

CONHECIMENTO, ATITUDE E CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS À DEMANDA POR CONTRACEPÇÃO NO PERU E BOLÍVIA

Mário Ernesto Piscocoy Diaz¹

Marisa Alves Lacerda²

Introdução

Ao longo do século passado, várias foram as mudanças observadas nos países da América Latina, dentre as quais se destaca o processo de transição demográfica. A queda da fecundidade, que constitui a segunda etapa deste processo, vem sendo observada em todos os países desta região, na maioria dos casos desde meados da década de 70. Encontra-se bastante avançada em muitos deles, onde já é possível observar níveis de fecundidade bem próximos ou mesmo abaixo do nível de reposição³, seguindo o padrão observado nos países mais desenvolvidos do mundo, ainda que com várias décadas de atraso (Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Apesar de generalizada, a queda da fecundidade nos países da América Latina teve início em momentos distintos e seguiu diferentes ritmos. Apresenta, não obstante, algumas similaridades de um país para outro, dentre as quais se destaca o fato de que, independente do momento em que teve início o processo de queda e do ritmo que este seguiu ou vem seguindo, as primeiras mudanças foram observáveis entre as mulheres de mais alta escolaridade e nível de riqueza, especialmente nas áreas urbanas e naquelas mais privilegiadas economicamente. Observando as tendências e níveis de fecundidade atuais, vê-se a continuidade desse quadro descendente em todos os subgrupos populacionais, o que sugere uma tendência à convergência, embora permaneçam, ainda, os diferenciais em termos de local de residência e nível de escolaridade e riqueza (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

A adoção do uso de métodos contraceptivos foi – e ainda é – o principal determinante próximo para a queda da fecundidade na região mencionada, o que torna o atendimento à demanda por contracepção focal no debate. Embora para alguns subgrupos seja observável a continuidade do processo de queda até níveis bem próximos do de reposição, o fato é que a fecundidade provavelmente estaria em níveis ainda mais baixos, caso toda a demanda por contracepção fosse adequadamente satisfeita (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004; Westoff, 2006).

Para além de seu efeito sobre os níveis de fecundidade, o atendimento às demandas contraceptivas das mulheres, e dos indivíduos em geral, constitui peça fundamental para promoção dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Direitos esses que têm como prerrogativa a garantia de condições para que os indivíduos possam decidir, de forma livre, esclarecida e assistida, o momento de ter filhos e a quantidade desejada.

Dentro desse escopo, é importante considerar que mesmo a tendência descendente, observada para a demanda insatisfeita por contracepção em todos os países da América Latina, não exclui a necessidade de atenção às demandas reprodutivas individuais. Isto porque parcelas significativas da população seguem sem ter essas demandas atendidas, havendo, ainda, coincidência entre maiores níveis de demanda insatisfeita e outras características socioeconômicas desfavoráveis – como menor escolaridade e nível de renda – o que faz com que a demanda insatisfeita por contracepção atue como mais um fator de vulnerabilização nestes contingentes populacionais, contribuindo ainda, em muitos casos, para a continuidade dos ciclos de pobreza familiar (Padilla, 2006; Westoff, 2006).

Partindo do reconhecimento da legitimidade desta questão, o presente estudo propõe-se a identificar, para o Peru e para a Bolívia, alguns fatores associados à demanda satisfeita e insatisfeita por contracepção de mulheres com idades entre 15 e 49 anos, casadas e unidas. Para tanto, foram gerados dois modelos de regressão logística, um para cada país, utilizando os dados coletados pela *Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDSA 2003–*, realizada na Bolívia, e pela *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES Continua 2004–*, realizada no Peru.

Neste estudo, a demanda total por contracepção, tal qual definida nos inquéritos da pesquisa *Demographic and Health Survey –DHS–* refere-se ao somatório da demanda satisfeita e insatisfeita de mulheres casadas e unidas sexualmente ativas e em idade reprodutiva – ou seja, de 15 a 49 anos. A demanda satisfeita é formada pelas mulheres casadas ou unidas, sexualmente ativas e férteis, usuárias de algum tipo de método para evitar uma gravidez ou postergá-la pelos próximos dois anos. Já a demanda insatisfeita por contracepção é constituída pelo somatório de mulheres casadas e unidas, sexualmente ativas e férteis que, não sendo usuárias de método contraceptivo, declararam: 1) não querer ter mais filhos ou estar grávidas ou amenorréicas em virtude de uma gravidez não desejada – de-

manda insatisfeita para limitar – ou; 2) querer postergar a (próxima) gravidez por pelo menos dois anos ou estar grávidas ou amenorréicas em virtude de uma gravidez que desejavam postergar por pelo menos mais dois anos – demanda insatisfeita para postergar (Measure DHS+, 2007; Westoff, 2006).

Os resultados sugerem que em ambos países, as mulheres unidas, em idades jovens, com uma parturição baixa, sem conhecimento apropriado do ciclo de ovulação e que não discutem planejamento familiar com o companheiro, apresentam um maior risco de possuir sua demanda por contracepção insatisfeita. Adicionalmente, na Bolívia o nível de escolaridade da mulher e de seu parceiro, a língua materna e também a ausência de filhos indesejados estão associados à demanda insatisfeita por contracepção.

Nos itens seguintes, apresentam-se, respectivamente, um breve panorama da fecundidade e do planejamento da fecundidade no Peru e Bolívia, os dados, variáveis e metodologia empregados neste estudo e os principais resultados obtidos, seguidos de algumas considerações acerca dos mesmos.

Fecundidade e contracepção: breve contextualização para Bolívia e Peru

Uma série de mudanças sociais, econômicas e culturais contribuíram, de diferentes formas, com a redução nos níveis de fecundidade dos países Latino-americanos. Dentre estas mudanças é possível destacar o acelerado processo de urbanização, iniciado na década de 60, o aumento dos níveis de escolaridade da população em geral e em especial da feminina, o aumento da participação feminina no mercado de trabalho e a queda das taxas de mortalidade infantil. Esse conjunto de fatores fomentou a demanda por famílias menores, originando um aumento na demanda por conhecimento e uso de métodos contraceptivos. Em resposta a esse aumento na demanda, políticas de planejamento familiar foram pensadas e implementadas em muitos países da região (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Na América Latina, o uso de métodos contraceptivos pode ser apontado como o principal determinante próximo da queda da fecundidade. Nesta região, diferentemente do observado em países mais desenvolvidos, a queda da fecundidade ocorreu de forma independente da redução dos níveis de desigualdade social e econômica, os quais ainda persistem. Resguardadas as suas particularidades, Peru e Bolívia, focos da presente análise, seguem os indicativos aqui apresentados, no que se refere tanto à queda da fecundidade quanto ao papel do uso de métodos contraceptivos nesse processo. Assemelha-se também ao restante da região analisada, no sentido de que apesar da queda generalizada da fecun-

didade e do aumento da prevalência do uso de métodos contraceptivos, algumas características socioeconômicas seguem como importantes marcadores de diferenças nos níveis de um e outro indicador (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.).

Apesar desta queda generalizada, tanto na Bolívia quanto no Peru mantêm-se ainda diferenciais significativos nos níveis de fecundidade, quando se consideram algumas variáveis socioeconômicas. Assim, tem-se que, na Bolívia em 2003, a TFT era de 5,5 filhos por mulher na área rural e 3,1 na área urbana, destacando-se que apesar do diferencial ainda existente, a queda da fecundidade na área rural foi a principal responsável pela redução da fecundidade para o total do país, entre os anos de 1998 e 2003. No que tange aos diferenciais por nível de escolaridade, chama a atenção o fato de que em 2003 a fecundidade das mulheres que não possuíam escolaridade alguma se encontrava nos mesmos patamares observados para o total do país em 1950-1955 – 6,8 filhos por mulher – ao passo que a fecundidade das mulheres com nível superior se encontrava já no nível de reposição - ou seja, 2,1 filhos por mulher (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Também no caso do Peru, a escolaridade apresenta-se como o mais marcante diferenciador dos níveis de fecundidade, embora a diferença em termos do local de residência também tenha se mostrado importante. A TFT mensurada para 2004 foi de 4,3 filhos por mulher sem nenhum ano de estudo, contra 1,5 filhos por mulher com ensino superior, valor este bastante abaixo do nível de reposição e bem similar àquele apresentado para países mais desenvolvidos socioeconomicamente. Considerando o local de residência, a TFT observada foi de 3,6 filhos por mulher nas áreas rurais e 2,0 nas áreas urbanas (INEI, 2005).

No tocante ao planejamento da fecundidade, o primeiro ponto a ser considerado é o nível de informação que as mulheres têm sobre métodos contraceptivos. Isto porque embora na maioria das vezes apenas possuir informação não seja suficiente, a informação constitui, sem dúvidas, um componente essencial para a mudança de comportamentos e adoção de novos hábitos. A esse respeito tem-se que tanto na Bolívia quanto no Peru o percentual de mulheres em idade fértil que conhecia ou já tinha ouvido falar de pelo menos um método contraceptivo era bastante elevado – 93% e 99%, respectivamente (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Sob a perspectiva das práticas contraceptivas, observa-se o aumento da prevalência do uso de métodos nos dois países analisados. Na Bolívia esta prevalência, que era de 48% para as mulheres casadas e unidas em 1998, passou a ser de 58% em 2003, dos quais 35% equivaliam ao uso de algum método moderno – sendo o DIU mais usado - e 23% ao uso de algum método tradicional – sobretudo a abstinência periódica. Já no Peru, os percentuais de uso mostraram-se mais elevados. No período de quase 20 anos, a prevalência do uso de contraceptivos por mulheres uni-

das aumentou de 46% em 1986 para 71% em 2004. O percentual de uso de métodos tradicionais encontrava-se em patamares semelhantes aos da Bolívia - 24% em 2004 – ao passo que o percentual de uso de métodos modernos apresentou-se consideravelmente mais elevado – 47% no mesmo ano, sendo a injeção o método mais empregado. Chama a atenção, no caso do Peru, o fato de que no período de apenas 4 anos a prevalência do uso de métodos tradicionais aumentou cinco pontos percentuais – em 2000 essa prevalência era de 19% - ao passo que a prevalência do uso de métodos modernos diminuiu três pontos percentuais no mesmo período (INEI, 2005; Sardán, Ochoa & Guerra, 2004).

Também para a prevalência do uso de métodos contraceptivos, em ambos os países, apresentam-se claros os diferenciais segundo características socioeconômicas. Assim, em 2004, mais de $\frac{3}{4}$ das mulheres peruanas com nível secundário de escolaridade e daquelas residentes de áreas urbanas utilizavam algum método para controle da fecundidade, ao passo que somente 51% das mulheres sem escolaridade alguma e 63% daquelas residentes em áreas rurais empregavam algum método (INEI, 2005). No caso da Bolívia, enquanto nas áreas urbanas 64% das entrevistadas casadas ou unidas usavam algum método em 2003, na área rural este percentual era de apenas 48%. Considerando o nível de escolaridade, enquanto 73% das mulheres com nível superior usavam algum método, somente cerca de $\frac{1}{3}$ daquelas sem escolaridade adotavam esse uso.

Alguns dados apresentados anteriormente demonstram a importância do uso de métodos tradicionais dentro do planejamento da fecundidade nos dois países analisados. Independente desta significativa prevalência no uso estar relacionada à dificuldade de acesso a métodos modernos ou à escolha livre e esclarecida da mulher e/ou de seu parceiro, o fato é que neste contexto o conhecimento do período fértil dentro do ciclo ovulatório torna-se essencial para aumentar a eficácia da maioria dos métodos tradicionais adotados. Apesar disso, dados da ENDSA 2003 demonstram que, na Bolívia, aproximadamente metade das entrevistadas que praticavam a abstinência periódica não conhecia esse período, o que significa dizer que estas mulheres possivelmente vinham utilizando incorretamente o método, estando, por isso, mais sujeitas a uma gravidez não planejada. O conhecimento do período fértil mostrou-se maior entre as residentes das áreas urbanas do que entre aquelas que residiam nas áreas rurais - 60% e 44%, respectivamente (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004). No caso do Peru, em 2004, 45% das usuárias da abstinência periódica não conheciam o ciclo ovulatório, ou seja, estavam, também, sujeitas à utilização incorreta do método (INEI, 2005).

Além da informação, o acesso constitui ponto decisivo para o controle e/ou planejamento da fecundidade. Isto é especialmente importante para os grupos populacionais menos favorecidos, que possuem maiores restrições à obtenção, no setor privado, do método para controle de sua

fecundidade. Pensando nos dois países aqui avaliados, observa-se que no Peru o poder público é o principal provedor de métodos contraceptivos, sendo responsável por 71% do fornecimento em 2004 – considerando o total de mulheres usuárias de métodos modernos (INEI, 2005). No caso da Bolívia, embora com uma cobertura menor do que aquela observada no Peru, há de se destacar o aumento da participação do setor público na provisão de métodos contraceptivos modernos para a população total, tendo o percentual subido de 42% em 1998 para 57% em 2003 (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004). Ressalta-se que o acesso limitado a serviços de saúde em ambos os países constitui o principal dificultador do acesso aos métodos contraceptivos nos países analisados, o que encontra-se intimamente associado aos altos níveis de mortalidade materna existentes nos mesmos (CEPAL, 2005; Monte, Lazo & Magalhães, 2006).

Os pontos abordados nesse item referem-se a questões centrais para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. De um lado, por apontarem as lacunas existentes nesta garantia, que é fortemente determinada pelo nível e pela qualidade do acesso aos serviços de orientação, atenção e tratamento. De outro, por demonstrarem um dos efeitos negativos deste nível e qualidade do acesso. Os enormes custos sociais e econômicos, gerados pelo limitado acesso ao sistema de saúde pública, poderiam ser minimizados por programas efetivos de planejamento da fecundidade que conseguissem abarcar todos os estratos socioeconômicos, dado que são as mulheres menos escolarizadas e com menor nível de riqueza as mais vitimadas por estes dois problemas (Monte, Lazo & Magalhães, 2006).

Um último ponto a ser abordado neste subitem, e que se encontra intimamente vinculado ao que foi comentado acima, refere-se à magnitude da demanda por contracepção e também à satisfação ou não desta demanda. Este pode ser considerado um indicador central em termos de saúde reprodutiva, dado que demonstra em que medida as preferências reprodutivas das mulheres vêm sendo atendidas em cada país. Bolívia e Peru possuem níveis semelhantes de demanda total por contracepção – 81% e 82,4%, respectivamente – e também se assemelham no sentido de que a maior parte da demanda é para limitar os nascimentos, ou seja, para controlar a fecundidade e não para planejá-la (Westoff, 2006). Por outro lado, a parcela desta demanda que vem ou não sendo atendida constitui diferencial importante entre esses dois países, conforme pode ser observado na Tabela 1. Esta tabela demonstra não somente níveis de demanda insatisfeita bem mais elevados para a Bolívia como também um peso relativo grande para a demanda insatisfeita por contracepção para limitar, vis-à-vis o observado no Peru, sugerindo piores condições de acesso ao direito de decisão sobre os níveis e condições de fecundidade para as mulheres na Bolívia.

Avaliando a evolução temporal dos níveis de demanda insatisfeita por contracepção, vê-se não só que estes sempre foram maiores na Bolívia como também que neste país a queda dos referidos níveis vem se dando em ritmo bem menos acelerado que aquele observado para o Peru. Assim, enquanto a demanda insatisfeita no Peru passou de 28% em 1986 para 9% em 2004, na Bolívia a redução foi de 36% em 1989 para 23% em 2003 (Westoff, 2006).

Tabela 1
Demanda por contracepção segundo o tipo de demanda. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Tipo de Demanda	Peru	Bolívia
Insatisfeita	11,1%	28,7%
Espaçar	3,6%	7,4%
Limitar	7,5%	21,3%
Satisfeita	88,9%	71,3%
Espaçar	27,7%	19,3%
Limitar	61,2%	52,0%

Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.

Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Considerando o local de residência, tanto para Bolívia quanto para Peru maiores níveis de demanda insatisfeita foram encontrados nas áreas rurais – 30% e 12%, respectivamente – vis-à-vis os níveis encontrados nas áreas urbanas, onde a demanda insatisfeita da Bolívia apresenta-se três vezes maior que aquela apresentada para o Peru – 18% e 7%, respectivamente. Westoff atribui as diferenças rural-urbano a fatores como a acessibilidade diferenciada aos serviços de planejamento da fecundidade, o desejo de mais filhos nas áreas rurais e os níveis de escolaridade mais elevados, observados nas áreas urbanas. Implícita nesta colocação está a idéia de que a difusão de novas práticas e demandas reprodutivas, como o controle da fecundidade, encontra-se relacionada também com o nível de escolaridade da mulher, o que vai ao encontro do fato de que a queda da fecundidade nos países aqui analisados ocorreu primeiramente entre as mulheres com maior escolaridade (Di Cesare, 2007; Monte, Lazo & Magalhães, 2006; Morelos, s.d.; Westoff, 2006).

Os diferenciais até aqui apontados demonstram que tanto para a Bolívia quanto para o Peru o nível de escolaridade, juntamente com o local de residência, constituem fatores chave para diferenciar as mulheres e, portanto, para as campanhas e programas de planejamento da fecundidade. O primeiro por ser um indicador também do nível econômico da mulher e por determinar, em certa medida, a capacidade de a mulher de-

codificar e assimilar as informações recebidas acerca de sua saúde e do planejamento de sua fecundidade. O segundo por estar associado, na maioria dos casos, a diferentes níveis de acesso aos serviços de planejamento da fecundidade e também a formas e ritmos diferenciados de aceitação de novos valores e normas de conduta, dos quais o controle da fecundidade faz parte.

Por outro lado, o conjunto de informações discutido reitera as diferenças existentes entre os dois países avaliados, com a Bolívia apresentando condições mais desfavoráveis em todos os indicadores mostrados. Segundo Westoff (2006), Peru e Bolívia encontrariam-se em dois subgrupos distintos, juntamente com outros países da América Latina e Caribe. De um lado o Peru que, tal qual Brasil, Colômbia e República Dominicana, seria caracterizado pela baixa demanda insatisfeita e pela elevada prevalência do uso de contraceptivos. Do outro lado a Bolívia, caracterizada por estimativas mais altas de demanda insatisfeita, juntamente com a Guatemala e o Haiti.

Esse conjunto de semelhanças e diferenças, somado à pequena quantidade de estudos no campo da saúde sexual e reprodutiva para os dois países aqui avaliados, em comparação à quantidade encontrada para outros países da América Latina, justifica o estudo aqui realizado. Pretende-se com ele apresentar uma proposta de análise que vá além da mensuração dos níveis de fecundidade, prevalência do uso de métodos e níveis de demanda contraceptiva.

Num contexto em que cada vez mais, a saúde sexual e reprodutiva dos indivíduos emerge como tema que merece atenção dentro do campo das políticas públicas e programas de saúde, a identificação de fatores que aumentem ou diminuam as chances da mulher possuir uma demanda insatisfeita por contracepção é essencial. Tal ponto é verdadeiro seja dentro do conjunto de abordagens para a avaliação dos programas e políticas existentes, seja para o direcionamento de programas para grupos específicos, que garantam a equidade no acesso aos serviços de planejamento da fecundidade e a diminuição dos níveis de mortalidade materna. Esta última gerada tanto por gravidezes não planejadas quanto pela prática do aborto em condições inseguras, bastante recorrentes em países menos desenvolvidos.

Feitas todas estas considerações apresenta-se, a seguir, uma breve explanação acerca dos dados utilizados e da metodologia empregada.

Dados e Metodologia

Neste estudo, utilizam-se os dados dos Inquéritos Demográficos e de Saúde (DHS) realizados para Bolívia no ano 2003 e para Peru no período 2004 – 2005. Por utilizar um questionário padronizado, a DHS permite

a comparação de várias características entre mulheres de diferentes países, como é o caso proposto aqui.

No caso do Peru, os dados foram coletados utilizando-se a última versão da DHS, na qual a coleta é realizada no decorrer do período 2004 – 2008, dividindo o número de domicílios a serem entrevistados entre os cinco anos componentes do período em questão, ao invés de proceder à coleta quinquenal. Destaca-se que uma das vantagens desta nova forma de coleta é que ela permite a obtenção de informações anuais e a acumulação dos dados coletados em cada ano, possibilitando, assim, a elaboração de indicadores mais robustos (INEL, 2007).

Em ambos os inquéritos, a variável *demanda por contracepção* foi construída a partir da definição de Westoff & Ochoa (1991), utilizada nos inquéritos DHS (Westoff, 2006). Essa definição, apresentada na parte introdutória desse estudo, é também a que adotamos aqui. Conforme anteriormente mencionado, em nossa análise consideramos somente as mulheres casadas ou unidas, férteis, sexualmente ativas e com idades entre 15 e 49 anos, somando um total de 5.796 mulheres peruanas e 8.734 mulheres bolivianas. A categorização *demanda satisfeita* e *demanda insatisfeita* foi aplicada à variável resposta, denominada *demanda por contracepção*. Adicionalmente, no modelo foi considerado um conjunto de variáveis demográficas e socioeconômicas que, segundo aponta a literatura, pode estar relacionado com o tipo de demanda por contracepção.

A análise compreende o uso de estatísticas descritivas e a aplicação de técnicas multivariadas, usando-se o pacote SPSS 13.0. Utiliza-se o modelo de regressão logística multivariado com a finalidade de testar a associação existente entre o tipo de demanda por contracepção e as características socioeconômicas, demográficas, comportamentais e de conhecimento consideradas no presente artigo. Os coeficientes mostrados nas tabelas referem-se ao risco relativo de a entrevistada ter demanda insatisfeita por contracepção, em comparação com uma categoria de referência definida para cada variável.

Foram ajustados três modelos para cada país: um para o total de mulheres, um para as mulheres casadas e um para aquelas unidas. A variável *filhos não desejados* foi calculada a partir da diferença entre o número ideal de filhos declarado pela mulher e sua parturição observada, sendo classificada como tendo filhos não desejados aquela mulher cujo número ideal de filhos apresentou-se menor do que sua parturição no momento da entrevista.

Principais Resultados

Estatísticas Descritivas

A Tabela 2 mostra a distribuição das mulheres peruanas e bolivianas, segundo a sua situação de demanda por contracepção e características selecionadas. Primeiramente, observa-se que, conforme mencionado na parte 2 desse trabalho, o percentual de mulheres com demanda insatisfeita foi maior na Bolívia do que no Peru. Tal situação permanece mesmo se considerarmos os grupos de mulheres casadas e o de unidas separadamente.

Embora a maior parte da demanda insatisfeita, considerando o total de mulheres, esteja concentrada entre as idades de 20 e 39 anos, destaca-se a diferença significativa deste percentual, quando desagregamos os grupos entre mulheres casadas e unidas, com a demanda insatisfeita – e também satisfeita – das unidas, tanto no Peru quanto na Bolívia, atingindo percentuais bem mais elevados que aqueles observados para as mulheres casadas. Para as mulheres unidas, o grupo etário de 15 a 29 anos é responsável por mais da metade da demanda insatisfeita por contracepção. Esta elevada proporção de mulheres jovens unidas com demanda insatisfeita aponta para a necessidade de uma atenção especial para este grupo etário, por parte dos programas de planejamento familiar em ambos os países. Isto é especialmente importante se levarmos em consideração o fato de que estas mulheres encontram-se ainda no início de sua vida reprodutiva, tendo, por isso, um longo período de tempo para se expor ao risco de gravidezes indesejadas e a todas as conseqüências negativas deste fato.

No Peru, a língua predominante entre as mulheres entrevistadas (casadas ou unidas) foi o espanhol, sendo que somente 18% das mulheres com demanda insatisfeita falavam uma outra língua diferente desta. Por outro lado, observa-se que na Bolívia mais da metade das mulheres casadas (55%) e unidas (72%) com demanda insatisfeita falavam uma outra língua que não o espanhol.

Em ambos os países, observou-se um elevado percentual de mulheres casadas com demanda insatisfeita que residiam em áreas rurais, sendo este percentual mais elevado para a Bolívia do que para o Peru – 53% contra 49%, respectivamente. Essa desvantagem observada para as mulheres residentes das áreas rurais permanece mesmo quando se considera os grupos de casadas e unidas, separadamente. É possível que o percentual mais elevado de mulheres com demanda insatisfeita em regiões rurais esteja associado a uma maior valorização dos filhos neste tipo de sociedades, em sua maioria de base agrícola, onde uma maior prole contribui como mão-de-obra para o trabalho agrícola e, portanto, para a subsistência familiar. Também deve se considerar que, em ambos os paí-

ses, a exemplo do que se observa em outras localidades, os custos inerentes à prática contraceptiva são mais altos em áreas que se encontram distantes das grandes cidades, o que justificaria, também, uma maior demanda insatisfeita nas áreas rurais, vis-à-vis o observado nas áreas urbanas. Além disso, os teóricos que defendem o processo de difusão como um dos responsáveis pela mudança de valores e de práticas, dentre elas a prática contraceptiva, argumentam que esse processo atinge primeiramente as áreas urbanas e os estratos de maior renda e escolaridade, para somente depois se expandir para as áreas rurais e para grupos menos escolarizados e de menor nível de renda. Este argumento poderia também justificar, em parte, a maior demanda insatisfeita observada nestas áreas.

O nível de escolaridade apresenta-se como uma variável importante para a presente análise, sendo um dos fatores que pode possibilitar o acesso e a decodificação das informações sobre a obtenção e também o uso dos métodos contraceptivos. Além disso, pode definir, em alguma medida, tanto a posição social da mulher quanto diferenças na sua capacidade de visualizar as motivações para tomar as decisões sobre o planejamento de sua fecundidade. Analisando a Tabela 2, vê-se que tanto para Peru como para Bolívia o nível de escolaridade difere consideravelmente entre as mulheres. Em ambos os países, a maior proporção de mulheres com demanda insatisfeita por contracepção alcançou como nível máximo a escolaridade primária – 42,5% no Peru e 65% na Bolívia. Esta tendência foi observada tanto para as mulheres casadas como para aquelas unidas. Destaca-se que na Bolívia mais de 60% das mulheres (casadas ou unidas) com demanda insatisfeita por contracepção tinham no máximo o nível de escolaridade primário. Quanto às mulheres com demanda por contracepção satisfeita, tem-se que, em termos relativos, o percentual de mulheres com nível de escolaridade superior chegou a ser quase dobro do percentual observado para as mulheres com demanda insatisfeita. Na medida em que o grau de escolaridade aumenta, a proporção de mulheres com demanda insatisfeita diminui.

Um resultado que chamou a atenção em ambos os países foi o elevado percentual de mulheres que, independente da situação conjugal e do tipo de demanda, não conheciam o ciclo de ovulação - mais de 50% das entrevistadas. Destaca-se que tanto no Peru como na Bolívia o percentual de mulheres unidas sem conhecimento do ciclo de ovulação foi maior que no grupo das mulheres casadas (acima do 70% em ambos casos). Conforme mencionado anteriormente, esse é um resultado significativo, se consideramos a importância dos métodos tradicionais dentre aqueles utilizados pelas mulheres para o planejamento e controle de sua fecundidade (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004; INEI, 2005).

No que se refere à escolaridade do parceiro, existe uma diferença entre ambos os países, tendo sido mais elevado o nível de escolaridade dos parceiros das mulheres com demanda insatisfeita por contracepção

no Peru do que na Bolívia. Quarenta e dois por cento das mulheres peruanas tinham parceiros com nível de escolaridade secundário, enquanto que 58% das mulheres bolivianas com demanda insatisfeita tinham parceiros com um nível de escolaridade primário. Tal qual é observado na relação entre nível de escolaridade das mulheres e demanda insatisfeita por contracepção, em ambos os países, na medida que aumenta a escolaridade do parceiro o percentual de mulheres com demanda insatisfeita diminui.

Além das mulheres peruanas - assim como seus parceiros - terem um maior nível de escolaridade do que as mulheres bolivianas, outro ponto favorável a este país é que o percentual de mulheres peruanas com demanda insatisfeita, que discute com uma maior frequência planejamento familiar com seus parceiros é ligeiramente maior que aquele observado na Bolívia - 13% e 11% , respectivamente. Para ambos os países, os percentuais de mulheres - casadas ou unidas - com demanda satisfeita por contracepção, que discutem planejamento familiar com o parceiro são quase o dobro daqueles verificados para as mulheres com demanda insatisfeita. Este último ponto vai ao encontro de outros estudos que apontam para o diálogo com o parceiro como um fator protetor, passível de contribuir positivamente com a efetivação do desejo reprodutivo da mulher, na medida em que pode contribuir com a redução das disparidades de poder nas relações entre homem e mulher.

Um último ponto considerado na Tabela 2 é a distribuição das mulheres segundo classificação por demanda contraceptiva e nível de riqueza. Em ambos países, mais da metade das mulheres com demanda insatisfeita por contracepção pertence aos quintis de riqueza mais baixos (Pobre Extremo/Pobre), ou seja, sem considerar outras variáveis importantes, a pobreza, tal qual os níveis de escolaridade, mantém uma relação direta com a demanda insatisfeita.

Para além das características individuais das mulheres com algum tipo de demanda por contracepção, alguns autores observam, nos dois países, uma grande desigualdade na cobertura dos serviços de educação e de saúde e, por conseguinte, no acesso aos programas de planejamento familiar, geralmente integrados a estes últimos. Tendo como foco os objetivos desse estudo, importa considerar que, em contradição a essa observação, o governo exerce papel importante na distribuição de métodos contraceptivos modernos à população tanto na Bolívia quanto –e sobretudo– no Peru, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 2 (continua)

Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003.

Características	Peru						Bolívia					
	Todas		Casadas		Unidas		Todas		Casadas		Unidas	
	N =	5.796	N =	2.920	N =	2.876	N =	8.734	N =	5.794	N =	2.940
	Satisfeita	653	Satisfeita	278	Satisfeita	405	Satisfeita	2.484	Satisfeita	1.535	Satisfeita	949
Idade												
15-19	2,9%	6,6%	0,7%	1,3%	5,4%	10,6%	3,1%	5,7%	1,0%	1,0%	8,2%	13,6%
20-29	26,6%	29,1%	15,4%	12,6%	39,5%	41,6%	34,7%	38,8%	27,1%	32,3%	52,1%	49,7%
30-39	42,7%	40,6%	45,2%	47,1%	39,8%	35,6%	40,2%	35,1%	44,9%	40,7%	29,4%	25,8%
40-49	27,8%	23,7%	38,7%	39,1%	15,3%	12,2%	22,0%	20,4%	27,0%	26,1%	10,3%	10,9%
Língua Materna												
Espanhol	90,0%	82,4%	88,4%	79,8%	91,8%	84,4%	30,5%	38,7%	33,6%	45,2%	23,4%	27,9%
Outros	10,0%	17,6%	11,6%	20,2%	8,2%	15,6%	69,5%	61,3%	66,4%	54,8%	76,6%	72,1%
Local de Residência												
Urbano	66,5%	49,6%	68,9%	50,8%	63,9%	48,6%	70,9%	52,7%	70,8%	46,9%	70,8%	62,5%
Rural	33,5%	50,4%	31,1%	49,2%	36,1%	51,4%	29,1%	47,3%	29,2%	53,1%	29,2%	37,5%
Educação												
Sem educação	4,0%	8,6%	4,5%	10,1%	3,5%	7,5%	4,9%	12,2%	5,5%	14,3%	3,6%	8,7%
Primaria	32,3%	42,5%	30,5%	37,0%	34,3%	46,7%	52,6%	64,6%	49,4%	63,7%	60,2%	65,8%
Secundaria	39,7%	34,4%	34,3%	32,8%	45,9%	35,7%	29,5%	19,0%	28,6%	16,3%	31,6%	23,5%
Superior	23,9%	14,5%	30,7%	20,2%	16,2%	10,0%	12,9%	4,3%	16,5%	5,7%	4,6%	1,9%
Parturição												
0	2,3%	4,8%	1,4%	0,8%	3,3%	7,5%	2,1%	4,6%	1,2%	2,4%	4,2%	8,2%
1	19,5%	16,5%	13,0%	9,3%	26,8%	21,9%	15,3%	13,4%	11,8%	9,3%	23,3%	20,4%
2	26,0%	21,7%	27,8%	23,2%	23,9%	20,6%	22,0%	16,5%	21,6%	14,5%	22,8%	20,0%
>3	52,3%	57,0%	57,8%	66,7%	46,0%	50,0%	60,7%	65,5%	65,4%	73,9%	49,7%	51,5%

Fonte dos dados básicos: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003. Notas: n.a. = não aplicável, (I) Reposta não numérica. Valores de N não ponderados. Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Tabela 2 (conclusão)

Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003.

	Peru				Bolívia				
	Todas		Casadas		Todas		Casadas		
	N = 5.113	Satisfeita 2.642	Insatisfeita 2.471	N = 2.876	Satisfeita 1.405	Insatisfeita 1.471	N = 8.734	Satisfeita 4.259	Insatisfeita 4.475
Conhecimento do ciclo ovulatório									
Conhece	40,8%	44,2%	36,9%	23,2%	47,1%	24,8%	49,9%	24,7%	40,5%
Não conhece	59,2%	55,8%	63,1%	76,8%	52,9%	75,2%	50,1%	75,3%	59,5%
Teve filhos não desejados?									
Sim	66,0%	70,8%	60,5%	62,3%	69,1%	74,4%	72,3%	77,7%	61,6%
Não	33,7%	28,8%	39,3%	37,1%	29,0%	22,5%	25,7%	17,8%	36,8%
Outra ⁽¹⁾	0,3%	0,4%	0,2%	0,6%	1,9%	3,1%	2,0%	4,4%	0,8%
Educação do Parceiro									
Sem educação	0,8%	0,7%	0,9%	0,9%	1,1%	2,7%	0,9%	2,8%	1,6%
Primaria	24,3%	36,3%	24,3%	35,6%	42,5%	58,5%	40,6%	60,5%	55,2%
Secundaria	46,0%	42,2%	53,7%	48,8%	37,9%	28,6%	36,1%	25,7%	42,1%
Superior	29,0%	20,1%	21,1%	14,7%	16,8%	6,7%	20,9%	7,6%	7,3%
Não Conhece	n.a	n.a	n.a	n.a	1,6%	3,4%	1,5%	3,4%	2,0%
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?									
Nunca	17,0%	17,9%	15,9%	28,0%	8,6%	26,1%	8,1%	28,6%	9,7%
Uma ou duas vezes	60,8%	58,9%	61,9%	58,8%	68,0%	63,1%	67,8%	62,4%	68,5%
Com maior frequência	22,2%	22,3%	22,2%	13,2%	23,4%	10,8%	24,0%	9,0%	21,9%
Quintil de Riqueza									
Pobre	33,1%	54,4%	38,2%	58,4%	30,5%	50,7%	28,9%	53,5%	34,0%
Extremo/Pobre	22,6%	18,5%	27,3%	14,7%	21,4%	22,3%	18,9%	19,6%	27,1%
Media	44,3%	30,3%	34,4%	26,9%	48,1%	27,0%	52,1%	26,9%	38,9%
Rico/Extremamente Ríco									
N = 2.940									
Insatisfeita									
Satisfeita									
N = 1.991									

Fonte dos dados básicos: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.
Notas: n.a. = não aplicável, (1) Reposta não numérica. Valores de N não ponderados. Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Tabela 3
Fontes de obtenção de método pelas usuárias de métodos modernos contempladas no estudo. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Fonte	Peru	Bolívia
Governo	76,7%	59,6%
Setor Privado	21,3%	35,1%
ONG	1,0%	3,9%
Outros	1,0%	0,9%
Não Sabe	0,0%	0,5%
Total	100,0%	100,0%

Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003.

Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

Na prática, a grande importância do setor público na provisão de métodos contraceptivos modernos aumenta a importância de políticas de planejamento da fecundidade bem desenhadas e abrangentes, capazes de contemplar a diversidade sociodemográfica da população e evitar que a grande dependência em relação ao governo coloque em situação de maior vulnerabilidade aquelas mulheres que, por diferentes motivos, encontrem maiores dificuldades de acioná-lo para a obtenção do método contraceptivo desejado. Isso torna-se especialmente relevante quando se trata de mulheres que não tenham condições de obtê-lo no setor privado que, como se vê na Tabela 3, desempenha papel também importante, sobretudo na Bolívia, onde o peso relativo exercido por esse setor é mais que 50% superior àquele observado para o Peru.

No que tange ao tipo de método utilizado, a Tabela 4 apresenta os percentuais para cada país, desagregados também conforme a situação conjugal da entrevistada. Aqui, observa-se que em ambos os países o maior percentual de não usuárias de método está entre as entrevistadas unidas, valendo ressaltar, ainda, que o uso de outros métodos que não os tradicionais ou modernos – os comumente chamados de folclóricos – é maior entre as Peruanas do que entre as Bolivianas.

Dentre os métodos contraceptivos mencionados pelas usuárias, destaca-se a abstinência periódica como o mais recorrente para todos os grupos, com exceção daquele composto pelas mulheres unidas no Peru, onde o percentual de usuárias de pílula é ligeiramente superior àquele observado para a abstinência. Tal constatação vem reforçar a importância do conhecimento do ciclo ovulatório para a garantia do sucesso do planejamento da fecundidade praticado por uma parcela significativa das mulheres consideradas nesse estudo.

Quanto às usuárias de métodos contraceptivos modernos, no Peru a injeção é o mais freqüente, seguido pela esterilização feminina e pelo

preservativo masculino. Interessante mencionar que a importância desses métodos varia conforme a situação conjugal das mulheres, sendo que no caso das casadas o método mais recorrente é a esterilização feminina – o único método contraceptivo irreversível para a mulher. Na Bolívia, diferentemente, o DIU foi o mais mencionado pelo grupo analisado, seguido pela injeção e pela esterilização feminina. Novamente, observa-se uma variação segundo a situação conjugal, sendo que para o grupo de mulheres unidas a injeção figura como o método contraceptivo moderno mais recorrente.

Tabela 4
Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de método contraceptivo utilizado e união

Tipo de Método	Peru			Bolívia		
	Casadas	Unidas	Total	Casadas	Unidas	Total
Não utiliza	9,1%	13,3%	11,1%	26,5%	33,4%	28,7%
Modernos						
Pílula	7,1%	10,9%	8,9%	3,8%	5,4%	4,4%
DIU	7,7%	7,7%	7,7%	13,6%	10,0%	12,5%
Injeção	12,0%	21,2%	16,4%	8,3%	12,7%	9,7%
Preservativo Masculino	13,3%	8,3%	10,9%	4,9%	4,4%	4,7%
Esterilização Feminina	17,6%	8,8%	13,4%	9,2%	5,2%	8,0%
Outros ⁽¹⁾	2,3%	1,7%	2,0%	2,9%	4,4%	3,4%
Tradicionais						
Abstinência Periódica	23,7%	20,3%	22,1%	25,4%	20,0%	23,7%
Coito Interruptus	5,4%	5,4%	5,4%	5,0%	3,9%	4,6%
Método Específico (país)	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Outros Métodos⁽²⁾	1,8%	2,4%	2,1%	0,2%	0,3%	0,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: DHS Peru, 2004-2008. DHS Bolívia, 2003.

Notas. (1) Inclui Esterilização masculina, Norplant, Amenorréia de Lactância, Espuma o Gel e Preservativo feminino. (2) Métodos Folclóricos. Nota: Todos os resultados apresentados na tabela estão ponderados.

No subitem seguinte, seguem algumas descrições da análise multivariada realizada.

Análise Multivariada

A Tabela 5 mostra os resultados dos modelos ajustados para Peru e Bolívia, respectivamente. Nela, podemos observar similitudes entre os dois países, no que tange a algumas das características consideradas. Uma delas é que o conhecimento do ciclo ovulatório mostrou-se uma característica importante, em termos da diferenciação entre mulheres com e sem demanda insatisfeita, para as mulheres em ambos os países e independentemente do tipo de união na qual elas se encontrem. Segundo sugerem todos os modelos gerados, o adequado conhecimento do ciclo de ovulação por parte das mulheres reduz suas chances de apresentarem demanda insatisfeita por contracepção. Este resultado corrobora a relação positiva entre o conhecimento do próprio corpo e a utilização de mecanismos de planejamento da fecundidade, demonstrada por estudos realizados para outros países. Trata-se de um resultado especialmente importante, no caso dos dois países aqui considerados, dada a relevante prevalência do uso de métodos contraceptivos tradicionais, especialmente da abstinência periódica. Este indicativo deve ser observado com atenção quando do planejamento de políticas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva.

Tal qual observado no caso do conhecimento do ciclo ovulatório, independentemente do tipo de união, a chance da mulher experimentar demanda insatisfeita por contracepção diminui com o aumento da frequência de discussão sobre planejamento familiar com o marido ou companheiro. Tomada a discussão entre o casal como indicador de maior ou menor equidade, a permanência do efeito desta variável mesmo na presença de outras consideradas relevantes para o estudo da demanda por contracepção constitui um resultado importante. Isto, sobretudo se considerarmos o diálogo como ferramenta focal na busca de relações mais horizontalizadas entre homens e mulheres, que permitam a negociação sexual e a efetivação plena dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. Destaca-se, a este respeito, que a discussão sobre planejamento familiar tem sido sugerida como uma ferramenta de política viável na redução das disparidades nas intenções de fecundidade dos casais em países em desenvolvimento, pois se espera que esta discussão contribua para o aumento da prevalência contraceptiva.

Outra semelhança encontrada entre os dois países analisados é que, considerando todas as mulheres e mantidas as demais variáveis constantes, acima dos 30 anos o risco de se ter demanda insatisfeita por contracepção diminui gradualmente na medida que a idade aumenta. Desagregando as mulheres entre casadas e unidas, por outro lado, observa-se que em ambos os países este efeito se mantém somente para as mulheres unidas – inclusive para aquelas de 20 a 29 anos.

Também a relação entre *local de residência e demanda insatisfeita por contracepção* manteve-se para o total de mulheres tanto no Peru quanto na Bolívia, mesmo quando se controla a demanda também por outras variáveis. Mantem-se, portanto, a situação observada na análise descritiva simples, qual seja: a residência em áreas rurais aumenta o risco de se ter demanda insatisfeita por contracepção. Considerando a situação conjugal, as mulheres unidas no Peru, assim como aquelas casadas na Bolívia, se residentes em áreas urbanas seguem apresentando uma chance menor de ter demanda insatisfeita, em comparação com aquelas residentes em áreas rurais.

Levando em conta a *parturição*, observa-se que em ambos os países, para o total de mulheres, a chance de ter demanda insatisfeita por contracepção diminui na medida que a ordem de parturição aumenta. Este resultado é consistente com estudos anteriores que apontaram o aumento do controle da fecundidade entre as mulheres na medida que o seu número de filhos aumenta e elas vão atingindo o tamanho ideal de família.

No Peru, quando controlada por outros fatores, o fato da mulher ter tido *filhos não desejados* não apresentou associação com a demanda insatisfeita por contracepção, independente do tipo de união das mulheres, com exceção das entrevistadas que deram respostas não numéricas a essa pergunta – categoria *Outra*. De forma contrária, ter tido filhos não desejados mostrou-se relevante entre as mulheres bolivianas. Neste caso, a chance de ter demanda insatisfeita foi menor entre aquelas mulheres que não tiveram filhos indesejados do que entre aquelas que tiveram filhos indesejados.

No que se refere à escolaridade da mulher, os resultados sugerem que na Bolívia, tanto para o grupo de mulheres casadas como para aquelas unidas, a chance de ter demanda insatisfeita diminui na medida que o nível de escolaridade aumenta. O panorama é completamente diferente no Peru, onde esta característica não apresenta relação com a demanda insatisfeita por contracepção, com exceção do grupo das mulheres unidas com nível de escolaridade secundário, as quais têm uma chance menor de ter demanda insatisfeita do que as mulheres que não têm escolaridade alguma. Estes resultados são interessantes na medida em que demonstram que a relação entre escolaridade e demanda por contracepção, tão marcante também para o Peru nos cruzamentos simples, perde importância na presença de outras variáveis explicativas relacionadas a este fenômeno. Tomada a escolaridade enquanto indicador de nível de riqueza, de capacidade de aquisição, compreensão de informação e transformação desta em efetivação do desejo reprodutivo, o resultado acima aponta para a necessidade de considerar outros fatores igualmente importantes na determinação do uso de contraceptivos, dentre os quais se destaca, em consonância com o apresentado na análise descritiva, a importância do governo enquanto provedor de métodos contraceptivos modernos às usuárias – sobretudo àquelas residentes no Peru.

Tabela 5
Razão de chances dos modelos de regressão logística multivariada
ajustados para a demanda insatisfeita por contracepção
das mulheres peruanas e bolivianas. Peru 2004-2008 e Bolívia 2003

Característica	Peru			Bolívia		
	Total	Casadas	Unidas	Total	Casadas	Unidas
Idade						
15-19	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
20-29	0,581 ***	0,586	0,632 *	0,878	1,383	0,713 *
30-39	0,436 ***	0,726	0,410 ***	0,640 ***	0,996	0,530 ***
40-49	0,352 ***	0,598	0,350 ***	0,586 ***	0,857	0,638 *
Local de Residência						
Urbano	0,654 ***	0,691 *	0,601 ***	0,729 ***	0,654 ***	0,880
Rural	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Educação						
Sem educação	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Primaria	0,796	0,877	0,661	0,638 ***	0,698 ***	0,554 ***
Secundaria	0,660 *	0,868	0,484 ***	0,444 ***	0,412 ***	0,469 ***
Superior	0,639	0,812	0,507	0,330 ***	0,349 ***	0,316 ***
Parturição						
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1	0,478 ***	0,823	0,437 ***	0,375 ***	0,262 ***	0,449 ***
2	0,404 ***	0,669	0,366 ***	0,267 ***	0,186 ***	0,329 ***
>3	0,582 *	0,864	0,591	0,273 ***	0,186 ***	0,337 ***
Conhecimento do ciclo ovulatório						
Conhece	0,637 ***	0,617 ***	0,658 ***	0,596 ***	0,533 ***	0,733 ***
Não conhece	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Teve filhos não desejados?						
Sim	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Não	0,987	0,976	0,977	0,708 ***	0,783 *	0,617 ***
Outra ⁽¹⁾	2,376 ***	3,226 *	1,460	1,175	1,426	0,379 *
Educação do Parceiro						
Sem educação	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Primaria	0,830	0,541	1,735	0,654 *	0,594 *	0,742
Secundaria	0,811	0,452	1,827	0,576 ***	0,520 ***	0,673
Superior	0,763	0,448	1,698	0,548 ***	0,480 ***	0,772
Não Sabe	n.a.	n.a.	n.a.	0,979	0,865	1,117
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?						
Nunca	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Uma ou duas vezes	0,633 ***	0,669 ***	0,633 ***	0,379 ***	0,322 ***	0,506 ***
Com maior Frequência	0,432 ***	0,438 ***	0,446 ***	0,227 ***	0,181 ***	0,335 ***

Fonte: DHS Peru, 2004-2008; DHS Bolívia, 2003. * $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Nota: n.a. = não aplicável.

Por fim, uma outra característica incluída nos modelos gerados e que é apontada como passível de afetar a demanda insatisfeita por contracepção da mulher é o *nível de escolaridade do parceiro*. Contrariando este apontamento, os resultados sugerem a ausência desta associação para as mulheres peruanas, independentemente do tipo de união em que elas se encontrem. Por outro lado, o *nível de escolaridade do parceiro* mos-

trou-se associado com a demanda insatisfeita por contracepção das mulheres bolivianas casadas. Entre estas, na medida que a escolaridade do parceiro aumenta, a chance de apresentar demanda insatisfeita por contracepção diminui.

Algumas considerações à luz dos resultados

Conforme apontaram os resultados, a análise descritiva sugeriu várias semelhanças entre Peru e Bolívia, no que concerne ao efeito de algumas variáveis selecionadas sobre a distribuição da demanda por contracepção das mulheres, com piores resultados, na maioria dos casos, para a Bolívia. A análise multivariada, por outro lado, apontou para a existência de algumas distinções entre estes dois países, no que concerne ao efeito de determinados fatores sobre a demanda insatisfeita por contracepção.

Dentre estas distinções destaca-se que, embora em ambos os países as mulheres com maior escolaridade tenham apresentado uma menor demanda insatisfeita por contracepção, quando controlados por outros fatores, não somente a escolaridade da mulher, como também a de seu marido ou companheiro deixam de ser características relevantes para explicar a demanda insatisfeita das mulheres no Peru, permanecendo o poder explicativo dessas duas variáveis, no caso da Bolívia. Tal situação novamente nos remonta à importância da presença do governo, enquanto principal provedor de métodos contraceptivos, como uma forma de amenizar o efeito perverso que os diferenciais sociodemográficos podem exercer sobre a satisfação da demanda por contracepção. Reforça-se, assim, a necessidade de ter a equidade no acesso como uma meta a ser perseguida no delineamento de políticas públicas voltadas para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens nos países analisados.

Outro resultado que chama a atenção, em virtude do grande peso da abstinência sexual como prática contraceptiva nos dois países, é o grande percentual de mulheres que não possuíam, na época da pesquisa, um conhecimento adequado do ciclo ovulatório. Novamente, reforça-se a necessidade de observância das reais motivações para a adoção dessa prática – se uma escolha livre e esclarecida das entrevistadas, ou uma necessidade gerada pelo desconhecimento de outros métodos ou pela dificuldade de acesso aos mesmos. Reforça-se, ainda, a importância da disseminação de informações adequadas acerca desse ciclo, tanto por meio de campanhas informativas quanto no momento das consultas ginecológicas, momento privilegiado para o esclarecimento de dúvidas às mulheres.

Além disso, o efeito positivo da discussão de planejamento familiar com o marido ou companheiro, bem como da residência em área urbana, sobre a satisfação da demanda por contracepção, merecem tanto ser destacados quanto considerados no planejamento de políticas públi-

cas. Isto é especialmente verdadeiro quando se fala do conteúdo a ser abordado nas políticas e campanhas e do público-alvo a ser atendido. Confirma-se aqui a necessidade cada vez mais premente de considerar, nos planejamentos, a diversidade de públicos e de demandas a serem contemplados. Tal fato faz com que um aumento na cobertura dos serviços de saúde - em especial dos programas de planejamento da fecundidade - que se proponha a garantir a equidade no acesso considere, necessariamente, as disparidades entre as áreas rurais e urbanas de Peru e Bolívia.

A demanda insatisfeita por contracepção é responsável por grandes gastos em saúde pública e também por perdas sociais e humanas, na medida que é associada a gravidezes não desejadas e, conseqüentemente, a abortos clandestinos, à mortalidade materna e a condições de saúde da criança. A atualização e o aprofundamento dos estudos sobre demanda insatisfeita por contracepção em países em desenvolvimento, como o são Peru e Bolívia, faz-se de grande utilidade para a formulação de políticas de saúde. Isto é especialmente verdadeiro diante do fato de que, a exemplo do que ocorre com outros fenômenos sociais, as características associadas à demanda insatisfeita por contracepção vão mudando na medida que as sociedades vão atingindo níveis maiores de desenvolvimento e as relações entre as diversas características dos indivíduos e entre estas características e aquelas do meio onde ele está inserindo, vão se complexificando. Diante disso, espera-se que o presente estudo tenha contribuído para o aprofundamento e os avanços no debate acerca deste processo nos dois países considerados.

Notas

¹ Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional -CEDEPLAR/UFMG;

² Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional-CEDEPLAR/UFMG;

³ O nível de reposição, que é de 2,1 filhos por mulher, refere-se ao número de filhos que cada mulher deve ter para que se garanta a reposição de uma geração pela outra.

Bibliografia

- BONGAARTS, J., Bruce, J. (1995) "The causes of unmet need for contraception and the social content of services". *Studies in Family Planning*, v.26, n.2, p.57-75.
- CALLE AGUIRRE, M. (2003) *Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia, 1998*. 2003. 136 f. Tese de Doutorado em Demografia, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- CANAZAS, V.M.A. (2002) "Comportamento Sexual e Reprodutivo das Jovens no Peru". Trabalho apresentado no *XIII Encontro da Associação Brasileira de Es-*

- tudos Populacionais*, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002. 20 p.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL) (2005) “Agenda Social. Políticas y programas nacionales de salud em América Latina, 2005”. IN: *Panorama social da América Latina*, 2005. Disponível em: http://www.cepal.cl/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Cap5_AgendaSocial.pdf. Acessado em 29 de fevereiro de 2008.
- DI CESARE, M. (2007) “Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe”. IN: *Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) - SERIE Población y Desarrollo*. Santiago de Chile: 2007. 72 p.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), Agencia de los Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional (USAID) (2005) “Peru Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2004, Informe Principal. Peru”: Programa Measure DHS+/ORC Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR174/PE04FR.pdf>. Acessado em 10 de Janeiro de 2008.
- LAVANDENZ, F.; Schwab, N.; Straatman, H. (2001) “Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolívia”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, vol.9, no.3.
- MEASURE DHS +. (2007) “Description of the Demographic and Health Surveys” – individual recode, Data file. Agosto 2007. 139 p. Disponível em <<http://www.measuredhs.com>>. Acessado em 14 de Dezembro de 2007.
- MONTE, S.R.S.; Lazo, A.C.G.V.; Magalhães, M.S. (2006) “Modelo Log-Poisson para a fecundidade marital no Peru”. Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 a 22 de Setembro de 2006. 13 p.
- MORELOS, F.A.J.B. (s.d.) “Población y grandes tendencias demográficas en América Latina y El Caribe”. [s.d.]. Disponível em: http://www.crefal.edu.mx/biblioteca-digital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/rieda/a2003_2/francisco_alba.pdf>. Acessado em 01 mar. 2008.
- RAMOS PADILLA, M. (2008) “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de gênero”. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Peru, vol.23, no.3, p.201-220, jul.-set. 2006. Disponível em http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342006000300010&lng=es&nr m=iso. Acessado em 29 de Fevereiro de 2008.
- SARDÁN, M.G.; Ochoa, L. H.; Guerra, W.C. (2004) “Bolívia Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDSA 2003”. *Bolívia: Programa Measure DHS+/ORC Macro*. Disponível em: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR159/00FrontMatter.pdf>>. Acessado em 10 de Janeiro de 2008.
- SEDGH, G.; Bankole, A.; Singh, S.; Hussain, R. *Causes of unmet need for contraception in the developing world* (extended abstract).
- WESTOFF, C. F., Ochoa, L. H. (1991) “Unmet need and the demand for family planning”. *DHS Comparative Reports* No. 5. Calverton, Maryland: Macro International.