

## Perfil reprodutivo de uma população de alta vulnerabilidade

### *Reproductive profile of a high vulnerability population*

Nathalie de Paula Damiano<sup>1\*</sup>, Lucas Moura Araújo<sup>2</sup>, Francisco Mouzinho<sup>3</sup>,  
Melina Aparecida Plastina Cardoso<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médica de Família e Comunidade, mestranda de Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná – UFPR;

<sup>2</sup>Médico de Família e Comunidade; <sup>3</sup>Mestre em Saúde e Gestão do Trabalho vinculado à Universidade Federal do Paraná – UFPR; <sup>4</sup>Doutoranda pela Universidade Estadual de Maringá – UEM

#### Resumo

**Introdução:** padrões sexuais e reprodutivos são influenciados por fatores biopsicossociais. Dentre esses fatores, há a vulnerabilidade, conceito amplo, complexo e que determina maior atenção das políticas públicas. **Objetivo:** conhecer o perfil reprodutivo das mulheres que residem em uma área de alta vulnerabilidade na cidade de Curitiba-PR. **Metodologia:** descritivo, documental de caráter analítico observacional transversal. Coleta e análise de dados das Declarações de Nascidos Vivos (DNV) na Unidade de Saúde do Capanema e análise de dados públicos fornecidos pelo IBGE. **Resultados:** foram analisados 1199 DNVs, sendo 1011 mulheres com idades entre 13 e 49 anos, compreendidos entre os anos de 2003 a 2018. Foi possível a análise da Taxa de Fecundidade Total (TFT), via de parto, estado civil e escolaridade das parturientes. **Discussão:** a menor TFT foi apresentada na faixa etária de 13 a 15 anos (1,05 filhos/mulher) e a maior entre 36 a 49 anos (4,47 filhos/mulher). A via de parto vaginal correspondeu a 64% dos partos, enquanto que a via cirúrgica por cesárea aconteceu em 36% dos casos. Em relação à escolaridade, 3% apresentaram-se como analfabetas; 48% possuíam nível fundamental; 40% nível médio completo e 9% possuíam nível superior completo ou incompleto. Houve 0,5% de omissão da que escolaridade no momento do preenchimento dos dados. Os dados coletados sobre o estado civil foram considerados inconclusivos. **Conclusão:** Conclui-se que a Taxa de Fecundidade da população estudada está acima da Taxa de Fecundidade Total projetada para 2015 no Brasil nas faixas etárias acima de 19 anos e da taxa de fecundidade ideal para que haja uma reposição da população segundo o DATASUS (2021). Tais dados podem estar relacionados com a vulnerabilidade da comunidade em questão, corroborando com estudos que relatam maiores taxas de fecundidade relacionada a menor renda e menor escolaridade.

**Palavras-chave:** comportamento reprodutivo; vulnerabilidade social; taxa de fecundidade.

#### Abstract

**Introduction:** sexual and reproductive patterns are influenced by biopsychosocial factors. Among these factors, there is vulnerability, a broad and complex concept that requires greater attention from public policies. **Objective:** to know the reproductive profile of women who live in an area of high vulnerability in the city of Curitiba-PR. **Methodology:** descriptive, documental, cross-sectional observational analysis. Collection and analysis of data from the Birth Certificates (BC) at the Capanema Health Unit and analysis of public data provided by the IBGE. **Results:** 1199 BCs were analysed, with 1011 women aged between 13 and 49 years old, between the years 2003 and 2018. It was possible to analyse the Total Fertility Rate (TFR), mode of delivery, marital status and level of education of the parturients. **Discussion:** the lowest TFR was observed in the age group from 13 to 15 years old (1.05 children/woman) and the highest between 36 to 49 years old (4.47 children/woman). Vaginal delivery corresponded to 64% of deliveries, while surgical caesarean section occurred in 36% of cases. Regarding schooling, 3% were illiterate; 48% had a fundamental level; 40% completed high school and 9% had completed or incomplete higher education. There was 0.5% omission of schooling attainment at the time of filling in the data. Data collected on marital status were considered inconclusive. **Conclusion:** it is concluded that the Fertility Rate of the studied population is above the Total Fertility Rate projected for 2015 in Brazil in the age groups above 19 years and the ideal fertility rate so that there is a replacement of the population according to DATASUS (2021). Such data may be related to the vulnerability of the community in question, corroborating with studies that report higher fertility rates related to lower income and lower education.

**Keywords:** reproductive behaviour; social vulnerability; fertility rate.

#### INTRODUÇÃO

No século XVIII, filósofos aventaram hipóteses sobre os impactos do crescimento populacional que estava ocorrendo até então no progresso da sociedade humana. Em 1798, o filósofo e economista Thomas Robert Malthus (1766-1834) publicou “Ensaio sobre a população”, obra

na qual defendia que o rápido incremento populacional seria um entrave ao alcance da qualidade de vida adequada para os habitantes do mundo, afirmando que altas taxas de mortalidade e fecundidade eram elementos não passíveis de intervenção humana. Malthus também acreditava na relação direta entre renda do trabalhador e fecundidade, a qual não se comprovou ao longo do tempo (ALVES, 2002).

O filósofo contemporâneo Marquês de Condorcet (1743-1794) publicou a obra “Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano”, na qual

**Correspondência/Correspondente:** \*Nathalie de Paula Damiano – End: Rua Mangas, 37, casa 12. Bairro Uberaba. Curitiba-PR. CEP: 81550-120. – E-mail: [nathalie.p.damiao@gmail.com](mailto:nathalie.p.damiao@gmail.com) – Tel: (41) 99956-0576

apresentava uma visão otimista do desenvolvimento econômico, cultural e demográfico do mundo. Condorcet previa diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, antecipando o que viria a acontecer na futura transição demográfica (CONDORCET, 1993).

A transição demográfica é um fenômeno na História que se deu com a mudança de uma sociedade predominantemente rural e agrária para urbana e voltada para produção de bens e serviços, com conseqüente diminuição dos níveis de fecundidade e mortalidade. Este fenômeno foi descrito por Thompson em 1929 e é explicado em três etapas: 1) queda na taxa de mortalidade com manutenção de altas taxas de natalidade, gerando aumento populacional; 2) queda das taxas de natalidade com diminuição da velocidade de crescimento populacional; 3) baixas taxas de mortalidade e de natalidade, com lento crescimento demográfico (OLIVEN, 2010).

Em 1945, o filósofo Noestestein relacionou a transição demográfica com o desenvolvimento econômico, afirmando que a melhoria dos padrões de vida da população associada ao controle de doenças possibilitou redução das taxas de mortalidade. Defendia também que a taxa de fecundidade permanecia alta em decorrência da memória da população, influenciada por doutrinas religiosas, códigos morais e costumes das comunidades, momento em que as organizações familiares eram orientadas a ter um grande número de filhos. Com o passar do tempo, a urbanização e a industrialização, Noestestein acreditava que ocorreria enfraquecimento nas relações familiares e comunitárias e crescimento nas preocupações individuais, decorrendo em queda das taxas de fecundidade (ALVES, 2002).

Taxa de Fecundidade Total (TFT) é entendida como número médio de filhos nascidos vivos de cada mulher com idade entre 15 e 49 anos (idade fértil por definição). A TFT varia de acordo com as características de cada população analisada e envolve inúmeros fatores influenciadores. Em populações com bons indicadores de desenvolvimento e com menor vulnerabilidade, a tendência é que ocorra diminuição da TFT (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2016).

No Brasil, a projeção da TFT realizada pelo IBGE (2013), embasada no censo demográfico realizado a cada década, demonstra diminuição progressiva deste índice na população brasileira de 2000 (2,39 filhos vivos/mulher) a 2015 (taxa projetada de 1,72 filhos vivos/mulher). Apesar do declínio do número médio de filhos por mulher em todo o país, há diferença desta tendência para os subgrupos com níveis educacionais e de renda menores quando comparado com os níveis da população geral (SILVA, 2011).

Quando observamos a TFT na Federação, constatamos que os Estados que possuem os maiores índices de Produto Interno Bruto (PIB) e de Desenvolvimento Humano (IDH) apresentam quedas mais bruscas em relação à fecundidade, enquanto que aqueles com piores índices

de avaliação socioeconômicos apresentam declínio geral menos expressivo (BERQUÓ; CAVENAGHI, 2016).

A vulnerabilidade é um conceito amplo, envolvendo aspectos que vão além do plano individual, englobando planos coletivos e contextuais. Pessoas em situação de alta vulnerabilidade estão mais suscetíveis a adoecimento e necessitam de atenção especial das políticas públicas locais (SCAVONE, 2004).

Padrões sexuais e reprodutivos são influenciados por fatores sociais, econômicos, culturais, religiosos e de acesso a serviços de saúde (CAETANO, 2015). Uma baixa taxa de fecundidade não deve ser uma meta buscada ou imposta, pois o direito de decisão de constituição de prole não é da equipe de saúde que atende uma comunidade. Esta equipe deve proporcionar acesso à informação de qualidade, educação em saúde sobre saúde reprodutiva e planejamento familiar. A busca ativa de mulheres com alta fecundidade pelas equipes de Saúde da Família, com priorização de suas necessidades, contribui para diminuição de desigualdades sociais a qual elas estão sujeitas (SOARES; SCHOR, 2013).

O demógrafo Ansley J. Coale, em 1979, determinou três condições associadas aos processos de transição demográfica: 1) controle de fecundidade deve ser uma decisão coerente e racional; 2) os casais devem ter consciência dos benefícios e vantagens na regulação da fecundidade e 3) disponibilidade de métodos contraceptivos para a tomada de decisão (ALVES, 2002).

A escolaridade é considerada uma variável socioeconômica extremamente importante para explicar os fenômenos de taxa de fecundidade, visto que mulheres com maior acesso à educação e às informações sobre métodos contraceptivos, empoderamento, escolhas sexuais e reprodutivas e planejamento familiar apresentam queda de até 0,6 filhos/mulher em sua TFT (POIATTI, 2020).

Entre os anos de 2008 e 2018, houve aumento de 21% da TFT nas mulheres com idades entre 15 e 19 anos. Houve queda também no número de gestantes com menos de 30 anos (diminuição de 16%). Em contrapartida, o número de mulheres grávidas entre 30 e 44 anos aumentou em 36% em relação ao período anterior. Em relação às jovens menores de 15 anos, os números diminuíram. Os dados registrados de 2008 apresentaram 23.149 mulheres grávidas com essa idade e, no ano de 2018, os dados apontaram 18.231 registros (queda de 21%) (IBGE, 2019).

Existe uma tendência mundial à diminuição da fecundidade, mais notadamente a partir da década de 70, devido aos avanços tecnológicos da vida em comunidade, porém o que se sabe é que essa queda não acontece de forma homogênea, havendo manutenção de altas taxas em populações vulneráveis. Sabe-se que ainda há carência de estudos e informações capazes de identificar a real situação de fecundidade nestes locais, bem como sobre quais as políticas de contracepção efetivas para que a população tenha mais conhecimento acerca do assunto (PAES *et al.*, 2020).

Diante do exposto, o presente estudo objetiva conhecer o perfil reprodutivo das mulheres que residem em uma região de alta vulnerabilidade na cidade de Curitiba-PR. Busca-se levantar dados relacionados a via de parto, faixa etária em que as gestações aconteceram, escolaridade e situação conjugal, visando conhecer mais a fundo características que possam estar relacionadas à vulnerabilidade desta população, além de comparar a taxa de fecundidade total desta com a taxa de fecundidade brasileira.

## METODOLOGIA

Em relação a sua natureza, a presente pesquisa pode ser caracterizada como básica, pois visa investigar dados relacionados ao perfil reprodutivo da população estudada, a taxa de fecundidade e os fatores inerentes a como: via de parto, faixa etária predominante das gestações, escolaridades das mulheres e situação conjugal. Os dados estão registrados nas Declarações de Nascidos Vivos (DNV) armazenados na Unidade de Saúde do Capanema, localizada na Rua Manoel Martins de Abreu, nº830, bairro Prado Velho, Curitiba-PR, envolvendo verdades e interesses da região.

Considerando os seus objetivos, é considerada descritiva, pois busca examinar a relação da prevalência das condições apresentadas pelas gestantes da região designada, de acordo com as suas características, sem interferir nos mesmos (PRODANOV; DE FREITAS, 2013). Possui, ainda, o objetivo de descrever detalhadamente sobre o fenômeno da alta fecundidade da região acima mencionada e os motivos que possam estar relacionados a ele, discorrendo sobre suas características. Busca-se também comparar os dados colhidos na região com os dados disponíveis na literatura, acerca de todo território nacional.

Quanto aos procedimentos técnicos, é documental, pois utiliza de documentos de registros (Declarações de Nascidos Vivos) da Unidade de Saúde em questão considerados de segunda mão, ou seja, que já foram analisados de alguma forma pela própria Unidade e pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e que neste momento da pesquisa serão apenas fundamentados cientificamente (GIL, 2008).

Pode-se considerar que possui caráter analítico observacional transversal, baseando-se na análise de dados de caráter público fornecidos pelo IBGE e dados coletados com as DNV arquivadas na Unidade de Saúde do Capanema.

Por se tratar de pesquisa que envolve dados observacionais sobre seres humanos, esta foi enviada e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa pelo Centro de Pesquisa (Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR) através do CAAE nº 30905220.9.0000.0020 e através de parecer enviado do Centro de Pesquisa Coparticipante, representado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) pelo número 30905220.9.3001.0101, através

da Plataforma Brasil à autora principal de pesquisa. O Projeto foi considerado metodologicamente adequado dentro dos preceitos éticos determinados nas resoluções vigentes (Resolução 466/12) sob os pareceres de números 4.017.888 e 4.306.257.

## RESULTADOS

O material utilizado neste estudo foi uma planilha de Excel® preenchida manualmente em um setor administrativo da Unidade de Saúde em questão, onde foram constatados 1199 registros de nascimentos, de 1011 mulheres, compreendidos entre os anos 2003 e 2018.

Desta planilha, foram utilizados os dados relacionados com idade da parturiente, quantidade de gestações (que variaram de uma a 11), tipo de parto realizado (vaginal ou cesáreo), estado civil e grau de escolaridade.

Os dados relacionados à idade da gestante e o número de filhos puderam auxiliar na obtenção da taxa de fecundidade, calculada através do número médio de filhos nascidos vivos tidos por mulheres ao final do seu período reprodutivo na população residente de um determinado espaço geográfico (ou de um espaço físico conhecido, como, por exemplo, um hospital), em um ano ou em período específico. No presente estudo, dividiu-se as mães em grupos por faixa etária, que podem ser visualizados na Tabela 1.

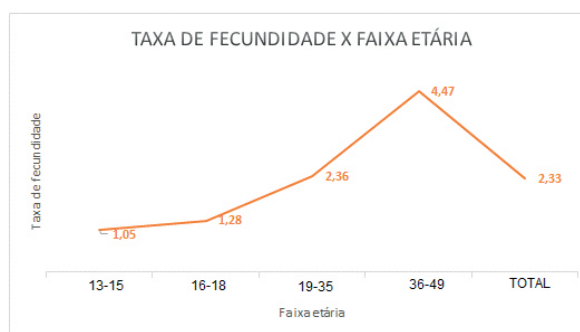
**Tabela 1** – Idade das gestantes, número de filhos e taxa de fecundidade por faixa etária, entre os anos de 2003 e 2018, da Unidade de Saúde do Capanema

	FAIXA ETÁRIA				TOTAL
	13-15	16-18	19-35	36 a 49	
NÚMERO DE FILHOS	43	171	1793	344	2351
NÚMERO DE MÃES	41	134	759	77	1011
TAXA DE FECUNDIDADE	1,05	1,28	2,36	4,47	2,33

Fonte: os autores.

A taxa de fecundidade varia muito a depender da faixa etária analisada. O Gráfico 1 é o que melhor representa estes dados.

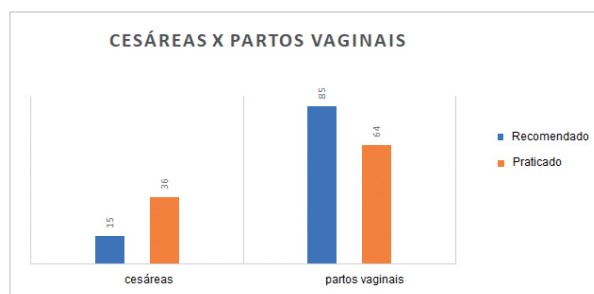
**Gráfico 1** – Dados sobre a taxa de fecundidade x faixa etária das gestantes da Unidade de Saúde de Capanema



Fonte: os autores

Dados interessantes foram encontrados em relação à via de parto. Os partos por via vaginal foram preponderantes nesta população conforme o Gráfico 2. O recomendado pela OMS é uma taxa de até 15% de partos cesárea e 85% de partos vaginais (WHO, 2015).

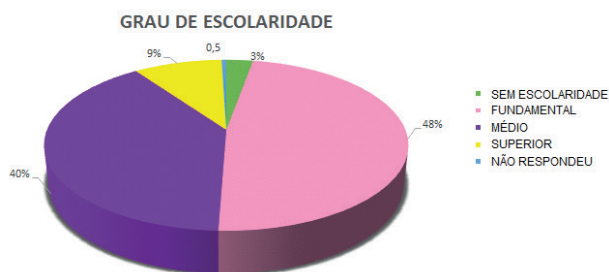
**Gráfico 2** – Dados sobre o que é “recomendado x praticado” em relação ao parto normal e parto cesariana, das gestantes da Unidade de Saúde de Capanema



Fonte: os autores

Quanto à escolaridade, aproximadamente metade possuía nível fundamental, e outra parte significativa da amostra possuía nível médio. Apenas uma pequena parcela possuía nível superior (completo ou incompleto) conforme exposto no Gráfico 3.

**Gráfico 3** – Dados sobre o grau de escolaridade das gestantes da Unidade de Saúde de Capanema



Fonte: os autores

Dados sobre a situação conjugal foram coletados, porém, não foram utilizados neste estudo devido oscilação existente nos diferentes momentos na vida de cada mulher acerca do assunto.

## DISCUSSÃO

É sabido que a taxa de fecundidade está relacionada a diversos fatores como planejamento familiar, conhecimento sobre métodos contraceptivos, participação da mulher no mercado de trabalho, preocupações com a expansão da urbanização, entre outros (MARTINS; VERONA, 2019).

Entre os anos 2000 e 2015, o Brasil apresentou queda de 28% na taxa de fecundidade, variando entre índice de 2,39 no ano 2000 e projeção de 1,72 para o ano 2015 (IBGE, 2015). Os dados do censo são conside-

rados projetados pois ocorrem a cada década e, devido a pandemia de COVID 19, os dados oficiais relacionados a última década (2010/2020) não foram coletados até a conclusão do presente estudo.

Segundo dados da ONU, em 2019 a taxa de fecundidade brasileira apresentou um índice de 1,70 filho por mulher, dados que, considerando o cenário dos anos anteriores, também demonstra queda. Segundo especialistas, este fato pode estar relacionado ao maior acesso e utilização de informações relacionadas a métodos contraceptivos, ao empoderamento feminino e ao planejamento da vida reprodutiva das mulheres (ONU, 2019).

Este panorama reforça o que é trazido pela Segunda Transição Demográfica, que correlaciona a baixa taxa de fecundidade com as mudanças relativas à valorização das mulheres e suas opções individuais. Portanto, pode-se dizer que houve menor pressão e cobrança social sob às mulheres, além de maior poder de decisão das mesmas no tocante à maternidade (FERREIRA; VERONA, 2017).

Nota-se que os dados da população analisada na faixa etária entre 19 e 35 anos e de 36 a 49 anos apresentam valores acima da média brasileira (2,36 e 4,47, respectivamente), o que corresponde a quase um filho a mais no primeiro caso e quase dois filhos a mais no segundo caso.

Segundo Giannini (2018), uma maior taxa de fecundidade também pode estar relacionada com o fator social e a escolaridade. Segundo ele, na faixa mais pobre da população brasileira e com menor escolaridade (de zero a quatro anos de estudos) a taxa de fecundidade em 2015 era de 3,45, enquanto a população com maior renda e maior escolaridade (mais de 12 anos de estudo) apresentava índice de 1,56 no mesmo ano. Para este autor, a queda em ambos os números está relacionada aos serviços de saúde e à informação, destacando ainda o processo de urbanização, crendo que tais fatores influenciaram positivamente e fizeram com que as mulheres pudessem pensar mais sobre quantos filhos gostariam de ter, correlacionando suas vontades com suas realidades.

Analisando, portanto, a Unidade de Saúde Capanema e os dados dela colhidos, nota-se uma situação de vulnerabilidade, com grande parcela da comunidade em situação de fragilidade por motivos sociais, econômicos, ambientais e de exposição. A população em questão reside em uma área com saneamento básico inadequado, rede elétrica clandestina em parte do território e é marcada pelo tráfico e abuso de drogas ilícitas. Trata-se de uma população que trabalha predominantemente no setor informal, com atuação principal na coleta e separação de lixo reciclável pela cidade e que sobrevive com rendas conseguidas diariamente com a coleta de lixo e com a renda de programas sociais do governo.

A comunidade tem na Unidade de Saúde em questão o Acesso Avançado e possui o Programa de Estratégia de Saúde da Família em vigência. As equipes de saúde que trabalham com essa população buscam frequentemente conversar nas escolas do território sobre planejamento familiar, bem como aborda os pacientes em suas consul-



tas sobre a importância do planejamento reprodutivo.

Estão disponíveis na Unidade de Saúde, atualmente, as seguintes opções de métodos contraceptivos fornecidos pelo SUS através da Secretaria de Saúde de Curitiba: diafragma, preservativos masculinos e femininos, pílula anticoncepcional combinada, pílula anticoncepcional de progesterona, pílula contraceptiva de emergência, injeção anticoncepcional mensal, injeção anticoncepcional trimestral, Dispositivo Intra-Uterino (DIU) de cobre e para casos de pacientes em situação de rua, dependentes químicas, portadoras de HIV ou que possuam alguma comorbidade psiquiátrica, há a disponibilidade do Implante subdérmico contraceptivo (Implanon®). O SUS disponibiliza, em casos de prole definida e se for desejo do paciente, as cirurgias de vasectomia e laqueadura tubária.

Segundo informações do representante do Fundo de População das Nações Unidas, Jaime Nadal: “é necessário continuar investindo em serviços de qualidade e informação para que mais mulheres possam ter exatamente o número de filhos que desejam e para que não haja demandas não satisfeitas em contracepção, nem desigualdades associadas às taxas de fecundidade” (ONU, 2019).

Dados trazidos por Araújo Junior, Salvato e Queiroz (2013) fazem correlação entre desenvolvimento humano e econômico com a taxa de fecundidade. Nos locais onde os desenvolvimentos social e econômico são maiores há menores níveis de fecundidade. Segundo os autores: “na medida em que os municípios se desenvolvem, é possível encontrar maiores declínios nas taxas de fecundidade total”. Também é ressaltado que a maior participação das mulheres no mercado de trabalho resultou em declínio de fecundidade.

Conclusões parecidas são trazidas por Cunha e Vasconcelos (2016) que acreditam que a participação no mercado de trabalho pode acarretar em diminuição da taxa de fecundidade. Acreditam ainda que ocorreu maior engajamento da mulher na sociedade, maior planejamento e maior decisão da mulher sobre sua vida, impactando em seu desejo em ter ou não filhos, no momento e em número desejados, resultando num menor número de filhos.

Segundo dados estipulados e calculados pela ONU, a taxa de fecundidade no Brasil deverá cair no ano de 2040 para 1,6 e crescer, ligeiramente para 1,7 no ano de 2100 (ALVES, 2019). Ainda, segundo dados do Sistema Único de Saúde (SUS), o ideal para que haja reposição da população a longo prazo é de que a taxa de fecundidade seja de 2,1 (DATASUS, 2015).

Considerando os dados deste estudo, a taxa de fecundidade média (pelo total de recém-nascidos divididos pelo total de mães) está perto do ideal recomendado para reposição populacional, com valor de 2,32. Entretanto, as gestantes de 36 a 49 anos apresentaram taxa maior que o dobro da taxa de reposição populacional. Estudos trazidos por Ferreira e Verona (2017) relatam que, nesta faixa etária, é mais comum na realidade, que a taxa de fecundidade seja menor (<1,5) por diversos motivos como

esterilidade, conhecimento sobre os métodos contraceptivos medicamentosos ou não, padrões culturais, perda da capacidade biológica ou simplesmente por opção em não ter filhos.

Já em relação às mulheres que possuem de 13 a 15 anos, os dados são considerados alarmantes pois, conforme apresentado neste estudo, a taxa de fecundidade desta faixa etária foi de 1,05. Adolescentes que possuem idade igual ou menor que 15 anos têm de cinco a sete vezes mais probabilidade de sofrer complicações ou morrer durante a gravidez e/ou parto. Outra problemática relacionada ao tema gravidez na adolescência, principalmente naquelas em que a faixa de renda é menos favorecida, é a contribuição à perpetuação de ciclos de pobreza e carência, podendo ser reduzida a partir de ações mais abrangentes e intersetoriais em todos os níveis de atenção à saúde (CARNEIRO *et al.*, 2017).

Considerando a via de parto, segundo dados trazidos por Caixeiro (2017), a preferência pelo parto vaginal é maior, pois as gestantes acreditam que a recuperação e o atendimento são melhores. Segundo este estudo, mulheres que optaram por cesariana foram as que relataram ter medo da dor no parto vaginal. Acredita-se que, fatores como idade, escolaridade, fonte de renda, local de moradia e custo dos procedimentos também estejam associados com a decisão da via de parto entre as gestantes. Tais dados corroboram com este estudo, pois demonstraram 64% de parto vaginal e 36% de parto cesárea.

Estudos dirigidos por De Jesus Silva, Silva e Melo (2019) que analisaram primigestas com idade igual ou superior a 18 anos, concluíram dados semelhantes aos de Caixeiro (2017). Mesmo em sua primeira gestação, as gestantes recebem muitas influências de terceiros em suas decisões. Mais de 80% responderam que preferem parto vaginal devido a segurança e mais características positivas, quando comparado a cesárea. Os autores acreditam que a decisão da gestante na escolha de seu parto está relacionada à preferência pessoal e não indicação profissional, demonstrando maior autonomia por parte das gestantes e maior busca por informações.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a taxa considerada ideal de cesáreas é de até 10 a 15%, pois não existem justificativa ou benefícios para o binômio mãe-filho que se ultrapasse tais valores. Concluem, então, que a cesárea só deveria ser indicada quando há risco de vida da mãe ou do concepto e se torna a via de parto mais segura (WHO, 2015).

Há fatos que correlacionam a alta taxa de fecundidade em regiões de vulnerabilidade, entre elas a grande diferença da fecundidade brasileira entre os mais ricos e os mais pobres. Segundo De França (2019, p.42) "em 2015, enquanto a taxa de fecundidade dos 20% mais pobres da população foi de 2,9, a taxa dos 20% mais ricos da população foi de 0,77". Outro fator relacionado é a escolaridade. Para o autor, mulheres mais desfavorecidas em relação à renda ou educação são mais propensas à maternidade de forma precoce e constituir famílias mais

numerosas. Tais observações vêm de encontro com os dados encontrados por este estudo, que demonstrou que do total das mulheres analisadas a maioria referiu somente o ensino fundamental (48%) ou médio (40%) (DE FRANÇA, 2019).

Mulheres múltiparas oscilam muito de estado civil pois diversos são os fatores que impactam diretamente sobre os pensamentos e sentimentos de uma gestante. Segundo Mota (2011, p.01) “considerando que a gravidez é concebida como um período de experiências ricas, cheio de expectativas e simbolismos, pode simultaneamente potencializar um período de crise e de maior vulnerabilidade pessoal” (MOTA, 2011). Esta reconfiguração a qual a mulher acaba passando é, muitas vezes, acompanhada por inseguranças, medos, constrangimentos, expectativas, pessimismos e diferentes possibilidades, o que muitas vezes acabam por gerar emoções e sentimentos que se misturam e que podem acabar afetando tanto a sua vida pessoal como a situação conjugal.

## CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a Taxa de Fecundidade da população estudada está acima da Taxa de Fecundidade Total projetada para 2015 no Brasil nas faixas etárias acima de 19 anos, bem como está acima da taxa de fecundidade ideal para que haja uma reposição suficiente da população segundo o DATASUS (2021).

Tais dados podem estar relacionados com a vulnerabilidade da comunidade atendida pela Unidade de Saúde em questão (renda menor, maior desigualdade em relação ao acesso de bens e serviços, menor grau de escolaridade e vulnerabilidade social), o que corrobora com dados trazidos por Giannini, que relata maiores taxas de fecundidade relacionada a menor renda e menor escolaridade.

Acredita-se que este estudo pode trazer um maior conhecimento do perfil reprodutivo da população de abrangência, permitindo caminhos para melhora no processo de trabalho à nível da Atenção Primária à Saúde e embasar estratégias de políticas públicas que contemplem as populações de alta vulnerabilidade.

## REFERÊNCIAS

ALVES, J.E.D. **A polêmica Malthus versus Condorcet reavaliada à luz da transição demográfica**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2002.

ALVES, J.E.D. **Ecodebate. A transição da fecundidade no Brasil e no mundo segundo as novas projeções da ONU** [Internet]. 2019. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2019/06/28/a-transicao-da-fecundidade-no-brasil-e-no-mundo-segundo-as-novas-projecoes-da-onu-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 15 jul. 2021.

ARAÚJO JUNIOR, A.F.; SALVATO, M.; QUEIROZ, B, L. **Desenvolvimento e Fecundidade no Brasil: Reversão da fecundidade para municípios mais desenvolvidos?** **Plan. Polít. Públicas**, Brasília, n. 41, 2013.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. **Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000**. **Anais**, p. 1-18, 2016.

CAETANO, A.J. **O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução**. Campinas: ABEP; 2015.

CAIXEIRO, T. **Razões para preferência do tipo de parto: resultados da pesquisa: “Nascer no Brasil” na Região Sudeste**. 2017. 75 f. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017.

CARNEIRO, R.M.M. et al. **A adolescente grávida e os serviços de saúde no município**. In: *A Adolescente grávida e os serviços de saúde no município*. 2. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 2000.

CONDORCET, J.A.N.C. **Esboço de um quadro histórico dos progressos do espírito humano**. Campinas: Unicamp, 1993. p. 196.

CUNHA, M.S.; VASCONCELOS, M. R. **Fecundidade e participação no mercado de trabalho brasileiro**. **Nova Economia**, [s.l.], v. 26, p. 179-206, 2016.

DATASUS. **Taxa de fecundidade total – A.5**. 2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/LivroIDB/2edrev/a05.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2021.

DE FRANÇA, M.T.R. **A Desigual distribuição da fecundidade. Finanças públicas: complexidade ainda que gasto primário em contenção**. 2019. p. 40

DE JESUS SILVA, M.M.; SILVA, S.C.B.; MELO, G.A. **Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, [s.l.], v. 21, n. 2, 2019.

FERREIRA, M.F.F.; VERONA, A.P. **Entre aproveitar outras coisas, livros e filhos: o perfil das “childless” brasileiras**. **Anais**, p. 1-20, 2017.

GIANNINI, D. **Taxa de fecundidade no Brasil é baixa e está em queda acelerada**. 2018. Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/taxa-de-fecundidade-no-brasil-e-baixa-e-esta-em-queda-acelerada-17102018>. Acesso em: 25 maio 2021.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatísticas do Registro Civil 2018**. 2019. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc\\_2018\\_v45\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2018_v45_informativo.pdf)Acesso em: 20 jul. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Taxa de fecundidade total**. 2015. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>. Acesso em: 30 jul. 2021.

MARTINS, P.H.V.; VERONA, A.P. **Mudanças na fecundidade adolescente segundo escolaridade entre 1991 e 2010 no Brasil: os diferenciais se alteram ao longo do tempo?** **Revista Latinoamericana de Población**, [s.l.], v. 13, n. 25, p. 54-71, 2019.

MOTA, M.R.R.P. **Representações sociais da gravidez: a experiência da maternidade em instituição**. 2011. 85 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011.

OLIVEN, R.G. **Urbanização e mudança social no Brasil**. Rio de Janeiro: Centro Edelstein, 2010. 146 p. ISBN 978-85-7982-001-4.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **UNFPA aponta maior queda de fecundidade no Brasil entre mulheres mais vulneráveis.** 2019. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/unfpa-aponta-maior-queda-de-fecundidade-no-brasil-entre-mulheres-mais-vulneraveis>. Acesso em: 30 jul. 2021.

PAES, N.A. *et al.* A Dinâmica da fecundidade no semiárido brasileiro. **Braz. J. Dev.**, [s.l], v. 6, n. 10, p. 76424-76443, 2020.

POIATTI, N.D. Escolaridade feminina e a sua importância na escolha voluntária da fecundidade. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, São Paulo, p. 1786-1798, 2020.

PRODANOV, C.C.; DE FREITAS, E.C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2.ed. Rio Grande do Sul: Editora Feevale, 2013.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais.** São Paulo: UNESP; 2004.

SILVA, T.M.R. da. **Avaliação da vulnerabilidade de famílias na atenção básica.** 2011. Dissertação (Mestrado em Cuidado em Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SOARES, V.M.N.; SCHOR, N. Perfil de mulheres com alta fecundidade em um grande centro urbano no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 1041-1050, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Geneva: WHO, 2015.

---

**Submetido em:** 30/09/2021

**Aceito em:** 07/11/2022