Parte IV - Saúde reprodutiva e população negra

11. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde — 1996

André Junqueira Caetano

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CAETANO, A.J. A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde — 1996. In: MONTEIRO, S., and SANSONE, L., org. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004, pp. 228-247. ISBN: 978-85-7541-615-0. Available from: doi: [10.7476/9788575416150.0012](https://doi.org/10.7476/9788575416150.0012). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Parte IV SAÚDE REPRODUTIVA E POPULAÇÃO NEGRA

**A RELAÇÃO ENTRE COR DA PELE/RAÇA
E ESTERILIZAÇÃO NO BRASIL:
ANÁLISE DOS DADOS DA PESQUISA NACIONAL
SOBRE DEMOGRAFIA E SAÚDE — 1996**

André Junqueira Caetano

Introdução

A fecundidade brasileira iniciou uma tendência declinante, substancial e sustentada a partir de meados dos anos 1960. Na ausência de programas oficiais de planejamento familiar, a Taxa de Fecundidade Total (TFT) caiu de 6,2 filhos por mulher, em 1960, para 4,1, em 1980 (Merrick & Berquó, 1983). O ritmo do declínio se acelerou nos anos 1980 e na primeira metade da década de 1990. Em 1996, a TFT brasileira atingia 2,5 (Bemfam, 1997).

A queda da fecundidade brasileira nos últimos 40 anos é uma das maiores transformações sociais contemporâneas ocorridas no país e deriva, principalmente, do crescimento da demanda e do uso de métodos contraceptivos. As questões que surgem a partir destas mudanças são em que condições e como é exercido o controle da fecundidade em um país no qual a modernização econômica não foi acompanhada por um desenvolvimento político e social equivalente, ou, especificamente, qual é a realidade criada pela combinação de uma alta demanda por controle do número de filhos com baixos níveis de renda e serviços de saúde precários. Esta interseção tem implicações importantes, principalmente nas questões de saúde e políticas de saúde pública.

A forma como os mecanismos de controle da fecundidade se difundiram geográfica e socialmente definiu em larga medida o perfil da realidade reprodutiva atual no país. Com exceção da região Sul, onde predominava o uso da pílula em 1996, a esterilização cirúrgica feminina tem sido o principal veículo da queda da fecundidade no Brasil (Bemfam, 1997). A dependência de mulheres de baixa renda da esterilização — devido à pouca tradição contraceptiva, escassez de informações, ausência de opções alternativas e oferta problemática de outros métodos pelo setor público de saúde — é um tema recorrente na área da saúde reprodutiva desde as primeiras avaliações do Programa

Integrado de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), implementado em 1986. Inúmeras questões com relação à prática contraceptiva da mulher brasileira, em especial das mulheres de baixa renda, continuam requerendo um exame mais aprofundado. Um destas questões diz respeito aos diferenciais por cor da pele/raça e a correlação com o acesso a métodos contraceptivos.

Os efeitos dos fatores raça sobre a prática contraceptiva se tornam mais árduos de serem examinados na medida em que determinantes locais e regionais têm forte influência sobre o acesso aos métodos — quanto mais na periferia urbana ou rural e quanto mais pobre, maiores as barreiras à existência de opções à esterilização e a uma prática contraceptiva satisfatória. Um exemplo disto é o fato de que a esterilização foi incorporada como um evento normal de encerramento da vida reprodutiva antes da menopausa (Berquó, 1999). Em um contexto de pobreza crônica, um grande número de mulheres utiliza os meios possíveis para obter a cirurgia, como a troca de votos por laqueaduras e o pagamento 'por fora'.

A questão geral que perpassa a situação das mulheres de baixa renda — e dentro deste subgrupo, da população negra (mulheres pretas e pardas) — é saber em que medida este numeroso segmento da população brasileira está abandonado à própria sorte em termos de controle da fecundidade e quais são as consequências deste abandono. Em que contexto de oferta as mulheres decidem por um determinado método e como elas concretizam esta decisão? Parte da resposta para esta pergunta emerge nos diferenciais por raça/cor no uso dos diferentes métodos contraceptivos, controlando-se por fatores socioeconômicos.

Vários estudos examinaram a relação entre esterilização feminina e raça/cor, amiúde a partir da perspectiva de um plano de 'esterilização em massa', indicando uma fraca associação entre ambas e uma improvável existência de tal plano. Esta associação tem sido objeto de debate e é ela o tema central deste trabalho. Nele, abordo esta questão tendo como hipótese uma discriminação implícita, ou seja, na medida em que a prática da esterilização se difundiu de cima para baixo através dos estratos socioeconômicos, a população feminina negra, que tende a ter menos opções efetivas de contracepção se comparada ao grupo de mulheres brancas, foi a mais afetada.

A relação entre esterilização feminina e diferenciais por raça está diretamente ligada a questões metodológicas de como melhor capturar as tênues distinções de cor de pele no Brasil. A fim de mitigar este problema — sem, contudo, eliminá-lo, esclareça-se — três classificações de cor diferentes são utilizadas neste trabalho — autoclassificação, classificação do entrevistador e classificação consistente (quando as duas primeiras coincidem) — para exami-

nar e comparar eventuais diferenças entre brancas, pardas e pretas. Em síntese, os objetivos deste trabalho são investigar se existem diferenças estatisticamente significantes na prática da laqueadura tubária por raça/cor e se as classificações alternativas desta variável alteram os seus efeitos. Para atingir tais objetivos, são analisados os dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS), de 1996, utilizando-se modelos de análise de sobrevivência.

Os resultados indicam que o risco de esterilização é maior para as pardas, quando comparadas às brancas. Com relação às mulheres pretas, elas apresentam riscos menores se comparadas às brancas, mas este efeito é estatisticamente significativo apenas quando se usa a classificação 'consistente'. As possíveis explicações — que dizem respeito a diferentes condições de acesso a serviços de saúde reprodutiva para cada grupo de raça/cor — para tais resultados são discutidas na última seção deste trabalho.

A seguir, são apresentados os principais fatos da difusão da esterilização feminina no país com, o objetivo de estabelecer o contexto no qual o fenômeno ocorre. A terceira seção traz os principais estudos que se debruçaram sobre a relação entre esterilização e raça/cor no Brasil. As questões metodológicas relativas à classificação por cor são discutidas na quarta seção. Por fim, são discutidos os métodos e os resultados.

Principais fatos sobre a difusão da esterilização no Brasil

Durante os anos 1980, os processos de democratização e descentralização, no Brasil, foram acompanhados pelo crescimento dos movimentos sociais e das demandas populares, levando, no campo da saúde reprodutiva, à proposição e implementação do PAISM (Ávila, 1993), que previa, dentre outros serviços, a oferta de todo o leque de métodos contraceptivos, assim como informação, aconselhamento sobre o mais apropriado em cada caso e o devido acompanhamento médico. Entrementes, a demanda por contracepção continuou crescendo. Os dados da PNDS 1996 indicam que a esterilização feminina e a pílula tornaram-se a espinha dorsal do controle do número de filhos no Brasil. Em 1996, 40,1% das mulheres casadas ou em união consensual com idade entre 15 e 49 anos estavam esterilizadas. Em 1986, eram 28,2%. O uso da pílula caiu de 26,5%, em 1986, para 20,7%, dez anos depois, mais do que dobrando a razão de esterilizadas sobre o uso de pílula: de 0,95, em 1986, para 1,94, em 1996.

Com relação à efetuação do ato cirúrgico necessário para a realização da esterilização feminina, é importante ressaltar que a maior proporção das liga-

ções de trompa realizadas entre 1987 e 1996 ocorreu em hospitais do sistema público de saúde e foram pagas pelas pacientes, com exceção da região Nordeste. Ou seja, um ato cirúrgico indefinido legalmente — apenas em 1997 a esterilização feminina e masculina foi regulamentada em lei federal — e não remunerado pelo governo ocorria principalmente em hospitais filiados ao sistema público, sendo, muitas vezes, cobrado à parte pelos médicos. De fato, 25% das esterilizações deste período foram feitas em hospitais vinculados ao sistema público e foram pagas pelas pacientes — evidenciando a prática da remuneração ‘por fora’. A contribuição de hospitais privados foi de 22% no país.¹ As laqueaduras gratuitas se concentraram no Nordeste e nas regiões mais empobrecidas, ao passo que as cirurgias pagas aconteceram, em sua maioria, na região Sudeste.

Assim, no processo de difusão da esterilização feminina no Brasil, é preciso levar em conta as diferenças socioeconômicas e regionais que são, por sua vez, influenciadas pela forma como o sistema público de saúde financia os procedimentos médicos e cirúrgicos. No Nordeste, o perfil da esterilização, na forma como evoluiu a partir do início dos anos 1980, é caracterizado por uma maior proporção de esterilizações não associadas a um parto cesáreo, realizadas em hospitais afiliados ao sistema público de saúde e gratuitamente providenciadas por políticos e médicos (Caetano, 2000).² Em áreas de maior renda, as esterilizações têm maior probabilidade de serem feitas durante uma cesariana e de serem pagas pela paciente.

A prática crescente da esterilização em geral e, em particular, entre mulheres de baixa renda, a partir do final dos anos 1980, chamou a atenção de pesquisadores e ativistas sociais, os quais passaram a investigar mais detidamente as causas e os mecanismos determinantes deste fenômeno. As análises, em geral, enfatizavam duas dimensões. Algumas se debruçaram sobre o processo de ‘medicalização’ da sociedade brasileira, através do qual os médicos pas-

¹ Metade de todas as esterilizações no período foi feita de graça em hospitais conveniados ao sistema público de saúde e 3% foram realizadas de graça em hospitais particulares (PNDS 1996).

² Políticos e médicos têm interesse eleitoral na provisão de laqueaduras gratuitas. Entretanto, como explicitado na introdução deste trabalho, não está em seu escopo discutir a intermediação política na oferta da laqueadura, nem a participação dos médicos neste fenômeno. Isto requer um espaço mais amplo para que se analise de forma mais aprofundada o sistema político-partidário brasileiro e o papel do clientelismo local neste contexto. Para uma discussão mais rigorosa sobre o tema, veja Caetano, A. J. Fertility transition and the diffusion of female sterilization in northeastern Brazil: the roles of medicine and politics. In: XXIV GENERAL POPULATION CONFERENCE, 2001, Salvador. Disponível em <www.iussp.org/Brazil2001/programme.php>.

saram a ter um papel crucial na vida cotidiana da população, influenciando percepções, normas e comportamentos, configurando-se, assim, como agentes decisivos na disseminação da preferência pela contracepção cirúrgica em um contexto de escassas opções contraceptivas, que não a pílula e o aborto, para a população de baixa renda. Outras análises identificaram um esforço organizado por agentes privados nacionais, financiados por agências internacionais de cooperação, com o objetivo de facilitar e difundir a ligação de trompa entre a população de baixa renda brasileira, enquanto o governo se mantinha ausente e omissos com relação às questões da saúde reprodutiva.

Havia também uma marcante preocupação com a esterilização eugênica, mais acentuada, obviamente, no seio do Movimento Negro. No início dos anos 1990, organizações e ativistas deste movimento passaram a denunciar o controle da natalidade de caráter racial levado a cabo por agências de planejamento familiar no Brasil (Geledés, 1991). No Rio de Janeiro, o Movimento Negro e o Centro de Articulação de Populações Marginalizadas (CEAP) criaram, em 1990, um fórum permanente de debate para denunciar uma suposta estratégia eugênica e racista por trás da esterilização em massa de mulheres pobres (Rio de Janeiro, Assembleia Legislativa, 1991). Em face da progressiva disseminação desta cirurgia, crescia a suspeita de que as mulheres estavam, na verdade, sendo coagidas a se esterilizarem. Como resultado, vários estados constituíram comissões parlamentares de inquérito (CPI) para determinar a real dimensão da esterilização em massa e identificar responsáveis (Goiás, Assembleia Legislativa, 1992; Pernambuco, Assembleia Legislativa, 1992; Rio de Janeiro, Assembleia Legislativa, 1991).

Em 1992, o Congresso Nacional também lançou uma CPI para investigar o fenômeno. O exame de motivações eugênicas por trás da disseminação de ligações tubárias, a participação de interesses estrangeiros, a efetiva oferta de outras opções contraceptivas para as camadas de baixa renda e o estágio real de implementação do PAISM estavam entre os nove itens da lista de temas que a comissão nacional deveria averiguar. O relatório final desta CPI foi publicado em 1993. A respeito da oferta de métodos contraceptivos, as conclusões coincidiram com as investigações estaduais, ou seja, para as camadas pobres não havia, de fato, alternativas que não a laqueadura, a pílula e o aborto. Especificamente sobre o PAISM, concluiu-se que, naquele momento, o Programa ainda não passava de mera aspiração, inexistindo para a maioria da população (Congresso Nacional, 1993: 116). Para melhorar a situação, o relatório da CPI do Congresso Nacional recomendou, entre outras medidas, a efetiva implementação do PAISM e a auditoria e fiscalização do sistema público de hospitais para controlar a prática da esterilização feminina.

O debate e as investigações alimentaram um esforço maior no sentido de legalizar a cirurgia de ligação de trompas (e a vasectomia) e incorporá-la como procedimento reembolsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este esforço culminou na aprovação da lei federal nº 9.263, baseada na proposta da CPI nacional, sancionada pelo Congresso Nacional em agosto de 1997. Em novembro de 1997, o Ministério da Saúde regulamentou a implementação dos serviços de esterilização no SUS, tornando-a remunerada pelo governo. Esta legislação deu às autoridades estaduais e municipais de saúde, dependendo das prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a incumbência de credenciar hospitais, com serviços de esterilização de acordo com os requisitos da lei, a realizar a cirurgia. Hospitais credenciados são as únicas unidades que podem receber pagamento do SUS por esterilizações. As secretarias estaduais e municipais de saúde também ficaram incumbidas de fiscalizar o cumprimento da lei nesses hospitais (Ministério da Saúde, 1997). As primeiras avaliações da lei sancionada em 1997 sugerem que ela teve efeito limitado sobre as formas e a magnitude da oferta (Luiz & Citeli, 2000).

Os principais estudos

A relação entre fecundidade, esterilização feminina e raça/cor da pele foi objeto de vários estudos no Brasil. Bercovich (1989), analisando os dados do censo demográfico de 1980, e controlando por fatores socioeconômicos e características educacionais, encontrou uma diferença entre as taxas de fecundidade maritais pela raça/cor de cada membro do casal. De acordo com a autora, este resultado indica a influência desta variável como um fator independente sobre a fecundidade.

Especificamente com relação à esterilização, Berquó (1994), avaliando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 1986, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), encontrou uma maior proporção de mulheres esterilizadas entre as brancas do que entre as negras em São Paulo, controlando pelo número de anos de estudo. Análises dos dados da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, de 1991, e da Pesquisa sobre a Saúde Reprodutiva da População Negra (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento — Cebrap), realizada no município de São Paulo, em 1992, não identificaram diferenças significantes na prevalência de ligações tubárias entre mulheres brancas e negras (pardas e pretas). No Nordeste, 38% das mulheres negras em idade reprodutiva estavam esterilizadas, ao passo que este número era de 37% entre as brancas. Em São Paulo, as percentagens eram de 28% para as negras e 27% para as brancas (Ber-

quó, 1993). Além disso, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, controlando-se por educação e renda mensal.

Usando dados da PNDS 1996, Berquó (1999) discute a concentração da contracepção na esterilização e na pílula, enfatizando que este fenômeno é nitidamente mais acentuado no seio da população negra. A proporção de mulheres negras laqueadas aumentou, quando comparada à proporção de brancas, tanto em áreas urbanas quanto rurais. Ademais, as negras apresentavam uma maior proporção de laqueadas nos segmentos com maior grau de escolaridade, em relação ao mesmo segmento de mulheres brancas. Entre as mulheres com menos anos de estudo, não foram encontradas diferenças substanciais.

Cavenaghi (1997) realizou um estudo metodologicamente rigoroso sobre a associação entre esterilização e raça/cor. Partindo da hipótese da existência de um plano de 'esterilização em massa' e usando dados da PNAD 1986, que utiliza a autoclassificação para a informação sobre cor da pele, e da Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste, 1991, a qual emprega a classificação do entrevistador, a autora implementou modelos logísticos e de sobrevivência para testar a existência de diferenças na chance de esterilização entre mulheres brancas, pardas e pretas, quando outras variáveis intervenientes são mantidas constantes. Cavenaghi fez uso de duas medidas diferentes de exposição ao evento em sua análise de sobrevivência. Quando examina os dados da PNAD 1986, ela principia o período de exposição no 15º aniversário da entrevistada. Quando analisa os dados da PNDS 1991, a duração se inicia no nascimento do primeiro filho. Os modelos de sobrevivência e logísticos não mostraram diferenças significantes por cor da pele, nem para os dados da PNAD 1986 nem para os da PNDS 1991. Entretanto, a autora encontrou que mulheres pardas e pretas são menos prováveis de usar métodos contraceptivos, quando comparadas às brancas.

Os dados e a classificação por cor da pele

As principais fontes de dados sobre raça/cor da pele no Brasil são os censos demográficos e as PNADs. A classificação por raça/cor nos censos brasileiros e nas PNADs é baseada na autoclassificação, com opções de resposta pré-codificadas (branco, pardo, preto, amarelo e indígena). São raras as pesquisas amostrais com representatividade nacional que usam ambos os tipos de classificação (autoclassificação e classificação do entrevistador), uma delas sendo a PNDS 1996. Esta pesquisa entrevistou 12.612 mulheres entre 15 e 49 anos. A Tabela 1 apresenta a distribuição percentual deste total de mulheres de acordo com a autoclassificação de cor da pele, segundo a classificação do entrevistador.

Tabela 1

Distribuição percentual de mulheres com 15-49 anos segundo a autoclassificação da raça/cor, pela classificação do entrevistador. Brasil, 1996

Classificação do entrevistador	Autoclassificação			Total	Total (coluna)	Total (n)
	Brancas	Pardas	Pretas			
Brancas	88,6	11,4	0,0	100	44,0	5.508
Pardas	7,2	91,1	1,8	100	51,3	6.422
Pretas	0,1	37,5	62,4	100	4,8	596
Total	42,6	53,5	3,9	100	100	12.527

Fonte: PNDS, 1996.

De acordo com a tabela acima, a mudança líquida total entre esses dois tipos de classificação é de 2,2%. Há menos mulheres pardas quando a classificação do entrevistador é utilizada (51,3%), se comparada com a autoclassificação (53,5%). De fato, 0,9% daquelas mulheres classificadas como pretas pelo entrevistador se autoclassificaram como pardas, ao passo que os entrevistadores classificaram como pardas 1,3% das entrevistadas que se autoclassificaram como brancas.

As primeiras três linhas da Tabela 1 indicam que as inconsistências na classificação são maiores quando comparadas às mudanças líquidas que aparecem nos totais marginais. Entre aquelas classificadas como brancas, 11,4% se autoclassificaram como pardas. Entre as classificadas como pretas, 37,5% se classificaram como pardas. A mudança da classificação do entrevistador como parda para autoclassificação como branca também é significativa (7,2%).

A respeito destes movimentos, dependendo do tipo de classificação utilizada, Silva (1999) argumenta que a avaliação sobre raça/cor no Brasil é influenciada pela condição socioeconômica do entrevistador e do entrevistado. Dado um determinado fenótipo, quanto melhor a aparente posição socioeconômica do entrevistado, maior a tendência do entrevistador em classificá-lo em uma categoria ‘mais clara’, e vice-versa. As principais diferenças advindas da classificação do entrevistador e a do entrevistado seriam de que este último tende a se ‘clarear’ na medida em que sua condição socioeconômica seja melhor e a se ‘escurecer’ na medida em que sua condição seja pior (Sansone,

1992). Por outro lado, a autoclassificação tende a refletir, também, a identidade do indivíduo com uma posição social e um posicionamento cultural específicos. Já o entrevistador tende a definir a sua classificação baseado nas indicações visíveis de *status* socioeconômico (Telles & Lim, 1998).

A partir do pressuposto de que a discriminação pode ser tomada como um fenômeno exógeno que depende da forma como o discriminador classifica racialmente o discriminado, Telles & Lim (1998) discutem que a medida mais apropriada de raça/cor deveria se basear na classificação do outro. Pelo menos para se analisar discriminação no mercado de trabalho e diferenças de renda, o importante seria a forma como, por exemplo, o empregador classifica o empregado ou o candidato a empregado, e não como este se identifica em termos de raça/cor.

Na Tabela 1, observamos os efeitos da autoclassificação, mantendo-se constante a classificação do entrevistador. O oposto pode ser observado na Tabela 2. Enquanto 8,6% das mulheres se classificaram como brancas e o entrevistador as classificou como pardas, 9,4% das autoclassificadas como pardas foram classificadas pelo entrevistador como brancas. Estas duas mudanças quase que se anulam. Entre as mulheres que se classificaram como pretas, os entrevistadores identificaram 23,4% como pardas. Esta mudança é menor do que a que ocorre quando se usa a autoclassificação (37,5%).

Tabela 2

Distribuição percentual de mulheres entre 15 e 49 anos segundo a classificação de raça/cor do entrevistador, por autoclassificação. Brasil, 1996				
Classificação do entrevistador	Autoclassificação			Total
	Brancas	Pardas	Pretas	
Brancas	91,4	9,4	0,1	44,0
Pardas	8,6	87,3	23,4	51,3
Pretas	0,0	3,3	76,5	4,8
Total	100	100	100	100
	(n = 5.341)	(n = 6.700)	(n = 486)	(n = 12.527)

Fonte: PNDS, 1996.

Estas tendências, na verdade, refletem variações específicas resultantes de uma tipologia que combina raça/cor, *status* socioeconômico e posicionamento cultural. A questão, então, é decidir qual variável oferece a melhor representação da difusa realidade racial brasileira. As mudanças líquidas entre as células, quando se mantém constante a classificação do entrevistador, parecem ser maiores do que as mudanças líquidas quando se mantém invariável a auto-classificação. Entretanto, não é possível determinar se a tendência de 'clareamento' de preto para pardo na classificação do entrevistador coloca as entrevistadas mais próximas daquelas mulheres consistentemente classificadas como pardas (aquelas classificadas como pardas nos dois métodos) ou se o 'clareamento' causado pela autoclassificação é mais 'realista'.

De qualquer maneira, o uso de uma ou de outra classificação provoca mudanças em direções diferentes. Portanto, diante destas mudanças, e para efeitos de comparação, utiliza-se, nesta análise, as três formas que os dados permitem — autoclassificação, classificação do entrevistador e classificação consistente (quando as duas primeiras coincidem).

Métodos

A análise de diferenças no risco (*hazard*) de esterilização entre os grupos de mulheres brancas, pardas e pretas é realizada por meio de modelos de sobrevivência que examinam a ocorrência e o momento da ocorrência da cirurgia de esterilização, com o objetivo de estimar o efeito preditivo de variáveis escolhidas sobre o risco do evento. Para variáveis dicotômicas, isto é, aquelas que assumem valor 1, indicando a presença da característica de interesse (por exemplo, sexo masculino), e valor 0, indicando a ausência desta característica (sexo feminino), a razão de risco [$\exp(\beta)$] representa o risco estimado para a categoria com o valor 1 em relação ao risco estimado para a categoria com o valor 0, ou seja, a categoria de referência, controlando-se por outras variáveis intervenientes. Um coeficiente β negativo produz uma razão de risco menor que 1, denotando que o risco de uma determinada categoria é menor do que o da categoria de referência (de valor 0) e vice-versa. Para variáveis contínuas, o coeficiente β indica a mudança no risco para a mudança de uma unidade da variável em questão (Allison, 1995).

Foram estimados modelos de regressão de Cox, usando o método robusto de estimação da matriz de covariância, pressupondo-se que a heterogeneidade não observada é independente entre as observações. O objetivo não é selecionar o melhor modelo nem estudar a dependência do risco ao tempo, mas

tão-somente avaliar o efeito de variáveis específicas sobre o risco de esterilização (Allison, 1995).

Foram usadas três medidas de duração para o intervalo entre o início da observação até o evento ou a censura. No primeiro modelo, considerou-se qualquer mulher sob o risco de esterilização a partir de seu 15^o aniversário. No segundo modelo, considerou-se o primeiro filho vivo como o ponto de início da exposição ao risco de laqueadura. Finalmente, no terceiro modelo, empregou-se o segundo nascimento vivo como o princípio do período de exposição ao evento. Somente mulheres com pelo menos um nascimento vivo foram incluídas na análise.

O segundo modelo pode se tomado como o mais apropriado para avaliar o papel do fator raça/cor sobre o risco de esterilização. A maioria das mulheres que têm a laqueadura como método contraceptivo preferencial, ou potencial, tendem a ponderar sobre a sua realização após o nascimento do primeiro filho. Em muitos casos, a mulher engravida do segundo filho para chegar ao seu número ideal de filhos e conseguir a esterilização (Caetano, 2000). De acordo com a PNDS 1996, 19,5% das mulheres esterilizadas no Brasil foram operadas durante ou logo após o nascimento do segundo filho; e 27,7%, durante ou logo após o nascimento do terceiro. Conseqüentemente, a medida de duração do terceiro modelo pode não refletir processos, influências e eventos ocorridos durante o período no qual a mulher considerava, decidia e procurava obter a cirurgia, e, portanto, tende a perder significado. Da mesma forma, a medida de duração do primeiro modelo pode incluir fatores não relacionados ao processo de tomada de decisão e obtenção da cirurgia. Os modelos 1 e 3 são mantidos para efeito de comparação.

Foram selecionadas variáveis independentes que representem controles para diferenças regionais, socioeconômicas e demográficas. Com relação às macrorregiões, elas foram divididas em Centro-Leste (Minas Gerais e Espírito Santo), Centro-Oeste e Norte e Nordeste. A região Sul e os estados do Rio de Janeiro e de São Paulo foram agrupados configuram a categoria de referência. Esta agregação objetivou o uso de uma regionalização a mais próxima possível da regionalização obtida através do uso do Índice de Desenvolvimento Humano para o Brasil (Nações Unidas, 1998).

Os principais fatores individuais influenciando o risco de esterilização utilizados no modelo são a condição marital da entrevistada (se já esteve em uma união em algum momento de sua vida), a idade ao primeiro filho e a parturição. Situação de residência (se urbana ou rural), número de anos de estudo, presença de eletricidade e de TV no domicílio são as variáveis indicativas da condição socioeconômica. Com relação à cor da pele, o grupo de referên-

cia utilizado é o de mulheres brancas. Foram incluídos três termos de interação para controlar os efeitos conjuntos de raça com escolaridade e parturição, e de escolaridade com parturição.

Cada modelo foi rodado três vezes, cada uma delas utilizando uma das três formas de classificação de raça/cor da pele. O primeiro (Tabela 3) utiliza a variável de raça/cor obtida via autoclassificação; o segundo (não apresentado), a classificação do entrevistador; e o terceiro (não apresentado), a classificação consistente, tendo como referência o grupo de autoclassificação branca e classificação pelo entrevistador também como cor branca. Os grupos de combinações de cor 'inconsistentes' não foram incluídos nos modelos que utilizam este tipo de classificação. Mulheres indígenas e de origem asiática não estão incluídas na análise e não são levados em conta possíveis efeitos hierárquicos. Riscos competitivos em relação ao uso de outros métodos contraceptivos que não a esterilização não estão incorporados nos modelos.

Resultados

A Tabela 3, a seguir, apresenta os resultados dos modelos de risco que ajustam o momento (*timing*) da esterilização, empregando-se a variável de raça/cor via autoclassificação. Estão em negrito apenas as variáveis de interesse, quais sejam, as referentes à cor da pele. A discussão é feita apenas a respeito destas variáveis, uma vez que o objetivo da análise é especificamente o efeito delas.

Com respeito à variável raça/cor, o risco de esterilização é 44% superior para as mulheres pardas se comparadas às mulheres brancas, no modelo 1, e 35% superior, no modelo 2. Ambos os efeitos são estatisticamente significantes a 1%. A autoclassificação como parda não acarreta diferença significativa no modelo 3. O efeito da autoclassificação como preta, em comparação com brancas, não é estatisticamente significativo nos modelos 1 e 2. No entanto, esta variável se torna significativa, com menor risco de esterilização em relação ao das mulheres que se classificaram como brancas, no modelo 3. Pode-se, neste caso, aventar a possibilidade de que esta diferença entre as mulheres que se classificaram como pretas esteja relacionada a dificuldades de acesso a meios contraceptivos, inclusive à esterilização cirúrgica, maiores para as primeiras, se comparadas a brancas e pardas.

De posse dos resultados dos modelos que empregaram a autoclassificação de raça/cor, podemos compará-los aos coeficientes das variáveis de raça/cor dos modelos que empregaram a classificação do entrevistador e a classificação consistente (Tabela 4). Os coeficientes das demais variáveis, bem como as respectivas significâncias estatísticas, não apresentam diferenças substanciais

Tabela 3

Razões de risco de esterilização feminina ajustadas pelos modelos de regressão de Cox para mulheres entre 15 e 49 anos com pelo menos um nascido vivo, autotclassificação de raça/cor. Brasil, 1996

Variáveis	Modelo 1 desde 15 anos		Modelo 2 desde 1ª nascim.		Modelo 3 desde 2ª nascim.	
	Razão de risco	P valor	Razão de risco	P valor	Razão de risco	P valor
Domicílio rural (referência)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio urbano	1,02	0,623	1,05	0,298	1,07	0,1694
Região Sul/São Paulo/Rio (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Região Centro-Leste (MG/ES)	1,35***	<0,0001	1,32***	<0,0001	1,26***	0,0005
Regiões Centro-Oeste e Norte	2,14***	<0,0001	2,04***	<0,0001	1,93**	<0,0001
Região Nordeste	1,68***	<0,0001	1,63***	<0,0001	1,60***	<0,0001
Nunca unida (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Alguma vez unida	3,86***	<0,0001	3,69	<0,0001	2,04***	0,001
Idade ao primeiro filho	0,91***	<0,0001	1,02***	0,0001	1,02***	0,0001
Parturição	0,89***	<0,0001	0,92	<0,0001	0,85***	<0,0001
Anos de estudo	0,95***	<0,0001	0,97***	0,001	1,02	0,1754
Domicílio sem eletricidade (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio com eletricidade	1,00	0,945	1,01	0,795	1,05	0,2918
Domicílio sem TV (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Domicílio com TV	1,04	0,189	1,06*	0,054	1,04	0,2425
Branca (autotclassificação) (ref.)	1,00	—	1,00	—	1,00	—
Parda (autotclassificação)	1,44***	0,001	1,35***	0,006	1,00	0,981
Preta (autotclassificação)	0,89	0,710	0,81	0,478	0,54*	0,059
Interação educação-parda	0,99	0,206	0,99	0,384	1,01	0,161
Interação educação-preta	1,02	0,621	1,03	0,444	1,06*	0,088
Interação parturição-parda	0,92***	<0,0001	0,93***	<0,0001	0,98	0,485
Interação parturição-preta	0,97	0,520	0,98	0,706	1,05	0,256
Interação educação-parturição	1,03***	<0,0001	1,02***	<0,0001	1,003	0,369

* Significante a 10% ; ** Significante a 5%; *** Significante a 1%.

Modelo 1: Razão de máxima verossimilhança = 1176,07, 17 DF, Pr<,0001;

Modelo 2: Razão de máxima verossimilhança = 594,51, 17 DF, Pr<,0001;

Modelo 3: Razão de máxima verossimilhança = 829,29, 17 DF, Pr<,0001.

O número de observações nos modelos 1 e 2 é 8.348, e 6.423 no modelo 3.

em relação aos resultados encontrados nos modelos que utilizaram a variável de raça/cor por autoclassificação. Os modelos 1 e 2 mantêm a mesma significância e dimensão dos efeitos para todos os tipos de classificação. No modelo 3, o efeito da variável parda é praticamente nulo, ao passo que o efeito da variável preta é significativa na autoclassificação e na classificação consistente, apresentando sempre um risco de esterilização substancialmente menor que o das brancas.

Tabela 4

Razão de risco por raça/cor segundo o tipo de classificação e o modelo, mulheres de 15 a 49 anos com pelo menos um nascido vivo. Brasil, 1996

Modelo	Autoclassificação		Classificação do entrevistador		Classificação consistente	
	Parda	Preta	Parda	Preta	Parda	Preta
Modelo 1: desde 15 anos	1,44***	0,89	1,33**	0,76	1,28**	0,58*
Modelo 2: desde 1ª nascim.	1,35***	0,81	1,26**	0,76	1,21*	0,55*
Modelo 3: desde 2ª nascim.	1,00	0,54*	0,98	0,67	0,95	0,48*

* Significante a 10%; ** Significante a 5%; *** Significante a 1%.

Discussão

O objetivo central deste trabalho foi examinar o efeito diferencial das diversas categorias da variável raça/cor, segundo as diferentes formas de captação desta informação, sobre o risco de esterilização. Os resultados indicam que as mulheres pardas têm risco estatisticamente significativo e superior ao das mulheres brancas, independente da forma de obtenção da informação sobre raça/cor e controlando-se por fatores regionais, demográficos e socioeconômicos. As mulheres pretas, por sua vez, apresentam risco de esterilização estatisticamente significativo e menor do que o das brancas quando se utiliza a classificação de cor ‘consistente’, o que pode estar indicando obstáculos e dificuldades de acesso, por parte deste grupo de mulheres, até mesmo à esterilização.

Como é o caso no mercado de trabalho e nas oportunidades educacionais, a população negra enfrenta sérias desvantagens e dificuldades também no

campo da saúde reprodutiva. A maior parte da população negra se concentra nos estratos de baixa renda e, conseqüentemente, depende maciçamente do sistema público de atendimento básico e hospitalar. Neste, os serviços voltados para a saúde da mulher, em geral, e a oferta dos diversos métodos contraceptivos, em particular, são precários. No entanto, a esterilização cirúrgica feminina, e seus custos médicos e hospitalares, podem ser cobertos por outros procedimentos, tais como a cesariana e a colpoperineoplastia — permitindo, inclusive, a cobrança ‘por fora’. Foi este sistema alternativo de oferta que colocou a esterilização ao alcance das mulheres dos estratos socioeconômicos inferiores, ou seja, a vasta maioria da população negra. Como pode ser observado na Tabela 5, a seguir, a maioria das ligações de trompa ocorridas entre as mulheres negras até 1996 foram obtidas gratuitamente, sendo que a população feminina preta foi a que mais dependeu de políticos e médicos para obter a operação.

Tabela 5

Distribuição percentual de mulheres entre 15 e 49 anos esterilizadas segundo a autoclassificação de cor/raça, por quem pagou/arranjou a laqueadura. Brasil, 1996*

Raça/Cor	Entrevistada	Político	Médico	Outro	Total
Branca	63,7	4,1	29,4	2,8	100
Parda	46,0	10,6	39,2	4,2	100
Preta	41,2	13,1	43,0	2,7	100
Total	52,9	8,1	35,4	3,6	100

* As distribuições percentuais encontradas utilizando-se a classificação do entrevistador e classificação de cor ‘consistente’ não alteram o padrão observado nesta tabela.

Fonte: PNDS 1996.

É possível que as mulheres pardas, comparadas às brancas e pretas, tenham menos acesso a outros métodos contraceptivos, porém mais recursos econômicos para obter a esterilização, assumindo uma posição intermediária entre brancas e pretas menos dependente de mecanismos baseados em conexões com médicos e políticos. As mulheres pretas, por sua vez, quando comparadas com as brancas e pardas, teriam menos acesso e menos recursos, em geral, precisando recorrer com mais freqüência a estes esquemas para obter a es-

terilização. Como pode ser observado na Tabela 6, entre as mulheres com pelo menos um nascimento vivo, as brancas apresentam o menor percentual de não uso de método contraceptivo e são as mais prováveis de estarem usando a pílula ou outro método moderno. Já as pardas têm a maior proporção de mulheres esterilizadas, ao passo que as pretas têm a maior chance de não estarem fazendo uso de qualquer método contraceptivo.³

Tabela 6

Distribuição percentual da prevalência de métodos anticoncepcionais entre mulheres de 15 a 49 anos de idade com pelo menos um filho nascido vivo, segundo a autoclassificação de cor/raça. Brasil, 1996*

Raça/Cor	Esterilização feminina	Pílula	Métodos modernos	Métodos comportamentais	Nenhum	Total
Branca	39,2	21,2	11,6	6,8	21,2	100
Parda	42,8	17,2	7,1	4,9	28,0	100
Preta	35,4	18,2	9,0	3,8	33,6	100
Total	41,0	18,9	9,1	5,6	25,4	100

* As distribuições percentuais encontradas utilizando-se a classificação do entrevistador e classificação de cor 'consistente' não alteram o padrão observado nesta tabela.
Fonte dos dados: PNDS 1996.

O fato é que a esterilização cirúrgica feminina, disponibilizada através de mecanismos de oferta gratuita, veio suprir uma lacuna para um grande contingente de mulheres brasileiras que enfrentavam, e enfrentam, dificuldades no acesso e no uso de métodos contraceptivos, principalmente em áreas mais pobres como a região Nordeste. A combinação de uma estrutura social iníqua

³ O não uso de anticoncepcional pode ser voluntário, pode ser devido a efeitos da composição etária e da distribuição segundo a situação conjugal, finalmente, pode ser resultante de incidências diferenciadas de afecções do aparelho reprodutivo feminino entre as mulheres pretas. Estas alternativas foram averiguadas, não tendo sido detectadas diferenças substanciais entre os três grupos.

com um sistema de saúde que tem historicamente privilegiado a medicina hospitalar, curativa e intensiva em tecnologia é um fator determinante na configuração desta realidade, a qual tende a afetar, desproporcionalmente, a população negra.

A associação deste fator com interesses locais e particularistas de médicos e políticos e com a inexistência de um serviço efetivo voltado para a saúde da mulher — assim como sua eficaz fiscalização e manutenção — que atenda à demanda contraceptiva das mulheres brasileiras, incentiva a difusão da laqueadura e está por trás da formação de uma cultura na qual esta cirurgia passou a ser vista, por muitas mulheres, como um fenômeno corriqueiro da vida reprodutiva (Berquó, 1999). De fato, diante do pouco conhecimento a respeito do próprio corpo e da fisiologia reprodutiva, de um atendimento médico problemático e das dificuldades de acesso a opções alternativas de métodos contraceptivos, a esterilização cirúrgica apresenta uma relação custo/benefício extremamente vantajosa em relação aos outros métodos no que diz respeito à eficácia, aos recursos necessários para obtê-la e à necessidade de acompanhamento médico. Esta situação tende a se verificar principalmente entre aquelas mulheres que têm poucas possibilidades de se informar a respeito, optar e obter o seu método de preferência — ou de indicação médica — e de ter um acompanhamento médico apropriado. Neste caso, são as mulheres negras as mais afetadas.

Referências bibliográficas

- ALLISON, P. D. *Survival Analysis Using the SAS System: a practical guide*. Cary, NC: SAS Institute Inc., 1995.
- ÁVILA, M. B. *PAISM: um programa de saúde para o bem-estar de gênero*. Recife: SOS Corpo Gênero e Cidadania, 1993.
- BEMFAM/DHS. *Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996*. Rio de Janeiro: Bemfam/DHS, 1997.
- BERCOVICH, A. Considerações sobre a fecundidade da população negra no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 6(1): 61-87, 1989.
- BERQUÓ, E. Brasil, um caso exemplar à espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. *Estudos Feministas*, 1(2): 366-381, 1993.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 11(1): 19-26, 1994.
- BERQUÓ, E. *A Saúde Reprodutiva das Mulheres na 'Década Perdida'*. São Paulo: CEBRAP, 1995.
- BERQUÓ, E. Ainda a questão da esterilização feminina no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H. (Orgs.) *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- CONGRESSO NACIONAL. Exame da Incidência da Esterilização em Massa de Mulheres no Brasil. Brasília: Comissão Parlamentar de Inquérito, 1993.
- CAETANO, A. J. *Sterilization for Votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco*, 2000. Tese de Doutorado, Austin: Department of Sociology, University of Texas of Austin.
- CAVENAGHI, S. *Female Sterilization and Racial Issues in Brazil*, 1997. Dissertação de Mestrado, Austin: Department of Sociology, University of Texas at Austin.
- GELEDÉS (INSTITUTO DA MULHER NEGRA). *Esterilização: impunidade ou regulamentação?* São Paulo: Geledés, 1991.
- GOIÁS (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: esterilização em massa de mulheres em Goiás*. Relatório final e conclusões. Goiânia: Assembleia Legislativa, 1992.
- LUIZ, O. do C. & CITELI, M. T. *Esterilização Cirúrgica Voluntária na Região Metropolitana de São Paulo: organização e oferta de serviços*, 1999. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 2000.
- MERRICK, T. W. & BERQUÓ, E. *The Determinants of Brazil's Recent Rapid Decline in Fertility*. Washington D.C.: National Academy Press, 1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria 144, de 20 de novembro de 1997 (regulamentação da Lei Número 9263, de 12 de janeiro de 1997). Brasília: Ministério da Saúde, 1997. <http://www.saude.gov.br>. Acesso em dez. 1999.

- PERNAMBUCO (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: esterilização feminina em Pernambuco*. Relatório Final. Recife: Assembleia Legislativa, 1992.
- RIO DE JANEIRO (ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA). *CPI: Esterilização*. Relatório Final: Síntese. Rio de Janeiro: Assembleia Legislativa, 1991.
- SANSONE, L. Cor, classe e modernidade em duas áreas da Bahia (algumas primeiras impressões). *Estudos Afro-Asiáticos*, 23: 143-73, 1992.
- SILVA, N. do V. Uma nota sobre "raça social" no Brasil. In: HASENBALG, C. A., SILVA, N. V. & LIMA, M. (Orgs.) *Cor e Estratificação Social*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1999.
- TELLES, E. E. & LIM, N. Does it matter who answers the race question? Racial classification and income inequality in Brazil. *Demography*, 35(4): 465-74, 1998.
- NAÇÕES UNIDAS (PDNU). FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO & INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). *Desenvolvimento humano e condições de vida: indicadores brasileiros — Atlas do desenvolvimento humano no Brasil*. CD-ROM. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.