiado pelos achados na América Central. Siow (2009), revisando os planos de governo e com base nos dados apresentados por Stupp et al. (2009), conclui que Melhorias no planejamento familiar realizadas ao longo das duas últimas décadas pelos países da América Central têm permitido aos segmentos mais pobres da população maior acesso aos meios contraceptivos e aos serviços de planejamento familiar.

Por outro lado, existem populações, também, onde a falta de acesso adequado à contracepção é um importante impedimento para o declínio da fecundidade. Em relação aos métodos tradicionais, como a elevada prevalência é encontrada entre países pobres, a população no estrato social mais vulnerável tem uma elevada fecundidade e também elevadas taxas de fracasso devido à baixa eficácia dos métodos tradicionais. Dois países andinos (Bolívia e Peru) apresentam as maiores prevalências dos métodos tradicionais no continente (26 e 23 por cento respectivamente segundo dados do 2008 e 2009). De maneira sintomática, em ambos os países, a TFT para uma mulher do quintil mais baixo é mais de 3 vezes maior do que aquela no quintil mais alto, o que é um dos maiores abismos na região.

Finalmente, Rodriguez-Vignoli (2008) aponta dois segmentos populacionais com elevada necessidade de contracepção devido à dificuldade de que-

brar as barreiras sócio-culturais: adolescentes de estratos sociais mais baixos e a população indígena.

De fato, as adolescentes não têm a fecundidade reduzida apesar do aumento na contracepção. As causas desse paradoxo, como já pontuado, são de natureza comportamental, que explicam, por exemplo, o uso inadequado de contraceptivos (as adolescentes podem ser excluídas dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, ou aceitas nos programas de planejamento familiar, somente após terem sua primeira gravidez - CEPAL, 2005). Além disso, a carência de ofertas tende a atingir, primeiro, as mulheres jovens. Mendoza (2009) explica que, devido às restrições fiscais no México durante o período de 1997-2006, o planejamento familiar não considerou novos clientes – basicamente mulheres jovens. Quanto às mulheres indígenas, a fecundidade elevada continua a ser uma característica da população indígena. Embora isto guarde relação com a extrema pobreza e baixos níveis de educação formal, mais frequentes nos povos indígenas, está associado, também, a padrões culturais que se refletem no comportamento reprodutivo (CEPAL, 2005).

Preferências reprodutivas – a fecundidade não-desejada

Estimativas de fecundidade desejada e não-desejada são de grande interesse porque indicam a extensão na qual a fecundidade seria reduzida/acrescida, se as mulheres fossem bem sucedidas na implementação das suas preferências reprodutivas o que é um dos direitos básicos da saúde reprodutiva. São insumos importantes na organização da saúde pública, particularmente para a provisão de serviços de planejamento familiar. Níveis de fecundidade não-desejada podem variar independentemente do nível de fecundidade total, embora tenha ocorrido, em América Latina, uma queda generalizada em ambas.

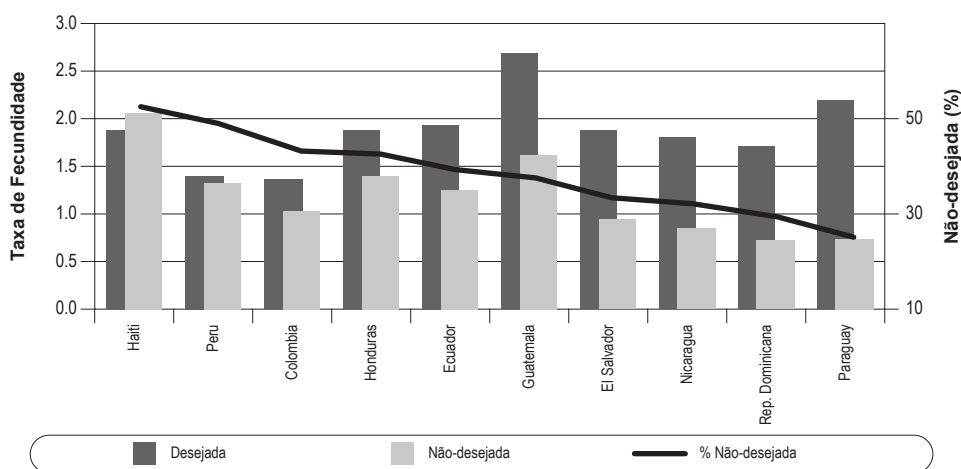
O artigo de Casterline e Mendoza (2009) oferece uma revisão compreensiva da magnitude do componente não-desejado da fecundidade em 12 países da Região abrangendo até três décadas. No geral, as tendências sugerem que, num futuro próximo, as mulheres tenderiam a reportar somente um filho como parte da fecundidade desejada. De fato, as estimativas atuais para o último período disponível mostram poucos casos com uma fecundidade desejada acima do nível de reposição, sendo a Guatemala a exceção isolada (ver Gráfico 6). Os dados de Casterline e Mendoza mostram que este componente continua sendo importante, embora menos do que no passado, quando chegara a representar quase dois terços do total da fecundidade. Após o ano 2000, a proporção mais baixa corresponde ao Paraguai, onde 25 por cento da fecundidade total é não-desejada. Em vários casos, porém, a fecundidade não-desejada é mais de 40 por cento. No caso de Haiti, a fecundidade não-desejada é maior que a desejada, com esta última representando apenas 48 por cento da fecundidade total.

O ônus da fecundidade não-desejada não será discutido aqui, apesar das importantes questões por trás, especialmente a falta de meios para imple-

mentar as preferências reprodutivas e a discriminação conforme o estrato socioeconômico, uma vez que é sabido que as mulheres mais vulneráveis, muitas vezes, terão uma grande proporção de gravidezes não-desejadas, ultrapassando o seu tamanho familiar desejado. Neste sentido, Haiti é um exemplo típico de quão expressiva é a necessidade não-satisfeita de planejamento familiar eficiente.

Um outro aspecto relacionado com a implementação das preferências reprodutivas, a ser considerado em um contexto de declínio tão rápido da fecundidade, é a não-correlação entre o tamanho ideal da família e o número real de filhos tidos. Mulheres nas idades 40-49 anos são consideradas porque elas praticamente encerraram seu ciclo reprodutivo e não teriam, por tanto, maiores variações na parturição final.

Gráfico 6
Países latino-americanos selecionados (circa 2005).
Fecundidade Desejada e Não-desejada



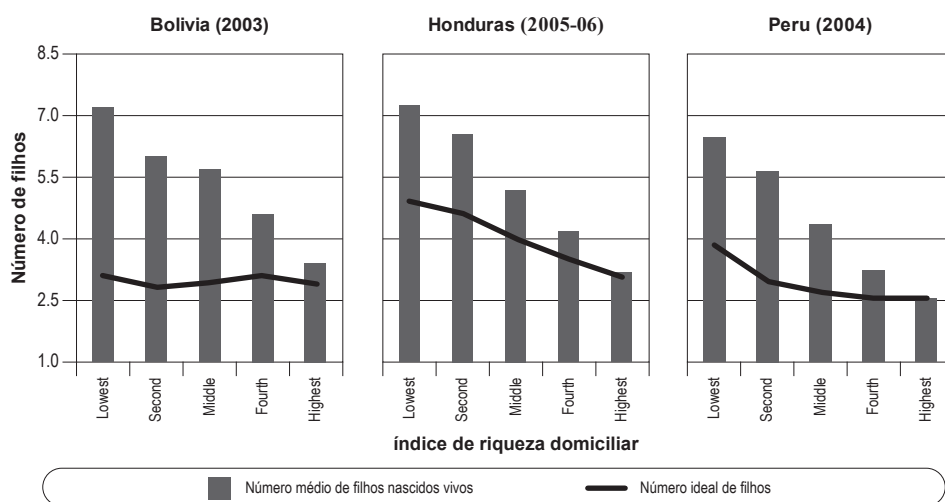
Fonte: Dados de Casterline e Mendoza (2009) página 26

Os gráficos 7 e 8 permitem comparar esses índices segundo condições socioeconômicas definidas pelo Índice de Bem-estar Domiciliar (IBD). O número ideal de filhos, sabe-se, é um conceito complexo que pode incluir valores sociais, religiosos e/ou comunitários nas respostas das entrevistadas; de acordo com Hagewen e Morgan (2005), pode ser interpretado como o número preferido de filhos de uma família hipotética. Todavia, as variações nesse indicador muitas vezes, são menores do que na fecundidade real quando consideradas as classes sociais, devido, em grande parte, à globalização das relações socioeconômicas e à uniformidade das mensagens culturais (CEPAL, 1998).

O gráfico 7 considera três países com fecundidade relativamente alta; Honduras é o único país que apresenta uma associação direta entre estrato socioeconômico, parturição (número médio de filhos tidos) e número ideal de

filhos. Na Bolívia e no Peru, a parturição varia de acordo com a situação socioeconômica, mas isso não acontece com o número ideal de filhos. Ele é quase constante, ligeiramente superior a 2,5, independente do IBD. Além disso, no caso do Peru, as mulheres na posição mais elevada tiveram uma parturição menor do que o número de filhos relatados como ideal.

Gráfico 7
Mulheres com idade 40-49 anos nos países selecionados
com relativamente elevado nível de fecundidade de acordo
com o número médio de filhos nascidos vivos
e com o número ideal de filhos e o índice de riqueza domiciliar:
Países com Alta TFT

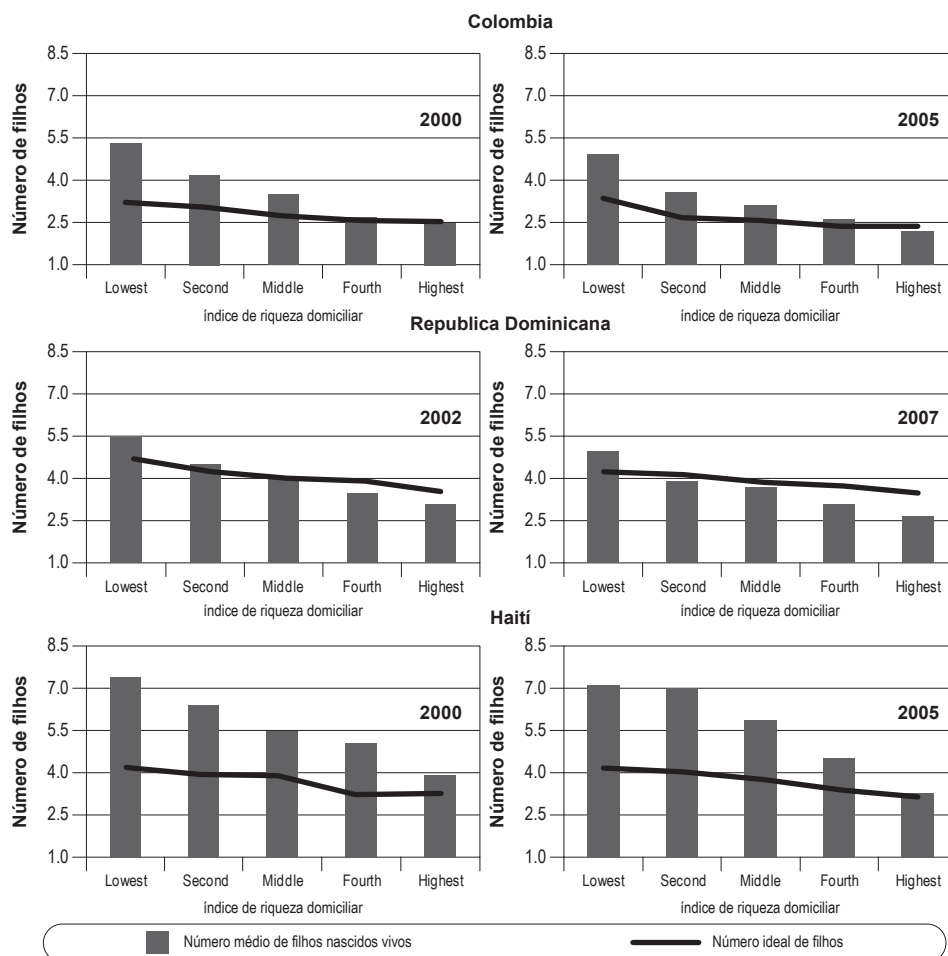


Fonte: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 19 de set. de 2009.

O gráfico 8 mostra a evolução no tempo dessa relação, usando países com um *timing* diferente da sua transição da fecundidade. Colômbia iniciou o declínio da fecundidade bem antes da República Dominicana e o Haiti está entre os países com um declínio incipiente. O número ideal de filhos guarda uma relação menos óbvia com o IBD, mas apresenta valores mais baixos para os períodos mais recentes. Há, também, vários casos em que o número ideal de filhos é maior do que o número de filhos efetivamente tidos, particularmente entre mulheres dos estratos socioeconômicos mais altos o que se aplica a República Dominicana, em 2007, para quase todos os estratos, sendo a única exceção o estrato mais baixo.

Gráfico 8

Mulheres com idade 40-49 anos nos países selecionados com relativamente elevado nível de fecundidade, de acordo com o número médio de filhos nascidos vivos e com o número ideal de filhos e o índice de riqueza domiciliar: Comparação ao longo do tempo



Fonte: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 19 de set. de 2009.

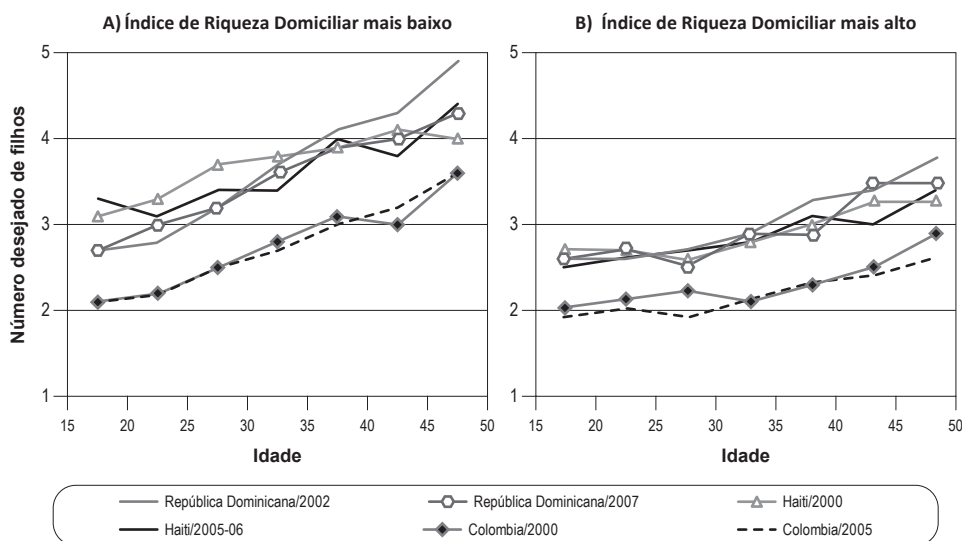
Fora das fontes de pesquisas reprodutivas, um número desejado de filhos inferior ao número de filhos real, entre mulheres de classe alta e média, é encontrado no Uruguai (Perí e Pardo, 2008).

Enquanto que entre os grupos mais pobres a discrepância se traduz em um número maior de filhos do que o desejado, contrariamente, a fecundidade real nos grupos mais favorecidos é inferior ao número de filhos desejado. Como a CEPAL (1998) reconheceu: os direitos reprodutivos podem ser vulneráveis em ambos os segmentos ricos e pobres, embora por razões diferentes e com diferentes conseqüências. Esse tipo de discrepância aparece nas estima-

tivas mais recentes da América Latina e é reconhecida em algumas sociedades europeias pós-transacionais desde, pelo menos, o início dos anos noventa (Boongarts, 2001). Nesses contextos – incluindo os Estados Unidos (Hagewen e Morgan, 2005) – o tamanho desejado da família é tipicamente de dois filhos, enquanto que a fecundidade está bem abaixo do nível de reposição. Os três casos latino-americanos que ilustram as diferenças entre a fecundidade desejada e a real são países subdesenvolvidos cujo contexto socioeconômico está longe de ser semelhante ao de países europeus. O real significado desta discrepância devem ser motivo de posterior discussão.

Adicionalmente, a diferença entre a fecundidade desejada e a observada pode fornecer insumos para o que se espera do comportamento da fecundidade no curto ou médio prazo, quando se considera as mulheres mais jovens. Esse indicador apresentado no gráfico 9 mostra o reconhecido padrão relacionado à idade e explicado, em grande parte, pelo efeito *racionalização*.

Gráfico 9
República Dominicana, Haiti e Colômbia (por volta de 2005):
Número desejado de filhos no Índice de Riqueza Domiciliar
mais baixo e mais alto – por idade



Fonte: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 19 de setembro de 2009.

Deve-se considerar que, em tempos de mudança da fecundidade, as mulheres mais velhas tendem a ter mais filhos tanto porque foram expostas por mais tempo ao risco de ter filho quanto porque atitudes relacionadas à baixa fecundidade são mais intensas entre as mulheres mais jovens (ver tabela 3). Especificamente nesses casos, observou-se, em primeiro lugar, que o número desejado de filhos é diferente segundo o estrato social. Mulheres com o me-

nor IBD (Painel A) relatam um número desejado de filhos sistematicamente maior do que aquelas em melhor posição (Painel B). Em segundo lugar, o conjunto de curvas paralelas indica que o aumento do número de filhos desejados segundo idade é similar qualquer que seja o estágio da transição da fecundidade nesses países e o estrato social. Em terceiro lugar, não há nenhuma alteração evidente ao longo do período de cinco anos que separa as pesquisas realizadas em cada país, embora o número médio total revele uma ligeira queda. Todavia, apesar das diferenças no *timing* da transição da fecundidade e da TFT, o número ideal de filhos é muito semelhante dentro das classes socioeconômicas na República Dominicana e no Haiti. Como esses países são vizinhos, a noção de valores culturais por trás desse índice é reforçada.

Tabela 3
Número desejado de filhos para coortes com a idade indicada no momento da primeira pesquisa, de acordo com Índice de Bem-estar Domiciliar mais baixo e mais alto

Índice de Riqueza Domiciliar	Idade da coorte na primeira pesquisa	Colômbia		Rep. Dominicana		Haiti	
		Ano da pesquisa		Ano da pesquisa		Ano da pesquisa	
		2000	2005	2002	2007	2000	2005,5
Média Total		2,3	2,2	3,1	3,1	3,1	3,1
Mais baixo	15-19	2,1	2,1	2,7	3,0	3,1	3,1
	20-24	2,2	2,2	2,8	3,2	3,3	3,4
	25-29	2,5	2,4	3,2	3,6	3,7	3,4
	30-34	2,8	2,6	3,7	3,9	3,8	4,0
	35-39	3,1	3,0	4,1	4,0	3,9	3,8
	40-44	3,0	3,6	4,3	4,3	4,1	4,4
Mais alto	15-19	1,9	1,9	2,5	2,6	2,6	2,5
	20-24	2,0	1,8	2,5	2,4	2,6	2,6
	25-29	2,1	2,0	2,6	2,8	2,5	2,7
	30-34	2,0	2,2	2,8	2,8	2,7	3,0
	35-39	2,2	2,3	3,2	3,4	2,9	2,9
	40-44	2,4	2,5	3,3	3,4	3,2	3,3

Fonte: Macro International Inc, 2009. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com> (19/09/2009)

Por fim, apesar da variação por idade, quando os números são considerados em detalhe, observa-se que, embora seja verdade que esse índice tenda a aumentar com a idade das mulheres, quando se olha para a coorte o comportamento por idade difere (ver tabela 2). Em vários casos, as coortes reportam o mesmo -ou menor- número desejado de filhos reportado quando elas eram cinco anos mais jovens. Esse é o caso na Colômbia, notavelmente em quase todas as coortes com IBD mais baixo e coortes mais jovens no estrato mais rico. Esse comportamento está presente, também, nos outros dois países. Um

outro fato importante é que, a despeito das mudanças (ou não) do pensamento sobre a fecundidade desejada, em vários casos de coortes jovens reportam um número desejado de filhos menor do que as outras coortes, nas mesmas idades, porém, cinco anos antes. Tome-se o caso do estrato mais baixo na República Dominicana. A coorte de 25-29 anos em 2002, por exemplo, declarou desejar 3,2 filhos. Cinco anos mais tarde, tendo idades entre 30-34 anos, essa coorte teria reportado um número maior (3,6). Esse número, contudo, é menor do que o reportado pelas mulheres do mesmo grupo etário de 30-34 anos, mas cinco anos antes (3,7).

Em suma, as informações apresentadas nessa seção sugerem que tendências na fecundidade desejada/não-desejada são consistentes com as evidências recentes sobre o acentuado declínio da fecundidade. É verdade que não existe consenso sobre a melhor forma de utilizar indicadores de fecundidade desejada/não-desejada na formulação de políticas sobre saúde reprodutiva e/ou de desenvolvimento. A evolução dessas variáveis na América Latina, porém, pode ser um aviso de que a fecundidade atual pode chegar a níveis ainda mais baixos. Neste mesmo sentido, Hagewen e Morgan (2005), por exemplo, ao analisar evidências recentes sobre perspectivas de menor parturição entre as mulheres jovens dos Estados Unidos, argumentam que somente dados adicionais poderiam determinar se a informação mais recente é uma anomalia ou o anúncio de uma fecundidade significativamente mais baixa nesse país. De todas formas, de acordo a estes autores, o monitoramento periódico das intenções de fecundidade deve ser altamente prioritário.

As evidências aqui apresentadas indicam que as fecundidades, desejada e não-desejada, apresentaram uma tendência de queda. Comparando coortes, tal comportamento parece ser um forte suporte para a hipótese de que o número desejado de filhos está diminuindo também. Novamente, como no caso da fecundidade total, os valores sugerem consistentemente que, após 2000, a redução foi talvez mais acentuada do que imediatamente antes desse ano. Além disso, é sugestivo que as mulheres de diferentes classes sociais, não apenas nos níveis mais elevados, declarem ter menor número de filhos do que o desejado.

Aborto inseguro

Níveis de aborto induzido na América Latina são, e serão, um desafio enquanto os aspectos legais, culturais e morais interferirem na decisão/ação de interromper a gravidez. Considerando o aborto inseguro, seu número foi estimado em cerca de 3,7 milhões na região, em 2000. Esses abortos causaram 3,7 mil mortes maternas. Revisões recentes mostram que os valores correspondentes a 2003 são de 3,9 milhões de abortos inseguros e 2,0 mil mortes maternas (OMS, 2004; 2007).

Em que pese o rigor metodológico implícito nos estudos da OMS, é sempre difícil estabelecer a real tendência do aborto devido, principalmente, à recente

melhoria na qualidade dos dados; assim, os números podem não indicar a diminuição ou mesmo a estagnação na incidência do aborto inseguro. O incremento de aproximadamente 1,8 por cento ao ano é, de fato, muito similar ao incremento anual da população feminina em idade reprodutiva, à qual são adjudicados os abortos investigados. Por outro lado, quando comparados com o volume anual de nascimentos, a incidência de abortos inseguros pode ter aumentado, se considerarmos que o número anual de nascimentos é decrescente.

As estatísticas da OMS revelam uma razão acima de 30 abortos inseguros para cada 100 nascidos vivos. Corresponde à América do Sul o nível mais alto, onde por volta de 40 por cento das gravidezes pareceriam estar em risco de interrupção. Quanto às mulheres em idade reprodutiva, a taxa de aborto inseguro é de 30 para cada 1000 mulheres com idade entre 15-44 anos. Mais uma vez, a América do Sul possui a maior taxa.

O estudo realizado por Sedgh *et al.* (2007) endossa os valores para a América do Sul, e há evidências nacionais que reforçariam as estimativas da OMS. Dados brasileiros para 2005 e 2006 indicam cerca de um milhão de abortos induzidos anualmente (Adesse e Monteiro, 2005; Vieira e Monteiro, 2008), equivalente a cerca de 35-40 por cento do total de nascidos vivos. No México, os valores correspondentes oscilam entre 37-52, ou um aborto induzido para cada 2,3 nascidos vivos (Juárez *et al.*, 2009). Na Argentina, a estimativa é de que 37 por cento das gravidezes resultam, provavelmente, em aborto induzido, existindo autores que estimam a ocorrência de um aborto para cada nascido vivo (Steele e Chiarotti, 2004). Vale lembrar que os três países (Brasil, México e Argentina) representam ao redor de 60 por cento da população total da América Latina e as estimativas são subsequentes no tempo para aquelas da OMS, que se referem a, aproximadamente, 2003. Assim, evidência nacional estaria a indicar um incremento na taxa de aborto inseguro.

Os níveis latino-americanos são os mais altos do mundo, mesmo quando comparados a regiões com padrões relativamente mais pobres de serviços à saúde reprodutiva (ver mapa no Anexo 1). A proporção de aborto inseguro na América do Sul, por exemplo, é quase três vezes a média registrada nos países da África Central. Do mesmo modo, as taxas para mulheres em idade reprodutiva são maiores na América Latina.

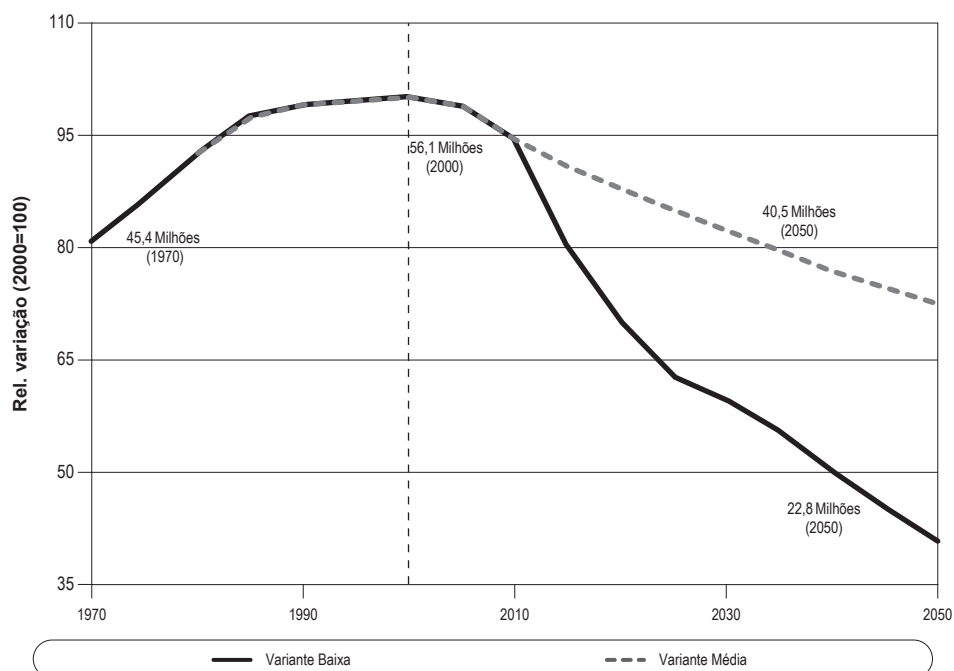
Apesar dos sérios esforços da OMS na comparação de dados, sempre se pode argumentar que os níveis são mais elevados na América do Sul devido a uma cobertura relativamente melhor. No entanto, existem duas razões para a desvantagem que favorece o continente africano: o pequeno número de nascidos vivos por mulher na América Latina, em geral, e o *momentum* demográfico. Como mencionado, a rápida transição da estrutura etária em curso neste continente resultou em um número absoluto menor de novas gerações. Como o declínio da fecundidade começou há várias décadas, as atuais coortes de mulheres em idade reprodutiva estão agora encolhendo, o que explica o incremento/estagnação na taxa de aborto inseguro mesmo quando seu volume tenha diminuído.

O tamanho das novas gerações na América Latina

As pirâmides por idade da população que já vinham apresentando estreitamento da base em razão da queda da fecundidade, na Região, acentuarão esta tendência mostrando cada vez mais claramente, redução no número absoluto de nascimentos, o que é mais evidente, agora, devido, adicionalmente, à atual estrutura etária. Com efeito, o tamanho relativamente menor das atuais coortes nas idades reprodutivas que nasceram nos anos setenta e oitenta, quando a fecundidade começou a declinar na América Latina, acentua o efeito da menor fecundidade produzindo novas gerações de tamanho absoluto menor.

O gráfico 10 mostra que crianças com idade entre 0-4 anos eram, aproximadamente, 45 milhões na América Latina em 1970. Esse número aumentou ao redor de 25 por cento e tendeu a se estabilizar por volta dos anos noventa. Em 2000, esse grupo etário alcançou seu ápice com 56 milhões de crianças. Depois disso, a taxa de crescimento anual tornou-se negativa pela primeira vez desde que existem estatísticas confiáveis ($r = -0,2$ por cento para o período de 2000-2005). Uma perda ainda maior é esperada ao longo do quinquênio seguinte. Em 2015, se a variante baixa é considerada, a Região terá apenas 20 por cento do volume de crianças de 2000.

Gráfico 10
América Latina e Caribe (1970-2050) – Variação relativa do tamanho da população com idade de 0-4 anos de acordo com duas variantes de fecundidade (1970 = 100%)



Fonte: 2009 – Divisão de População (ONU) <http://esa.un.org/unpp/index.asp>
 Os números se referem à população de 0-4 anos de idade.

Essa tendência é similar entre as sub-regiões; o número de nascidos vivos na América do Sul, que contribui com dois terços do total da população do continente, pode alcançar os valores de 1970 mais rápido do que outros grupos, sob a hipótese de variante baixa.

O menor tamanho das novas gerações está provocando o envelhecimento da estrutura etária de forma mais rápida ainda do que detectado com evidências anteriores a 2000. O mais baixo número de nascimentos fará com que as baixas razões de dependência, que configuram importantes janelas de oportunidade para a atenção das demandas sociais, sejam menores ainda porque um dos componentes dessa razão, o volume da população com até 15 anos de idade, vai encolher ainda mais. Complementarmente, é importante alertar também, que por serem, estas gerações, menores em tamanho, no longo prazo, ao se incorporar no sistema produtivo, enfrentarão, elas próprias, razões de dependência maiores do que aquelas previstas pela variante média das projeções (Ver Gráfico no anexo 2). Deste modo, vale a pena lembrar a afirmação de Longman (2004):

... As countries get richer, their populations age and their birthrates plummet. And this is not just a problem of rich countries: the developing world is also getting older fast. Falling birthrates might seem beneficial, but the economic and social price is too steep to pay. The right policies could help turn the tide, but only if enacted before it's too late. Longman (2004a: 1).

Considerações para discussão

Os itens acima mencionados permitem sustentar a hipótese de que os níveis de fecundidade na América Latina têm mantido a tendência de declínio que começou no início dos anos setenta em quase todos os países da região. Evidências recentes sugerem que essa tendência não desacelerou nem se estabilizou no nível de reposição. Pelo contrário, antes de terminar a primeira década do presente século, um bom número de países já possui a TFT abaixo do nível de reposição.

A fecundidade adolescente, cujas taxas se mantiveram constantes e relativamente elevadas até, aproximadamente, 2000, teria, já, começado a declinar. Dado o padrão jovem da distribuição da fecundidade e a noção, cada vez mais freqüente de que, em geral, a fecundidade adolescente é um ônus social, podem-se esperar programas sociais que mudem o comportamento reprodutivo das adolescentes no sentido de adiar o primeiro filho. Uma questão importante é se esse recente declínio é homogêneo ou se vem para ampliar a diferença entre as classes sociais mais elevada e mais baixa. Adolescentes vulneráveis podem continuar a apresentar elevado risco de gravidezes não-desejadas, desde que, infelizmente, essa tem sido a realidade, mesmo nos cenários mais desenvolvidos. No entanto, se, na média, as adolescentes adiam a idade à maternidade, a TFT poderá diminuir maneira expressiva no curto -e

talvez médio- prazo. Assim, os níveis de fecundidade na América Latina provavelmente coincidirão com aqueles previstos na hipótese de variante baixa da ONU. Se e quando as mulheres vão compensar a maternidade postergada é também outra questão a ser estudada.

Os indicadores do número desejado de filhos e da fecundidade não-desejada também apontam para um rápido declínio da TFT. Em primeiro lugar, a fecundidade não-desejada ainda é importante na região, independentemente da diminuição havida na TFT. Em segundo lugar, é importante enfatizar, também, o surgimento de uma característica típica de situações de STD: a manifestação, freqüente, de um número ideal de filhos maior que o total de filhos realmente tidos. Trata-se de tendências contraditórias que merecem especial atenção; em ambas situações o direito reprodutivo de ter o número de filhos que o casal deseja está ausente.

Necessidade não satisfeita de planejamento familiar, gravidez não-planejada e aborto inseguro – todos eles relevantes na região – guardam, como se sabe, estreita e mútua ligação. O aumento simultâneo da prática contraceptiva e do aborto induzido é, igual ao que se menciona no parágrafo anterior, aparentemente, contraditório, uma vez que há ampla evidência de essa relação ser inversa. Na Europa, por exemplo, conforme Marston e Cleland (2003), a taxa de aborto mostrou-se declinante face ao aumento da utilização de métodos contraceptivos modernos. Esse é também o caso nos lugares onde a fecundidade já se estabilizou: na Coreia do Sul ao aumento da contracepção seguiu-se uma diminuição na incidência do aborto. Num contexto de declínio da fecundidade, no entanto, como é o caso da América Latina, quando ambos os fenômenos aumentam, os autores lembram que há outro aspecto a considerar: a variação na fecundidade desejada/não-desejada. ...*the counterintuitive parallel rise in abortion and contraception is that desired family sizes were changing rapidly and that increased contraceptive use alone was unable to meet the growing need for fertility regulation* (Marston e Cleland; 2003). Com isso, o que estaria acontecendo na América Latina é a incapacidade da oferta da contracepção para acompanhar o forte aumento da demanda por implementar um tamanho menor da família. Ela estaria sendo atendida através do aborto.

Em síntese, a fecundidade em América Latina estaria alcançando níveis baixos de forma mais rápida do que o esperado; pode-se pressupor que melhoras nos serviços de atenção à saúde reprodutiva tenham acompanhado essa tendência, a discrepância entre fecundidade real e desejada e a presença do aborto, no entanto, não confirma tal pressuposto. A diminuição mais acentuada em termos absolutos do tamanho das novas gerações, em relação ao previsto ao se iniciar o presente século, alerta para um processo de envelhecimento da estrutura etária, conseqüentemente, mais rápido.

Bibliografía

Adesse, L. e Monteiro, M. F. G. (2005). “Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais”, <http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf> Acessado em 06/09/2009.

Bongaarts, J. (2008). “Fertility transitions in developing countries: Progress or stagnation?”, *Poverty, Gender, and Youth*, Working Papers No. 7. The Population Council, Inc.

Bongaarts, J. (2001). “Fertility in Post transitional societies”, *Population and Development Review* Supplement, 24(2): 271-291.

Bongaarts, J. (1990). “The measurement of wanted fertility”, *Population and Development Review*, 16(3): 487-506.

Bongaarts, J. (1982). “The fertility-inhibiting effect of the intermediate fertility variables”, *Studies in Family Planning*, Vol.13, no. 6/7 (June/July): 179-189.

Bongaarts, J. e Bulatao, R. (eds) (2000). *Beyond Six Billion – Forecasting the World's*, Population National Research Council, National Academy Press, Washington, D.C.

Carvalho, J. A. M. e Brito, F. (2005). “A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios”, *Revista Brasileira de Estudos de População*, São Paulo, ABEP, v.22, n.2, p.351-370, jul./dez.

Casterline J.B. e Mendoza J.A. (2009). “Unwanted Fertility in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns”, Paper apresentado na conferencia anual da Population Association of America 2009.

Casterline, J., Perez, A. E. e Biddlecom, A. E. (1997). “Factors underlying unmet need for family planning in the Philippines”, *Studies in Family Planning*, 28(3): 173-191.

Cavenagui S. e Alves, J.E.D. (2009). “Fertility and Contraception in Latin America: Historical Trends, Recent Patterns”, Paper apresentado na conferencia anual da Population Association of America 2009.

CELADE (2008). *Transformaciones Demográficas y su Influencia en el Desarrollo en América Latina y El Caribe*, LC/G.2378 (SES.32/14), Trigesimo segundo periodo de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo.

Chackiel J. e S. Schkolnik (1992). “La transición de la fecundidad en América Latina”, *Notas de Población* núm. 55, CELADE, Santiago de Chile.

Chile, Instituto Nacional de Estadísticas (2006). *Fecundidad en Chile*, <<http://www.ine.cl/canales/menu/boletines/enfoques/2006/pdf/fecundidad1.pdf>> (Acessado em 11/09/2009)

Di Cesare M. (2007). “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe”, CELADE, Serie Población y Desarrollo núm. 72.

CEPAL (2005). *Social Panorama of Latin America*, Social Development Division and the Statistics and Economic Projections Division of ECLAC

CEPAL (1998). *Population, Reproductive Health and Poverty*, Twenty-seventh session, Oranjestad, Aruba, 11-16 May, <<http://www.eclac.org/celade/publica/LCG2015i.htm>> Acessado em 11/09/2009.

ENDS (2008). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud*, Instituto Nacional de Información de Desarrollo INIDE, y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) 664 páginas.

Fussell, E. e Palloni, A. (2004). "Persistent marriage regimes in changing times", *Journal of Marriage and the Family*, 66: 1201-1213.

Gupta, N. e da Costa Leite I. (1999). "Adolescent Fertility Behavior: Trends And Determinants in Northeastern Brazil", *International Family Planning Perspectives*, 25 (3): 125-130

Guzmán, J. M. et al (2001). *Diagnóstico sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes de América Latina y el Caribe*, México D.F., Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Hagewen, K. S. e Morgan M. (2005). "Intended and Ideal Family Size in the United States, 1970-2002", *Population and Development Review*, 31(3) 507-527 (September).

Juárez, F. et al (2009). "Estimaciones del aborto inducido en México: ¿qué ha cambiado entre 1990 y 2006?", *Perspectivas Internacionales en Salud Sexual y Reproductiva*, Número Especial, páginas 4-14.

Longman P. (2004). *The empty cradle: Hoy falling Birthrates Threaten World Prosperity and What to do about it*. New York Basics Books

Marston, C. e Cleland, J. (2003). "Relationships Between Contraception and Abortion: a Review of the Evidence", *International Family Planning Perspectives*, Vol: 29(1) Pages: 6-13, <www.guttmacher.org/pubs/journals/2900603.html>

Mendoza D.V. (2009). "Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población", em Patricia Vargas Becerra et al (coords.), *Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2008-2012*. México, DF, Sociedad Mexicana de Demografía, Consejo Nacional de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas, páginas 313-317

Narring, P. A. e Sharma, V. (1996). "Demographic and Behavioral Factors Associated With Adolescent Pregnancy in Switzerland", *Family Planning Perspectives* 28(5): 3232-236, September/October.

Perí A. e Pardo I. (2008). "Nueva evidencia sobre la hipótesis de la doble insatisfacción en Uruguay: ¿cuán lejos estamos de que toda la fecundidad sea deseada?", Em Wong, L. R. (Org) *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, ALAP, Serie Investigaciones num. 4, Rio de Janeiro, Páginas 55-88.

Perpétuo I. H. O. e Wong L. L. R. (2009). "Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS's 1996 e 2006", Em Berquo E. (Org) *Volumen Analítico da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde*, (título provisório), Ministério da Saúde, Brasília.

PNDS, Ministério da Saúde/ Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2008). “Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança PNDS 2006”, Relatório Final, Brasília DF, 583 páginas.

PRB staff (2009). “World Population Highlights: Key Findings From PRB’s 2009 World Population Data Sheet”, *Population Bulletin* vol. 64, no. 3 <http://www.prb.org/pdf09/09wpds_eng.pdf>

Pritchett L.H. (1994). “Desired Fertility and the Impact on Population Policies”, *Population and Development Review*, 20(1):1-55.

Rodríguez Vignoli J. (2008). “Reproducción en la adolescencia en América Latina y El Caribe: ¿Una anomalía a escala mundial?”, Em Wong, L.L.R. (org.) *Población y Salud Sexual y Reproductiva en América Latina*, ALAP, Serie Investigaciones Núm. 4, Rio de Janeiro, pgs 155-191

Rodríguez Vignoli J. (2003). “La fecundidad alta en América Latina y el Caribe: un riesgo en transición”, CELADE, *Serie Población y Desarrollo* No. 46. Santiago de Chile

Rosero Bixby. L. (2004). “La fecundidad en áreas metropolitanas de América Latina: la fecundidad de reemplazo y más Allá”, *Notas de Población*, 37(78):35-63.

Rosero-Bixby. L., Castro-Martín, T. e Martín-García, T. (2009). “Is Latin America starting to retreat from early and universal childbearing?”, *Demographic Research* Vol. 20, Article 9, Pages 169-194, <<http://www.demographic-research.org/Volumes/Vol20/9/>>

Rutstein, Shea O. (2002). “Fertility Levels, Trends, and Differentials 1995-1999”, *DHS Comparative Reports* No. 3, Calverton, Maryland, ORC Macro.

Sedgh, G. et al (2007). “Induced Abortion: Estimated Rates and Trends Worldwide”, *The Lancet* 370:1338-1345.

Siow, C. (2009). *Family Planning Advances Closes the Equity Gap*, Population Reference Bureau, <<http://www.prb.org/Articles/2009/centralamericafamily-planning.aspx>> (Acessado em: 18/09/2009)

Steele, C. e Chiarotti, S. (2004). “With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina”, *Reproductive Health Matters*, 2004;12(24 Supplement):39-46.

Stupp P. A., Daniel W. e Daniels, D. (2009). *Comparación de Tendencias en el Uso de Anticonceptivos en El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua*. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Atlanta, Georgia.

Stupp, P. W., Daniels D. e Ruiz, A. (2007). “Reproductive, Maternal, and Child Health in Central America”, *Health Equity Trends*, Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control and Prevention.

Szasz, Ivonne (2008). “Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en las construcciones sociales de las normas sobre la sexualidad en México”. En Lerner, S. y Szasz, I. (Coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*, Tomo I, El Colegio de México, México, páginas 429-475

United Nations (2009). *World Population Prospects: The 2008 Revision*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, CD-ROM Edition.

Vieira, E. M., Cordeiro, L. D. e Monteiro, R. A. (2008). “A Mulher em idade fértil no Brasil: evolução da mortalidade e da internação por aborto”, *Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde*, Brasília, DF, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, p. 143-182.

Vigoya M. V. (1997). “El Aborto en Colombia: Debate Público y Dimensiones Socioculturales”, Proceedings of the 1997 Conference of the Latin American Studies Association, Guadalajara, Mexico, April 17-19, <<http://colombia.indymedia.org/uploads/2006/01/abortocolombia.pdf>>

Wong L. L. R. e Bonifacio, G. M. (2008) “Evidências da diminuição do tamanho das coortes brasileiras: fecundidade abaixo do nível de reposição nas principais regiões metropolitanas, 2004 a 2006”, ABEP, Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte.

WHO (2007). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. 5th ed. Geneva, World Health Organization (Form to request permission to reproduce or reprint WHO copyrighted material)

WHO (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 4th ed. Geneva, World Health Organization

WHO (1992). “**The prevention and management of unsafe abortion**” Report of a Technical Working Group. World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/hq/1992/WHO_MSM_92.5.pdf> (accessed 11/09/2009)

