

# Diferenciais no acesso e uso de métodos contraceptivos modernos:

Colômbia, Peru e Honduras

André Junqueira Caetano<sup>1</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011), cerca de 40% de todas as gravidezes no planeta não são planejadas e resultam do não uso de contracepção, da sua utilização não efetiva ou por falha do método. Entre os métodos disponíveis para uso regular, os tradicionais apresentam o maior risco de falha (WHO, 2011). O emprego de métodos contraceptivos modernos é o meio mais efetivo de prevenção de gravidez indesejada e, por conseguinte, de aborto inseguro (GLASIER; GÜLMEZOGLU et al., 2006). Ademais, o uso de *condom* previne infecções sexualmente transmitidas e suas consequências, bem como garante a concretização do direito de quantos filhos ter, o que está associado à expansão de oportunidades de gênero, classe e geração e, por conseguinte, ao avanço da igualdade social (EDOUARD, 2009).

Os países signatários da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento de 1994 comprometeram-se com a universalização da saúde reprodutiva até 2015 (UNITED NATIONS, 1995), ou seja, o oferecimento, às respectivas populações, de contracepção livre, esclarecida, gratuitamente acessível e segura.

Tradicionalmente, o indicador utilizado para mensurar a satisfação da demanda por contracepção em determinado país informa a proporção de mulheres de 15 a 49 anos unidas e férteis, que não desejam filhos em um período não inferior a dois anos e não usam nenhum tipo de método e mulheres no período pós-parto ou amenorreicas, cujo nascimento não tenha sido planejado ou desejado (WESTOFF; OCHOA, 1991). Com exceção da Bolívia, os países da América Latina com informações disponíveis até 2009 apresentam percentuais de demanda por contracepção não atendida inferiores a 10%.<sup>2</sup> Baixos níveis de demanda não atendida podem camuflar desigualdades no acesso e desafios na provisão de contracepção moderna, principalmente nos estratos socioeconômicos mais baixos.

Há poucas análises recentes sobre a prática contraceptiva na América Latina e menos ainda sobre as diferenças entre os distintos estratos socioeconômicos em um dado país. Este trabalho examina comparativamente, por quintil do *Wealth Index*, a prevalência de métodos contraceptivos entre mulheres de 15 a 49 anos unidas, a prevalência contraceptiva do grupo com demanda por contracepção atendida e a

<sup>1</sup> Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da PUC-Minas, Brasil, acaetano@pucminas.br.

<sup>2</sup> Ver <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>>.

fonte de obtenção de métodos modernos na Colômbia, Peru e Honduras. As bases de dados utilizadas são, respectivamente, a *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDS) 2010, a *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (EDSF) 2012 e a *Encuesta Nacional de Demografía y Salud* (ENDESA) 2011-2012.<sup>3</sup> Esses países possuem as pesquisas mais recentes sobre saúde e comportamento reprodutivo e, por apresentarem estratificação socioeconômica, composição étnica e trajetórias distintas de queda da fecundidade, constituem uma boa amostra da América Latina ao norte do Cone Sul – Chile, Uruguai e Argentina.

O *Wealth Index* é um indicador de bens e serviços disponíveis no domicílio que sintetiza sua condição socioeconômica. A metodologia definitiva para a estimação do *Wealth Index* foi desenvolvida por Filmer e Pritchett (2001). Para fins de análise tabular, os indivíduos, que retêm o valor do indicador do domicílio, são separados em quintis (RUTSTEIN; JOHNSON, 2004).

Este artigo está organizado em quatro seções. As três primeiras analisam os casos da Colômbia, Peru e Honduras, nesta ordem, e a última apresenta as considerações a respeito das evidências levantadas e suas implicações.

## Colômbia 2010

Em 2010, assim como em 2005, o método mais prevalente na Colômbia era a esterilização feminina, seguida, em níveis bem inferiores, por *outros métodos modernos*, injetáveis, pílula e *condom* masculino (Gráfico 1). Levando-se em conta apenas as mulheres com parturição de segunda ordem ou superior, observa-se que a prevalência da laqueadura tubária cresce substancialmente em detrimento de todos os demais métodos e o não uso, indicando que a esterilização é o método de escolha para a interrupção da vida reprodutiva.

Dado que a categoria *outros métodos modernos* apresentava a segunda maior prevalência no *mix* contraceptivo da Colômbia em 2010, é importante averiguar a participação desses métodos, agregadamente, no *mix* contraceptivo. Esta categoria, no caso colombiano, engloba o DIU, a vasectomia e o Norplant. A prevalência do DIU era praticamente igual à da pílula (8%), ao passo que 3,5% das mulheres de 15 a 49 anos unidas tinham companheiros vasectomizados e 3% usavam o implante. Portanto, o DIU possuía, em 2010, a mesma importância dos contraceptivos orais.

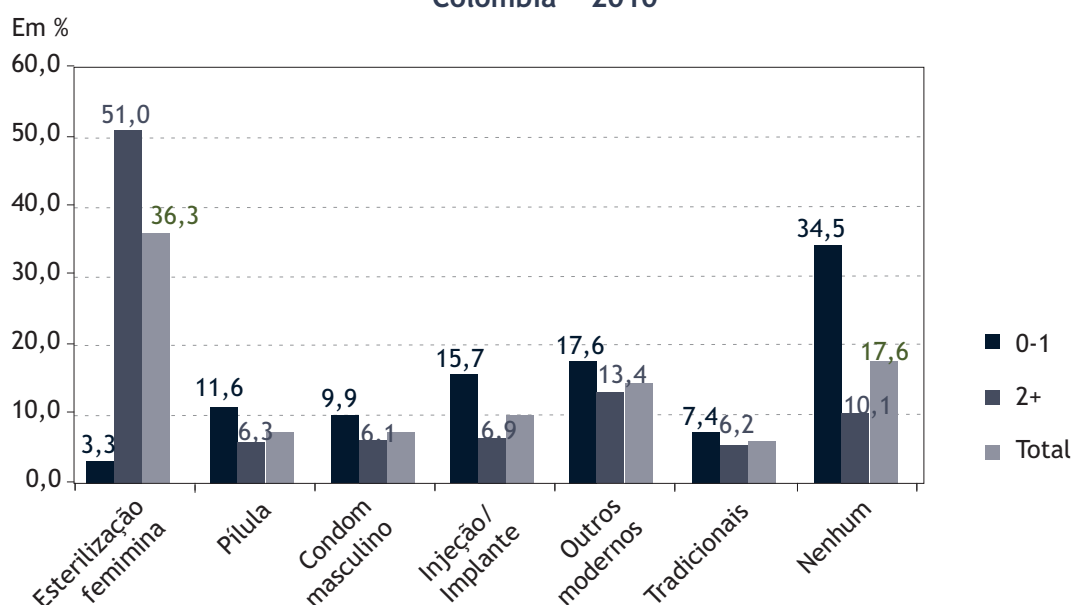
É preciso verificar se na Colômbia, em 2010, os métodos mais prevalentes eram distintos entre as mulheres mais pobres e as mais ricas. Na Tabela 1, que apresenta a prevalência contraceptiva entre as mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida, observa-se que a laqueadura tinha uma prevalência similar em todos os quintis do *Wealth Index*. Já os contraceptivos orais e injetáveis eram mais utilizados nos quintis mais baixos. A diferença entre o quintil *mais baixo* e o

<sup>3</sup> Disponíveis em <[www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)>.

*mais alto* era de 78% na utilização da pílula e de 81% no caso dos injetáveis. Porém, o maior diferencial encontra-se na categoria *outros métodos modernos*: 115% entre os dois quintis extremos, ou seja, para cada mulher do quintil *mais baixo* que usava outro método moderno havia 2,2 mulheres do quintil *mais alto* usando outro método moderno. Desagregando-se a categoria *outros métodos modernos*, o DIU aparece como o método de 8% das mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida, sem diferenças significativas por estrato socioeconômico (tabela não apresentada). A vasectomia respondia por 3,5%, com maior prevalência no quintil *mais alto*, e o *condom* feminino era usado por 3% dessas mulheres.

Gráfico 1

Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos unidas e férteis, por método contraceptivo utilizado, segundo parturição  
Colômbia – 2010



Fonte: Elaboração do autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010.

Nota: Todas as parturições:  $n = 25.197$ ; parturição de segunda ordem ou superior (P2+):  $n = 17.464$ .

Tabela 1

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida, por quintil do *Wealth Index*, segundo método utilizado  
Colômbia – 2010

Método	Mais baixo	Baixo	Médio	Alto	Mais alto	Total
Esterilização feminina	44,4	46,7	41,8	44,7	42,9	44,1
Pílula	12,9	11,0	9,2	7,9	7,3	9,6
Condom masculino	6,4	8,1	10,1	9,3	10,4	8,9
Injetáveis	15,0	12,0	12,8	9,9	8,3	11,6
Outros modernos	11,5	14,1	17,7	21,3	24,7	17,8
Tradicionais	9,8	8,1	8,5	6,9	6,5	8,0
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100
<b>N</b>	3.911	4.333	4.402	4.291	3.822	20.759

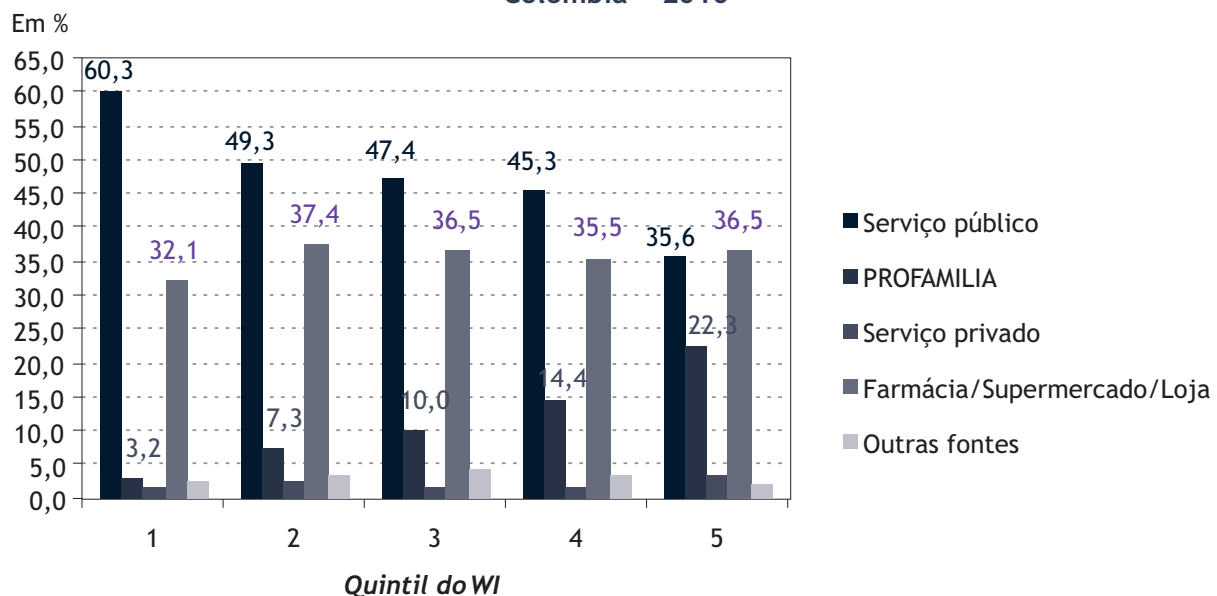
Fonte: Elaboração do autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010.

Em relação à última fonte de obtenção do método corrente, considerando-se as mulheres de 15 a 49 anos unidas e em uso de métodos modernos reversíveis em 2010, as participações dos setores público e privado eram equivalentes (47% cada). Obviamente, há uma associação entre a situação socioeconômica e a obtenção de contracepção em serviços públicos de saúde (Gráfico 2). De um lado, 60% das mulheres pertencentes ao quintil *mais baixo* recorreram ao sistema público para a obtenção do método. De outro, as principais fontes entre as mulheres do quintil *mais alto*, por sua vez, são as farmácias (36,5%) e, paradoxalmente, os serviços públicos (35,6%). A PROFAMILIA praticamente não aparece como provedora entre as mulheres mais pobres, ao passo que 22% daquelas pertencentes ao quintil *mais alto* a utilizaram, principalmente para a inserção de DIU.

Outra característica com importantes implicações é o fato de que a proporção de mulheres que usavam métodos reversíveis cuja última fonte de obtenção havia sido uma farmácia não apresenta variação substancial entre os quintis. De fato, a maior diferença, 5,3 pontos percentuais, encontra-se entre o quintil *mais baixo* e o quintil *baixo*. Diante dessas evidências, é possível afirmar que, a despeito do papel crucial do sistema público de saúde para a obtenção de métodos contraceptivos reversíveis, a compra em pontos de venda privados tem um peso desproporcional entre as colombianas mais pobres.

Gráfico 2

Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos unidas em uso de método contraceptivo moderno reversível, por quintil do *Wealth Index*, segundo a última fonte de obtenção Colômbia – 2010



Fonte: Elaboração do autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010.

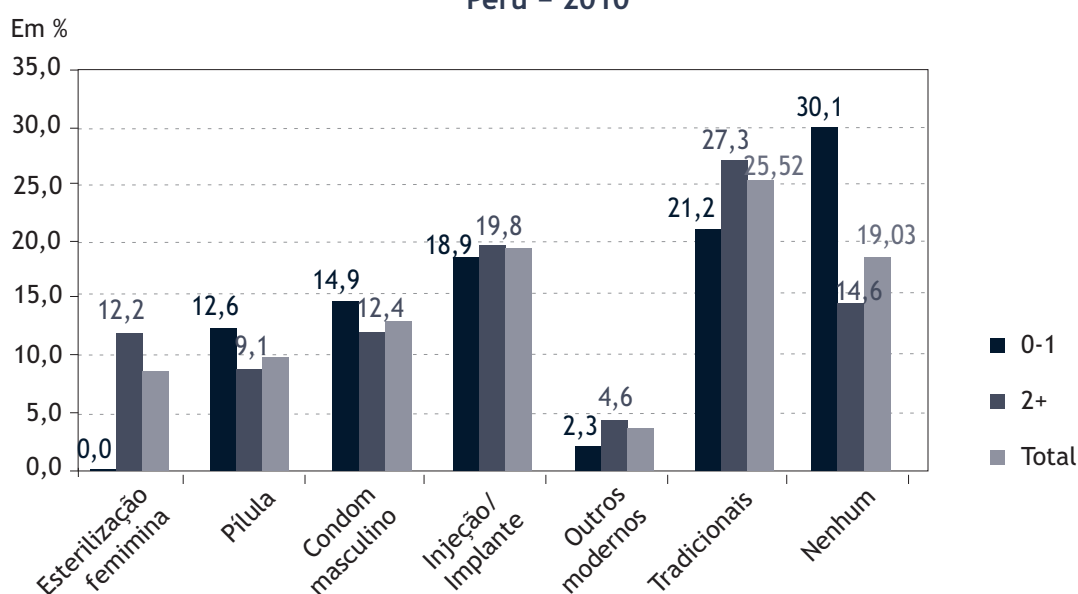
Nota: Total de mulheres: 9.951

## Peru 2012

No Peru, diante da magnitude do uso de métodos tradicionais – 23% das mulheres de 15 a 49 anos unidas em 2009 –, o próprio governo considera atípica a prevalência

contraceptiva peruana se comparada à de países com prevalência equivalente (PERÚ, 2011). Pouco parece ter mudado entre 2009 e 2012, ano em que 25,5% das mulheres de 15 a 49 anos unidas usavam métodos tradicionais (Gráfico 3). Este percentual passa para 27% se consideradas somente as mulheres com parturição de segunda ordem ou superior. Em seguida vêm os injetáveis, não havendo diferenças na proporção entre o total de mulheres e aquelas com dois ou mais filhos nascidos vivos. O terceiro método de escolha era a esterilização cirúrgica, com 9% do total de mulheres e 12% entre aquelas de parturição de segunda ordem ou superior.

**Gráfico 3**  
Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos unidas e férteis, por método contraceptivo utilizado, segundo parturição  
Peru – 2010



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – EDSF 2012.  
Nota: Todas as parturições:  $n = 12.699$ ; parturição de segunda ordem ou superior (P2+):  $n = 9.050$ .

A diferença entre a prevalência contraceptiva total e a prevalência contraceptiva entre as mulheres com dois ou mais filhos nascidos vivos parece indicar que, se a intenção é não ter mais filhos, o primeiro método de escolha é a esterilização feminina, seguida de um método tradicional. De qualquer maneira, o que é marcante e exclusivo do Peru é a proporção de mulheres em idade reprodutiva, unidas e férteis que empregavam método contraceptivo tradicional, o que conferia uma demanda por contracepção não atendida relativamente baixa em 2012 (8,3%), variando de 11% no quintil *mais baixo* a 7,5% no *mais alto*.

Em um contexto de baixa demanda não atendida por contracepção, é interessante examinar a prevalência contraceptiva entre usuárias segundo o estrato socioeconômico. A Tabela 2 apresenta a prevalência de métodos contraceptivos entre as mulheres peruanas de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida. Percebe-se que os métodos mais prevalentes entre as mais pobres são distintos daqueles empregados pelas mulheres dos estratos mais altos. O *condom* masculino é o principal método no quintil *mais alto* e o segundo menos utilizado no quintil *mais*

*baixo*. A categoria *outros métodos modernos* constitui a segunda categoria contraceptiva que distingue os estratos socioeconômicos. Esses praticamente não são empregados no quintil *mais baixo*, ao passo que são usados por quase 12% das mulheres do quintil *mais alto*. Nesta categoria, no caso peruano, 76% das mulheres usavam DIU e 13% reportaram a vasectomia. As pomadas e o *condom* feminino respondem pelos 11% restantes. Em relação à prevalência contraceptiva total, desagregando-se a categoria *outros métodos modernos*, 3% das mulheres de 15 a 49 anos unidas utilizavam o DIU, das quais 70% pertenciam aos quintis *alto* e *mais alto*.

Entre as mais pobres, os métodos mais prevalentes eram os tradicionais, seguidos pelos injetáveis (Tabela 2). Em conjunto, 78% das mulheres do quintil *mais baixo* empregavam um desses dois métodos, contra 36% daquelas pertencentes ao quintil *mais alto*. Os injetáveis eram o segundo método de escolha nos três primeiros quintis, mas nos dois mais altos ficavam na terceira e na quarta posições, respectivamente. Entretanto, o peso dos métodos tradicionais era significativamente elevado até o quarto quintil e mesmo no *mais alto* mais de um quinto das mulheres em uso de contracepção empregavam métodos tradicionais.

Tabela 2  
Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida, por quintil do *Wealth Index*, segundo método utilizado  
Peru – 2012

Método	Mais baixo	Baixo	Médio	Alto	Mais alto	Total
Esterilização feminina	6,5	10,0	11,0	13,0	13,2	10,8
Pílula	8,1	13,2	13,9	11,6	15,0	12,5
<i>Condom</i> masculino	5,4	11,5	17,1	22,7	24,5	16,2
Injeção/Implante	34,3	31,3	23,0	17,7	14,1	24,2
Outros modernos	1,2	1,7	3,7	6,8	11,7	4,9
Tradicionais	44,6	32,3	31,3	28,2	21,5	31,5
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	1.805	2.233	2.406	2.040	1.800	10.283

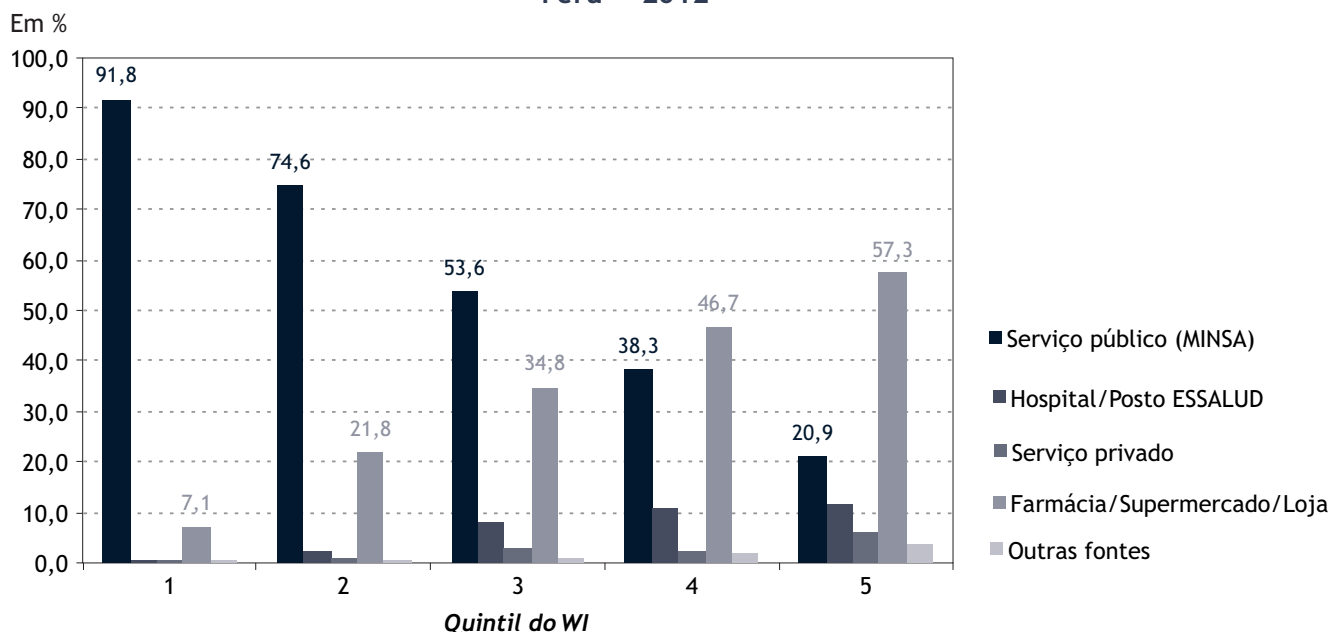
Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – EDSF 2012.

Com relação à obtenção do método em uso (Gráfico 4), excluindo-se as mulheres usando métodos tradicionais e as esterilizadas, os serviços do Ministério de Saúde do Peru (MINSA) e as farmácias eram as principais fontes em 2012, com a clara predominância dos serviços públicos entre as mais pobres e das farmácias nos estratos socioeconômicos mais altos. No quintil *mais baixo*, quase 92% das usuárias obtiveram o método em postos, clínicas e hospitais do MINSA – 64% dessas mulheres usavam contraceptivo injetável, 14% utilizavam contraceptivo oral e 12% foram esterilizadas. Nos quintis *alto* e, com maior intensidade, no quintil *mais alto* as farmácias foram a principal fonte, ainda que a participação dos serviços públicos seja considerável. A aquisição de *condom* masculino e da pílula foi realizada em farmácias por 57% e 20% das mulheres, respectivamente, dos dois quintis superiores. Já nos serviços públicos, 30% das mulheres desses quintis foram esterilizadas cirurgicamente e 23% obtiveram contraceptivos injetáveis. Esses indicadores permitem inferir que as mulheres dos

quintis *alto* e *mais alto* tendem a procurar o sistema público ao se decidirem por um método definitivo ou de longo prazo.

Gráfico 4

Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos unidas em uso de método contraceptivo moderno reversível, por quintil do *Wealth Index*, segundo a última fonte de obtenção  
Peru – 2012



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – EDSF 2012.

Nota: total de mulheres: 5.931.

## Honduras 2011-2012

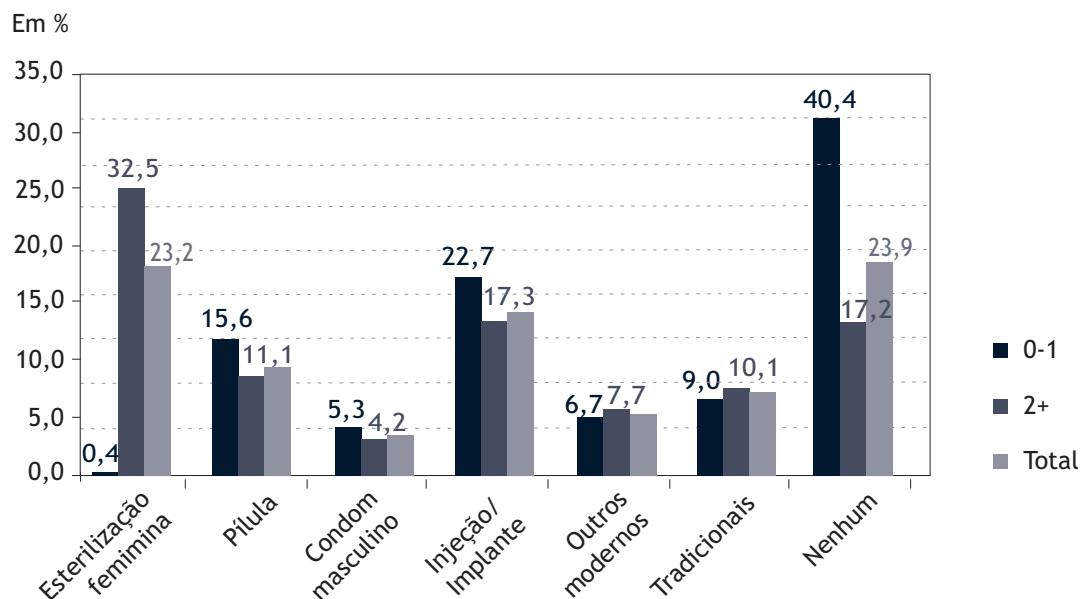
Assim como em 2006, em 2012 a esterilização cirúrgica era o método mais prevalente entre as hondurenhas de 15 a 49 anos unidas, principalmente entre as com dois ou mais filhos nascidos vivos (Gráfico 5). Na segunda posição, os contraceptivos injetáveis eram utilizados por quase 19% das mulheres. A pílula, por sua vez, era o método de 12,4% delas, seguida pelos tradicionais, empregados por 9,8%.

Com relação à prevalência contraceptiva, dois pontos devem ser ressaltados. O primeiro refere-se à alta proporção de não usuárias (24%) e, nesse grupo, o elevado percentual daquelas que não informaram a razão por não estarem usando método. Entre as 2.958 mulheres de 15 a 49 anos unidas e férteis que não usavam métodos, 34% (1.002) estavam grávidas e 14% (420) estavam amenorreicas. Das 1.536 restantes, 27% declararam querer esperar pelo menos dois anos para ter outro filho, 30% declararam não querer mais filhos e 41,5% foram classificadas como tendo demanda por contracepção atendida. No entanto, só há dados sobre o motivo de não usar método contraceptivo para 26% (399), o que inviabiliza o exame da questão.

O segundo ponto diz respeito à comparação da prevalência total e a prevalência entre mulheres com dois ou mais filhos nascidos vivos. É factível supor que haja uma transição direta entre o não uso de método e a laqueadura tubária. De fato, comparando-se todas as mulheres unidas àquelas unidas com parturição de segunda ordem

ou superior, há uma diferença entre as não usuárias de menos 6,7 pontos percentuais e uma diferença positiva de 9,3 pontos percentuais entre as esterilizadas, ou seja, 72% da diferença de esterilizadas segundo a parturição é compensada pelo menor número de mulheres não usuárias.

Gráfico 5  
Distribuição das mulheres de 15 a 49 anos unidas e férteis, por método contraceptivo utilizado, segundo parturição  
Honduras – 2010



Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDESA 2011-2012.  
Nota: Todas as parturições: n = 12.366; Parturição de segunda ordem ou superior (P2+): n = 8.770.

Como nos demais países analisados, os métodos mais prevalentes se distinguem de acordo com o estrato socioeconômico. A Tabela 3 apresenta a prevalência contraceptiva entre as mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida. A esterilização feminina é o principal método em todos os quintis, mas seu peso no quintil *mais baixo* é bem inferior àquele nos três quintis superiores, principalmente no quintil *mais alto*. Os contraceptivos injetáveis, assim como nos casos da Colômbia e Peru, são o principal método entre as mais pobres, com participação maior do que a esterilização cirúrgica. A partir do terceiro quintil, as proporções de mulheres laqueadas e daquelas usando injetáveis se invertem e a esterilização cirúrgica toma o lugar dos injetáveis como método mais prevalente.

Assim como nos demais países, o DIU também é o método predominante na categoria *outros métodos modernos*, os quais são quase uma prerrogativa dos estratos socioeconômicos superiores. De fato, 96% das mulheres nesta categoria usavam DIU e 4% tinham parceiros vasectomizados. Avaliando-se a prevalência contraceptiva entre as mulheres de 15 a 49 anos unidas desagregando-se a categoria *outros métodos modernos*, observa-se que 7% delas empregavam o DIU (tabela não apresentada). A diferença entre os quintis do *Wealth Index* era acentuada, variando de 1% no *mais baixo* a 10% no *mais alto*.



Tabela 3  
Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas e com demanda por contracepção atendida, por quintil do *Wealth Index*, segundo método utilizado  
Honduras – 2011-2012

Método	Mais baixo	Baixo	Médio	Alto	Mais alto	Total
Esterilização feminina	20,8	29,0	30,7	32,9	37,2	30,5
Pílula	12,4	15,8	18,0	19,2	15,2	16,3
Condom masculino	3,7	4,0	5,2	7,5	8,6	5,9
Injeção/Implante	39,3	32,0	23,4	18,9	13,6	24,8
Outros modernos	5,6	6,2	10,5	11,3	13,9	9,7
Tradicionais	18,2	13,1	12,3	10,2	11,5	12,9
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	1.611	1.798	1.998	2.071	1.929	9.407

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDESA 2011-2012.

A principal fonte de obtenção de métodos contraceptivos modernos para as mulheres mais pobres é, como esperado, o sistema público de saúde (Tabela 4). No caso hondurenho, cabe distinguir os centros de saúde, CESAMO e CESAR, dos hospitais públicos. Os primeiros atendem à maioria das mulheres nos dois quintis mais baixos, enquanto nos hospitais públicos, a variação entre os estratos socioeconômicos não conforma um padrão.

Isto provavelmente deve-se ao fato de que, do total de mulheres que obtiveram o método em um hospital público, 83% foram esterilizadas e não há uma distinção significativa entre os quintis *mais baixo* (82%) e *mais alto* (86%). De outro ângulo, 58% de todas as laqueaduras foram realizadas em hospitais públicos, variando de 68% no primeiro quintil a 48% no último. Entre as restantes, 28% obtiveram o procedimento por meio da ASHONPLAFA, sem diferenciais significativos entre os quintis. É importante ressaltar que a Associação era a segunda fonte de esterilização cirúrgica. De fato, mais de dois terços dos métodos providos por ela foram laqueaduras tubárias.

Com relação aos centros de saúde, 63% de todas as mulheres que obtiveram o método corrente nos CESMO e CESAR usavam o DIU, variando de 71% no quintil *mais baixo* a 42% no *mais alto*. A pílula foi o segundo método mais fornecido pelos centros de saúde (20%), sem diferenças significativas entre os estratos. O DIU vinha em terceiro lugar, representando 10% das usuárias cuja última fonte havia sido um centro de saúde. A propósito, além de ser a principal fonte de obtenção de métodos modernos, atendendo a 65% das usuárias, majoritariamente as mais pobres, os centros de saúde eram o principal local de obtenção de contraceptivos injetáveis.

Farmácias foram a fonte de obtenção de contraceptivos injetáveis para 20% das mulheres usando métodos modernos – 3,5% no quintil *mais baixo* versus 55% no *mais alto*. O método mais adquirido em farmácias, porém, foi a pílula, correspondendo a 52% das mulheres que faziam uso de contraceptivo oral – 21% no primeiro quintil e 75% no último. De fato, a aquisição de contraceptivos orais representou metade da

provisão total das farmácias, seguida pelos injetáveis (30%) e pelo *condom* masculino (19,5%).

Em suma, as laqueaduras tubárias ocorrem, em sua maioria, em hospitais públicos, independentemente do estrato socioeconômico. O setor privado, isto é, a ASHONPLAFA e as farmácias, atendem, primordialmente, aos estratos mais ricos, com as primeiras fornecendo principalmente a pílula e a ASHONPLAFA esterilização. Por fim, os postos de saúde fornecem a maior parte dos contraceptivos injetáveis, uma parcela dos contraceptivos orais e, em menor medida, o DIU, atendendo basicamente às mulheres dos três primeiros quintis.

**Tabela 4**  
Distribuição percentual das mulheres de 15 a 49 anos unidas e em uso de método reversível, por quintil do *Wealth Index*, segundo última fonte de obtenção Honduras – 2011-2012

Última fonte de obtenção	Mais baixo	Baixo	Médio	Alto	Mais alto	Total
Hospital público	5,2	4,6	8,0	7,2	5,6	6,2
CESAMO/CESAR	80,6	68,0	41,4	25,3	13,3	45,1
Serviço privado	1,2	1,9	3,2	5,0	9,5	4,2
ASHONPLAFA	2,5	4,3	10,2	10,8	13,5	8,4
Farmácia/Supermercado/Loja	7,9	17,5	28,9	43,1	48,9	29,7
Outras fontes	1,0	1,2	2,1	2,5	1,3	1,7
Não respondeu	1,5	2,4	6,3	6,1	8,0	4,9
Total	100	100	100	100	100	100
<i>N</i>	982	1.042	1.139	1.178	990	5.332

Fonte: Elaborado pelo autor a partir da Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDESA 2011-2012.

## Considerações finais

Em termos globais, a prevalência contraceptiva entre mulheres de 15 a 49 anos unidas cresceu de 58%, em 1994, para 64%, em 2012.<sup>4</sup> O aumento foi grande nos países em desenvolvimento, de 40% para 54%, ainda que o crescimento nos anos 2000 tenha sido bastante inferior àquele observado na década de 1990.<sup>5</sup> Entretanto, as regiões menos desenvolvidas ainda estão em nível bem inferior ao dos países desenvolvidos. No conjunto desses últimos, 72% das mulheres de 15 a 49 anos unidas praticavam a contracepção, sendo que a prevalência de métodos modernos era de 61% e a de métodos tradicionais correspondia a 11%, em 2009.<sup>6</sup>

Se comparados os países aqui analisados à média dos desenvolvidos em 2009, verifica-se que, na Colômbia, em 2010, 73% das mulheres de 15 a 49 anos unidas usa-

<sup>4</sup> Disponível em <[http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd\\_global\\_review\\_report.pdf](http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd_global_review_report.pdf)>. Acesso em: fev. 2014.

<sup>5</sup> Idem.

<sup>6</sup> Disponível em <<http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2011/contraceptive2011.htm>>. Acesso em: nov. 2013.

vam algum método contraceptivo moderno e 6% empregavam métodos tradicionais (PROFAMILIA et al., 2011). Do total de mulheres que utilizavam algum método (79%), 91% usavam método moderno, sem diferenças significativas entre os estratos socioeconômicos. Em Honduras, em 2011-2012, 64% das mulheres de 15 a 49 anos unidas usavam algum método moderno e 9,5% faziam uso de métodos tradicionais. Entre as que utilizavam algum método, 13% empregavam métodos tradicionais, sendo 18,5% no quintil *mais baixo* e 11,5% no quintil *mais alto*, ou seja, uma diferença de 38% (HONDURAS; ICF INTERNATIONAL, 2013). O Peru, além de apresentar o nível mais baixo de prevalência contraceptiva, tem uma distribuição de métodos ímpar. Entre as mulheres de 15 a 49 anos unidas, 52% usavam métodos modernos e 24% empregavam métodos tradicionais. Das que utilizavam algum método, 31% usavam os tradicionais, variando de 44,5% no quintil *mais baixo* a 21,5% no quintil *mais alto* (PERU, 2013). Portanto, a despeito do elevado percentual de uso de métodos tradicionais no Peru, é entre as mulheres mais pobres que a prevalência assume magnitude impressionante.

O *Operational Review of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and its Follow-up Beyond 2014* (RIPA-ICDP *beyond 2014*)<sup>7</sup> assevera que é dever do Estado oferecer informação e aconselhamento de forma clara e adequada sobre os benefícios e riscos dos principais métodos contraceptivos modernos, bem como fazê-los acessíveis à população geral, independentemente da situação conjugal do indivíduo, e provê-los com a devida segurança clínica. Por ser de natureza preventiva, os serviços de planejamento familiar deveriam ser gratuitos (EDOUARD, 2009). Em não o sendo, os custos de aquisição dos métodos devem ser sintonizados com o poder de compra de todas as camadas de renda da população.

As evidências encontradas nos casos da Colômbia e do Peru indicam diferenciais de acesso e aquisição que não se coadunam com a proposição do RIPA-ICDP *beyond 2014*. Na Colômbia, a proporção de mulheres dos estratos socioeconômicos mais baixos que adquiriram métodos modernos em farmácias era significativamente próxima daquela encontrada nos estratos mais altos. A questão na Colômbia parece ser a obtenção de métodos reversíveis pelos mais pobres. No Peru, como o próprio *Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social* reconhece, a proporção de mulheres em idade reprodutiva unidas e férteis em uso de método tradicional é, no mínimo, atípica, conforme o *Plan Nacional de Población 2010-2014*. Realmente, a diferença relativa entre o quintil *mais baixo* e o *mais alto* no uso de contracepção era de 2% em 2012, ao passo que a diferença no uso de métodos modernos era de 42%. Honduras parece ser um caso à parte. Nesse país, a proporção de usuárias de métodos tradicionais é baixa e o setor público de saúde atende preferencialmente às mais pobres.

Ainda com relação à oferta de métodos, o RIPA-ICDP *beyond 2014* ressalta que, em face da diversidade de preferências e necessidades clínicas tanto entre indivíduos

<sup>7</sup> Disponível em <[http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd\\_global\\_review\\_report.pdf](http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd_global_review_report.pdf)>. Acesso em: fev. 2014.

quanto nos diferentes momentos do ciclo de vida de um indivíduo, a provisão de uma gama de métodos modernos com características clínicas diferentes é crucial para a saúde sexual e reprodutiva. Em verdade, segundo o relatório, a disponibilidade de uma seleção de diferentes métodos com atributos clínicos diversos que sejam acessíveis em termos de custos e seguros em termos de saúde deve ser um critério na avaliação da qualidade dos programas e serviços de planejamento familiar. A predominância de um único método, segundo o RIPA-ICDP *beyond 2014*,<sup>8</sup> sugere limitada escolha de produto e/ou limitada capacidade dos serviços, refletindo, na maioria das vezes, o legado de decisões políticas do passado transformado em força inercial presente sustentada, entre outros elementos, pela estrutura operacional preexistente de informação, provisão e acompanhamento, por rotinas de aquisição e dispensação de métodos e pelo tipo de treinamento e qualificação oferecido aos profissionais e técnicos que atuam nos serviços.

A Colômbia, em 2010, com 36% das mulheres de 15 a 49 anos unidas esterilizadas cirurgicamente – e 51% das mulheres de 15 a 49 anos unidas com pelo menos dois nascidos vivos –, sem diferenças significativas entre os estratos socioeconômicos, pode ser tomada como um caso de predominância de um único método. O que tem diferença significativa entre estratos socioeconômicos é a prevalência de vasectomia – 0,5% no quintil *mais baixo* e 8,5% no *mais alto* – e, em menor medida, de Norplant – 2% e 3,5%, respectivamente, nesses dois estratos socioeconômicos.

No Peru, como discutido, é nos estratos mais pobres que a predominância de um único método, paradoxalmente, os métodos tradicionais, emerge. Nesse país, o legado do passado não levou à concentração em determinado método clínico, mas sim ao abandono deles (GRIBBLE; SHARMA; MENOTTI, 2007). A dimensão do hiato socioeconômico torna-se perceptível ao se considerar que, com exceção dos contraceptivos injetáveis, mais prevalentes nos quintis mais pobres, todos os demais métodos modernos eram significativamente mais prevalentes nos quintis mais altos. Entre as mulheres de 15 a 49 anos unidas do quintil *mais baixo*, 21% utilizavam algum método moderno não injetável, contra 64% daquelas pertencentes ao estrato mais alto.

Em Honduras, o *mix* contraceptivo é mais equilibrado, se comparado aos da Colômbia e Peru. Há que se lembrar, no entanto, que a esterilização feminina é o método de escolha dos estratos socioeconômicos mais altos e os contraceptivos injetáveis são predominantes nos estratos mais baixos. Além disso, é alta a proporção de não usuárias de métodos contraceptivos, variando entre 29% das mulheres de 15 a 49 anos unidas no quintil *mais baixo* e 21% no *mais alto*.

<sup>8</sup> África do Sul, Quênia, Japão, Índia e China são exemplos de países com predominância de um único método. Na África do Sul, 2003-04, e Quênia, 2008-09, os contraceptivos injetáveis eram o método de preferência de 47,5% e 53%, respectivamente, das mulheres de 15 a 49 anos unidas. No Japão, 2005, o *condom* masculino era usado por 92%. Na Índia, 2007-08, 74% das mulheres estavam esterilizadas. Na China, 2006, o método de escolha de 48% era o DIU (p. 114).

A persistência da predominância de um único método indica o *trade-off* que programas nacionais fazem entre a provisão em massa de um método familiar para a maioria *versus* investimento no sistema de saúde para a diversificação de produtos oferecidos e a garantia da expertise necessária do provedor para a disponibilização segura e o aconselhamento adequado para um número maior de métodos.<sup>9</sup> Nessa perspectiva, é necessário ter em mente que a provisão de métodos contraceptivos modernos, na maioria dos países da América Latina, foi legislada e incorporada à política de saúde no contexto da descentralização do sistema público. Dessa maneira, a provisão de informação, métodos e atendimento médico não foi estabelecida como um programa ou política exclusiva, implantada e operada centralmente por secretarias com os níveis necessários de autonomia e recursos, como são os casos, por exemplo, do programa de transferência condicionada de renda no Brasil e da política de controle populacional chinesa.

Assim, a provisão gratuita de informação, contraceptivos e acompanhamento médico em serviços públicos na América Latina tende a ser afetada pela prioridade dada à saúde pública nos países da região e a padecer dos mesmos males dos quais padece todo o sistema público de saúde, tais como sobreposições e disfunções entre o nível central e o local; falta de mecanismos de estímulo, fiscalização e sanção para implantação de serviços locais de acordo com os protocolos e normas técnicas; descontinuidades quantitativas e qualitativas derivadas das mudanças dos gestores a cada eleição; e financiamento insuficiente, entre outros.

Há certamente entraves para que o direito à contracepção segura e informada atinja as camadas mais pobres das populações da América Latina. As evidências indicam que eles se localizam no cerne do sistema público de saúde e é aí que as ações devem ser concentradas e fortalecidas. Entretanto, seria ilusório supor que o provimento acessível, seguro e de qualidade seja alcançado de forma isolada, sem que os sistemas públicos de saúde como um todo sejam fortalecidos, aprimorados e ampliados.

## Referências

- EDOUARD, L. The right to contraception and the wrongs of restrictive services. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 106, n. 2, p. 156-159, 2009. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729209001519>>.
- FILMER, D.; PRITCHETT, L. H. Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography*, v. 38, n. 1, p. 115-132, 2001. Disponível em: <<http://muse.jhu.edu/>>.

<sup>9</sup> Disponível em <[http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd\\_global\\_review\\_report.pdf](http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd_global_review_report.pdf)>. Acesso em: fev. 2014.

- GLASIER, A. et al. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. **The Lancet**, v. 368, n. 9547, p. 1595-1607, 2006. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606694786>>. Acesso em: 2006/11/10/.
- GRIBBLE, J. N.; SHARMA, S.; MENOTTI, E. P. Family planning policies and their impacts on the poor: Peru's experience. **International Family Planning Perspectives**, v. 33, n. 4, p. 176-181, 2007. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/30039240>>.
- HONDURAS. Secretaría de Salud; ICF INTERNATIONAL. **Encuesta Nacional de Salud y Demografía – ENDESA 2011-2012**. Tegucigalpa: Instituto Nacional de Estadística de Honduras/Secretaria de Salud/ICF International, 2013.
- PERU. Instituto Nacional de Estadística e Informática. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2012**. Lima, 2013.
- PERU. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. **Plan Nacional de Población 2010-2014**. Lima: MMDS, UNFPA, 2011.
- PROFAMILIA; COLÔMBIA. Ministerio de Protección Social; USAID. **Encuesta Nacional de Demografía y de Salud – ENDS 2010**. Bogotá, 2011.
- RUTSTEIN, S. O.; JOHNSON, K. **The DHS Wealth Index**. ORC Macro. Calverton, Maryland, 2004.
- UNITED NATIONS. **Report of the International Conference on Population and Development**, Cairo, 5-13 September 1994. New York: United Nations, n. 95.XIII.18, 1995.
- WESTOFF, C. H.; OCHOA, L. H. Unmet need and the demand for family planning. **Comparative Studies DHS**, n. 5, Columbia, Maryland, Institute for Resource Development, 1991.
- WHO – World Health Organization. **Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008**. Geneva, 2011.