

**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz**

**Demanda total por anticoncepção no Brasil: uso e  
necessidade insatisfeita por métodos  
anticoncepcionais.**

**Luciane Santiago Tavares**

**Orientador: Iuri da Costa Leite  
Co-orientador: Fernando Salgueiro Passo Telles**

**Rio de Janeiro  
2006**

**Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca  
Fundação Oswaldo Cruz**

**Demanda total por anticoncepção no Brasil: uso e necessidade  
insatisfeita por métodos anticoncepcionais.**

**Tese apresentada como requisito para obtenção do  
grau acadêmico em Mestrado em Saúde Pública na  
área de concentração em Epidemiologia Geral da  
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca -  
Fiocruz.**

**Luciane Santiago Tavares**

**Orientador: Iuri da Costa Leite  
Co-orientador: Fernando Salgueiro Passos Telles**

**Rio de Janeiro  
2006**

## **Dedicatória**

Esta tese é dedicada ao meu pai, Paulo Martins Tavares, que esteve sempre presente comigo, colocando sua forte assinatura na minha vida pessoal e profissional.

Realizar este estudo possibilitou um resgate de uma história também escrita por ele.

*(...) Sem dúvida a “paternidade responsável” é o objetivo principal do planejamento familiar competindo aos casais, devidamente orientados e assistidos, decidirem o tamanho de suas proles. Como atividade de saúde, o planejamento familiar deve, inclusive, propiciar o tratamento dos casais estéreis para que também possam ter filhos. A distribuição de pílulas é, apenas, um método anticoncepcional, que poderá ser ou não utilizado, de acordo com cada caso (...). Senhor Ministro, é hora de agir. O planejamento familiar é a providência básica que, complementadas por uma série de outras providências também importantes e necessárias, é capaz de nos livrar de vergonhosas cifras de abortos criminosos e mortalidade infantil (...).*

*Paulo Martins Tavares  
19 de janeiro de 1980  
Jornal do Brasil*

## **Agradecimentos**

Ao meu companheiro Antônio Carlos e minhas filhas Laís e Maíra, que me apoiaram e incentivaram para a conclusão do meu trabalho.

A minha irmã Leila pela grande amizade, companheirismo e pelos oportunos conselhos em momentos de dificuldade.

A minha mãe, Maria Iracema, que, mesmo sem saber, me despertou a vontade de realizar o Mestrado.

Aos meus familiares, Conceição, Leônidas e Célia que me apoiaram durante este trabalho.

As minhas amigas Luz Marine, Elenice e Rosane pela grande amizade e momentos de descontração.

A minha amiga Daniele, especial companheira da família, que possibilitou este trabalho.

As minhas amigas Marta Oliveira e Teresa Cravo que dividiram sempre com muita generosidade os seus valiosos conhecimentos.

Aos colegas de trabalhos e chefias do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher Criança e Adolescente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro pelo apoio na realização deste trabalho.

Ao meu orientador Dr. Iuri Costa Leite por compartilhar seu grande conhecimento durante todo o trabalho.

Ao Dr. Fernando Telles pelos valiosos conselhos durante a fase final do trabalho.

A Dra. Tizuko Shirawa, o meu maior agradecimento, que além de apoiar durante todo o trabalho com sua grande sabedoria e competência , me despertou o sentimento de comprometimento com a saúde das mulheres.

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Resumo .....  | 1  |
| Abstract.....   | 2  |
| I. Revisão Bibliográfica.....   | 3  |
| <b>1. Tendências da Fecundidade no Brasil</b> .....                           | 3  |
| <b>2. Direitos Reprodutivos no Brasil</b> .....                               | 6  |
| <b>3. Comportamento Reprodutivo</b> .....                                     | 10 |
| II. Objetivos .....   | 22 |
| III. Fonte de dados .....   | 22 |
| IV. Resultados (Artigos).....   | 24 |
| <b>Fatores Associados ao Uso de Métodos Contraceptivos no Brasil</b> .....    | 25 |
| <b>Necessidade Insatisfeita por Métodos Anticoncepcionais no Brasil</b> ..... | 53 |
| V. Considerações finais .....   | 80 |
| VI. Referências Bibliográficas .....  | 89 |

## **Resumo**

Objetivo geral desta dissertação é analisar a demanda total por métodos anticoncepcionais, avaliando os seus componentes, uso de métodos anticoncepcionais e de necessidade insatisfeita por tais métodos, utilizando os registros da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde realizada no Brasil em 1996 (PNDS-1996). Neste estudo, as análises do processo de escolha dos métodos reversíveis e irreversíveis são desenvolvidas separadamente, uma vez que há diferença na tomada de decisão em torno da adoção de cada um deles. Em todos esses modelos, a estrutura hierárquica dos dados foi levada em conta, na medida em que mulheres de uma mesma comunidade (setor censitário e município) devem apresentar atitudes e comportamentos semelhantes em relação ao uso de métodos contraceptivos. No que se refere à necessidade insatisfeita por anticoncepção, usamos o modelo multinomial padrão, pois a variável resposta possui três categorias nominais (necessidade para espaçar; necessidade para limitar e sem necessidade) e os efeitos aleatórios do município e do setor censitário não foram estatisticamente significativos. Os resultados demonstram que nas regiões mais favorecidas economicamente existe um maior acesso a métodos contraceptivos reversíveis e isto provavelmente reduz a chance da adoção da esterilização feminina como prática dominante para o planejamento familiar. Observamos que o nível educacional da mulher é um forte preditor do uso de métodos reversíveis e esterilização. Quanto à necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais encontramos uma necessidade insatisfeita para limitar maior do que para espaçar em todas as regiões. Observamos ainda que a região Nordeste apresenta a maior probabilidade de necessidade insatisfeita do País e que as mulheres com maior nível de escolaridade são menos propensas a ter uma necessidade insatisfeita para limitar. Sendo assim, os programas de planejamento familiar devem ser implementados para proporcionar um ambiente acolhedor, de fácil acesso, com informação, disponibilidade e oferta de diferentes métodos contraceptivos. A integralidade nas ações de saúde e o atendimento universal à população brasileira ainda se constituem num objetivo a ser alcançado pelas políticas de saúde no Brasil.

**Palavras-chaves:** Planejamento familiar; Uso de Métodos Contraceptivos; Esterilização; Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais; Brasil.

## **Abstract**

The main objective of this dissertation is to analyze the total demand for contraceptive methods, evaluating its components, use of contraceptive and unmet need for contraception, using data from the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) carried out in Brazil in 1996. In this study, the analyses of the process of choice of reversible and irreversible methods are developed separately, as it is assumed there is difference in decision-making process between the choices of each one of them. The hierarchical structure of the data has been taken into account in all the models implemented, as women from same community (cluster and municipality) are more likely to have similar attitude and behavior in relation to contraceptive use. With reference to unmet need for contraception, the standard multinomial model was adopted since the response variable is composed of three nominal categories (need for spacing births, need for limiting births and no need for contraception) and the random effects at the cluster and municipality level were not statistical significant. The results show that in the most developed regions greater access to reversible contraceptive methods what presumably decreases the chance of sterilization being adopted as the predominant practice to the family planning. Women's education appears as a strong predictor of use of reversible methods as well as sterilization. The analysis of unmet need for contraceptive methods show that the need for limiting is higher than that for spacing purposes in all regions of the country. We observed that the Northeast is the region with the highest proportion of women in need for contraception and that more educated women are less likely of having an unmet need for limiting. Therefore, the family planning programs should be implemented to afford a welcoming environment, of easy access, with adequate information and supply of varied contraceptive methods. The entirety of actions related to the public health and the universal health service for the whole Brazilian population is still a target to be achieved by health policies in Brazil.

**Keywords:** Family Planning; Contraceptive Methods; Sterilization; Unmet need for Contraception; Brazil.



# **I. Revisão Bibliográfica**

## **1. Tendências da Fecundidade no Brasil**

O declínio da fecundidade observado no Brasil ocorreu numa velocidade ainda não registrada em nenhum outro país, fazendo com que a taxa de fecundidade total (TFT) passasse de 6,3 filhos em 1960 para 4,4 filhos em 1980 e atingindo 2,2 em 2001<sup>1</sup>.

A queda da fecundidade não foi um fenômeno geograficamente localizado. Pelo contrário, ocorreu em todo o espaço brasileiro, apesar da forma não uniforme em função de condições especificamente regionais, principalmente relativas ao estágio de desenvolvimento<sup>1,2</sup>. Atinge ainda todas as classes sociais e todas as faixas de idade, exceto as de mulheres com 19 ou menos anos de idade, ou seja, as adolescentes, cujas taxas específicas de fecundidade apresentaram pequenas variações positivas nas últimas três décadas. De um modo geral essas variações não foram tão expressivas como querem fazer entender alguns demógrafos, mas tendo em vista a sensível queda da fecundidade nos demais grupos etários, a taxa de fecundidade observada entre as adolescentes aumentou a sua participação na taxa de fecundidade total<sup>1</sup>.

As mudanças do padrão reprodutivo no Brasil foram motivadas por diversos fatores, entre os quais destacamos a proletarização da força de trabalho rural. Antes de 1960 a maioria da população brasileira vivia fora da economia formal, sendo a principal forma de subsistência a agricultura. Esta forma de economia familiar e de subsistência contribuía para a formação de famílias grandes<sup>2-5</sup>.

A partir da década de 70 houve uma crescente migração das áreas rurais para urbanas tendo como resultado um aumento na população urbana. Em 1970 a população urbana correspondia a 56% dos habitantes e em 1991 a 76%<sup>1</sup>. Apesar de ter havido uma redução subsequente nesse fluxo migratório, em 2000 a população urbana totalizava 81%<sup>1</sup>.

Nas regiões urbanas os maiores custos de moradia, comida, transporte, e inclusão de bens de consumo industrializados somados aos baixos salários induziram a mudança do padrão reprodutivo<sup>2</sup>.

Outro elemento importante para explicar a queda da fecundidade foi a inserção da mulher no mercado de trabalho<sup>2,4-7</sup>, com um acréscimo de 25 milhões de trabalhadoras entre 1976 e 2002. Ou seja, a taxa de atividade feminina aumentou de 28% em 1976 para cerca de 40% em 1990 e, em 2002 correspondeu a 50%<sup>8</sup>. No Brasil, a responsabilidade pelo trabalho doméstico e criação dos filhos têm sido atribuída prioritariamente às mulheres. Assim, a queda da fecundidade representou uma menor carga de trabalho doméstico para as mulheres facilitando a inserção no mercado de trabalho.

Também houve uma maior expansão do sistema de ensino e acesso das mulheres às universidades no Brasil. Assim como em muitos outros países, a escolaridade está negativamente correlacionada com o nível de fecundidade<sup>2-5</sup>.

Portanto, parece provável que a maior participação da mulher na vida pública levou a ampliação de oportunidades e de projetos de vida que determinaram percepção de vida para as mulheres para além da maternidade.

Faria<sup>3</sup> ressalta que todas essas mudanças, ainda que importantes, não seriam suficientes para explicar a expressiva queda de fecundidade ocorrida no Brasil, e aponta algumas políticas governamentais não intencionais que teriam desempenhado um papel importante nesse processo, a dizer: a expansão dos modernos sistemas de comunicação difundindo um padrão cultural de família pequena; a política de crédito ao consumidor integrando a família ao mercado de bens e serviços, propiciando assim uma demanda por regulação da fecundidade; a cobertura previdenciária que deslocou do âmbito familiar para o estatal a responsabilidade com os idosos. Por último, destaca a importância da expansão dos serviços de saúde que fez com que a população tivesse contato com a cultura médica, diminuindo os custos psicológicos das intervenções médicas propiciando o aumento na utilização de métodos anticoncepcionais, principalmente a esterilização.

Em essência, o significativo declínio da fecundidade no Brasil era uma demanda legítima da sociedade civil em resposta a uma nova realidade social, econômica e cultural. Entretanto esta mudança significativa no comportamento reprodutivo das mulheres brasileiras ocorreu sem uma política pública efetiva de planejamento familiar<sup>2,3</sup>.

## **2. Direitos Reprodutivos no Brasil**

A transição da fecundidade no Brasil aconteceu sem que o país tivesse uma política populacional controlista. Porém no período de 1964 a 1974 identificam-se alguns setores antinatalistas em oposição à postura pró-natalista oficial do governo militar brasileiro<sup>6</sup>.

A postura antinatalista era defendida por determinados setores militares, grupos de médicos e da burguesia brasileira com interesses alinhados com o governo norte-americano<sup>6</sup>.

A postura natalista difundiu-se entre outros grupos de militares, que defendiam a necessidade de povoar os espaços vazios devido à baixa densidade demográfica brasileira. Estava presente na Igreja Católica, por razões de ordem moral e doutrinária e também em setores de esquerda, que percebiam no discurso antinatalista uma manifestação imperialista, antinacionalista e capitalista<sup>6</sup>.

Para Fonseca<sup>6</sup> nenhum destes blocos teve poder suficiente para impor sua opinião. Porém, a fragilidade política no âmbito da saúde reprodutiva no Brasil favoreceu a ação de agentes privados no controle da natalidade. Entre eles, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM) e o Centro de Pesquisa e Assistência Integrada à Mulher e à Criança (CPAIMEC) tiveram o maior destaque<sup>6,7</sup>.

A BEMFAM, fundada em 1965 e o CPAIMEC, criado em 1974, tinham suas atividades financiadas, em grande parte, pela Federação Internacional de Planejamentos Familiar (IPPF), que por sua vez era financiada pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID)<sup>6,7,9</sup>.

Os programas destas instituições consistiam basicamente na distribuição maciça de métodos contraceptivos e da prática de esterilização cirúrgica. Essas instituições atuaram fortemente no treinamento de profissionais vinculados ao ensino da medicina, da enfermagem e de outras áreas afins, além de subsidiar serviços médicos, doando equipamentos e financiando a realização de esterilização cirúrgica por laparoscopia<sup>7,9,10</sup>.

O medo da explosão demográfica e de uma revolução comunista, o interesse das indústrias farmacêuticas e de equipamentos, assim como dos eugenistas e racistas despontam como os principais fatores explicativos do investimento econômico dos países desenvolvidos e de entidades privadas no controle da natalidade<sup>7,10,11</sup>.

Foi somente na década de setenta, na I Conferência Mundial sobre População, realizada em Bucareste, em 1974, que o Brasil assumiu oficialmente uma postura em relação à política populacional, advogando que os casais tinham o direito de determinar livremente o número de filhos que gostariam de ter<sup>6,7,10</sup>.

Neste contexto, vários programas voltados à saúde da mulher foram implementados, porém sem sucesso em razão de suas limitações. No Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI), criado em 1975, o atendimento estava restrito ao ciclo gravídico-puerperal, enquanto o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco (PPGAR) e o Programa Nacional de “Paternidade Responsável” foram pautados em estratégia de intervenção que priorizava apenas grupos vulneráveis, provendo contracepção apenas para mulheres que apresentassem situações de risco biológico ou social para a gravidez<sup>7</sup>. A população em risco social era formada principalmente pelas mulheres

pobres e negras<sup>7</sup>. Portanto, até o final da década de 70, não havia no Brasil uma política de saúde pública com ações destinadas, de fato, ao planejamento familiar.

Na II Conferência Mundial sobre População, realizada na cidade do México em 1984, o governo brasileiro assumiu o compromisso de fornecer meios de informação às famílias para que estas planejassem livremente o tamanho de sua prole, sendo todo esse processo incorporado nas atividades de assistência integral à saúde da mulher<sup>4,7,10</sup>.

O Ministério da Saúde criou em 1983 e divulgou oficialmente em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com uma postura defendida pelo Brasil na Conferência Mundial de População de Bucareste, destacando que ao Estado caberia proporcionar meio e informação para que todos os brasileiros pudessem planejar suas famílias<sup>6,7,12</sup>. Na realidade constituiu um marco histórico na medida em que foi pioneiro no cenário mundial, tendo como proposta a definição de saúde reprodutiva que seria adotada na III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo (CIPD), em 1994<sup>12</sup>.

Destaca-se neste processo o movimento de mulheres que a partir dos anos setenta cresce no Brasil, permitindo o surgimento de um novo discurso baseado nos princípios do direito à saúde e na autonomia das mulheres e dos casais na definição do tamanho de sua prole<sup>6,10</sup>. Este princípio, amplamente discutido pela sociedade civil, foi respaldado pelo processo avançado da Reforma Sanitária Brasileira, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que foi garantido pela Constituição Brasileira de 1988.

O livre arbítrio ao planejamento familiar está garantido, portanto, na Constituição Brasileira de 1988 (artigo 226, parágrafo 7º: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”) e a regulamentação deste direito constitucional se deu pela lei do planejamento familiar (lei nº 9.263/96 )<sup>13</sup>.

Estes instrumentos legais e institucionais têm consonância com os direitos enunciados nos tratados internacionais. Entre eles, a Convenção sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher de 1979, a Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993, a Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo de 1994, a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher de 1994 e a Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim de 1995<sup>13</sup>.

É importante salientar que foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, em 1994, que o planejamento familiar, *stricto sensu*, perdeu o valor e consagrou os direitos reprodutivos.

*“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem*

*informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis. (...) Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos, bem como de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva” (p. 57-58)<sup>14</sup>.*

### **3. Comportamento Reprodutivo**

O principal determinante do declínio da fecundidade no Brasil foi o uso de métodos contraceptivos. O aborto induzido também cumpriu um papel relevante neste aspecto, sua influência sobre a fecundidade é direta<sup>2,3</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996 (PNDS – 1996)<sup>15</sup> aponta que 77% das mulheres unidas (mulheres que se declararam como vivendo numa união estável, seja formal ou informal) faziam uso de algum método contraceptivo, sendo 63% para limitar e 14% para espaçar os nascimentos. Estas taxas de prevalência de uso de anticoncepcionais são similares as de países desenvolvidos. Contudo, observamos que o uso de contraceptivos se limita a dois métodos anticoncepcionais: ligadura tubária e pílula. A esterilização feminina representa 52,3% de todos os métodos contraceptivos utilizados entre as mulheres unidas, seguida pela pílula anticoncepcional que corresponde a 27,0%<sup>15</sup>. A esterilização masculina, por outro lado, é menos comumente praticada (3,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (3,9%) e o coito interrompido (4,0%)<sup>15</sup>.



Levando em consideração este quadro, é importante salientar que a alta prevalência no uso da pílula em relação aos demais métodos reversíveis se deve ao seu baixo custo e ao acesso facilitado para a compra nas farmácias em todas as regiões do país, sem necessidade de prescrição médica. Dados Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF) de 1986 e da PNDS de 1996 mostram que em torno de 90% das usuárias da pílula haviam-na comprado em farmácias<sup>15,16</sup>.

Um outro aspecto relevante a ser abordado é o fato da esterilização feminina ter sido amplamente praticada no Brasil apesar de ser proibida pelo código penal até 1997, quando então a esterilização voluntária feminina e masculina foi regulamentada pela Portaria N°. 144 do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei N° 9263, de 1996<sup>17</sup>.

A PNDS de 1996<sup>15</sup> aponta ainda que 71% das esterilizações foram realizadas em hospitais da rede pública, a despeito de sua ilegalidade. Esta mesma pesquisa indica que 60% de todas as esterilizações realizadas nos cinco anos anteriores à pesquisa foram feitas durante uma cesariana por ocasião do nascimento do último filho.

O vínculo entre a operação cesariana e a laqueadura tubária pode ser visto através de diversos fatores. Em primeiro lugar houve um aumento vertiginoso das cesarianas no Brasil devido a diversas razões entre as quais se destacam a remuneração do sistema de saúde, que costumava pagar um maior valor para os partos cesáreos, e a maior praticidade da realização da cesariana pelos médicos, que podiam ter um controle maior do seu tempo, além de receber pagamento extra pela realização da esterilização<sup>18</sup>.

Com o aumento da taxa de cesárea criou-se uma forma segura de se evadir às leis restritivas e de se realizar a esterilização nas mulheres que tivessem atingido o tamanho ideal de família, tendo em vista que depois de duas cesarianas uma mulher tornava-se eletiva para a esterilização, baseada em critérios médicos.

Mais recentemente, Caetano e Potter<sup>19</sup> verificaram a associação de laqueadura tubária com o “clientelismo político”, já apontado por diversos autores anteriormente<sup>18,20</sup>. Essas esterilizações são realizadas após o comprometimento do voto da paciente ao político financiador de sua esterilização cirúrgica<sup>19</sup>

Segundo Berquó<sup>21</sup> a alta prevalência de esterilização feminina conjuga fatores socioeconômicos ao difícil acesso aos métodos contraceptivos, devido à ausência completa de serviços públicos em planejamento familiar. A intenção reprodutiva, no sentido de reduzir o número de filhos, associada à dificuldade na aquisição de métodos contraceptivos faz com que as mulheres optem por um método irreversível para não correrem o risco de uma gravidez indesejada ou um aborto provocado.

Por outro lado, apesar da grande maioria das mulheres casadas utilizarem algum método contraceptivo, mesmo que restrito à pílula e esterilização, ainda há um percentual significativo de gravidezes não desejadas. Segundo a PNDS (1996) aproximadamente 50% dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos anteriores à data da pesquisa não foram planejados<sup>15</sup>.

Acrescente-se a isso os abortos provocados devido à gravidez indesejada. Apesar de não haver estatísticas oficiais sobre as práticas abortivas, estima-se que a taxa seja de 3,7 por

100 mulheres em idade fértil<sup>22</sup>. Ademais, constata-se que milhares de mulheres brasileiras morrem por causa do aborto<sup>23</sup>.

Há também a existência de um contingente razoável de mulheres que não querem mais ter filhos ou querem tê-los mais tarde, que não estão usando métodos anticoncepcionais e, desta forma, estão em risco de uma gravidez indesejada. Na literatura, essas mulheres têm sido classificadas como tendo uma necessidade insatisfeita por anticoncepção e segundo a PNDS realizada em 1996 no Brasil, 7,3% das mulheres unidas tem necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais, sendo que 4,7% para limitar e 2,6% para espaçar<sup>15</sup>. Esta mesma pesquisa aponta que aproximadamente 41% das mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais interrompem seu uso nos primeiros 12 meses<sup>15</sup>. A descontinuação do uso do método contraceptivo sem mudança para outro método torna esta mulher vulnerável à gravidez indesejada.

A idéia de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais surgiu basicamente na década de sessenta, quando dados das pesquisas do conhecimento contraceptivo, atitudes, e as práticas (*"knowledge, attitudes, and practices"* – KAP) mostraram uma lacuna entre intenções reprodutivas de algumas mulheres e seu comportamento contraceptivo (*"KAP-gap"*)<sup>24</sup>.

Este noção ganhou importância conceitual durante os anos 70, tendo como base os dados das primeiras Pesquisas Mundiais de Fecundidade (*World Fertility Surveys-WFS*), onde o foco de interesse concentrava-se na preferência da fecundidade e o uso de contraceptivo. Nas décadas subsequentes, a abordagem do conceito necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos recebeu diversas modificações, procurando-se

levar em conta a exposição ao risco de engravidar, ou seja, classificando as mulheres em fecundas e infecundas<sup>25,26</sup>.

Nas Pesquisas sobre Prevalência de Contracepção (*Contraceptive Prevalence Survey – CPS*), conduzidas entre os anos de 1970 e 1984, perguntas sobre o interesse das mulheres casadas em espaçar o nascimento foram contempladas. Assim tornou-se possível calcular a necessidade insatisfeita por anticoncepção para espaçar e para limitar nascimento, possibilitando distinguir o interesse potencial em métodos provisórios daqueles permanentes ou de longo prazo que são de maior interesse quando temos necessidade de limitar nascimentos<sup>27-29</sup>.

No Programa de Pesquisa Demografia e de Saúde - DHS (*Demographic and Health Survey*), conduzido na década de 80 nos países em desenvolvimento, houve um refinamento dos dados que possibilitou classificar as mulheres grávidas e amenorréicas em função de três critérios: se a gravidez foi planejada (necessidade satisfeita), se a gravidez não foi desejada naquele momento (necessidade para espaçar) e se a mulher não desejava nenhum outro filho adicional (necessidade para limitar). Houve também a inclusão da informação a respeito se a gravidez ocorreu por falha no uso do método anticoncepcional<sup>25</sup>.

Segundo estudos em saúde reprodutiva a necessidade insatisfeita por método contraceptivo tem recebido destaque por abordar conjuntamente preferência da fecundidade e comportamento reprodutivo. O conceito traduz à dificuldade das mulheres em fazer uso de métodos contraceptivos, embora paradoxalmente expressem o desejo de adiar ou evitar um futuro nascimento.

O conceito de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais tem sofrido uma série de modificações ao longo do tempo, sendo que o mais utilizado foi o proposto por Westoff e Ochoa<sup>30</sup>. De acordo com os autores, considera-se necessidade insatisfeita de anticoncepção o conjunto de mulheres casadas ou unidas, não usuárias de métodos anticoncepcionais, férteis e desejosas de espaçar ou limitar nascimentos, bem como as grávidas ou amenorréicas que não tenham planejado a sua atual ou última gravidez e não estavam usando nenhum método quando engravidaram.

O conceito de necessidade insatisfeita aplica-se apenas às mulheres unidas e não diferencia os métodos segundo a sua eficácia. Dixon & Germain<sup>31</sup> afirmam que este conceito tem diversas limitações: não inclui mulheres e homens solteiros, em atividade sexual; não leva em conta a eficácia dos métodos nem a adequação do uso; e não considera o aborto induzido.

Apesar da necessidade de ampliação deste conceito, ele incorpora não só o desejo expresso de uma mulher em regular sua fecundidade como também ilustra a qualidade dos serviços de planejamento. A existência de necessidade insatisfeita para método contraceptivo indica a deficiência no acesso a serviços de qualidade de planejamento familiar<sup>28</sup>

As causas de necessidade insatisfeita de anticoncepção são complexas. Por exemplo, muitas mulheres não utilizam métodos contraceptivos por medo dos efeitos secundários, outras devido à oposição do marido ou da família; por vezes são devido a questões religiosas<sup>32</sup>. E ainda algumas mulheres têm sentimentos ambivalentes no desejo de ter ou não outra gravidez<sup>32</sup>.

A necessidade insatisfeita para método contraceptivo denota a deficiência de acesso a serviços de planejamento familiar que contemplem não só a aquisição dos diversos métodos, mas também um espaço que permita reflexões, com preservação da privacidade, escuta dos desejos e competência técnica. Além disso, é de fundamental importância o acesso às informações completas e fidedignas a respeito de todos os métodos contraceptivos e seus possíveis efeitos colaterais para que a opção seja feita de forma consciente e responsável<sup>29</sup>.

Neste sentido, a III Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento recomenda que todos os países devem identificar e remover as principais barreiras que ainda persistem para o uso efetivo dos serviços de planejamento familiar. Em 1999, na ocasião da revisão do 5º ano desta Conferência, os governos estabeleceram uma meta de erradicação da necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos até 2015<sup>32</sup>.

O Brasil apresenta uma necessidade insatisfeita considerada baixa em relação aos países em desenvolvimento<sup>32</sup>, porém o reduzido leque de métodos contraceptivos descritos no capítulo anterior, somado à discrepância ainda existente entre preferência e comportamento reprodutivo violam o princípio básico do conceito de saúde reprodutiva.

Isto diz respeito ao direito humano de autonomia, liberdade de escolha e direito a saúde. Estes direitos objetivam garantir que a reprodução seja exercida com liberdade, permitindo-se a mulheres e homens que desfrutem de uma sexualidade saudável, responsável e segura.

Fica patente, diante dos itens listados, que não há como abordar políticas que qualifiquem os serviços de planejamento familiar sem levar em conta o estudo do mix contraceptivo, e de necessidade insatisfeita por contracepção, uma vez que a demanda total por anticoncepção agrega as mulheres usuárias de método e as mulheres com necessidade insatisfeita por anticoncepção<sup>15</sup>.

O Planejamento Familiar no Brasil está embasado em marcos legais e em legislações específicas referentes aos direitos reprodutivos como descrevemos. Porém existe uma lacuna entre a teoria e a prática.

Segundo Osis<sup>12</sup> houve um descompasso entre as bases teóricas do PAISM e as ações práticas. Poucos serviços de planejamento familiar foram implementados para proporcionar um atendimento de fácil acesso, com informação, disponibilidade e oferta de diferentes métodos contraceptivos e com um atendimento universal à população brasileira de modo a criar uma demanda diversificada e democratizada de métodos contraceptivos.

Na prática, os direitos reprodutivos estão longe de serem concretizados devido à insuficiência e irregularidade na oferta de métodos anticoncepcionais. Além do que trabalhos educativos realizados pelos serviços ficam muito aquém das demandas da população<sup>17</sup>.

## Referências

1. IBGE - Censo Demográfico 2000 Nupcialidade e Fecundidade. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
2. Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development Review* 1996; 22: 47-75.
3. Faria VE. Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje* 1989; p.62–99.
4. Silva SMV. Inovações nas Políticas Populacionais: o Planejamento Familiar no Brasil. In: II Coloquio Internacional de Geocrítica; 2000 mayo 24- 26; Barcelona (Sp) Catalonia: Universidade de Barcelona; 2000. 69 (25) Disponível em: URL: <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm>
5. Paiva PTA. O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil. In: MIIRÓ C. *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. São Paulo: CLACSO; 1985.
6. Fonseca SD. *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos; 1991.
7. Costa AM. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil [dissertação de doutorado]*. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.
8. Bruschini C, lombard MR, Mercado C, Bichoichi M. Mulheres no mercado de trabalho: grandes números. In: *Trabalho Feminino: séries históricas*; 2004. São Paulo. Fundação Carlos Chagas. Disponível em: URL: <http://www.fcc.org.br>



9. Berquó E. Sobre a Política de Planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População* 1987; 4: 95-103.
10. Jannotti BC. Reflexividade, Sexualidade e Reprodução: Processos Políticos no Brasil e Chile [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ; 2002.
11. Ávila MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas* 1993; 1: 382-393.
12. Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14: 25-32.
13. Alves JED. Demografia, democracia e direitos humanos. Texto para Discussão, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, n. 18; 2005. Disponível em <http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussão/textodiscussao.html>
14. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. In: Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento; 1994; Cairo, Egito [Brasília]: FUNUAP; [199-]. p 57-71.
15. Badiani R, Ferreira I, Ochoa L, Patarra N, Womg L, Camarano A, et al, Brasil: Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM-DHS; 1997.
16. Arruda MJ, Ferreira IQ, Soares M, Ferraz EA, Andrade LT, Browne IRM, et al, Brasil. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar Brasil 1986. BEMFAM.-DHS-IBGE-UNICEF-FUNAP-AID-INAN; 1986.

17. Berquó Elza, Cavenaghi Suzana. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. Caderno de Saúde Pública 2003; 19(S2): 441-453.
18. Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. Revista Ginecologia e Obstetrícia 1993; 4(2): 70-76.
19. Caetano AJ; Potter J. Politics and Female Sterilization in the Brazilian Northeast. Population and Development Review 2004; 30(1): 79-108.
20. Vieira EM. A Esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. Revista de Saúde Pública 1994; 28(6): 440-448.
21. Berquó E. Esterilização e raça em São Paulo. Revista Brasileira de Estudos de População 1994; 11(1):19-26.
22. Alan Guttmacher Institute(US). Aborto clandestino: uma realidade latinoamericana. New York: The Institute; 1994. Disponível em: URL <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2300497.html>
23. Martins AL. Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis. Rede Nacional Feminista de Saúde, 2005. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html>
24. Casterline JB, Sinding S. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. Population and Development Review 2000; 26(4):691–723.

25. Westoff CF. The potencial demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 1988; 14(2): 45-53.
26. Westoff CF, Pebley AR. Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 1981; 7(4):126–136.
27. Calle M. Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia [Tese de doutorado]. Minas Gerais: Faculdade de Ciência Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
28. Nortman DL. Measuring the unmet need for contraception to space and limit births. *International Family Planning Perspectives* 1982; 8(4): 125-134.
29. Robey B, Ross J, and Bhushan I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, 1996 ; 43: 1-35.
30. Westoff CF, Ochoa LH. Unmet need and the demand for family planning. In: *Demographic and Health Surveys Comparatives Studies*. No. 5; Columbia (USA). Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.; 1991.
31. Dixon MR., Germain A. Stalking the elusive unmet need for family planning. *Studies in Family Planning*. 1992; 23(5):330-335.
32. Ashford L. Unmet need for family planning: Recent trends and their implications for programs. *PRB. Unmet Need for Family Planning* 2003; 1-8.  
Disponível em: URL: <http://www.phishare.org/documents/PRB/214/email>

## **II. Objetivos**

Objetivo geral desta dissertação é analisar a demanda total por métodos anticoncepcionais, avaliando os componentes de uso de métodos anticoncepcionais e de necessidade insatisfeita por tais métodos. Espera-se com esta análise oferecer subsídios que facilitem a implantação de políticas públicas que assegurem os direitos reprodutivos das mulheres, no contexto da nova regulamentação do planejamento familiar.

A dissertação é apresentada na forma de artigos. O primeiro artigo trata do primeiro componente da demanda total de métodos anticoncepcionais, identificando-se os fatores associados com uso e escolha desses métodos. O segundo artigo analisa os fatores associados com a necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais são avaliados.

## **III. Fonte de dados**

A fonte de dados utilizada nesse estudo é proveniente da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS) realizada no Brasil em 1996 pela Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM) com apoio técnico do Macro International, Inc.. Essa pesquisa faz do Programa “Demographic and Health Survey” que vem coletando informações padronizadas de demografia e saúde em vários países em desenvolvimento desde 1984.

A PNDS-1996 foi realizada com o objetivo de coletar informações sobre níveis de fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança,

conhecimento e atitudes relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, além de dados que permitam uma caracterização sócio-demográfica da população.

Foram coletadas informações de 12612 mulheres em idades reprodutivas das quais 60% estavam casadas/unidas no momento da entrevista. Dado a dificuldade de identificar as mulheres solteiras expostas ao risco de engravidar, nas duas análises desenvolvidas nesta dissertação estas mulheres foram excluídas.

## **IV. Resultados (Artigos)**

*1º Artigo*

**Fatores Associados ao Uso de Métodos Contraceptivos no  
Brasil**

## **Resumo**

Neste estudo, informações da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada no Brasil em 1996, são utilizadas para identificar os fatores sociais e demográficos associados ao uso do método contraceptivo no Brasil, dando ênfase à esterilização feminina devido a sua alta prevalência. Assume-se que o processo de tomada de decisão sobre a adoção de um método reversível é diferente da de um método irreversível e, desta forma, as análises desenvolvem-se separadamente. A análise de uso de métodos reversíveis é realizada em duas etapas. Na primeira, o interesse se volta para a decisão de usar ou não um método. Na segunda, consideram-se apenas as usuárias e identificam-se os fatores associados com a escolha dos métodos reversíveis (hormonais, DIU, Condom e métodos tradicionais). Quanto ao método irreversível são identificados os fatores associados com a esterilização são identificados. A estrutura hierárquica dos dados foi levada em conta por meio da utilização de modelos hierárquicos com três níveis: mulher, setor censitário e município. O nível de desenvolvimento do município medido pelo IDH, assim como o número de médicos por mil habitantes foram incluídas como variáveis contextuais. Dado que no Brasil há uma distribuição assimétrica no uso de métodos contraceptivos, com forte concentração na pílula e esterilização cirúrgica, o trabalho aponta para a necessidade de adequação e universalização dos serviços de planejamento familiar com vistas a um atendimento integral à saúde da mulher.

**Palavras-chaves:** Planejamento familiar; Métodos contraceptivos; Esterilização; Brasil.



## **Abstract**

In this study, information from the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) carried out in Brazil in 1996 are used to identify social-demographic factors associated with the use of contraceptive methods, emphasizing the female sterilization as it is the most prevalent method in the country. It is assumed that the decision-making process of choosing a reversible method is different of that of an irreversible one, so the analyses are developed separately. The reversible method analysis is performed in two steps. In the first, we focus on the decision about using or not a contraceptive method. In the second stage, only the users are considered and we identify the factors associated with the choice of reversible methods (hormonal, DIU, Condom and usual methods). In the case of the irreversible method, the associated factors with the sterilization are identified. The hierarchical data structure has been taken into account by using hierarchical models with three levels: woman, cluster and municipality. The municipality level of development, evaluated by its Index of Human Development (IDH) as well as the number of doctors per thousand inhabitants are included as contextual variables. Since there is an asymmetric distribution of the contraceptive methods being used in Brazil, with strong concentration of the pill and surgical sterilization, this study points out to the need for adequate and universal family planning programs, aiming to assure full support to women health.

**Keywords:** Family Planning; Contraceptive Methods; Sterilization; Brazil.

## **FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO BRASIL**

### **Introdução**

O expressivo aumento na adoção de procedimentos contraceptivos no Brasil resultou em um forte declínio da taxa de fecundidade total<sup>1</sup>, que no fim da década de 1960 encontrava-se em torno de 6,0 filhos e, mais recentemente, atingiu um patamar bem próximo do nível de reposição, ou seja, de 2,2 em 2001<sup>2</sup>.

Vários estudos procuram explicar as multifacetadas motivações que redundaram num vigoroso desejo pela redução do número de filhos e o conseqüente aumento na demanda por métodos contraceptivos eficazes<sup>1,3-5</sup>. Merrick e Berquó<sup>3</sup> ressaltam os efeitos da crescente urbanização e industrialização, da inserção da mulher no mercado de trabalho e, principalmente, da maior escolarização feminina no declínio da fecundidade no Brasil. A proletarização da força de trabalho rural também tem sido apontada como um agente importante no referido processo<sup>4</sup>.

Faria<sup>5</sup> reconhece a importância desses fatores, mas argumenta que eles não são suficientes para explicar a velocidade com que a fecundidade declinou no Brasil. O autor ressalta um conjunto de políticas governamentais desenvolvidas a partir de 1964, que embora não necessariamente conseqüências intencionais, tiveram forte impacto na queda da fecundidade, destacando-se a expansão dos serviços de telecomunicação com grande impacto na comunicação de massa, difundindo um padrão cultural de família pequena, principalmente por meio das telenovelas, e a expansão dos serviços de saúde

que ampliou o acesso da população à cultura médica, aumentando assim a confiança da população nas intervenções cirúrgicas e farmacêuticas e, por conseqüência, reduzindo os custos psicológicos da regulação da fecundidade.

Apesar da elevada prevalência de métodos contraceptivos no Brasil, esta se limita a praticamente dois únicos métodos: a esterilização feminina e a pílula. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 (PNDS – 1996)<sup>6</sup>, 77% das mulheres unidas, em idade reprodutiva, faziam uso de algum método contraceptivo, sendo que a esterilização feminina representava 40%, seguida pela pílula anticoncepcional que correspondia a 21%<sup>6</sup>. Em suma, a esterilização e pílula respondem por aproximadamente 80% da prevalência de métodos contraceptivos. Cabe ressaltar que a despeito da existência de uma cultura de esterilização no país, a sua realização só foi regulamentada em 1997. Tal fato, no entanto, não impediu a sua realização nos hospitais públicos, já que grande parte das esterilizações foi realizada juntamente com partos cesáreos<sup>1,3-7</sup>. De acordo com a PNDS - 1996<sup>6</sup>, 74% das esterilizações foram realizadas por ocasião do parto. Destas, quatro de cada cinco foram realizadas por ocasião da cesariana. Estas ocorreram com maior freqüência nas regiões mais desenvolvidas do país e em mulheres com mais anos de escolaridade.

As esterilizações não relacionadas com o parto cesáreo foram muitas vezes registradas como outros procedimentos médicos<sup>8</sup> e ocorreram com maior freqüência entre as mulheres com menos anos de escolaridade e nas regiões menos desenvolvidas<sup>6,8</sup>.

Outras pesquisas sugerem também a associação entre laqueadura tubária e “clientelismo político”, na medida em que este procedimento cirúrgico é oferecido à população por políticos<sup>8-11</sup>.

A elevada prevalência do uso da pílula em relação aos demais métodos reversíveis se deve em grande parte aos baixos custos, e ao facilitado acesso para a compra nas farmácias em todas as regiões do país. Aproximadamente 90% das usuárias da pílula haviam-na comprado em farmácias<sup>6</sup>, sem orientação médica e desprezando critérios de inocuidade. O uso quase exclusivo de dois métodos contraceptivos pode estar associado à ausência de serviços de qualidade em planejamento familiar.

O Brasil é um dos países latino-americanos de maior prevalência contraceptiva<sup>12</sup>. Possui um Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que contempla os direitos reprodutivos desde 1983 e que foram garantidos pela Constituição Brasileira de 1988 e pela lei do planejamento familiar de 1996<sup>13-15</sup>. Contudo, o planejamento familiar no Brasil é uma área ainda incipiente, seja por domínio precário de informações por parte dos usuários, por falta de provisão de recursos públicos ou pelo dificultado acesso a serviços de planejamento familiar<sup>15,16</sup>.

Ressalta-se ainda, que a opção pelo método contraceptivo perpassa também pelas condições sociais nas quais as mulheres estão inseridas, o que clama pela remoção das principais fontes de restrição ao acesso, como a pobreza, educação inadequada e a desigualdade na relação de gênero.

O objetivo deste trabalho é conhecer os fatores sociais e demográficos associados ao uso do método contraceptivo no Brasil, dando ênfase à esterilização feminina devido a sua alta prevalência. Acredita-se que o conhecimento dessas características pode oferecer subsídios que facilitem a implantação adequada de programas de planejamento familiar, que levem em conta o conceito de direitos reprodutivos conforme preconizado na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, em 1994.

## **Material e Métodos**

### **Fonte de dados**

A fonte de dados utilizada neste estudo é proveniente da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS), realizada no Brasil em 1996, pela Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM) com apoio técnico do Macro International, Inc , como parte do Programa “Demographic and Health Survey” (DHS).

A PNDS-1996 disponibiliza informações sobre níveis de fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança, conhecimento e atitudes relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, além de dados que permitem uma caracterização sócio-demográfica da população. A amostra final é composta por 12612 mulheres de 15 a 49 anos.

## Metodologia

Neste estudo, assume-se que o processo de escolha dos métodos reversíveis é diferente da dos métodos irreversíveis e, portanto, as análises são desenvolvidas separadamente<sup>17-19</sup>. A análise dos métodos reversíveis é feita em duas etapas. Na primeira, analisam-se os fatores associados com a decisão de usar um método anticoncepcional e na segunda, focaliza-se na identificação de fatores associados com a escolha dos métodos, considerando-se apenas as usuárias.

A análise de uso de métodos anticoncepcionais reversíveis baseia-se no universo de 2819 mulheres casadas e fecundas, de 15 a 49 anos, que não estavam grávidas nem amenorréicas no momento da entrevista. Na medida em que as decisões individuais devem ser influenciadas pelo contexto no qual a mulher está inserida, um modelo logístico hierárquico com três níveis (município, setor censitário e mulher) é empregado e sua formulação é expressa da seguinte forma:

$$\ln\left(\frac{\pi_{ijk}}{1-\pi_{ijk}}\right) = \beta'x_{ijk} + \gamma'z_k + u_{jk} + u_k$$

onde  $\ln\left(\frac{\pi_{ijk}}{1-\pi_{ijk}}\right)$  representa o logaritmo neperiano da chance da mulher  $i$ , residente no setor censitário  $j$ , do município  $k$  usar um método anticoncepcional reversível;  $x_{ijk}$  é o vetor de covariáveis individuais incluídas no modelo e  $\beta$  o vetor de parâmetros associado com  $x_{ijk}$ ;  $z_k$  é o vetor de covariáveis referentes ao município e  $\gamma$  é o vetor de parâmetros associado com essas covariáveis. Os parâmetros aleatórios  $u_{jk}$  e  $u_k$

representam os fatores não observáveis operando respectivamente nos níveis dos setores censitários e municípios. Assume-se que esses parâmetros aleatórios são normalmente distribuídos com média zero e variância  $\sigma_{jk}^2$  e  $\sigma_k^2$  respectivamente. O setor censitário captura o ambiente no qual a mulher reside, refletindo assim não só a cultura local, mas também o acesso aos serviços oferecidos nesse ambiente imediato. Por outro lado, o município reflete um ambiente mais amplo de serviços, tal como investimentos na área de saúde ou nível de desenvolvimento que, até mesmo contrastando com o nível local, pode influenciar a decisão da mulher sobre usar ou não um método anticoncepcional reversível.

Na análise de escolha, somente as mulheres usuárias de métodos anticoncepcionais reversíveis foram consideradas. As usuárias de espermicidas foram excluídas devido ao pequeno número de casos e, desta forma, a variável resposta é composta por apenas quatro categorias: métodos hormonais (1454), dispositivo intra-uterino (76), condom (260) e métodos tradicionais (392). O modelo hierárquico multinomial utilizado nesta análise é expresso da seguinte forma:

$$\ln \left( \frac{\pi_{rijk}}{\pi_{4ijk}} \right) = \beta'_r x_{ijk} + \gamma'_r z_k + u_{rjk} + u_{rk} \quad r = 1, 2, 3$$

onde  $\pi_{rijk}$  é a probabilidade de uma mulher  $i$  no setor censitário  $j$  e município  $k$  escolher o método  $r$  e  $\pi_{4ijk}$  é a probabilidade de usar um método tradicional. O conjunto de covariáveis individuais  $x_{ijk}$  é o mesmo em cada equação e  $\beta_r$  é o vetor de parâmetros associado com essas variáveis na equação  $r$ . O vetor de variáveis municipais é

representado por  $z_k$  e o vetor com os parâmetros a ela associados em cada equação  $r$  é expresso por  $\gamma_r$ . Os efeitos aleatórios dos setores e municípios,  $u_{rjk}$  e  $u_{rk}$ , são assumidos ser normalmente distribuídos com média zero e variância  $\sigma_{rjk}^2$  e  $\sigma_{rk}^2$  respectivamente.

A análise da esterilização é realizada por meio da implementação do modelo de incidência em tempo discreto, no qual em cada um dos cinco anos completos anteriores a data da pesquisa (1991-95) observa-se se a mulher foi esterilizada ou não. Neste contexto, uma mulher pode contribuir com até cinco observações, dependendo não só da ocorrência, mas também do momento em que a esterilização é realizada. O modelo de incidência em tempo discreto pode ser facilmente implementado por meio de um modelo para variável resposta binária, aplicado à base de dados transformada, conforme ilustrado no Esquema 1. Sendo assim, se uma mulher foi esterilizada no terceiro ano do período de observação, isto é, em 1993, três observações são criadas e a variável resposta assume os valores 0 e 0 nos anos de 1991 e 1992, indicando a não ocorrência da esterilização, enquanto o valor 1 em 1993 indica que a esterilização foi realizada nesse ano. A segunda mulher foi esterilizada no ano de 1991 e apenas uma observação é criada. No último exemplo, ilustra-se o caso de uma mulher não esterilizada durante o período considerado, de modo que cinco observações são criadas com a variável resposta assumindo o valor zero em cada uma dessas observações.



Esquema 1: Visualização do arranjo dos dados conforme a aplicação do Modelo de Incidência em Tempo Discreto

| Mulher \ Ano | Ano  |      |      |      |      |
|--------------|------|------|------|------|------|
|              | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 |
| 1            | 0    | 0    | 1    |      |      |
| 2            | 1    |      |      |      |      |
| 3            | 0    | 0    | 0    | 0    | 0    |

Visto que este estudo focaliza as mulheres casadas, se, num dado ano, uma mulher não estava casada/unida, essa unidade de tempo não se constituiu em observação de análise. Mulheres sem filhos ou com idade inferior a 20 anos foram consideradas não expostas ao risco de serem esterilizadas e, portanto, todos os anos nos quais esse fato foi verificado foram também excluídos da análise. Ao final desse processo, a amostra analisada compõe-se de 16846 unidades de tempo. Segundo Allison<sup>20</sup>, a função de ligação complementar log-log é a mais adequada para o modelo incidência em tempo discreto que, ao incorporar a estrutura hierárquica, é expresso da seguinte forma:

$$\ln[-\ln(1-\pi_{ijk})] = \beta'x_{ijk} + \gamma'z_k + u_{jk} + u_k$$

onde  $\ln[-\ln(1-\pi_{ijk})]$  é a função de ligação complementar log-log, na qual  $\pi_{ijk}$  representa a probabilidade da  $i$ -ésima mulher residente no setor  $j$  e município  $k$  ser

esterilizada no tempo  $t$ . O conjunto de covariáveis incluído no modelo e seu vetor de parâmetros são representados por  $x_{tijk}$  e  $\beta$  respectivamente. Os parâmetros aleatórios  $u_{jk}$  e  $u_k$  são assumidos ser normalmente distribuídos com média zero e variância  $\sigma_{ijk}^2$  e  $\sigma_k^2$  respectivamente. Cabe ressaltar que neste modelo os parâmetros são interpretados em termos de *hazard ratio*<sup>20</sup>, que neste artigo é traduzido como razão de risco (RR).

Um conjunto de variáveis referentes às mulheres entrevistadas foi utilizado nas análises de uso e escolha de métodos reversíveis: região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), situação de residência (Rural e urbano), idade ( $\leq 19$ , 20-24, 25-29, 30-34 e 35+), número de filhos (0, 1, 2, 3 e 4+), educação (0-3, 4-8, 9-11 e 12+), religião (católica praticante, católica não-praticante e não católica), raça/cor (branca, parda e preta), mulher trabalha (sim e não), acesso à mídia (assiste ou não TV pelo menos uma vez por semana), deseja filhos adicionais (agora, mais tarde e não deseja mais filhos), fez exame ginecológico nos últimos 12 meses (sim, não). Duas variáveis contextuais no nível do município onde as mulheres residem foram incluídas na análise: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e número de médicos por mil habitantes. Na análise da esterilização a variável referente ao desejo de filhos adicionais foi excluída, pois na própria pesquisa assume-se que ao se decidirem pela esterilização, as mulheres não desejam ter mais filhos. Também foi excluída da análise a variável indicativa de realização de exame ginecológico nos últimos 12 meses, pois a maioria das esterilizações foi realizada antes do exame e, portanto, a associação seria espúria. As categorias das variáveis idade da mulher e número de filhos foram alteradas,

principalmente, pelo fato de terem sido excluídas da análise unidades de tempo nas quais as mulheres eram nulíparas ou adolescentes.

A seleção do modelo parcimonioso em cada análise foi feita inicialmente pela inclusão de todas as variáveis e identificação das estatisticamente significativas ao nível de 5%. Interações de segunda ordem com as variáveis estatisticamente significativas no estágio anterior foram testadas. As análises foram realizadas no software MlwiN<sup>21</sup>, específico para dados com estrutura hierárquica.

## **Resultados**

### **Análise do uso de métodos anticoncepcionais reversíveis**

A Tabela 1 apresenta os coeficientes e seus respectivos erros-padrão para o modelo hierárquico parcimonioso de uso de métodos anticoncepcionais reversíveis.

Considerando o Nordeste como a região de referência, apenas as regiões Sul e Sudeste foram estatisticamente significativas na análise de uso métodos contraceptivos reversíveis. A chance de uma mulher usar um método reversível na região Sudeste é 67% maior do que a de uma mulher da região Nordeste (RC: 1,67; 95% IC: 1,19-2,35). A chance aumenta significativamente entre mulheres residentes na região Sul (RC: 4,38; 95% IC: 2,77-6,91).

Somente a categoria formada por mulheres com 35 anos ou mais se mostrou estatisticamente significativa. Conforme pode ser visto, essas mulheres apresentam uma chance bem menor de usar métodos anticoncepcionais quando comparadas com

mulheres com menos de 20 anos (RC: 0,57; 95% IC: 0,36-0,92). Isto ocorre provavelmente não só pela escolha da esterilização, mas também pela redução da utilização de métodos contraceptivos, uma vez que as mulheres tendem a se achar com menor risco de gravidez com o avançar da idade.

Ter um filho aumenta significativamente à chance de uma mulher usar um método contraceptivo reversível. No entanto, não se verificou significância estatística para a categoria de mulheres com quatro ou mais filhos. Sabe-se que no Brasil quanto maior o grau de rendimento e instrução da mulher, menor o número de filho<sup>22</sup>. Portanto, este resultado pode evidenciar o acesso deficiente aos métodos contraceptivos reversíveis entre as mulheres com menores condições socioeconômicas.

Quanto maior o nível de escolaridade da mulher maior a sua chance de usar um método contraceptivo reversível. As mulheres com 4 a 8 anos de escolaridade apresentam 71% a mais de chance de usar um método reversível do que mulheres com menos de quatro anos de escolaridade (RC: 1,71; 95% IC: 1,32-2,21). A chance aumenta substancialmente entre mulheres com 9 a 11 anos e 12 anos ou mais de escolaridade, 2,58 e 3,82 respectivamente.

A realização do exame ginecológico assim como a exposição a mídia aumentam significativamente a chance de uma mulher usar um método contraceptivo reversível.

Em relação às mulheres que desejam espaçar o nascimento ou mesmo aquelas que não desejam mais filhos, a chance de uso de métodos contraceptivos reversíveis é cerca de

cinco vezes maior quando comparadas com aquelas que desejam um filho adicional agora.

A variável contextual referente ao número de médicos por mil habitantes no município parece não exercer qualquer efeito sobre o uso de métodos reversíveis no Brasil. Já o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aparece como uma variável estatisticamente significativa ao nível de 10% (p-valor=0,06). Variações de 0,1 no IDH resultam em 19% de aumento na chance de uso de um método contraceptivo reversível.

Os efeitos aleatórios no nível do setor e do município não foram estatisticamente significativos quando controlados pelas características individuais e municipais.

### **Análise de escolha de métodos anticoncepcionais**

A Tabela 2 apresenta os coeficientes do modelo hierárquico multinomial parcimonioso para três categorias de métodos reversíveis a saber, hormonais, dispositivo intra-uterino (DIU) e condom, em relação aos métodos tradicionais. Para facilitar a leitura dos parâmetros, os resultados estão apresentados em termo de probabilidades, calculadas para cada variável selecionada, mantendo as demais variáveis centradas no valor médio<sup>23</sup> (Tabela 3).

Como visto, os métodos hormonais são os métodos mais prevalentes em praticamente todas as categorias de variáveis analisadas. No outro extremo encontramos o DIU com as menores probabilidades de uso. Conforme esperado, a região Sul apresenta a maior probabilidade de escolha de métodos hormonais, enquanto a região Norte apresenta a menor probabilidade. Essa região, no entanto, apresenta probabilidade elevada de

escolha de métodos tradicionais. Embora as probabilidades sejam baixas, há um diferencial regional significativo em relação à escolha do preservativo masculino, com probabilidade mais alta na região Nordeste.

No que diz respeito à situação do domicílio, o resultado reflete o padrão esperado, de maior propensão à utilização de métodos tradicionais na área rural e maior probabilidade de escolha de métodos modernos na área urbana.

Mulheres com 35 anos ou mais são menos propensas a escolher os métodos hormonais e mais propensas a escolher os métodos tradicionais. Isto pode ser devido ao fato das mulheres mais velhas se acharem com menor risco de gravidez. Por outro lado, as adolescentes são mais propensas a escolher o condom e menos propensas a escolher os métodos tradicionais.

No tocante ao desejo de filhos adicionais, observamos que entre as usuárias de métodos reversíveis quanto maior a motivação para evitar nascimento maior a probabilidade de escolher métodos hormonais e, menor a probabilidade de escolher métodos tradicionais.

O exame ginecológico regular aumenta a probabilidade de escolha de todos os métodos modernos.

Os métodos hormonais se comportam de uma maneira semelhante independentemente do IDH dos municípios, o que pode ser explicado pelo seu acesso facilitado em todo o Brasil. O DIU e o preservativo masculino apresentam maior probabilidade de uso nos municípios de maior IDH e uma situação inversa ocorre em relação aos métodos

tradicionais. Isto reflete o maior acesso a diferentes métodos nos municípios com IDH mais elevado.

De maneira similar ao modelo de uso de métodos reversíveis, os efeitos aleatórios não se mostraram estatisticamente significativos na escolha dos métodos, quando controlados pelas variáveis individuais e pelo IDH dos municípios.

### **Análise de esterilização**

Os coeficientes dos parâmetros associados com as características individuais e municipais selecionadas, assim como seus respectivos erros-padrão, são apresentados na Tabela 4.

No que se refere às regiões, observa-se que o risco de uma mulher residente na região Sul ser esterilizada é 52% menor do que o de uma mulher residente na região Nordeste (RR: 0,48; IC 95%: 0,36-0,64). O risco também é menor (33%) entre as residentes da região Sudeste quando comparadas com as residentes da região Nordeste (RR: 0,67; IC 95%: 0,53-0,84). Por outro lado, mulheres da região Centro-Oeste apresentam uma chance bastante elevada de serem esterilizadas (RR: 1,48; IC 95%: 1,11-1,97).

Mulheres residentes em áreas urbanas são mais propensas a optarem pela esterilização do que mulheres residentes em áreas rurais (RR: 1,31; IC 95%: 1,08-1,60).

Não se observou diferença significativa no risco de esterilização de uma mulher na faixa etária 25-29 anos comparada à de uma mulher com 20-24 anos. O risco declina substancialmente após os 30 anos. Outros estudos têm mostrado que o risco de

esterilização aumenta substancialmente com a idade das mulheres, pois não se leva em conta o momento da realização da esterilização, viés esse eliminado nesta análise pela implementação do modelo de incidência em tempo discreto.

O número de filhos vivos aparece como um forte preditor da adoção da esterilização como método contraceptivo. Mulheres com um filho são bem menos propensas a serem esterilizadas do que mulheres com dois filhos (RR: 0,06; IC 95%: 0,05-0,10). O risco aumenta substancialmente após o segundo filho.

O risco de uma mulher ser esterilizada aumenta monotonicamente com o seu nível educacional. O risco de esterilização é 50% para as mulheres com 4 a 8 anos de escolaridade quando comparadas com aquelas com menos de quatro anos de escolaridade (RR: 1,50; IC 95%: 1,26-1,78). Entre as mulheres com 9-11 e 12 e mais anos de escolaridade o aumento no risco foi de respectivamente 101% (RR: 2,01; IC 95%: 1,62-2,51) e 187% (RR: 2,87; IC 95%: 2,03-4,05).

O modelo de incidência em tempo discreto permitiu que o efeito dos anos eleitorais sobre a escolha da esterilização fosse mensurado. O parâmetro foi *borderline* significativo (valor-p = 0,054) e o risco de uma mulher ser esterilizada em anos eleitorais é 13,5% maior do que em anos não eleitorais.

Tanto o efeito aleatório em nível do setor quanto aquele em nível do município foram estatisticamente significativos ao nível de 5%. Dado que estes efeitos são normalmente distribuídos, uma mulher residente em um setor censitário ou um município situado a



um desvio-padrão acima da média tem a sua propensão de ser esterilizada aumentada em 46% ( $e^{\sqrt{0,145}} = 1,46$ ) e 50% ( $e^{\sqrt{0,167}} = 1,50$ ) respectivamente.

## **Discussão**

Nesse artigo identifica-se um conjunto de fatores associados com o uso e escolha de métodos anticoncepcionais. Assume-se que o processo de escolha dos métodos reversíveis é diferente da dos métodos irreversíveis e, portanto, as análises são desenvolvidas separadamente.

O comportamento reprodutivo não se dá da mesma maneira nas regiões do País. Mulheres residentes nas regiões Sul e Sudeste, as mais desenvolvidas do Brasil, têm as maiores chances de usar métodos reversíveis do que aquelas residentes na região Nordeste. Já no modelo de esterilização observamos uma situação inversa, ou seja, mulheres das regiões Sul e Sudeste são menos propensas a adotar a esterilização que mulheres da região Nordeste. Isto pode ser reflexo da maior oferta dos serviços de saúde nas regiões mais desenvolvidas, resultando num melhor acompanhamento dos métodos utilizados. Não por acaso que no Brasil existe uma elevada taxa de descontinuação de métodos contraceptivos reversíveis, quando os mesmos são usados sem o devido acompanhamento médico. Nas regiões menos desenvolvidas a esterilização pode ser a opção mais eficaz para evitar uma gravidez indesejada ou um aborto provocado. Chama atenção o caso da região Centro-Oeste que apresenta a maior probabilidade de esterilização. Isto pode estar associado com o fato dessa região apresentar a maior proporção de municípios com baixa prioridade à oferta de planejamento familiar<sup>24</sup>.

O nível de escolaridade da mulher aparece como um fator fortemente associado ao uso de métodos reversíveis e esterilização, evidenciando um acesso dificultado a este método contraceptivo entre as mulheres nas categorias mais baixas de instrução.

Entretanto, o nível de escolaridade da mulher não se mostrou estatisticamente significativo em relação à escolha dos métodos contraceptivos reversíveis. Comportamento semelhante é observado em relação a variável número de filhos vivos. Conforme visto, os métodos hormonais são aqueles com maiores probabilidades de serem escolhidos em todas as regiões do Brasil. Isto pode evidenciar a falta de opções ou mesmo dificuldades de se lidar com os demais métodos contraceptivos reversíveis dentre todas as mulheres brasileiras independentemente dos respectivos níveis de escolaridade e número de filhos.

O IDH aparece como variável estatisticamente significativa nas análises de uso e escolha de métodos reversíveis, porém a adoção da esterilização feminina independe do nível do IDH municipal. Esse resultado corrobora a tese de que há no Brasil uma cultura de esterilização. Provavelmente, nos municípios de menor IDH a taxa de descontinuação dos métodos reversíveis faça com que a esterilização se constitua no método mais eficaz no controle da fecundidade.

Destaca-se neste trabalho a conexão existente entre ano eleitoral e ligadura de trompa, já apontado por diversos autores<sup>9-11</sup>, o que pode denunciar o clientelismo político. Neste contexto, políticos se aproveitam de uma demanda reprimida de serviços de planejamento familiar em troca de votos.

Apesar da elevada prevalência de métodos contraceptivos este estudo evidencia dificuldades de acesso ao uso de métodos contraceptivos reversíveis entre as mulheres com menor nível sócio-econômico.

O acesso aos serviços de saúde, avaliado por meio da consulta com ginecologista, mostra que o contato com o médico resulta em um aumento substancial na probabilidade de escolha de métodos anticoncepcionais modernos, a despeito do predomínio dos métodos hormonais. Desta forma qualquer tipo de programa de planejamento familiar no Brasil deve estar estreitamente ligado a um amplo programa de assistência integral à saúde da mulher.

Na realidade precisamos implementar o que está garantido pela Constituição Brasileira de 1988 e regulamentado pela lei do planejamento familiar promulgada em 1996, com reconhecido avanço no que se refere às políticas populacionais do País. No entanto, poucos serviços de planejamento familiar foram implementados para proporcionar um atendimento de fácil acesso, com informação, disponibilidade e oferta de diferentes métodos contraceptivos e com um atendimento universal à população brasileira de modo a criar uma demanda diversificada e democratizada de métodos contraceptivos<sup>22,24</sup>.

Desta forma, o direito da mulher de decidir com autonomia sobre a sua própria fecundidade e de ter à sua disposição mecanismos para exercer esse direito de controle mostra-se ainda desrespeitado.

## Referências

1. Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development* 1996; 22: 47-75.
2. IBGE - Censo Demográfico 2000 Nupcialidade e Fecundidade. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>
3. Merrick T, Berquó E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington: National Academy Press; 1983. (Committee on Population and Demography, report n. 23).
4. Paiva PTA. O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil. In: MIIRO, C. et al. *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. São Paulo: CLACSO; 1985.
5. Faria VE. Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje* 1989; p.62-99.
6. Badiani R, Ferreira I, Ochoa L, Patarra N, Womg L, Camarano A, et al, Brasil: Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM-DHS; 1997.
7. Berquó E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas* 1993; 1(2): 366-381.
8. Caetano AJ; Potter J. Politics and Female Sterilization in the Brazilian Northeast. *Population and Development Review* 2004; 30(1): 79-108.
9. Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Revista Ginecologia e Obstetrícia* 1993; 4(2): 70-76.

10. Vieira EM. A Esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista de Saúde Pública* 1994; 28(6): 440-448.
11. Potter J, Caetano AJ. Clientelismo e Esterilização no Nordeste Brasileiro 1986-1995 In: *Anais do XI Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 1998; Caxambu (Br). Minas Gerais: ABEP; 1998.p.151-182.
12. UNFPA STATE OF WORLD POPULATION 2005. Disponível em: [http://www.unfpa.org/swp/2005/images/e\\_indicator1.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/images/e_indicator1.pdf). (acesso em 07/03/2006)
13. Alves JED. Demografia, democracia e direitos humanos. Texto para Discussão, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, n. 18; 2005. Disponível em <http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussão/textodiscussao.html>
14. Alves JED. As Políticas e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progresso Civilizatório. In: *Dez anos de Cairo: Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil*. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 21-46.
15. Berquó E; Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19(S2): 441-453.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

17. Entwisle B, Rindfuss RR, Guilkey DK, Chamratrirong A, Curran S R, Sawandgee Y. Community and contraceptive choice in rural Thailand: a case study of Nang Rong. *Demography* 1996; 33:1-11.
18. Leite CI. Contraceptive dynamics in northeast Brasil. [dissertação em Doutorado em Estatística Social]. Inglaterra: University of Southampton; 1998.
19. Calle MA. Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia [Tese de doutorado]. Minas Gerais: Faculdade de Ciência Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
20. Allison PD. *Survival Analysis Using SAS: A Practical Guide*. Cary: SAS Institute Inc.; 1995.
21. Rasbash J, Browne W, Goldstein H, Yang M. *A User's Guide to MLwiN (Second Edition)*. London: Institute of Education; 2000.
22. Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2004 set 20-24; Caxambu (Br). Minas Gerais; 2004 .
23. Retherford RD, Choe MK. *Statistical Models for Causal Analysis*. New York: Wiley; 1993.
24. Costa AM. *Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil* [dissertação de outorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.

**Tabela 1 – Coeficientes e erros-padrão das características associadas com o uso de métodos anticoncepcionais no Brasil, PNDS 1996**

| <b>Variáveis</b>                                   | <b>Coeficiente</b> | <b>Erro-padrão</b> |
|--|--------------------|--------------------|
| <b>Intercepto</b>                                  | -3,469             | 0,655              |
| <b>Região</b>                                      |                    |                    |
| Norte  | -0,215             | 0,220              |
| Nordeste   | 0,000              | -                  |
| Centro-Oeste                                       | 0,255              | 0,221              |
| Sudeste  | 0,514*             | 0,174              |
| Sul  | 1,476*             | 0,233              |
| <b>Idade</b>                                       |                    |                    |
| ≤19  | 0,000              | -                  |
| 20-24  | -0,046             | 0,209              |
| 25-29  | 0,019              | 0,218              |
| 30-34  | -0,120             | 0,234              |
| 35+  | -0,556*            | 0,239              |
| <b>Número de filhos vivos</b>                      |                    |                    |
| 0  | 0,000              | -                  |
| 1  | 1,028*             | 0,169              |
| 2  | 0,995*             | 0,200              |
| 3  | 0,995*             | 0,233              |
| 4+   | 0,288              | 0,276              |
| <b>Escolaridade</b>                                |                    |                    |
| 0-3  | 0,000              | -                  |
| 4-8  | 0,535*             | 0,132              |
| 9-11   | 0,946*             | 0,184              |
| 12+  | 1,342*             | 0,295              |
| <b>Assiste TV</b>                                  |                    |                    |
| Sim  | 0,579*             | 0,153              |
| Não  | 0,000              | -                  |
| <b>Deseja filhos adicionais</b>                    |                    |                    |
| Agora  | 0,000              | -                  |
| Mais tarde   | 1,536*             | 0,159              |
| Não  | 1,684*             | 0,165              |
| <b>Fez exame ginecológico nos últimos 12 meses</b> |                    |                    |
| Sim  | 0,441*             | 0,117              |
| Não  | 0,000              | -                  |
| <b>IDH</b>   | 1,759              | 0,950              |
| <b>Efeito aleatório</b>                            |                    |                    |
| Município  | 0,024              | 0,075              |
| Setor  | 0,195              | 0,124              |

\*p<0.05

**Tabela 2 – Coeficientes das características associadas com a escolha de métodos anticoncepcionais no Brasil, PNDS 1996**

| <b>Variáveis</b>                                   | <b>Hormonais</b> | <b>DIU</b> | <b>Condom</b> |
|--|------------------|------------|---------------|
| <b>Intercepto</b>                                  | -1,186           | -16,313    | -5,544        |
| <b>Região</b>                                      |                  |            |               |
| Norte  | -0,862*          | -4,935*    | -2,276*       |
| Nordeste   | 0,000            | 0,000      | 0,000         |
| Centro-Oeste                                       | 0,151            | -0,841     | -0,860*       |
| Sudeste  | -0,080           | -1,785*    | -0,612*       |
| Sul  | 0,507*           | -1,330*    | -0,496        |
| <b>Área de Residência</b>                          |                  |            |               |
| Rural  | 0,000            | 0,000      | 0,000         |
| Urbana   | 0,483*           | 0,803      | 0,746*        |
| <b>Idade</b>                                       |                  |            |               |
| ≤19  | 0,000            | 0,000      | 0,000         |
| 20-24  | 0,292            | -0,362     | -0,206        |
| 25-29  | -1,551*          | -2,483*    | -2,045*       |
| 30-34  | -1,137*          | -1,220*    | -1,152*       |
| 35+  | -3,863*          | -5,547*    | -3,490*       |
| <b>Deseja filhos adicionais</b>                    |                  |            |               |
| Agora  | 0,000            | 0,000      | 0,000         |
| Mais tarde   | 0,389*           | 1,245*     | -0,186        |
| Não  | 1,515*           | 3,515*     | 1,178*        |
| <b>Fez exame ginecológico nos últimos 12 meses</b> |                  |            |               |
| Sim  | 0,610*           | 3,216*     | 1,314*        |
| Não  | 0,000            | 0,000      | 0,000         |
| <b>IDH</b>   | 4,000*           | 17,400*    | 7,915*        |
| <b>Efeito aleatório</b>                            |                  |            |               |
| Município  | 0,000            | 0,000      | 0,177         |
| Setor  | 0,438            | 0,661      | 0,146         |

\* p<0.05



**Tabela 3 – Probabilidade de escolha de métodos anticoncepcionais segundo características selecionadas no modelo multinomial , Brasil, PNDS 1996**

| <b>Variáveis</b>                                   | <b>Hormonais</b> | <b>DIU</b> | <b>Condom</b> | <b>Tradicional</b> |
|--|------------------|------------|---------------|--------------------|
| <b>Região</b>                                      |                  |            |               |                    |
| Norte  | 0,5592           | 0,0031     | 0,0154        | 0,4223             |
| Nordeste   | 0,6966           | 0,0025     | 0,0788        | 0,2222             |
| Centro-Oeste                                       | 0,7595           | 0,0010     | 0,0312        | 0,2083             |
| Sudeste  | 0,7079           | 0,0005     | 0,0470        | 0,2446             |
| Sul  | 0,8103           | 0,0005     | 0,0336        | 0,1556             |
| <b>Área de Residência</b>                          |                  |            |               |                    |
| Rural  | 0,6663           | 0,0007     | 0,0339        | 0,2992             |
| Urbana   | 0,7437           | 0,0010     | 0,0492        | 0,2060             |
| <b>Idade</b>                                       |                  |            |               |                    |
| ≤19  | 0,8769           | 0,0025     | 0,0637        | 0,0569             |
| 20-24  | 0,9140           | 0,0014     | 0,0403        | 0,0443             |
| 25-29  | 0,7399           | 0,0008     | 0,0328        | 0,2265             |
| 30-34  | 0,7834           | 0,0021     | 0,0560        | 0,1585             |
| 35+  | 0,2383           | 0,0001     | 0,0251        | 0,7365             |
| <b>Deseja filhos adicionais</b>                    |                  |            |               |                    |
| Agora  | 0,5218           | 0,0002     | 0,0480        | 0,4301             |
| Mais tarde   | 0,6207           | 0,0004     | 0,0321        | 0,3467             |
| Não  | 0,8006           | 0,0018     | 0,0526        | 0,1450             |
| <b>Fez exame ginecológico nos últimos 12 meses</b> |                  |            |               |                    |
| Sim  | 0,7585           | 0,0035     | 0,0678        | 0,1702             |
| Não  | 0,6861           | 0,0002     | 0,0304        | 0,2833             |
| <b>IDH</b>   |                  |            |               |                    |
| 0,6  | 0,7542           | 0,0020     | 0,0585        | 0,1854             |
| 0,7  | 0,7756           | 0,0077     | 0,0889        | 0,1278             |
| 0,8  | 0,7588           | 0,0287     | 0,1287        | 0,0838             |

**Tabela 4 – Coeficientes e erros-padrão das características associadas com a escolha da esterilização no Brasil, PNDS 1996**

| <b>Variáveis</b>              | <b>Coeficiente</b> | <b>Erro-padrão</b> |
|-------------------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Intercepto</b>             | -2,976             | 0,131              |
| <b>Região</b>                 |                    |                    |
| Norte                         | -0,214             | 0,162              |
| Nordeste                      | 0,000              | -                  |
| Centro-Oeste                  | 0,392*             | 0,146              |
| Sudeste                       | -0,403*            | 0,117              |
| Sul                           | -0,733*            | 0,149              |
| <b>Área de Residência</b>     |                    |                    |
| Rural                         | 0,000              | -                  |
| Urbana                        | 0,274*             | 0,100              |
| <b>Idade</b>                  |                    |                    |
| 20-24                         | 0,000              | -                  |
| 25-29                         | 0,058              | 0,090              |
| 30-34                         | -0,287*            | 0,100              |
| 35-39                         | -0,815*            | 0,124              |
| 40+                           | -2,265*            | 0,197              |
| <b>Número de filhos vivos</b> |                    |                    |
| 1                             | -2,693*            | 0,191              |
| 2                             | 0,000              | -                  |
| 3                             | 0,888*             | 0,085              |
| 4+                            | 0,990*             | 0,098              |
| <b>Escolaridade</b>           |                    |                    |
| 0-3                           | 0,000              | -                  |
| 4-8                           | 0,405*             | 0,087              |
| 9-11                          | 0,700*             | 0,112              |
| 12+                           | 1,054*             | 0,176              |
| <b>Eleição</b>                |                    |                    |
| Sim                           | 0,127              | 0,066              |
| Não                           | 0,000              | -                  |
| <b>Efeito aleatório</b>       |                    |                    |
| Município                     | 0,145*             | 0,062              |
| Setor                         | 0,167*             | 0,069              |

\* p<0.05

## ***2º Artigo***

# **Necessidade Insatisfeita por Métodos Anticoncepcionais no Brasil**

## **Resumo**

No Brasil a prevalência do uso de contraceptivo é elevada e a taxa de fecundidade total está quase no nível de reposição. No entanto, ainda há um percentual significativo de gravidezes indesejadas, abortos provocados e de mulheres que não querem mais ter filhos ou querem tê-los mais tarde, porém não estão usando métodos contraceptivos, ou seja, mulheres com necessidade insatisfeita por anticoncepção. O objetivo deste estudo é apresentar a magnitude da necessidade insatisfeita por método anticoncepcional entre mulheres unidas no Brasil, assim como identificar os fatores a ela associados. A fonte de dados utilizada nesse estudo é proveniente da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde, realizada no Brasil em 1996. Para identificar os determinantes associados com a necessidade insatisfeita por anticoncepção foi utilizado o modelo multinomial no qual a variável resposta tem três categorias: necessidade para espaçar, necessidade para limitar e sem necessidade. A análise empreendida ao longo deste trabalho revelou uma forte associação entre as variáveis relativas ao ciclo de vida das mulheres (idade e número de filhos) e a necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais. Com relação às variáveis socioeconômicas destaca-se a elevada probabilidade de necessidade insatisfeita para limitar entre as mulheres da região Nordeste. Observou-se ainda que mulheres com maior nível de escolaridade são menos propensas a ter uma necessidade insatisfeita para limitar. A análise aponta para a necessidade de adequação e universalização dos serviços de planejamento familiar com vistas a um atendimento integral à saúde da mulher.

**Palavras-chave:** Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais; Planejamento familiar; Brasil.

## **Abstract**

In Brazil the prevalence of contraceptive use is high and the total fertility rate is about the replacement level. However, there is still a significative proportion of unwanted pregnancies, induced abortions and women who do not want more children or want to postpone childbearing, but are not using any conceptive method, that is, women with an unmet need for contraception. The objective of this study is to describe the magnitude of unmet need for contraception among Brazilian married women, as well as to identify the factors associated with this need. The information used is from the Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde carried out in 1996 in Brazil. In order to identify the determinants associated with unmet need for contraception, a multinomial model was used as the outcome variable is classified into three categories: need for spacing births, need for limiting births and no need. The analysis conducted along with this work showed a strong association between the factors related to the life cycle (age and number of children) and the unmet need for contraception. Related to the socioeconomic factors, it can be emphasized the high probability of unmet need for contraception among women from the Northeast region. It has been also shown that the women with higher educational level are less prone to have an unmet need for limiting. The analysis points out to the necessity of an adequate and universal program of family planning services to assure full support to women health.

**Keywords:** Unmet need for contraception; Family Planning; Brazil.

# NECESSIDADE INSATISFEITA POR MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO BRASIL

## Introdução

O declínio da fecundidade observado no Brasil deu-se de forma muito rápida, tendo a taxa de fecundidade total (TFT) passado de 6,3 filhos em 1960 para 2,2 filhos em 2001<sup>1</sup>, patamar bem próximo do nível de reposição<sup>1</sup>. Esta acentuada queda na taxa da fecundidade foi alcançada graças às mudanças significativas no comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brasileiras.

O uso de métodos contraceptivos é reconhecido como a variável intermediária de maior importância na determinação dos níveis da fecundidade<sup>2-4</sup>. O aborto induzido também cumpriu um papel relevante para queda da fecundidade<sup>2</sup>, porém a sua ilegalidade no Brasil dificulta dimensionar a magnitude deste evento. Apesar de não haver estatísticas oficiais sobre as práticas abortivas, segundo trabalho "*Clandestine Abortion*" do Instituto Alan Guttmacher, a taxa de aborto no Brasil corresponde a 3,7 por 100 mulheres em idade fértil<sup>5</sup>.

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996 (PNDS – 1996) aponta que 76,7% das mulheres unidas (mulheres que se declararam como vivendo numa união estável, seja formal ou informal) faziam uso de algum método contraceptivo, sendo 62,7% para limitar e 14,0% para espaçar os nascimentos<sup>6</sup>. Estas taxas de prevalência de uso de anticoncepcionais são similares às taxas de países desenvolvidos. Contudo, observamos

que o uso de contraceptivos se limita a dois métodos anticoncepcionais: ligadura tubária e a pílula. A esterilização feminina representa 52,3% de todos os métodos contraceptivos utilizados entre as mulheres unidas, seguida pela pílula, com uma prevalência em torno de 27,0%<sup>6</sup>. A esterilização masculina, por outro lado, é menos comumente praticada (3,4%) do que métodos tradicionais como a abstinência periódica (4,0%) e o coito interrompido (4,0%)<sup>6</sup>.

Por outro lado, apesar da grande maioria das mulheres unidas utilizarem algum método contraceptivo, ainda há um percentual significativo de gravidezes não desejadas. Segundo esta mesma pesquisa, aproximadamente 50% dos nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos anteriores à data da pesquisa não foram planejados<sup>6</sup>. Além disso, existe também um grupo de mulheres unidas, férteis e desejosas de espaçar ou limitar nascimentos que não estavam usando qualquer tipo de método anticoncepcional, bem como grávidas ou amenorréicas, que não tinham planejado a sua atual ou última gravidez. Na literatura essas mulheres têm sido classificadas como tendo uma necessidade insatisfeita por anticoncepção<sup>7</sup>.

Essa distribuição assimétrica de uso dos métodos contraceptivos somados a discrepância existente entre preferência e comportamento reprodutivo descritos é, sem dúvida, fruto da ausência de um programa de planejamento familiar que sustente esta demanda total de anticoncepção, ou seja, das mulheres usuárias de método somado às mulheres com necessidade insatisfeita por anticoncepção<sup>8</sup>.

Cabe ressaltar que o Brasil tem os instrumentos legais e institucionais para atender a demanda por métodos contraceptivos. Entre eles, o Programa de Assistência Integral à

Saúde da Mulher (PAISM) e o Sistema Único de Saúde (SUS) que entre as suas ações destaca que ao Estado cabe proporcionar meio e informações para que todos os brasileiros possam planejar suas famílias.

O livre arbítrio ao planejamento familiar também está garantido pela Constituição Brasileira de 1988 e a regulamentação deste direito constitucional se deu pela lei do planejamento familiar (lei nº 9.263/96).

Apesar de toda a legislação existente no Brasil, o reduzido leque de métodos contraceptivos e a discrepância existente entre preferência e comportamento reprodutivo descritos acima violam o princípio básico de autonomia individual e/ou familiar que valoriza a livre escolha. Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo, em 1994, da qual o Brasil foi signatário, o planejamento familiar, *stricto sensu*, perde valor e surge a consagração dos direitos reprodutivos<sup>9</sup>:

*“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não a simples ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis. (...) Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a*



*oportunidade de ter filhos, bem como de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva” (p. 57-58).*

Neste sentido a Conferência internacional sobre População e Desenvolvimento (CPID), Cairo, 1994 recomenda que todos os países devem identificar e remover as principais barreiras que ainda persistem para o uso efetivo dos serviços de planejamento familiar. Em 1999, na ocasião da revisão do 5º ano da CPID, os governos estabeleceram uma meta de eliminação da necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos até 2015<sup>10</sup>.

O objetivo deste estudo é apresentar a magnitude da necessidade insatisfeita por método anticoncepcional entre mulheres unidas para o Brasil, assim como identificar os fatores a ela associados utilizando informações da última pesquisa, com representatividade nacional, realizada em 1996. As estimativas da necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos e o conhecimento de seus fatores condicionantes, podem facilitar a tomada de decisões, ao estabelecer prioridades de investimentos em políticas públicas, visando atender as necessidades dessa parcela da população que está sob risco de uma gravidez indesejada.

## **Material e métodos**

### **Fonte de dados**

Os dados utilizados neste estudo são provenientes da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS). Esta foi realizada no Brasil em 1996 pela Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM), em conjunto com o Instituto para o Desenvolvimento de Recursos (IRD), como parte do Programa “Demographic and Health Survey” (DHS). A PNDS é uma subamostra da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, desenhada para se obter resultados representativos para o total da região, para as áreas urbanas e rurais, excetuando a região Norte, cuja amostra foi somente da área urbana. No primeiro estágio foram selecionados os setores censitários e no segundo os domicílios dentro de cada setor<sup>6</sup>.

A coleta de dados se baseou em entrevistas domiciliares com um sistema de questionários preenchidos por meio de entrevistas individuais de 12.612 mulheres de 15 a 49 anos. Entre as mulheres entrevistadas 60% eram casadas ou viviam em união<sup>6</sup>.

Esta pesquisa obteve informações sobre níveis de fecundidade, mortalidade infantil e materna, anticoncepção, saúde da mulher e da criança, conhecimento e atitudes relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, além de dados que permitem uma caracterização sócio-demográfica da população<sup>6</sup>.

## **Conceito de necessidade insatisfeita**

A idéia de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais surgiu basicamente na década de sessenta, quando dados das pesquisas do conhecimento, atitudes, e as práticas relativas à contracepção (*Knowledge, Attitudes, and Practices - KAP*) mostraram uma lacuna, para um contingente significativo de mulheres, entre intenções reprodutivas e comportamento contraceptivo (*KAP-gap*)<sup>11</sup>.

Esta noção ganhou importância conceitual durante os anos 70, tendo como base os dados das primeiras Pesquisas Mundiais de Fecundidade (*World Fertility Surveys - WFS*), onde o foco de interesse concentrava-se na preferência da fecundidade e o uso de contraceptivo. Nas décadas subsequentes, a abordagem do conceito “necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos” recebeu diversas modificações, procurando-se levar em conta a exposição ao risco de engravidar, ou seja, classificando as mulheres em fecundas e infecundas<sup>12,13</sup>.

Nas Pesquisas sobre Prevalência de Contracepção (*Contraceptive Prevalence Survey – CPS*), conduzidas entre os anos de 1970 e 1984, perguntas sobre o interesse das mulheres casadas em espaçar o nascimento foram contempladas. Assim tornou-se possível calcular a necessidade insatisfeita por anticoncepção para espaçar e para limitar nascimento, possibilitando distinguir o interesse potencial em métodos provisórios daqueles permanentes ou de longo prazo que são de maior interesse quando temos necessidade de limitar nascimentos<sup>14,15</sup>.

No Programa de Pesquisa Demografia e de Saúde - DHS (*Demographic and Health Survey*), conduzido na década de 80 nos países em desenvolvimento, houve um refinamento dos dados que possibilitou classificar as mulheres grávidas e amenorréicas em função de três critérios: se a gravidez foi planejada (necessidade satisfeita), se a gravidez não foi desejada naquele momento (necessidade para espaçar) e se a mulher não desejava ter outro filho (necessidade para limitar). Estabeleceu-se ainda que mulheres cujas gravidezes foram decorrentes de falha no uso do método anticoncepcional não seriam apreendidas como tendo necessidade insatisfeita por anticoncepção, pois as informações da pesquisa não permitem distinguir entre falha do método e falha na forma como método foi utilizado<sup>12</sup>.

A necessidade insatisfeita por método contraceptivo tem recebido destaque por abordar conjuntamente preferência da fecundidade e comportamento reprodutivo. O conceito traduz a falta de motivação das mulheres em fazer uso de métodos contraceptivos, embora paradoxalmente expressem o desejo de adiar ou evitar um futuro nascimento.

Este estudo utiliza o conceito de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais proposto por Westoff e Ochoa<sup>7</sup>. Segundo os autores, considera-se necessidade insatisfeita de anticoncepção o conjunto de mulheres casadas ou unidas, não usuárias de métodos anticoncepcionais, férteis e desejosas de espaçar ou limitar nascimentos, bem como as grávidas ou amenorréicas, que não tenham planejado a sua atual ou última gravidez e não estavam usando nenhum método quando engravidaram.

## Modelo

Do ponto de vista metodológico, para identificar os determinantes associados com a necessidade insatisfeita por anticoncepção usamos o modelo multinomial, pois a variável resposta possui três categorias nominais: necessidade para espaçar, necessidade para limitar e sem necessidade.

A PNDS apresenta uma estrutura hierárquica, na medida em que mulheres de uma mesma comunidade devem apresentar atitudes e comportamentos semelhantes, o que invalida o pressuposto de independência entre as observações<sup>16</sup>. Neste sentido, modelos com efeitos aleatórios capturando a correlação entre observações deveriam ser utilizados. No entanto, análises preliminares mostraram que esses efeitos aleatórios não foram estatisticamente significativos e, desta forma, utilizamos o modelo multinomial padrão<sup>17</sup>.

O modelo multinomial utilizado é definido da seguinte forma :

$$\ln\left(\frac{\pi_{ri}}{\pi_{3i}}\right) = \beta' x_i \quad r = 1, 2$$

Onde  $\pi_{ri}$  é a probabilidade da i-ésima mulher ser classificada na categoria r (necessidade para espaçar, r=1, e necessidade para limitar, r=2) e  $\pi_{3i}$  é a probabilidade de ser classificada na categoria de referência 3, que é composta por mulheres sem necessidade por anticoncepção.  $\beta$  é o vetor associado à matriz de variáveis x, que pode conter variáveis individuais e variáveis da área de residência.

Neste estudo utilizou-se a seguinte estratégia de modelagem. Primeiro, todas as variáveis foram incluídas. Aquelas estatisticamente significativas ao nível de 5%, por meio do teste da razão de verossimilhança, foram selecionadas. A seguir todas as interações de segunda ordem foram avaliadas. As análises foram implementadas utilizando-se o software SAS<sup>17</sup>.

Um conjunto de variáveis referentes às mulheres entrevistadas foi utilizado: região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul), situação de residência (Rural e urbano), idade, número de filhos, educação (0-3, 4-8 e 9+), religião (católica praticante, católica não-praticante e não católica), raça/cor (branca, parda e preta), mulher trabalha (sim e não), acesso à mídia (assiste ou não TV pelo menos uma vez por semana). Duas variáveis contextuais no nível do município onde as mulheres residem foram incluídas na análise: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e número de médicos por mil habitantes.

## **Resultados**

A metodologia proposta por Westoff e Ochoa<sup>7</sup> está ilustrada no esquema 1. Primeiramente foram selecionadas as mulheres unidas de 15 a 49 anos de idade (7584), que por definição, estariam expostas ao risco da concepção. Entre as mulheres unidas foram eliminadas aquelas que faziam uso de anticoncepção seja para espaçar (14,0%) ou para limitar nascimentos (62,8%).

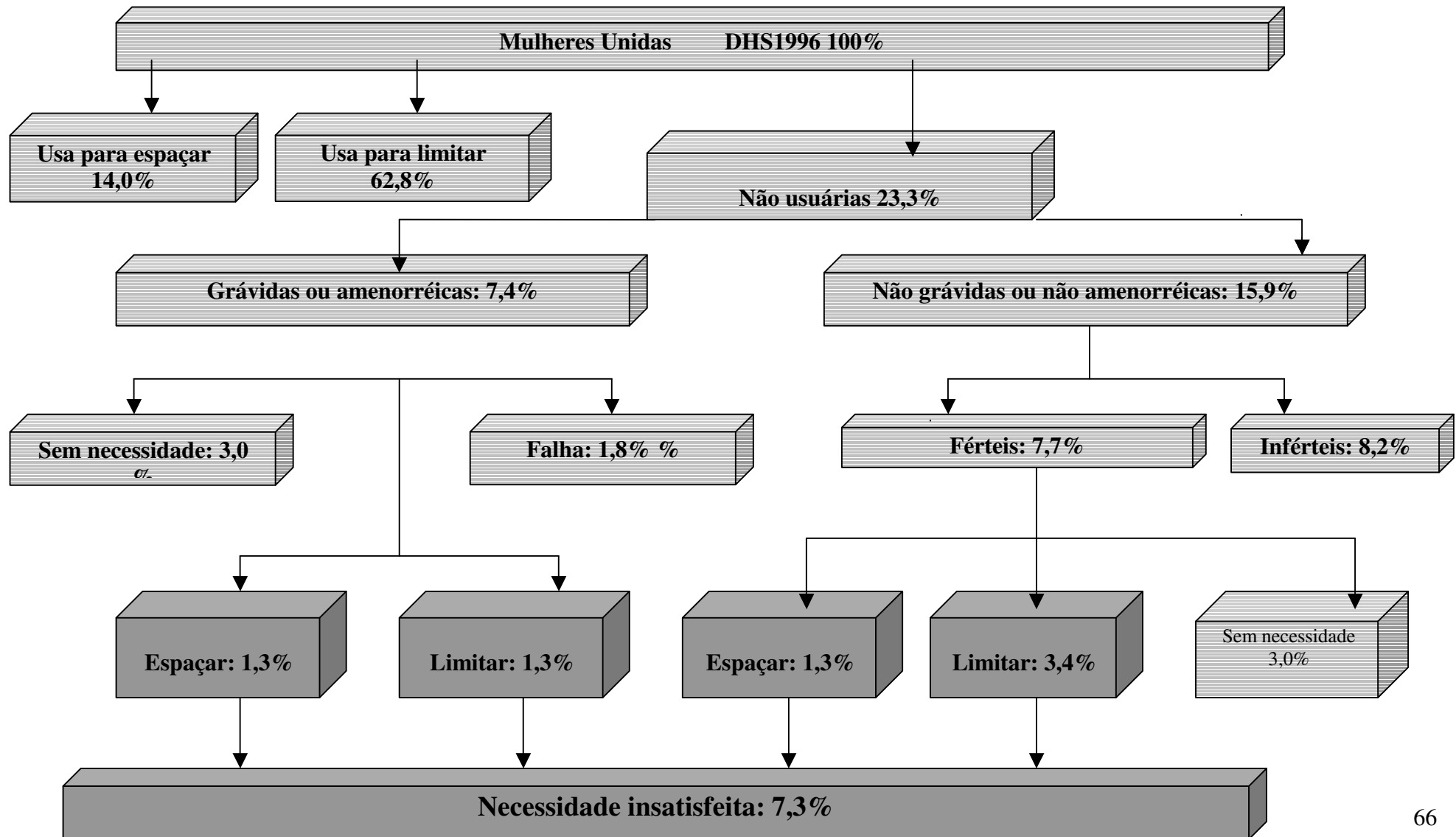
As não usuárias de métodos (23,3%) foram divididas em dois grupos: grávidas ou amenorréicas (7,4%) e não grávidas e não amenorréicas (15,9%).

As mulheres grávidas ou amenorréicas cuja gravidez resultou de uma falha foram excluídas (1,8%). Aquelas que declararam o desejo de sua última gravidez (3,0%) foram classificadas como não tendo necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos. As que desejaram a gravidez, mas declararam que esta ocorreu antes do previsto foram classificadas como tendo necessidade insatisfeita para espaçar (1,3%) e as que não desejavam mais filhos foram classificadas como tendo necessidade insatisfeita para limitar (1,3%).

As não grávidas e não amenorréicas foram classificadas em férteis (7,7%) e inférteis (8,2%). As mulheres inférteis são aquelas que apesar de união contínua e sem uso de método contraceptivo não tiveram filhos durante os últimos cinco anos. Também foram consideradas inférteis mulheres que declararam estar em amenorréia há mais de seis meses do início da pesquisa, mulheres na menopausa e aquelas com amenorréia primária, ou seja, que nunca menstruaram. As mulheres férteis que desejavam um filho adicional no momento da entrevista foram classificadas como não tendo necessidade insatisfeita por anticoncepção (3,0%). As que desejavam um filho adicional, mas preferiam esperar pelo menos dois anos para tê-lo, foram classificadas como tendo necessidade insatisfeita para espaçar (1,3%). Finalmente, aquelas que no momento da entrevista declararam não desejar algum filho adicional foram classificadas como tendo necessidade insatisfeita para limitar (3,4%).

Ao final desse processo, 7,3% das mulheres foram classificadas como tendo necessidade insatisfeita por anticoncepção, totalizando 1105 observações, sendo 2,6% para espaçar e 4,7% para limitar.

**Esquema 1** Necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais, Brasil, PNDS-1996





Na Tabela 1 encontra-se a distribuição proporcional de mulheres com necessidade insatisfeita segundo as regiões do país. A proporção de mulheres com necessidade insatisfeita, seja para espaçar ou limitar, é maior nas regiões mais pobres do país, isto é Nordeste e Norte.

Os resultados do modelo multinomial utilizado para identificar os fatores associados com a necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais são apresentados na Tabela 2. Conforme pode ser visto, seis variáveis foram excluídas do modelo, cinco individuais e uma contextual, pois não foram estatisticamente significativas ao nível de 5%: situação de residência, raça, religião, acesso à mídia, mulher trabalha e número de médicos por mil habitantes. O modelo apresentou uma interação, estatisticamente significativa, entre o número de filhos tidos e o índice de desenvolvimento humano (IDH). Para melhor interpretar os resultados do modelo multinomial, probabilidades de ter uma necessidade insatisfeita foram calculadas segundo categorias das variáveis selecionadas, tomando as demais variáveis no seu valor médio<sup>17</sup>. As probabilidades referentes aos efeitos principais das variáveis e da interação entre número de filhos e IDH do município encontram-se respectivamente descritas na Tabela 2 e Gráfico 1.

Corroborando os achados da análise descritiva, o resultado do modelo revela o Nordeste como sendo a região com maior probabilidade de encontrarmos mulheres unidas com necessidade insatisfeita, sendo que prevalece a necessidade insatisfeita para limitar. Na realidade a necessidade insatisfeita para limitar é maior em todas as regiões do país. As regiões Norte e Sul apresentam as menores probabilidades de necessidade insatisfeita.

Cabe ressaltar que na região Norte apenas a área urbana foi amostrada, o que pode explicar parcialmente este resultado.

A idade da mulher foi incluída no modelo como uma variável contínua e apresenta uma forte associação com a necessidade insatisfeita. Conforme esperado, na medida em que as mulheres envelhecem aumenta a necessidade para limitar e decresce a necessidade para espaçar.

O nível de escolaridade das mulheres mostra-se inversamente associado com a necessidade insatisfeita para limitar. Quanto maior o nível de escolaridade das mulheres, menor a necessidade insatisfeita para limitar.

As probabilidades de uma mulher ter necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais, para limitar ou espaçar, segundo números de filhos e nível o IDH do município, são apresentadas no Gráfico 1. Três valores foram selecionados para o IDH, 0,6, 0,7 e 0,8, correspondendo aproximadamente ao primeiro quartil, mediana e terceiro quartil, respectivamente. Nos municípios com IDH baixo, a probabilidade de uma mulher ter necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais para espaçar mostra uma associação direta com o número de filhos, enquanto que nos municípios com IDH alto, a relação é inversa. Nenhuma relação é observada nos municípios com IDH médio (0,7). No que se refere à necessidade insatisfeita para limitar, a relação com o número de filhos é sempre direta, independentemente do nível do IDH. No entanto, vale ressaltar que a inclinação é maior nos municípios com IDH mais elevado. A título de ilustração, a probabilidade de uma mulher com cinco filhos ter uma necessidade para

limitar é aproximadamente 50% maior nos municípios com IDH alto (0,8), quando comparados com os municípios IDH baixo (0,6).

### **Considerações finais**

No Brasil, a prevalência do uso de contraceptivo é elevada e a taxa de fecundidade total está quase no nível de reposição. No entanto, observa-se que 7,3% de mulheres casadas possuem necessidade insatisfeita por contracepção, sendo 4,7% para limitar e 2,6% para espaçar. Observa-se, entre estas mulheres casadas com necessidade insatisfeita para contracepção, um percentual de 43,6% que não conhece o local onde possa obter um método contraceptivo. Chama atenção a baixa proporção destas mulheres que utilizaram algum tipo de serviço de saúde: 63,5%. Destaca-se que no momento da pesquisa, a norma preconizada pelo Ministério da Saúde era de uma consulta ginecológica anual. A situação torna-se ainda mais preocupante quando observamos que entre estas mulheres que receberam atendimento em algum serviço de saúde, apenas 22,5% receberam orientação sobre o planejamento familiar.

Mulheres com necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais possuem elevado risco de uma gravidez indesejada e uma de suas conseqüências mais grave é o aborto clandestino realizado em condições inseguras.

O conceito de necessidade insatisfeita utilizado nesse estudo aplica-se apenas às mulheres casadas e não diferencia os métodos segundo a sua eficácia. Dixon & Germain<sup>19</sup> afirmam que este conceito tem diversas limitações: não inclui mulheres e homens solteiros em atividade sexual, não leva em conta a eficácia dos métodos nem a

adequação do uso e não considera o aborto induzido. Apesar da necessidade de ampliação deste conceito, este ainda tem uma grande vantagem sobre indicadores como a taxa de prevalência de uso de contraceptivos ou taxa de fecundidade total, pois incorpora o desejo expresso de uma mulher em regular sua fecundidade.

A análise empreendida ao longo deste trabalho revelou, conforme esperado, uma forte associação entre as variáveis relativas ao ciclo de vida das mulheres (idade e número de filhos) e a necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais. Com relação às variáveis socioeconômicas, destaca-se a elevada probabilidade de necessidade insatisfeita para limitar entre as mulheres da região Nordeste. Observou-se ainda que mulheres com maior nível de escolaridade são menos propensas a ter uma necessidade insatisfeita para limitar.

A interação entre a variável individual número de filhos e a variável contextual nível de desenvolvimento humano ressalta a diferença na percepção das mulheres quanto a necessidade de limitar segundo o nível do IDH. Por exemplo, mulheres com cinco filhos residentes em municípios com IDH elevado têm probabilidade 67% maior de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais do que mulheres com cinco filhos residentes em municípios com IDH baixo. As motivações que podem estar relacionadas com a percepção das mulheres de limitar nascimento nos municípios com IDH elevado, podem advir de um padrão reprodutivo diferenciado decorrente de estilos e perspectivas de vida diferentes, na medida em que estas mulheres teriam maior chance de realização em outras áreas e não somente através da maternidade. É possível que a ampliação de oportunidades existentes nos municípios de maior IDH remeta à

necessidade de limitação do número de filhos, como forma importante da liberação da mulher para a inserção no mercado de trabalho e também como possibilidade de propiciar mais oportunidades aos filhos que já possuem.

O conhecimento das características das mulheres unidas com necessidade insatisfeita por contracepção pode facilitar a qualificação dos programas de planejamento familiar através da identificação das principais barreiras no uso de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva que deseja limitar ou espaçar o nascimento. Na base de dados analisada, observou-se que os principais motivos do não uso de método contraceptivo referido entre as mulheres com necessidade insatisfeita é o temor de efeitos secundários e preocupações com a saúde (26,3%). Também se destaca o elevado percentual de mulheres que, por terem relações sexuais esporádicas, não percebem que estão expostas ao risco de uma gravidez indesejada (9,6%).

A insatisfação da usuária e o acesso restrito aos diferentes métodos contraceptivos, podem resultar em elevada taxa de descontinuação de métodos anticoncepcionais no Brasil (43% das usuárias descontinuam nos primeiros 12 meses)<sup>6</sup> contribuindo, assim, para o aumento no número de mulheres com necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais, principalmente quando a descontinuação não resulta em uma troca imediata métodos.

Portanto os programas de planejamento familiar devem garantir às mulheres um ambiente humanizado que facilite a reflexão sobre as preferências reprodutivas, com disponibilidade de informações e acesso facilitado aos diversos métodos contraceptivos. Neste contexto, as políticas públicas voltadas para o planejamento familiar devem ter

como meta os princípios estabelecidos na Conferência do Cairo de 1994, com vista a ajudar os casais e os indivíduos a satisfazer os seus objetivos reprodutivos, evitando assim a gravidez não desejada.

## Referências

1. IBGE - Censo Demográfico 2000 Nupcialidade e Fecundidade. Disponível em:  
URL: <http://www.ibge.gov.br>
2. Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development Review* 1996; 22: 47-75.
3. Perpetuo IHO. Contracepção e declínio da fecundidade na Região Nordeste. *Revista Brasileira de Estudo e População* 1998; 15(1): 43-56.
4. Perpétuo IHO, Aguirre MAC. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. In: *Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 1998; Caxambu (Br). Minas Gerais: ABEP; 1998. v. 1. p. 2997-3024.
5. Alan Guttmacher Institute(US). *Aborto clandestino: uma realidade latinoamericana*. New York: The Institute; 1994. Disponível em: URL <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2300497.html>
6. Badiani R, Ferreira I, Ochoa L, Patarra N, Womg L, Camarano A, et al, *Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996*. Rio de Janeiro: BENFAM-DHS; 1997.
7. Westoff CF, Ochoa LH. Unmet need and the demand for family planning. In: *Demographic and Health Surveys Comparatives Studies*. No. 5; Columbia (USA). Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.; 1991.
8. Robey B, Ross J, and Bhushan I. Meeting unmet need: New strategies. *Population Reports*, 1996 ; 43: 1-35.

9. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. In: Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento; 1994; Cairo, Egito. [Brasília]: FUNUAP; [199-]. p 57-71.
10. Ashford L. Unmet need for family planning: Recent trends and their implications for programs. PRB. Unmet Need for Family Planning 2003; 1-8. Disponível em: URL: <http://www.phishare.org/documents/PRB/214/email>
11. Casterline JB, Sinding S. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Population and Development Review* 2000; 26(4):691–723.
12. Westoff CF. The potencial demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 1988; 14(2): 45-53.
13. Westoff CF, Pebley AR. Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 1981; 7(4):126–136.
14. Calle M. Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia [Tese de doutorado]. Minas Gerais: Faculdade de Ciência Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
15. Nortman DL. Measuring the unmet need for contraception to space and limit births. *International Family Planning Perspectives* 1982; 8(4): 125-134.
16. Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold; 1995.
17. Retherford RD, Choe MK. *Statistical models for causal analysis*. New York: Wiley; 1993.



18. SAS Institute. In SAS/STAT User's Guide. Version 6. Cary (North Carolina): SAS Institute Inc; 1993.
19. Dixon MR., Germain A. Stalking the elusive unmet need for family planning. *Studies in Family Planning*. 1992; 23(5):330-335.

**Tabela 1. Distribuição proporcional da necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais, segundo as regiões do Brasil, PNDS - 1996.**

| Necessidade<br>Insatisfeita | Regiões |          |              |         |     |
|-----------------------------|---------|----------|--------------|---------|-----|
|                             | Norte   | Nordeste | Centro-Oeste | Sudeste | Sul |
| Espaçar                     | 3,6     | 4,7      | 2,4          | 1,8     | 1,3 |
| Limitar                     | 5,7     | 8,2      | 2,4          | 3,8     | 2,6 |
| Total                       | 9,3     | 12,9     | 4,8          | 5,6     | 4,9 |

**Tabela 2. Coeficientes das variáveis selecionadas pelo modelo multinomial, Brasil, PNDS-1996**

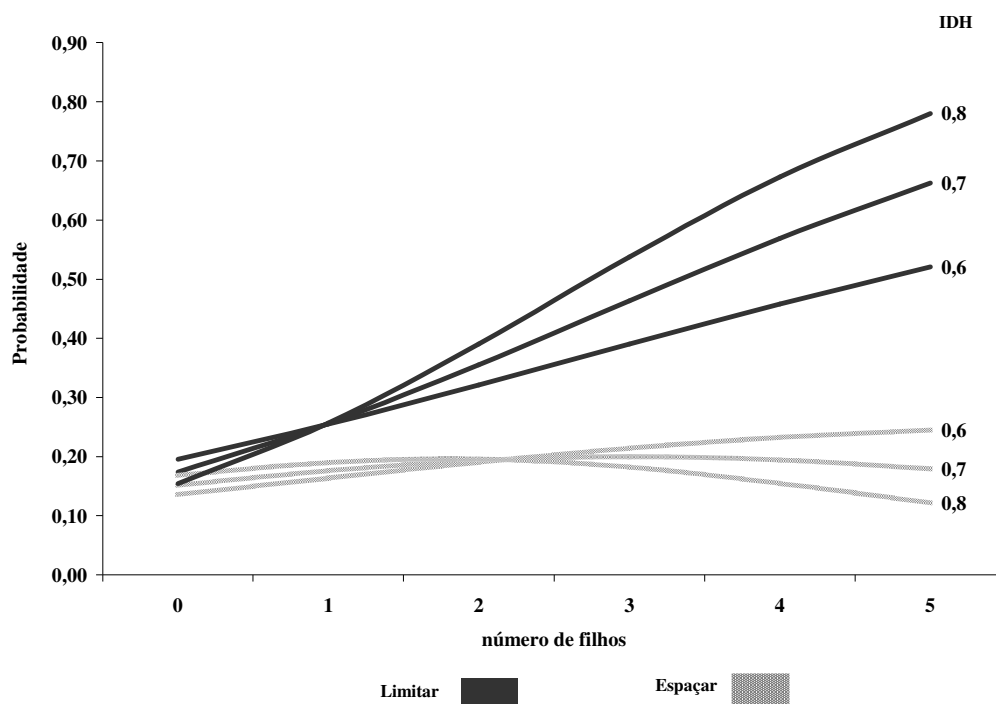
| <b>Característica</b>         | <b>Espaçar</b> | <b>Limitar</b> |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| <b>Região (Ref: Nordeste)</b> |                |                |
| Norte                         | -0,596*        | 0,762*         |
| Centro-Oeste                  | 0,043          | -0,477         |
| Sudeste                       | -0,421         | -0,341         |
| Sul                           | -0,813*        | -0,845*        |
| <b>Idade</b>                  | -0,122*        | 0,039*         |
| <b>Número de filhos</b>       | 0,35           | -0,508         |
| <b>Educação (Ref: 0-3)</b>    |                |                |
| <b>4-8</b>                    | -0,139         | -0,410*        |
| <b>9+</b>                     | 0,010          | -0,482*        |
| <b>IDH</b>                    | 1,031          | -0,124         |
| <b>Interação</b>              |                |                |
| <b>Número de filhos*IDH</b>   | -0,037         | 1,522*         |

\* p<0,05

**Tabela 3. Probabilidade da necessidade insatisfeita para espaçar e limitar, Brasil, PNDS-1996**

| <b>Característica</b> | <b>Espaçar</b> | <b>Limitar</b> |
|-----------------------|----------------|----------------|
| <b>Região</b>         |                |                |
| Norte                 | 0,175          | 0,281          |
| Nordeste              | 0,217          | 0,412          |
| Centro-Oeste          | 0,266          | 0,299          |
| Sudeste               | 0,177          | 0,363          |
| Sul                   | 0,150          | 0,274          |
| <b>Idade</b>          |                |                |
| 15                    | 0,602          | 0,134          |
| 20                    | 0,434          | 0,217          |
| 25                    | 0,277          | 0,310          |
| 30                    | 0,161          | 0,401          |
| 35                    | 0,086          | 0,481          |
| 40                    | 0,044          | 0,549          |
| 45                    | 0,022          | 0,608          |
| <b>Educação</b>       |                |                |
| 0-3                   | 0,191          | 0,423          |
| 4-8                   | 0,200          | 0,338          |
| 9+                    | 0,230          | 0,311          |

**Gráfico 1. Probabilidade de se ter necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais, segundo Número de Filhos e IDH no modelo, Brasil, PNDS-1996**



## **V. Considerações finais**

Este trabalho teve como objetivo analisar a demanda total por métodos anticoncepcionais no Brasil, avaliando os componentes de uso de métodos anticoncepcionais e de necessidade insatisfeita por tais métodos. Para alcançá-lo foram usados dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde de 1996 (PNDS).

Neste estudo, as análises do processo de escolha dos métodos reversíveis e métodos irreversíveis foram desenvolvidas separadamente, uma vez que há diferença na tomada de decisão em torno da adoção de cada um deles.

Em relação aos métodos reversíveis a análise foi feita em duas etapas. Na primeira, analisaram-se os fatores associados com a decisão de usar um método anticoncepcional e, na segunda, focalizaram-se os fatores associados com a escolha dos métodos utilizando modelo hierárquico multinomial, pois a variável resposta é composta por quatro categorias: métodos hormonais, DIU, condom e métodos tradicionais.

Na análise da escolha da esterilização foi utilizado o modelo de incidência em tempo discreto. Este tipo de modelo é apropriado para incorporação de variáveis que mudam no tempo, o que é útil na consideração da idade com que as mulheres se esterilizam.

Em todos esses modelos, a estrutura hierárquica foi levada em conta, na medida em que mulheres de uma mesma comunidade devem apresentar atitudes e comportamentos semelhantes.

No que se refere à necessidade insatisfeita por anticoncepção, usamos o modelo multinomial padrão, pois a variável resposta possui três categorias nominais (necessidade para espaçar; necessidade para limitar e sem necessidade) e os efeitos aleatórios do município e do setor censitário não foram estatisticamente significativos.

É importante enfatizar que o comportamento reprodutivo não se mostra da mesma maneira no tocante às regiões do Brasil. A região Sul, uma das mais desenvolvidas do país, apresentou a menor probabilidade de necessidade insatisfeita para limitar e espaçar nascimentos. Esta região também se destacou no modelo para uso de métodos reversíveis tendo cerca de quatro vezes mais chances de uso de métodos reversíveis que a região Nordeste. Por outro lado, evidenciou-se no modelo para esterilização que o risco da mulher residente na região Sul ser esterilizada é 52% menor do que aquela mulher residente no Nordeste.

Estes dados demonstram que nas regiões mais favorecidas economicamente existe um maior acesso a métodos contraceptivos reversíveis e isto provavelmente reduz a chance da esterilização feminina como prática dominante para o planejamento familiar.

Observamos que a educação é uma variável importante tendo relação direta nos modelos de uso de métodos reversíveis e esterilização feminina e inversa no modelo de necessidade insatisfeita, ou seja, as mulheres com menor nível de escolaridade são menos propensas a usar métodos reversíveis e esterilização e mais propensas a ter uma necessidade insatisfeita para limitar.

Em relação à associação entre as variáveis relativas ao ciclo de vida das mulheres, ter um filho aumenta significativamente a chance de uma mulher usar um método contraceptivo reversível. Essa chance não se mostrou estatisticamente significativa para a categoria de mulheres com quatro ou mais filhos, talvez por terem alguma dificuldade em lidar com os métodos reversíveis ou mesmo por já estarem esterilizadas. Na análise referente à esterilização o risco aumenta substancialmente após o segundo filho.

Em relação à idade, apenas as mulheres na categoria de 35 anos ou mais são estatisticamente significativas em relação aos modelos de uso de métodos reversíveis. Essas mulheres apresentam uma chance bem menor de usar métodos anticoncepcionais reversíveis quando comparadas às mulheres com menos de 20 anos. A incidência de esterilização é maior entre mulheres com idade entre 20 e 29 anos.

Ressalta-se no modelo de necessidade insatisfeita a interação entre a variável individual número de filhos e a variável contextual índice de desenvolvimento humano, demonstrando a diferença na percepção das mulheres quanto à necessidade de limitar segundo o nível do IDH. As motivações que provavelmente estão relacionadas com a percepção das mulheres de limitar nascimento nos municípios com IDH elevado, podem advir de um padrão reprodutivo diferenciado decorrente de estilos e perspectivas de vida diferentes, na medida em que estas mulheres teriam maior chance de realização em outras áreas além da maternidade.

No modelo de esterilização, verifica-se que em anos eleitorais as mulheres aumentam a possibilidade de serem esterilizadas. Assim, políticos possibilitam as laqueaduras



tubárias de potenciais eleitoras, denunciando uma prática de corrupção e clientelismo político além de evidenciar uma demanda reprimida de métodos contraceptivos.

A análise empreendida para escolha de métodos contraceptivos revelou que os métodos hormonais são os mais prevalentes em praticamente todas as categorias de variáveis analisadas. Os demais métodos modernos, apesar da baixa prevalência, têm suas chances de uso aumentadas entre as mulheres que fazem exame ginecológico regularmente e residente em municípios com elevado IDH, demonstrando o papel importante que o acesso aos serviços de saúde desempenha.

O significativo declínio da fecundidade no Brasil foi um fenômeno de motivações multifacetadas que evidenciou uma das maiores mudanças de atitude e comportamentos na saúde reprodutiva do nosso país. O principal determinante do declínio da fecundidade no Brasil foi o uso de métodos contraceptivos. A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (1996)<sup>1</sup> aponta que 77% das mulheres unidas faziam uso de algum método contraceptivo. Estas taxas de prevalência de uso de anticoncepcionais são similares às de países desenvolvidos. Contudo o uso se limita basicamente a dois métodos contraceptivos: pílula e a esterilização. Porém o uso de ambos os métodos difundiu-se sem o desejado e necessário apoio técnico dos serviços de saúde, portanto sem levar em conta a saúde da mulher.

Os métodos hormonais não são isentos de riscos de efeitos colaterais e contra-indicações. A elevada prevalência do seu uso em nosso meio tem relação com os baixos custos e o fácil acesso para a compra nas farmácias, na maioria das vezes sem receita médica<sup>1</sup>.

A decisão pela esterilização, efetuada principalmente através do setor público por ocasião da cesariana, pode estar relacionada à dificuldade dos casais em lidar com os métodos contraceptivos reversíveis, colocando a mulher diante de uma dúvida: ser esterilizada, ou vir a ter que provocar um aborto ilegal ou prosseguir com uma gravidez indesejada.

Com relação à esterilização, um dos seus efeitos deletérios diz respeito à irreversibilidade do método. As conseqüências são maiores quando realizadas em mulheres mais jovens, pois elas estão mais sujeitas a viver mudanças consideráveis na vida, como a perda ou troca de parceiro ou morte de um dos filhos. Nestes casos, como é óbvio perceber poderá haver arrependimento da realização da esterilização. Há também uma maior exposição da mulher ao vírus da imunodeficiência adquirida, uma das principais causas de óbito de mulheres em idade fértil hoje no Brasil. Se já é difícil negociar o uso de preservativo em circunstâncias habituais, muito mais difícil ainda é negociar seu uso sem haver o risco de uma gravidez. Ademais, exigir que o parceiro use o preservativo na mencionada situação pode fomentar a desconfiança de uma suposta infidelidade conjugal.

No que diz respeito à operação cesárea, um dos fatores que contribuiu para o crescimento de suas taxas foi a sua indicação para fins de esterilização cirúrgica. Isto porque no caso da laqueadura tubária ilegal, este procedimento realizado durante a cesariana pode ser camuflado sem registro hospitalar. A cesariana é um procedimento cirúrgico, e como tal, apresenta riscos. O que se critica não é cesariana em si, mas sua prática sem indicação clínica obstétrica.

Segundo Faundes<sup>2</sup>, a cesárea acarreta maior risco de mortalidade e morbidade materna, aumento dos riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, recuperação mais difícil da mãe e maior período de separação entre mãe/bebê, com retardo do início da amamentação.

O aborto clandestino realizado em condições inseguras aumenta o risco de morbidade e mortalidade materna. São mulheres saudáveis, com anos de vida perdidos por morte prematura ou por desenvolvimento de doenças e incapacidades por complicações e seqüelas do aborto. Podemos citar como complicações mais imediatas, as hemorragias e infecções e, como complicações mais tardias a infertilidade.

O aborto provocado em condições inseguras ocorre com maior freqüência em mulheres de classes menos favorecidas. É justamente nesta classe social que existe maior possibilidade de gerar órfãos desamparados, tornando, dessa forma, a morte materna numa tragédia familiar e social. O papel central da mulher no equilíbrio da família contemporânea não pode ser subestimado ou de forma alguma desprezado.

Não seria impertinente associar maior probabilidade de abandono das crianças oriundas de gravidezes indesejadas. Prosseguir com uma gravidez indesejada pode vir a gerar, na família, ônus financeiro, emocional e, principalmente, social nas classes menos favorecidas, estendendo as conseqüências prejudiciais deste evento para própria sociedade.

A lei do planejamento familiar promulgada em 1996 representou avanço nas políticas populacionais do País. É permitida a esterilização cirúrgica nas seguintes situações:

homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar. Também é permitido no caso de risco à vida, à saúde da mulher ou do futuro concepto. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores. Seus critérios são importantes por inibir distorções, como a associação entre cesáreas e esterilização.

Porém, o acesso desigual e restrito aos diferentes métodos contraceptivos, a inadequação dos serviços frente às necessidades e às demandas, a ausência de atenção integral à saúde, a dificuldade de insumos e a deficiência de práticas educativas têm dificultado sua implementação<sup>3</sup>.

Os obstáculos descritos podem estar propiciando a manutenção da prática de cesariana para fins de laqueadura tubária e do uso de contraceptivos hormonais sem o devido acompanhamento clínico.

Neste contexto é importante salientar que a definição de direitos reprodutivos estabelecidos na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento no Cairo, em 1994, ainda não é contemplado no Brasil.

*“... Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a*

*oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência” (Plataforma da CIPD do Cairo, § 7.3, p 58)<sup>4</sup>.*

A superação destes obstáculos com a garantia da universalização, equidade e integralidade nos programas de saúde da mulher são necessárias para que os casais exerçam os seus Direitos Reprodutivos.

## Referências

1. Badiani R, Ferreira I, Ochoa L, Patarra N, Womg L, Camarano A, et al, Brasil: Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM-DHS, 1997.
2. Faundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Caderno de Saúde Pública 1991; 7:150-173.
3. Costa AM. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil [dissertação de doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.
4. Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. In: Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento; 1994; Cairo, Egito.[Brasília]: FUNUAP; [199-]. p 57-71.

## **VI. Referências Bibliográficas**

Alan Guttmacher Institute(US). Aborto clandestino: una realidade latinoamericana. New York: The Institute; 1994. Disponível em: URL

<http://www.guttmacher.org/pubs/journals/2300497.html>

Allison PD. Survival Analysis Using SAS: A Practical Guide. Cary: SAS Institute Inc.; 1995.

Alves JED. As Políticas e os Direitos Reprodutivos: “O Choque de Civilizações” versus Progresso Civilizatório. In: Dez anos de Cairo: Tendências da Fecundidade e Direitos Reprodutivos no Brasil. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004. p. 21-46.

Alves JED. Demografia, democracia e direitos humanos. Texto para Discussão, ENCE/IBGE, Rio de Janeiro, n. 18; 2005. Disponível em <http://www.ence.ibge.gov.br/textodiscussão/textodiscussao.html>

Arruda MJ, Ferreira IQ, Soares M, Ferraz EA, Andrade LT, Browne IRM, et al, Brasil. Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar Brasil 1986. BEMFAM.-DHS-IBGE-UNICEF-FUNAP-AID-INAN; 1986.

Ashford L. Unmet need for family planning: Recent trends and their implications for programs. PRB. Unmet Need for Family Planning 2003; 1-8. Disponível em: URL: <http://www.phishare.org/documents/PRB/214/email>

Ávila MB. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Estudos Feministas* 1993; 1: 382-393.

Badiani R, Ferreira I, Ochoa L, Patarra N, Womg L, Camarano A, et al, Brasil: Pesquisa nacional sobre demografia e saúde 1996. Rio de Janeiro: BENFAM-DHS; 1997.

Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP; 2004 set 20-24; Caxambu (Br). Minas Gerais; 2004.

Berquó E. Brasil, um caso exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos, à espera de uma ação exemplar. *Estudos Feministas* 1993; 1(2): 366-381.

Berquó E. Esterilização e raça em São Paulo. *Revista Brasileira de Estudos de População* 1994; 11(1): 19-26.

Berquó E. Sobre a Política de Planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População* 1987; 4: 95-103.

Berquó E; Cavenaghi S. Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária. *Caderno de Saúde Pública* 2003; 19(S2): 441-453.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.



Bruschini C, lombard MR, Mercado C, Bichochoi M. Mulheres no mercado de trabalho: grandes números. In: Trabalho Feminino: séries históricas; 2004. São Paulo. Fundação Carlos Chagas. Disponível em: URL: <http://www.fcc.org.br>

Caetano AJ; Potter J. Politics and Female Sterilization in the Brazilian Northeast. *Population and Development Review* 2004; 30(1): 79-108.

Calle M. Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia [Tese de doutorado]. Minas Gerais: Faculdade de Ciência Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.

Casterline JB, Sinding S. Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy. *Population and Development Review* 2000; 26(4):691–723.

Costa AM. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil [dissertação de doutorado]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.

Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva. In: Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento; 1994; Cairo, Egito [Brasília]: FUNUAP; [199-]. p 57-71.

Dixon MR., Germain A. Stalking the elusive unmet need for family planning. *Studies in Family Planning*. 1992; 23(5):330-335.

Entwisle B, Rindfuss RR, Guilkey DK, Chamratrirong A, Curran S R, Sawandgee Y. Community and contraceptive choice in rural Thailand: a case study of Nang Rong. *Demography* 1996; 33:1-11.

Faria VE. Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. *Ciências Sociais Hoje* 1989; p.62-99.

Faundes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. *Caderno de Saúde Pública* 1991; 7:150-173.

Fonseca SD. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: CEDEPLAR/Rosa dos Tempos; 1991.

Goldstein H. *Multilevel statistical models*. London: Edward Arnold; 1995.

Hardy E, Osis MJD, Faúndes A, Alves G, Pinotti JA. A laqueadura tubária precoce e durante a cesárea. Dimensões atuais e fatores que a determinam. *Revista Ginecologia e Obstetrícia* 1993; 4(2): 70-76.

IBGE - Censo Demográfico 2000 Nupcialidade e Fecundidade. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br>

Jannotti BC. *Reflexividade, Sexualidade e Reprodução: Processos Políticos no Brasil e Chile* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ; 2002.

Leite CI. Contraceptive Dynamics in Northeast Brazil. [dissertação em Doutorado em Estatística Social]. Inglaterra: University of Southampton; 1998.

Martine G. Brazil's fertility decline, 1965-95: a fresh look at key factors. *Population and Development Review* 1996; 22: 47-75.

Martins AL. Dossiê Aborto – Mortes Preveníveis e Evitáveis. Rede Nacional Feminista de Saúde, 2005. Disponível em <http://www.redesaude.org.br/dossies/dossiessr.html>

Merrick T, Berquó E. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility. Washington: National Academy Press; 1983. (Committee on Population and Demography, report n. 23).

Nortman DL. Measuring the unmet need for contraception to space and limit births. *International Family Planning Perspectives* 1982; 8(4): 125-134.

Osis MJMD. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 1998; 14: 25-32.

PAIVA PTA. O processo de proletarização como fator de desestabilização dos níveis de fecundidade no Brasil. In: MIIRÓ C. *Transição da fecundidade: análises e perspectivas*. São Paulo: CLACSO; 1985.

Perpétuo IHO, Aguirre MAC. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. In: *Anais do 11º Encontro Nacional de Estudos Populacionais*; 1998; Caxambu (Br). Minas Gerais: ABEP; 1998. v. 1. p. 2997-3024.

Perpetuo IHO. Contracepção e declínio da fecundidade na Região Nordeste. Revista Brasileira de Estudo e População 1998; 15(1): 43-56.

Potter J, Caetano AJ. Clientelismo e Esterilização no Nordeste Brasileiro 1986-1995 In: Anais do XI Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 1998; Caxambu (Br). Minas Gerais: ABEP; 1998.p.151-182.

Rasbash J, Browne W. Goldstein H, Yang M. A User's Guide to MLwiN (Second Edition). London: Institute of Education; 2000.

Retherford RD, Choe MK. Statistical Models for Causal Analysis. New York: Wiley; 1993.

Robey B, Ross J, and Bhushan I.. Meeting unmet need: New strategies. Population Reports, 1996 ; 43:1-35

SAS Institute. In SAS/STAT User's Guide. Version 6. Cary (North Carolina): SAS Institute Inc; 1993.

Silva SMV. Inovações nas Políticas Populacionais: o Planejamento Familiar no Brasil. In: II Coloquio Internacional de Geocrítica; 2000 mayo 24- 26; Barcelona (Sp) Catalonia: Universidade de Barcelona; 2000. 69 (25) Disponível em: URL: <http://www.ub.es/geocrit/sn-69-25.htm>

UNFPA STATE OF WORLD POPULATION 2005. Disponível em: [http://www.unfpa.org/swp/2005/images/e\\_indicator1.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/images/e_indicator1.pdf). (acesso em 07/03/2006)

Vieira EM. A Esterilização de mulheres de baixa renda em região metropolitana do sudeste do Brasil e fatores ligados à sua prevalência. *Revista de Saúde Pública* 1994; 28(6): 440-448.

Westoff CF, Ochoa LH. Unmet need and the demand for family planning. In: *Demographic and Health Surveys Comparatives Studies*. No. 5; Columbia (USA). Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.; 1991.

Westoff CF, Pebley AR. Alternative measures of unmet need for family planning in developing countries. *International Family Planning Perspectives* 1981; 7(4):126–136.

Westoff CF. The potencial demand for family planning: a new measure of unmet need and estimates for five Latin American countries. *International Family Planning Perspectives* 1988; 14(2): 45-53.