

Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por contracepção no Peru e Bolívia*

Mário Ernesto Piscoya Diaz **
Marisa Alves Lacerda ***

Palavras-chave: Demanda por Contracepção; Peru; Bolívia; Demographic and Health Survey.

Resumo

Além de exercer grande efeito sobre os níveis de fecundidade, o atendimento às demandas contraceptivas das mulheres, e dos indivíduos em geral, constitui peça fundamental para garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Mais do que a mensuração de sua magnitude, a questão que se coloca atualmente é a identificação de fatores - sociais, econômicos, organizacionais e demográficos - associados a esta demanda, que possam contribuir com a formulação de políticas públicas destinadas a garantir a observância dos direitos reprodutivos. Nesse contexto, o presente estudo objetiva identificar, no Peru e em Bolívia, alguns fatores associados à Demanda Insatisfeita por Contracepção de mulheres casadas e unidas. Para tanto, ajustam-se modelos de regressão logística multivariada utilizando-se os dados da *Demographic and Health Survey* - DHS - coletados para mulheres de 15 a 49 anos no Peru - em 2004-2006 - e na Bolívia - 2003. 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.

* “Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008”.

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional -CEDEPLAR/UFMG, marala@cedeplar.ufmg.br;

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

Conhecimento, atitude e características sociodemográficas associadas à demanda por contracepção no Peru e Bolívia*

Mário Ernesto Piscoya Diaz **
Marisa Alves Lacerda ***

Introdução

A queda da fecundidade, que constitui a segunda etapa do processo de transição demográfica, vem sendo observada em todos os países da América Latina, em sua maioria desde meados da década de 70. Em muitos destes países, a referida queda encontra-se já em estágio bastante avançado, sendo possível observar níveis de fecundidade bem próximos ou mesmo abaixo do nível de reposição¹, seguindo, ainda que com várias décadas de atraso, o padrão observado nos países mais desenvolvidos do mundo (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 de seu processo descendente em todos os subgrupos populacionais, o que sugere uma tendência à convergência, não obstante 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 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 garantia dos seus direitos sexuais e reprodutivos. Direitos esses que promulgam a necessidade de permitir aos indivíduos decidir de forma livre, esclarecida e assistida o momento de ter filhos e a quantidade desejada. Mesmo o fato da demanda insatisfeita por contracepção seguir uma tendência descendente em todos os países da América Latina não exclui a necessidade de atenção a esta questão, na medida em que parcelas significativas da população seguem sem ter seu desejo reprodutivo atendido. A coincidência entre maiores níveis de demanda insatisfeita e outras características desfavoráveis, em termos de indicadores socioeconômicos, como menor escolaridade e nível de renda, vem reafirmar esta necessidade, dado que tal

* “Trabajo presentado en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, realizado en Córdoba, Argentina, del 24 al 26 de septiembre de 2008”.

** Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional -CEDEPLAR/UFMG, marala@cedeplar.ufmg.br;

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

¹ 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.

demanda acaba por constituir mais um fator de vulnerabilização destes contingentes populacionais (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 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 que declararam não desejar ter mais filhos ou não desejar ter filhos nos próximos dois anos, e que no momento da entrevista estavam utilizando algum método para evitar a gravidez. Já a demanda insatisfeita por contracepção expressa o componente não realizado da demanda total por contracepção. Agrega a proporção de mulheres que, não estando usando método contraceptivo, declararam não querer ter mais filhos ou querer postergar a gravidez por pelo menos dois anos (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 discutiam planejamento familiar com o companheiro, apresentaram 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 estiveram 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 finais 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. Como resposta a esse aumento na demanda, políticas de planejamento familiar foram implementadas em muitos países na 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 das desigualdades sociais e econômicas, as 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 fecundidade e do aumento da

prevalência do uso de métodos contraceptivos, algumas características socioeconômicas seguem como importantes demarcadores 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, no intervalo entre 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. Quando se considera o local de residência, a TFT das áreas rurais foi de 3,6 filhos por mulher, contra 2,0 filhos por mulher 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, este é, 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 da prática contraceptiva, 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 unidas 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 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 do método adotado. Dados da ENDSA 2003 demonstram que aproximadamente metade das entrevistadas na Bolívia que praticavam a abstinência periódica não conhecia esse período, o que significa dizer que estas mulheres possivelmente vinham utilizando incorretamente o método. 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, utilizando incorretamente o 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 (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 para a população, tendo o percentual subido de 42% em 1998 para 57% em 2003 (Sardán, Ochoa & Guerra, 2004). 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).

As questões abordadas nesse item são centrais para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. De um lado, por apontarem as lacunas existentes nesta garantia, que é determinada pelo nível e 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 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, e não para espaçá-los. Porém, a parcela desta demanda que vem ou não sendo atendida constitui diferencial importante entre esses dois países.

Dados das últimas *Encuestas* realizadas nestes países demonstram que no Peru a demanda total de 82,4% pode ser desagregada em 70,5% de demanda satisfeita e 8,8% de demanda insatisfeita. Já na Bolívia a demanda total de 81% é composta por 58,4% de

demanda satisfeita e 22,7% de demanda insatisfeita. Isso significa que no Peru 89,4% da demanda por contracepção é atendida, ao passo que na Bolívia este percentual é de 72% (Westoff, 2006).

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).

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 decodificar 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 sub-grupos distintos, juntamente com outros países da América Latina e Caribe. De um lado o Peru que, juntamente com 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 proposto. Pretende-se com ele apresentar uma proposta de estudo 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 apresenta-se como 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 (INEI, 2007).

Em ambos os inquéritos, a variável *demanda por contracepção* foi construída a partir da definição de Westoff & Ochoa (1991), utilizada nos inquéritos DHS. Segundo esta definição, a demanda total por contracepção é constituída pelo somatório das mulheres, no momento da pesquisa, estejam utilizando algum método contraceptivo para evitar ou postergar uma (próxima) gravidez – demanda satisfeita – e daquelas que não utilizem contracepção mesmo desejando evitar um próximo nascimento – demanda insatisfeita para limitar – ou postergá-lo por pelo menos dois anos – demanda insatisfeita para espaçar (Westoff, 2006).

Consideram-se, aqui, somente as mulheres casadas ou unidas 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 a demanda por contracepção.

A análise compreendeu o uso de estatísticas descritivas e a aplicação de técnicas multivariadas, usando-se o pacote SPSS 13.0. O modelo de regressão logística multivariado foi utilizado com a finalidade de testar a associação existente entre a 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 a ter demanda insatisfeita 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 as 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 I, constante do Anexo deste artigo, mostra a distribuição das mulheres peruanas e bolivianas, segundo a sua situação de demanda por contracepção e características selecionadas. Primeiramente, observa-se que o percentual de mulheres com demanda insatisfeita foi maior na Bolívia do que no Peru (28% e 12%, respectivamente), 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 24% 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 (53%) e unidas (70%) com demanda insatisfeita falavam uma outra língua que não o espanhol.

Em ambos os países, mais de 50% das mulheres casadas com demanda insatisfeita residiam em áreas rurais, sendo este percentual mais elevado para a Bolívia do que para o Peru – 58% contra 53%, respectivamente. Essa desvantagem observada para as mulheres residentes das áreas rurais permanece mesmo quando se considera os grupos de casadas e unidas, separadamente.

Segundo alguns autores, observa-se, 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. O local de residência pode ser incluído no rol de demarcadores dessa desigualdade, conforme sugerem os percentuais demonstrados no parágrafo acima. 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. Também deve se considerar que, em ambos os países, 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. 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 possibilita 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 I, 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 - 48% 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 o 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 três 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 - 12% e 10%, 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 passível de contribuir positivamente com a efetivação do desejo reprodutivo da mulher, na medida em que pode ajudar a reduzir as disparidades de poder nas relações entre homem e mulher.

Um último ponto considerado na Tabela I 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.

Análise Multivariada

A Tabela 1 mostra os resultados dos modelos ajustados para Peru e Bolívia, respectivamente. 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. 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. Em termos da importância da equidade nas relações de gênero sobre a efetivação do desejo reprodutivo, tomada a discussão entre o casal como indicador de mais ou menos 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 aumente a prevalência contraceptiva.

Outra similitude encontrada entre os dois países aqui 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, mantendo-se, portanto, a situação observada na análise descritiva simples, qual seja, residir em áreas rurais aumenta o risco de se ter demanda insatisfeita por contracepção. Se considerarmos 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.

Considerando 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.

Tabela 1
Razão de chances dos Modelos de regressão logística multivariada ajustados para a
demanda insatisfeita por contracepção das mulheres peruanas e bolivianas.

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	0,579***	0,579	0,630*	0,856	1,374	0,695*
30-39	0,436***	0,720	0,413***	0,626***	1,000	0,521***
40-49	0,354***	0,595	0,361***	0,574***	0,862	0,635*
Língua Materna						
Espanhol	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Outros	1,136	1,166	0,156	0,814***	0,800***	0,815*
Local de Residência						
Urbano	0,676***	0,722	0,631***	0,740***	0,667***	0,886
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	0,819	0,915	0,682	0,666***	0,731***	0,575***
Secundaria	0,690	0,929	0,510*	0,469***	0,438***	0,491***
Superior	0,669	0,869	0,536	0,344***	0,366***	0,330***
Parturição						
0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1	0,478***	0,827	0,437***	0,377***	0,261***	0,454***
2	0,407***	0,680	0,369***	0,270***	0,185***	0,338***
>3	0,586	0,880	0,594	0,277***	0,186***	0,351***
Conhecimento do ciclo ovulatório						
Conhece	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Não conhece	0,637***	0,617***	0,659***	0,597***	0,532***	0,737***
Teve filhos não desejados?						
Sim	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Não	1,004	1,002	0,998	0,718***	0,793*	0,625***
Outra ⁽¹⁾	2,384***	3,259*	1,439	1,158	1,409	0,376*
Educação do Parceiro						
Sem educação	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Primaria	0,834	0,543	1,757	0,649*	0,595*	0,732
Secundaria	0,815	0,452	1,855	0,584***	0,536***	0,676
Superior	0,765	0,449	1,716	0,550***	0,490	0,769
Não Sabe	n.a.	n.a.	n.a.	0,977	0,867	1,109
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?						
Nunca	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Uma ou duas vezes	0,637***	0,675*	0,639***	0,380***	0,322***	0,508***
Com maior Frequência	0,436***	0,444***	0,452***	0,226***	0,180***	0,336***

Fonte: DHS Peru, 2004 – 2008; DHS Bolívia, 2003. * $p < 0,05$. *** $p < 0,01$. *Nota:* n.a. = Não aplicável. ⁽¹⁾ Resposta não numérica.

No Peru, quando controlada por outros fatores, nem o fato da mulher ter tido *filhos não desejados* e nem sua *língua materna* apresentaram associação com a demanda insatisfeita por contracepção, independente do tipo de união das mulheres. De forma contrária, estas características mostraram-se relevantes 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. Além disso, na Bolívia as mulheres que falavam uma língua distinta do espanhol apresentaram um menor risco de ter demanda insatisfeita, em comparação com aquelas mulheres que falavam espanhol. Esta associação mostrou-se significativa tanto para o total de mulheres bolivianas quanto para as mulheres casadas ou unidas, separadamente.

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.

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 mostrou-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 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. No caso da Bolívia, no entanto, a escolaridade da mulher, como também a escolaridade do seu parceiro, seguem como características importantes na explicação da demanda insatisfeita por contracepção.

Outro resultado que chama a atenção, em virtude das práticas contraceptivas dos dois países, é o grande percentual de mulheres - em ambos os casos - que não possuíam, na época da pesquisa, um conhecimento adequado do ciclo ovulatório. 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 públicas.

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, resulta 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. Espera-se que o presente estudo tenha contribuído para o aprofundamento do debate acerca deste processo nos dois países considerados.

Referências bibliográficas

BONGAARTS, J., BRUCE, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. **Studies in Family Planning**, v.26, n.2, p.57-75, 1995.

CALLE AGUIRRE, M. **Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia, 1998**. 2003. 136 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

CANAZAS, V.M.A. Comportamento Sexual e Reprodutivo das Jovens no Peru. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais – Brasil, de 4 a 8 de novembro de 2002. 20 p.

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y Caribe. 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 fev. 2008.

DI CESARE, M. **Patrones emergentes en la fecundidad y la salud reproductiva y sus vínculos con la pobreza en América Latina y el Caribe**. IN: CEPAL - SERIE Población y Desarrollo. Santiago de Chile: 2007. 72 p.

INEI - Instituto Nacional de Estadística e Informática; USAID - Agencia de los Estados Unidos Para el Desarrollo Internacional. **Peru Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2004, Informe Principal**. Peru: Programa Measure DHS+/ORC Macro.

Nov. 2005. Disponível em: < <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR174/PE04FR.pdf>>. Acessado em 10 de Janeiro de 2008.

LAVANDENZ, F.; SCHWAB, N.; STRAATMAN, H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolívia. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, vol.9, no.3, mar. 2001.

MEASURE DHS +. **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. 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. **Población y grandes tendencias demográficas en América Latina y el Caribe.** [s.d.]. Disponível em: <http://www.crefal.edu.mx/bibliotecadigital/CEDEAL/acervo_digital/coleccion_crefal/rieda/a2003_2/francisco_alba.pdf>. Acessado em 01 mar. 2008.

RAMOS PADILLA, M. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica**, Peru, vol.23, no.3, p.201-220, jul.-set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&nrm=iso>. Acessado em 29 de Fevereiro de 2008.

SARDÁN, M.G.; OCHOA, L.H.; GUERRA, W.C. **Bolívia Encuesta Nacional de Demografía y Salud** – ENDSA 2003. Bolívia: Programa Measure DHS+/ORC Macro. Nov. 2004. 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. **Unmet need and the demand for family planning.** Calverton, Maryland: Macro International, 1991. 37p. (Demographic and Health Surveys Comparative Studies, 5).

WESTOFF, C.F. **New Estimates of Unmet Need and the Demand for Family Planning.** DHS Comparative Reports No. 14. Calverton, Maryland, USA. Macro International Inc, 2006. 83 P.

ANEXO

Tabela I
Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas.

Características	Peru					
	Todas		Casadas		Unidas	
	N =	5.796	N =	2.920	N =	2.876
	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita
	5.113	683	2.642	278	2.471	405
Idade						
15-19	3,4%	8,2%	0,8%	1,4%	6,2%	12,8%
20-29	28,6%	30,9%	16,8%	13,7%	41,2%	42,7%
30-39	41,9%	37,9%	45,3%	47,8%	38,3%	31,1%
40-49	26,1%	23,0%	37,1%	37,1%	14,4%	13,3%
Língua Materna						
Espanhol	86,0%	75,7%	83,2%	70,9%	89,0%	79,0%
Outros	14,0%	24,3%	16,8%	29,1%	11,0%	21,0%
Local de Residência						
Urbano	59,2%	40,1%	60,3%	42,1%	58,0%	38,8%
Rural	40,8%	59,9%	39,7%	57,9%	42,0%	61,2%
Educação						
Sem educação	4,9%	10,0%	6,2%	12,9%	3,4%	7,9%
Primaria	36,4%	48,2%	35,8%	46,4%	36,9%	49,4%
Secundaria	37,6%	30,6%	31,9%	25,9%	43,7%	33,8%
Superior	21,2%	11,3%	26,0%	14,7%	16,0%	8,9%
Parturição						
0	2,2%	5,0%	1,2%	1,1%	3,2%	7,7%
1	18,1%	16,8%	11,3%	8,3%	25,5%	22,7%
2	25,2%	16,5%	25,0%	15,5%	25,4%	17,3%
>3	54,5%	61,6%	62,6%	75,2%	45,9%	52,3%
Conhecimento do ciclo ovulatório						
Conhece	40,0%	23,9%	42,8%	26,3%	36,9%	22,2%
Não conhece	60,0%	76,1%	57,2%	73,7%	63,1%	77,8%
Teve filhos não desejados?						
Sim	68,1%	68,5%	74,0%	78,4%	61,8%	61,7%
Não	31,4%	30,0%	25,3%	19,1%	37,9%	37,5%
Outra ⁽¹⁾	0,5%	1,5%	0,6%	2,5%	0,3%	0,7%
Educação do Parceiro						
Sem educação	1,0%	2,1%	1,0%	3,6%	0,9%	1,0%
Primaria	28,4%	39,9%	29,2%	42,8%	27,5%	37,9%
Secundaria	44,7%	43,0%	38,9%	34,5%	51,0%	48,8%
Superior	25,9%	15,1%	30,8%	19,1%	20,6%	12,4%
Não Conhece	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?						
Nunca	17,1%	27,3%	18,2%	28,8%	16,0%	26,2%
Uma ou duas vezes	61,2%	60,4%	60,4%	59,7%	62,1%	60,9%
Com maior Frequência	21,6%	12,3%	21,4%	11,5%	21,9%	12,9%
Quintil de Riqueza						
Pobre Extremo/Pobre	40,7%	64,7%	36,6%	59,0%	45,1%	68,6%
Media	23,5%	16,5%	19,6%	15,8%	27,8%	17,0%
Rico/Extremamente Rico	35,8%	18,7%	43,9%	25,2%	27,1%	14,3%

Fonte: DHS Peru, 2004 – 2008; DHS Bolívia, 2003. *Notas:* n.a = não aplicável ⁽¹⁾ Resposta não numérica.

Tabela I (continuação)
Distribuição percentual das mulheres peruanas e bolivianas segundo tipo de união, classificação por demanda e características selecionadas.

Características	Bolívia					
	Todas		Casadas		Unidas	
	N = 8.734		N = 5.794		N = 2.940	
	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita	Satisfeita	Insatisfeita
6.250	2.484	4.259	1.535	1.991	949	
Idade						
15-19	3,4%	6,4%	1,0%	1,2%	8,7%	14,8%
20-29	35,2%	38,6%	27,5%	31,5%	51,7%	50,2%
30-39	40,1%	34,6%	44,9%	41,3%	29,8%	23,8%
40-49	21,2%	20,4%	26,6%	26,0%	9,7%	11,3%
Língua Materna						
Espanhol	31,4%	40,3%	35,2%	47,0%	23,4%	29,4%
Outros	68,6%	59,7%	64,8%	53,0%	76,6%	70,6%
Local de Residência						
Urbano	67,3%	50,3%	68,8%	46,6%	64,0%	56,2%
Rural	32,7%	49,7%	31,2%	53,4%	36,0%	43,8%
Educação						
Sem educação	5,2%	12,6%	5,7%	14,9%	4,2%	9,1%
Primaria	52,1%	64,7%	48,3%	64,4%	60,4%	65,1%
Secundaria	29,3%	18,2%	28,8%	15,0%	30,4%	23,4%
Superior	13,3%	4,5%	17,2%	5,7%	5,0%	2,4%
Parturição						
0	2,2%	4,7%	1,2%	2,1%	4,5%	8,7%
1	14,8%	13,4%	11,3%	8,5%	22,3%	21,3%
2	21,9%	16,4%	21,1%	14,4%	23,5%	19,6%
>3	61,1%	65,5%	66,4%	74,9%	49,8%	50,4%
Conhecimento do ciclo ovulatório						
Conhece	46,0%	26,2%	49,3%	25,2%	39,0%	27,9%
Não conhece	54,0%	73,8%	50,7%	74,8%	61,0%	72,1%
Teve filhos não desejados?						
Sim	69,0%	74,5%	72,7%	79,3%	61,2%	66,6%
Não	29,4%	22,9%	25,7%	16,8%	37,4%	32,8%
Outra ⁽¹⁾	1,6%	2,7%	1,6%	3,9%	1,5%	0,6%
Educação do Parceiro						
Sem educação	1,2%	3,4%	1,0%	3,6%	1,5%	3,2%
Primaria	44,3%	58,2%	41,9%	60,4%	49,4%	54,7%
Secundaria	35,6%	27,5%	34,1%	24,5%	38,8%	32,3%
Superior	17,5%	7,5%	21,8%	8,4%	8,2%	6,1%
Não Conhece	1,5%	3,3%	1,2%	3,1%	2,0%	3,7%
Discute Planejamento Familiar com o Parceiro?						
Nunca	8,8%	24,9%	8,3%	27,0%	9,8%	21,6%
Uma ou duas vezes	67,6%	64,6%	66,6%	63,0%	69,6%	67,1%
Com maior Frequência	23,7%	10,5%	25,1%	10,0%	20,5%	11,3%
Quintil de Riqueza						
Pobre Extremo/Pobre	32,3%	52,9%	28,5%	53,2%	40,4%	52,4%
Media	21,9%	22,4%	19,8%	20,8%	26,4%	25,1%
Rico/Extremamente Rico	45,8%	24,7%	51,6%	26,0%	33,2%	22,6%

Fonte: DHS Peru, 2004 – 2008; DHS Bolívia, 2003. *Notas:* n.a = não aplicável ⁽¹⁾ Resposta não numérica.