

DEMANDA INSATISFEITA POR PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE NO BRASIL EM 2006: IDENTIFICANDO POSSÍVEIS DIFERENÇAS DE COMPORTAMENTO DAS MULHERES SEGUNDO RELIGIÕES ¹

Angelita Alves de Carvalho ²

Ana Paula Verona ³

Ingrid Gomes Dias ⁴

RESUMO

Muitos estudos têm mostrado que a religião pode influenciar de várias maneiras o comportamento demográfico de seus seguidores, seja via mortalidade e saúde, migração ou fecundidade e comportamento sexual e reprodutivo. Tal influencia ainda é pouco estudada na demografia no Brasil, especificamente quando se considera a associação entre religião e religiosidade e o uso de contracepção e nas preferências reprodutivas dos fiéis. No intuito de contribuir para o desenvolvimento deste tema no país, este artigo busca examinar como a religião pode estar associada ao uso de contraceptivos e a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade entre as brasileiras de 15 a 49 anos sexualmente ativas. Os dados foram obtidos por meio da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006. Os resultados indicam que apesar do aumento contínuo no uso de contraceptivos observou-se que o Brasil ainda esta longe de assegurar o direito reprodutivo à todas às mulheres, especialmente aquele relativo à escolha do número de filhos que se deseja ter e os meios para tal. Ainda é comum encontrar mulheres que gostariam de limitar ou adiar o número de filhos tidos, mas não conseguem (demanda insatisfeita por contracepção foi observada entre 9,17% das mulheres sexualmente ativas). As desigualdades sócio-econômicas e demográficas, tais como idade, estado conjugal, região geográfica, índice de gênero e religião acabam por reforçar desigualdades no acesso ao planejamento da fecundidade.

¹ Trabalho apresentado no V Congresso da Associação Latino-americana de População, Montevideu, Uruguai, de 23 à 26 de outubro de 2012

²Cedeplar/UFMG/Brasil e-mail: litaacarvalho@yahoo.com.br

³Cedeplar/UFMG/Brasil e-mail: anapaulaverona@gmail.com

⁴Cedeplar/UFMG/Brasil e-mail: ingridgdias@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O tema da reprodução humana tem sido objeto de estudo para diversas pesquisas que desenvolveram abordagens que contribuíram para o entendimento da dinâmica demográfica. Segundo Aguire (2003), a análise das preferências reprodutivas tem adquirido destaque crescente como instrumento que possibilita um melhor conhecimento da fecundidade desejada e conseqüentemente maior implementação dessas preferências.

Existem poucos estudos que abordam as dimensões sociais, econômicas e demográficas das preferências reprodutivas, pois segundo Westoff, Bankole (2002), foi somente ao longo das últimas três décadas que a questão dos métodos de regulação da fecundidade e questões de preferências reprodutivas tem estado presentes nas pesquisas de fecundidade dos países em desenvolvimento com o propósito de quantificar as demandas insatisfeitas por planejamento da fecundidade, o tamanho ideal de família, as intenções de ter mais um filho, intenções de adiar o próximo filho e os nascimentos desejados e não desejados. O resultado da recente inserção dessa temática na esfera científica dos países em desenvolvimento é o limitado número de pesquisas.

Mais ainda mais escassos são os estudos sobre a associação de fenômenos demográficos e religião, a maioria dos estudos existentes foram realizados nos Unidos e na Europa. Estas pesquisas apontam que a religião pode promover tanto resultados positivos, muitas vezes relacionados a comportamentos e estilos de vida saudáveis entre as pessoas religiosamente engajados⁵, como também impactos negativos, como sentimento de culpa e coerção entre membros com comportamento desviante⁶. A religião, desta forma, por meio de suas normas estabelecem diretrizes com relação à contracepção, gênero e vida familiar (MCQUILLAN, 2004).

Estes estudos têm mostrado que as instituições religiosas e a identidade religiosa dos indivíduos podem influenciar de várias maneiras o comportamento demográfico dos seguidores, seja via mortalidade e saúde⁷, migração⁸ ou fecundidade e comportamento sexual e reprodutivo⁹. No Brasil, pesquisas sobre comportamento demográfico e religião ainda são poucas¹⁰, especificamente quanto a influência da religião e religiosidade no uso de contracepção e nas preferências reprodutivas dos fiéis. Os estudos existentes sobre esse tema, na maioria deles se

⁵ Ellison; Levin (1998); Regnerus (2003).

⁶ Krause; Ellison; Wulff (1998); Krause; Ellison (2009).

⁷ Ellison, Levin (1998); Verona et al (2010)

⁸ Levitt (2003)

⁹ McQuillan (2004); Goldscheider, Mosher (1991); Heilborn et al (2005)

¹⁰ Wood; Williams; Chijiwa (2007); Verona (2010), Zanata (2011).

concentram no comportamento sexual e fecundidade entre adolescentes¹¹, e não há estudos no Brasil que investigue essa relação entre mulheres casadas que estão em pleno período reprodutivo.

Isso se torna ainda mais relevante uma vez que Verona (2011) aponta as notórias mudanças no panorama religioso brasileiro nas últimas décadas¹² e a necessidade de que os demógrafos brasileiros comecem a analisar mais profundamente a associação entre a religião e os componentes demográficos, destacando no caso deste estudo a relação entre religião e a fecundidade.

Soma-se a isso o fato de que as preferências reprodutivas e o uso de métodos anticoncepcionais constituem elementos chave na dinâmica reprodutiva e dizem respeito a dois componentes cruciais de toda sociedade: liberdade e direitos.

Como as religiões influenciam atitudes e comportamentos por meio de suas doutrinas, acredita-se que muitas variáveis demográficas sejam afetadas: sexualidade, casamento, contracepção, fecundidade, aborto, dentre outras. Dessa forma, pode-se inferir que as mulheres seriam influenciadas pela religião em seu comportamento reprodutivo e que essa influência não se daria da mesma forma para todas as religiões.

Além disso, no Brasil há uma prevalência elevada do uso de contraceptivo e a taxa de fecundidade total já está abaixo do nível de reposição, no entanto, ainda há um percentual significativo e gravidezes indesejadas, abortos provocados e mulheres que não querem mais ter filhos ou querem tê-los mais tarde, porém não estão usando métodos contraceptivos – ou seja, mulheres com necessidade insatisfeita por anticoncepção (TAVARES et al 2007).

Tentando contribuir para o desenvolvimento deste tema, este artigo busca examinar como a religião pode estar associada ao uso de contraceptivos e a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade entre as brasileiras de 15 a 49 anos sexualmente ativas. O objetivo principal deste estudo foi identificar e analisar os possíveis diferenciais no uso de contracepção e na demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade segundo religiões entre mulheres sexualmente ativas no país.

¹¹ Miranda-Ribeiro, et al (2009); McKinnon; Potter Garrard-Burnett (2008);

¹² Alves; Novellino (2006);

2. REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1- Preferências Reprodutivas e Contraceção no Brasil

Segundo Van de Kaa (1992) as teorias de fecundidade têm concentrado seus esforços em explicar como o desenvolvimento social e econômico e as mudanças de idéias e valores determinam o número de filhos desejados. Estas teorias supõem, implícita ou explicitamente, que os casais são capazes de implementar suas preferências reprodutivas sem muita dificuldade e que a fecundidade observada não é muito diferente do tamanho médio de família idealizado.

Atribui-se ao grau de uso da contraceção a responsabilidade pelas reduções importantes da fecundidade, experimentadas pelos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, depois da década de 60. A diminuição do tamanho desejado da família é de fato um dos principais motivos para a transição da fecundidade, a qual muitas vezes se desvia substancialmente das preferências (BONGAARTS, 1982).

A contraceção, além de ser analisada no contexto da fecundidade, é também um importante componente da saúde da mulher. Pois de acordo com Aguirre (2003) o planejamento da fecundidade proporciona orientação e informação não somente sobre os métodos contraceptivos, mas também sobre o comportamento sexual e reprodutivo, o que pode contribuir para a melhoria da saúde da mulher como um todo. Para o autor, é nessa visão que surge um novo conceito para a reprodução cujo eixo é sustentado em duas categorias: saúde reprodutiva e direitos reprodutivos.

A fim de assegurar a implementação das preferências reprodutivas e a saúde dos casais foi que as conferências mundiais de população, em especial a Conferência do Cairo em 1994, ajudaram a construir um dos princípios fundamentais da reprodução humana, o direito sexual e reprodutivo. Como salientam Corrêa, Alves, Jannuzzi (2006) a conferência proporcionou “uma mudança de paradigma das políticas de controle da natalidade (que até então haviam prevalecido) para a agenda de saúde e direitos sexuais e reprodutivos”.

Conforme a Conferência do Cairo, o casal tem o direito de ter o número de filhos que deseja e no momento que considere conveniente. Assim os direitos reprodutivos e sexuais se baseiam no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e quando devem ter seus filhos e terem acesso à informação de como fazê-lo, bem como o direito de se beneficiarem da saúde sexual e reprodutiva do mais alto nível. Ou seja, os direitos reprodutivos devem permitir a tomada de

decisão por parte dos casais em relação a reprodução livre de qualquer forma de discriminação, coerção e violência. Além de resguardar a igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências (UN, 1994).

De acordo com Pedro (2003), no Brasil, diferente do que ocorreu nos países europeus, o movimento feminista não se articulou para que os métodos contraceptivos fossem liberados para o uso, mas sim para exigir do governo a garantia do acesso, não só aos métodos, mas também a uma série de serviços que contemplassem sua saúde sexual e reprodutiva. Assim, para a maioria da população o acesso às informações e aos métodos contraceptivos ficou muito restrita ao mercado privado, o que causou grandes desigualdades socioeconômicas com relação ao uso de anticoncepcionais. Perpétuo, Aguirre (1998), analisando estes diferenciais observaram que o percentual de mulheres usuárias de algum método crescia de acordo com o nível socioeconômico das mesmas. E ainda que o uso da esterilização cresceu principalmente entre os grupos menos privilegiados e que, por outro lado, nos grupos socialmente mais privilegiados houve uma tendência de diminuição da esterilização e de aumento do uso de outros métodos modernos, especialmente hormônios.

Amorim (2009) mostrou que os métodos mais utilizados, em 2006 eram os mesmos de 20 anos atrás (laqueadura e hormônios). Contudo a laqueadura, mesmo sendo o método de maior prevalência, perdeu espaço para outros métodos que eram menos prevalentes, mas apresentam crescimento grande entre o ano de 1996 e 2006. A autora sugere ainda uma inversão da trajetória ascendente da esterilização feminina foi revertida, e os métodos masculinos ganharam mais espaço no *mix* contraceptivo. Entre as coortes mais jovens, assim como entre as mulheres com menor número de filhos, foi observada maior prevalência de hormônios e preservativos. Já a laqueadura e também a vasectomia apresentam prevalência significativa nas coortes mais velhas, bem como entre as mulheres com maior número de filhos.

Ainda segundo Perpétuo, Wong (2009) houve um aumento da assistência anticoncepcional por parte dos serviços de saúde em que as mulheres passaram a ter um maior grau controle sobre a reprodução, contudo essa mudança foi relativamente pequena e continua sendo insuficiente. As autoras mostraram também que os diferenciais socioeconômicos persistiram na prática de uso de anticoncepcional, o qual foi em favor das mulheres de melhor nível de escolaridade e renda, pois nas camadas socioeconômicas mais baixas o *mix*

contraceptivo ainda é restrito. Entre as mulheres sem instrução há uma excessiva presença da laqueadura tubária e uma pequena participação masculina, e relativamente menor melhoria na “qualidade” da contracepção.

2.2 - Panorama Religioso Brasileiro e Influência da religião/religiosidade sobre a fecundidade e preferências reprodutivas dos indivíduos.

A distribuição da afiliação religiosa dos brasileiros passou por profundas transformações nas últimas décadas. Houve, com o passar dos anos, enorme redução na proporção de pessoas autodeclaradas católicas, a qual, segundo dados dos censos demográficos, caiu de 95% em 1940 para 64% em 2010. O declínio da proporção de católicos na população brasileira pode ser indicativo de que mudanças nas atitudes sobre sexo, casamento e maternidade no Brasil, regidas por normas e valores religiosos, possam estar acontecendo (Verona & Regnerus, 2009). A redução do número de católicos é também atribuída ao aumento das igrejas de cunho Pentecostal e do número de pessoas sem religião (Alves & Novellino, 2003; Mc Kinnon et al, 2008).

Uma comparação feita entre os Censos de 1940 e 2000 pelo IBGE (2007) revelou que o Brasil era, pelas informações do censo de 1940, predominantemente católico. Dos 5,0% restantes, os evangélicos contribuíram com a metade. Já em 2000 houve uma expressiva redução da população de católicos apostólicos romanos, que foi contrabalançada pelo crescimento de outros grupos, como dos sem religião, e as diversas religiões evangélicas que surgiram, principalmente as de origem pentecostal e neopentecostal. O incremento mais significativo foi observado para o grupo dos sem religião, que em 1940 não atingia 0,5% e, segundo o último censo, alcançou 7,4% do total de pessoas. Essa transição foi resultado da transformação da hegemonia quase absoluta do catolicismo para um país de pluralidade religiosa. Os recentes resultados do Censo Demográfico 2010 que a proporção de católicos seguiu a tendência de redução observada nas duas décadas anteriores, embora tenha permanecido majoritária. Em paralelo, consolidou-se o crescimento da população evangélica, que passou de 15,4% em 2000 para 22,2% em 2010. Dos que se declararam evangélicos, 60,0% eram de origem pentecostal, 18,5%, evangélicos de missão e 21,8 %, evangélicos não determinados.

Especificamente quanto a influência da religião e religiosidade na fecundidade e no comportamento sexual dos fiéis, Marcum (1988) mostra que desde a segunda guerra mundial este tema já tem sido alvo de debates nos Estados Unidos, especialmente as tentativas de explicação

dos diferenciais de fecundidade entre os protestantes, católicos e judeus. Explicações para tais diferenciais encontram grande influência da religião e se concentram em duas correntes: A primeira afirma que as diferenças na religião de cada grupo são as responsáveis pelos diferenciais de fecundidade, a segunda acredita que seriam as diferenças na distribuição das características sociais em todos os grupos religiosos que geram uma fecundidade diferencial. E assim a maior fecundidade entre os católicos estaria relacionada com as doutrinas da igreja em não restringir o nascimento, e por outro lado, a baixa fecundidade entre os judeus é atribuída aos altos níveis de educação e residência urbana desse grupo.

McQuillan (2004) chama a atenção para a generalizada idéia de que as religiões sejam pró-natalistas incentivando maior fecundidade de seus membros, contudo isso não é comum para todos os grupos religiosos. Um exemplo seria o caso do Irã, em que a religião altamente institucionalizada desempenhou um papel importante para a disseminação do planejamento familiar e conseqüente redução das taxas de fecundidade. Com isso, o autor mostra a importância de se especificar as normas religiosas em questão e suas conseqüências demográficas.

O estudo de Hayford, Morgan (2008) para os Estados Unidos mostrou que os diferenciais de fecundidade encontrados entre as religiões são parte de uma associação generalizada entre religiosidade e comportamento da família, ao invés de uma orientação especificamente pró-natalistas associada a uma religião em particular. Eles mostraram uma associação consistente entre atitudes familiar tradicional, importância da religião e maior tamanho ideal de família sugerindo que a relação entre as intenções de fecundidade e os valores da família representa uma ligação conceitual entre o tamanho da família e outros aspectos dos valores de formação de família.

Philipov e Berghammer (2007) estudando 14 países europeus e a relação entre intenções reprodutivas, fecundidade e religião mostraram que na maioria dos países, as pessoas filiadas têm maior fecundidade idealizada e que as probabilidades são mais altas de intenção de ter outro filho e um maior número de esperado filhos que os não-filiados. A frequência religiosa mostrou-se um pouco mais importante do que afiliação e auto-avaliação religiosidade, indicando que este é um melhor indicador do que para se medir o impacto da religião sobre as preferências reprodutivas do que a afiliação religiosa por se só. Descobriu-se também que o efeito da religião em ideais é mais pronunciado do que o seu efeito sobre as intenções, pois os ideais ficam mais longe do comportamento do que as intenções e, portanto, pode aferir que a influência da religião é intermediada por outros sistemas sociais.

Especificamente quanto ao uso de contraceptivos de acordo com os estudos de Goldsheirder e Mosher, (1988) para os EUA, existem diferenças significativas nos estilos de uso de contracepção entre católicos, protestantes, sem religião e judeus. Até meados de 1960, as diferenças entre protestantes e católicos em relação à contracepção eram grandes. Os protestantes utilizavam mais métodos contraceptivos do que os católicos (66% em comparação com 57%). No final da década de 60 até a década de 80 ocorreram mudanças, a proporção de mulheres que utilizavam algum método aumentou significativamente, principalmente para as católicas, 77% das mulheres protestantes eram usuárias de contracepção contra 75% das católicas. As conclusões dos autores foram que as protestantes eram mais propensas à esterilização quando comparadas às católicas; as católicas utilizavam mais a pílula, o diafragma e a camisinha em relação às protestantes. Os judeus são os que mais utilizam métodos contraceptivos. Para eles, as diferenças sócio-econômicas não são suficientes para explicar os diferenciais no padrão de contracepção por religião, devendo se considerar também as diferenças doutrinárias das religiões.

Os resultados de Agadjanian (2001) para Moçambique indicou que os católicos residentes nas cidades juntamente com protestantes tradicionais estão na vanguarda da revolução contraceptiva, o que pode ser explicado em grande parte pelo meio social de suas igrejas que reúne pessoas de diversas origens socioculturais e estimula o intercâmbio de idéias e experiências de reprodução. Mulheres da cidade que não frequentam a igreja ou congregações usam menos anticoncepcionais e estão menos propensas a se envolver em conversas relacionadas com o planejamento familiar com os amigos e vizinhos que são católicos a protestantes tradicionais.

Na pesquisa de Addai (1999) para Gana, verificou-se que embora exista um alto índice de conhecimento de métodos contraceptivos modernos entre os diversos grupos religiosos, esse conhecimento não se traduz em taxas iguais de utilização. Há também níveis elevados de aprovação para o planejamento familiar entre todos os grupos religiosos. Isso sugere que pessoas de todas as crenças religiosas podem ser facilmente motivados a usar métodos contraceptivos modernos, se eles têm acesso a eles. A análise do estudo indica que a religião é um forte determinante do uso de contraceptivos entre mulheres cristãs em áreas urbanas e sugerem que, para essas mulheres, as normas religiosas, doutrinas, crenças e ideais podem ser importantes na sua decisão de regulação reprodutiva. Entretanto, apesar da filiação religiosa motivar o comportamento contraceptivo, não é ela quem determina o uso de contracepção em Gana e sim características sociais como a educação e também a acessibilidade aos métodos contraceptivos e

serviços no país. Acredita-se que caso a acessibilidade aos métodos modernos seja aumentada no país, o impacto de alguns valores religiosos pró-natalista seriam minimizadas. O estudo também concluiu que as mulheres de todas as filiações religiosas ainda têm reservas quanto aos efeitos colaterais dos métodos anticoncepcionais modernos.

No que se refere aos métodos contraceptivos no Brasil, a Igreja Católica condenou abertamente os métodos anticoncepcionais "artificiais", sob a argumentação de que qualquer ato matrimonial deveria permanecer aberto à transmissão da vida, ou seja, a contracepção, até mesmo para pessoas casadas, não deve ser utilizada. No contexto das Igrejas evangélicas, após a Segunda Guerra, estas passam a reconhecer o uso de métodos contraceptivos modernos desvinculados do sexo ilícito, do adultério e da prostituição. Já as Igrejas evangélicas pentecostais se caracterizam pela recusa as idéias mais "liberais" (JARDIM, 2011).

No Brasil, poucos estudos exploram a relação da contracepção e religião. O estudo de Paniz; Fassa e Silva (2005) para a cidade de Pelotas no Brasil sobre o conhecimento de contracepção concluiu que apesar da elevada prevalência de utilização de algum método anticoncepcional ao longo da vida (75,3%), o conhecimento do uso correto ainda é limitado. Entre as mulheres, os determinantes do maior escore de conhecimento foram maior idade, viver com companheiro, ter maior escolaridade, melhor nível econômico, não ter religião e ter usado método anticoncepcional exclusivo ou combinado ao longo da vida. Mulheres católicas ou evangélicas apresentaram um menor escore de conhecimento. Uma explicação dos autores para este achado é que as religiões não aprovam o uso de contraceptivos e a utilização de métodos, o que influenciaria o pouco conhecimento delas.

3. MATERIAL E MÉTODO

3.1 - A base de dados

Utilizou-se neste trabalho os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS 2006). Esta teve como finalidade atualizar o conhecimento dos indicadores de saúde da mulher e de saúde da criança, seus diferenciais e determinantes, com o fim de: subsidiar o aprimoramento das políticas públicas; compartilhar informações com a comunidade acadêmica para o aprofundamento de estudos especiais neste campo e; prover a sociedade civil com informações para o exercício do controle social. A PNDS tem como critério amostral uma amostra

probabilística, selecionada aleatoriamente em dois estágios: no primeiro estágio, selecionaram-se os setores censitários, com probabilidade proporcional ao número de domicílios em cada setor e, no segundo, os domicílios, considerando a representatividade dentro de cada setor.

O universo do estudo foi formado por domicílios particulares permanentes em setores comuns (inclusive favelas), com a presença de mulheres de 15 a 49 anos de idade, de todas as cinco regiões do Brasil, urbanas e rurais. Por fazer parte das pesquisas do tipo DHS, ela apresenta muitas variáveis com possibilidades de comparação internacional e questões específicas para cada país. Esta pesquisa possui ricas informações sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, informações específicas de preferência reprodutiva e uso de contraceptivos, bem como 3 variáveis de afiliação e frequência religiosa.

Como dito anteriormente, a PNDS 2006 é uma pesquisa domiciliar por amostragem probabilística complexa, obtida em dois estágios de seleção (setores censitários e domicílios particulares). Uma amostra de desenho complexo é a combinação de vários métodos probabilísticos de amostragem para seleção de uma amostra representativa da população (Szwarcwald, Damacena, 2008) e requer alguns cuidados ao proceder às análises dos dados. Nesse sentido, então, seguindo a recomendação do relatório técnico da PNDS 2006, para incorporar as informações do plano amostral delineado para a pesquisa foram utilizadas as variáveis cd002-Conglomerado e cd003-Estrato, que correspondem, respectivamente, à informação dos setores censitários e à informação do estrato (combinação entre as cinco grandes regiões e área urbana e rural). Alguns softwares oferecem rotinas específicas para o tratamento de dados provenientes de amostras complexas, tendo sido utilizado, neste trabalho, o pacote estatístico SPSS, versão 9, que permite realizar tais análises por meio dos comandos *Analyze - Complex sample -Prepare for Analysis [weight=fator de expansão da amostra], strata(variável de estratificação) clusters(unidade primária de estratificação)*. Com relação ao fator de expansão da amostra (peso), também de acordo com o relatório técnico da PNDS 2006, o indicado para análises que envolvam informações de mulheres é a utilização do peso para a mulher (variável XM999_Peso). Para as análises foi utilizado o fator normalizado, dividindo-se cada peso pela divisão do valor do número de casos expandidos pelo valor da amostra. Assim, as estatísticas ficaram com o mesmo número da amostra, contudo com a distribuição da população (valor expandido) (PNDS, 2006).

Utilizando a base de dados disponível pelo Ministério da Saúde em esta é composta por pessoas e mulheres com um total de 56365 observações, filtrou-se somente aquelas observações

relacionadas às mulheres (15575). E entre estas, buscou-se analisar somente aquelas que relataram ter tido relação sexual nos últimos 12 meses.

As variáveis selecionadas para análise neste estudo foram: religião atual, estado conjugal, teve relação sexual nos últimos 12 meses, esta grávida atualmente, grávida: deseja mais filhos; grávida: quanto tempo quer esperar para ter outro filho; uso de método contraceptivo atual, tipo de método contraceptivo atual; motivo de não usar método contraceptivo atualmente, quer ter ou prefere não ter mais filhos; quanto tempo quer esperar para ter mais filhos; situação de domicílio, idade, regiões geográficas, parturição.

3.2 – Metodologia

Este estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva remete a dois tipos de análise em que numa primeira etapa se tem a distribuição do uso e não uso de métodos anticoncepcionais por religião e motivo de uso (espaçar ou limitar o número de filhos) com a aplicação do método da demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade segundo cada grupo religioso.

3.2.2 – Criação dos estratos econômicos e Índice de Gênero

Para a divisão dos diversos estratos de econômicos foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil, que tem a função de estimar o poder de compra das pessoas e das famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida é exclusivamente de classes econômicas. Embora contenha itens de natureza social, todos os itens do critério foram utilizados apenas como indicadores da capacidade de consumo (ABEP, 2007).

As variáveis utilizadas para construção dos estratos foram número de automóveis, número de TV em cores, número de rádios, número de banheiros, número de empregados domésticos, posse de máquina de lavar roupa, posse de geladeira e *freezer*, posse de videocassete ou DVD e nível de instrução do responsável pela família, em que cada item possui uma pontuação. Sendo que a pontuação mínima é 0 ponto e a máxima é de 46 pontos. A partir daí, foram feitos os

pontos de corte¹³, a fim de que fossem então estabelecidas as classes econômicas. Foram estabelecidos 8 estratos econômicos: A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.

A fim de verificar qual a influência das relações de gênero sobre as preferências reprodutivas das mulheres, foi feito neste trabalho um indicador das relações de gênero na família. Tentou-se reaplicar o indicador de *status* da mulher feito por GUALBERTO (2003) o qual segundo o autor leva em conta as sugestões de MASON (1984), EVANS (1992) e de KISHOR, NEITZEL (1996). Neste trabalho foram feitas algumas modificações e adaptações no indicador idealizado por Gualberto, em virtude da disponibilidade da base de dados e especialmente devido a inserção de novas perguntas as quais estão mais relacionadas com o interesse desta pesquisa. Assim, o indicador das relações de gênero está dividido em cinco partes: escolaridade, trabalho, chefia domiciliar, acesso à mídia e relacionamento entre parceiros.

Na escolaridade, a variável de relações de gênero é se a mulher tem escolaridade igual ou superior a de seu parceiro; nos casos afirmativos, o indicador recebe um ponto. O ambiente profissional e de trabalho diz respeito se a mulher trabalha ou não além das atividades domésticas, e ganha ponto aquela mulher que trabalha fora. Quanto à variável chefia domiciliar feminina, esta só será considerada como um elemento que contribui para as relações de gênero se a chefia é feminina é em um domicílio dos estratos A ou B, pois nesse caso, não seriam selecionados aqueles domicílios em que a chefia feminina esta atrelada à um menor número de provedores e conseqüentemente à vulnerabilidade financeira. No acesso à mídia, segundo FARIA, POTTER (1999), existe, para o caso brasileiro, uma conexão entre exposição à TV e as preferências de famílias menores e demandas por planejamento familiar. Diante disso, receberá ponto a mulher que declarar que assiste à televisão ou tem acesso à outras mídias, tais como rádio, jornais ou revistas. Por fim, o relacionamento entre cônjuges será avaliado em quatro variáveis, pois considera-se que é justamente dentro da relação conjugal que os diferenciais de gênero e posição da mulher frente às decisões podem ser melhor visualizados. Ganhará ponto de relação de gênero a mulher cuja diferença de idade em relação ao seu atual parceiro seja igual ou menor que 10 anos. A mulher que conversa sobre planejamento familiar com o seu parceiro também ganhará ponto. Também receberá ponto aquela entrevistada que responde como sendo a única que decide sobre destino do dinheiro que ela recebe. E por fim receberá ponto aquela

¹³ Segundo ABEP não existem cortes naturais na distribuição de renda e, portanto, não existe uma única técnica para encontrar os cortes “corretos”. A distribuição dos pontos torna-se uma questão de conveniência do usuário.

mulher que responder que pode rejeitar fazer sexo com o marido quando ela esta cansada ou quando não quer.

O indicador de relação de gênero da mulher utilizado aqui é a soma dessas oito situações de avaliação da posição da entrevistada em relação ao seu cônjuge/parceiro. Para cada situação favorável à mulher, o indicador ganha um ponto e assim poderá assumir valores entre zero (indicando relação muito desigual) e oito (relação de maior igualdade de gênero).

3.2.3 – Estimativa da Demanda Insatisfeita

O surgimento dos estudos da necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais se deu na década de sessenta, a partir dos dados das pesquisas sobre o conhecimento, as atitudes, e as práticas relativas à contracepção (Knowledge, Attitudes, and Practices - KAP), os quais revelaram uma lacuna, para um contingente significativo de mulheres, entre intenções reprodutivas e comportamento contraceptivo. Essa noção ganhou importância conceitual durante os anos 70, tendo como base os dados das primeiras Pesquisas Mundiais de Fecundidade (World Fertility Surveys - WFS), as quais concentrava-se na preferência da fecundidade e do uso de contraceptivo. Nas décadas subsequentes, a abordagem do conceito “necessidade insatisfeita por métodos contraceptivos” recebeu diversas modificações, procurando-se levar em conta a exposição ao risco de engravidar, ou seja, classificando as mulheres em fecundas e infecundas. A partir das Pesquisas sobre Prevalência de Contracepção (Contraceptive Prevalence Survey – CPS), dos anos de 1970 e 1984, foram contempladas perguntas sobre o interesse das mulheres casadas em espaçar o nascimento dos filhos. A partir daí então foi possível calcular a necessidade insatisfeita por anticoncepção para espaçar e para limitar os nascimentos, possibilitando distinguir o interesse potencial em métodos provisórios daqueles permanentes ou de longo prazo, que são de maior interesse quando temos necessidade de limitar os nascimentos (CARSTELINE, SINDING. 2000; WESTOFF, 1988).

Nas Pesquisas de Demografia e de Saúde - DHS (Demographic and Health Survey), conduzidas desde a década de 80 nos países em desenvolvimento, houve um refinamento dos dados que possibilitou classificar as mulheres grávidas e amenorréicas em função de três critérios: se a gravidez foi planejada (necessidade satisfeita), se a gravidez não foi desejada naquele momento (necessidade para espaçar) e se a mulher não desejava ter outro filho (necessidade para limitar). Estabeleceu-se ainda que as mulheres cujas gravidezes foram

decorrentes de falha no uso do método anticoncepcional não seriam captadas como tendo necessidade insatisfeita por anticoncepção, pois as informações da pesquisa não permitem distinguir entre falha do método e falha na forma como o método foi utilizado (TAVARES, et al 2007).

Neste trabalho utilizou-se o conceito de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais proposto por Westoff e Ochoa (1991). Primeiramente, trabalhou-se os elementos fundamentais para a análise da necessidade de métodos anticoncepcionais, o qual se baseiam em conhecer o conjunto de mulheres que não praticam e praticam contracepção e entre estas determinar aquelas que necessitam de métodos para regular sua fecundidade. Segundo os autores acima (1991, p.2) a motivação mais expressiva para a existência da necessidade de métodos anticoncepcionais seria “A presença de mulheres ou casais que não estão usando métodos, mas desejam controlar sua fecundidade, seja para adiar o próximo filho desejado ou evitar uma gravidez não desejada depois de ter alcançado o número desejado de filhos”.

Pode-se assim classificar dois grupos de mulheres que podem apresentar uma demanda insatisfeita de uso de métodos contraceptivos. Um grupo teria uma demanda para limitar o número de filhos e seria composto por mulheres atualmente grávidas ou amenorréicas cuja gravidez não foi desejada e por mulheres férteis que não estão grávidas nem amenorréicas e que não desejam mais filhos. O outro grupo de mulheres seria composto por aquelas que demandam contraceptivos para espaçar o número de filhos. Neste grupo, entraria as mulheres que estão atualmente grávidas ou amenorréicas cuja gravidez foi, sim, desejada, mas mais adiante e mulheres férteis que não estão grávidas nem amenorréicas e que desejam, sim, mais filhos nos próximos 2 anos.

Abaixo segue os passos para se encontrar o percentual de mulheres que possuem demanda insatisfeita:

- Primeiro passo: delimitam-se dois grupos, mulheres usuárias de anticoncepção (necessidade satisfeita), e mulheres não usuárias de métodos anticoncepcionais (grupo potencialmente com necessidade de planejamento familiar).
- Segundo passo: identificar as mulheres grávidas ou amenorréicas, pois essas mulheres, embora não estejam em risco de engravidar, poderiam estar em necessidade por métodos anticoncepcionais no tempo da concepção e continuar no momento em que entrassem em risco de conceber. A exclusão desse grupo de mulheres implicaria a subestimação do número daquelas com necessidade de métodos anticoncepcionais.

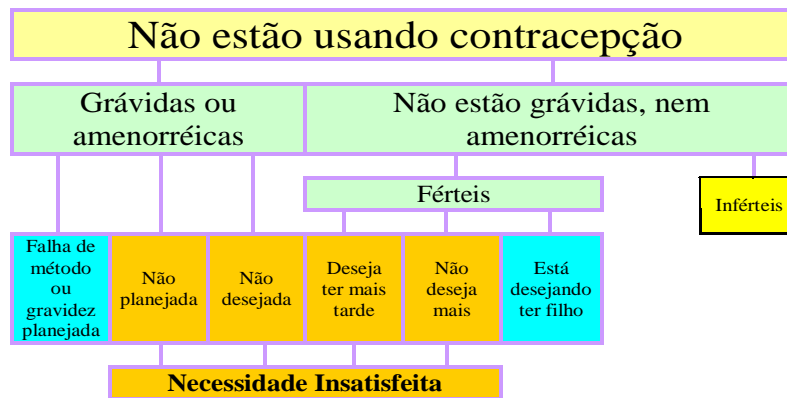
- Terceiro passo: classificar essas mulheres grávidas ou amenorréicas em função de três critérios de sua gravidez, a qual pode ser uma gravidez planejada (necessidade satisfeita), gravidez não desejada naquele momento (necessidade para espaçar), e gravidez não desejada, ou seja, a mulher não desejava nenhum outro filho adicional (necessidade para limitar).

- Quarto passo: agrupar as mulheres não grávidas ou amenorréicas e que não são usuárias de métodos, em infecundas ou fecundas.

- Quinto passo: distribuir as mulheres fecundas segundo suas intenções reprodutivas futuras, isto é, se deseja agora ou daqui a no máximo dois anos (não tem necessidade); se deseja um filho após dois anos (necessidade para espaçar); se não deseja mais ter filho (necessidade para limitar).

Os passos apresentados acima podem ser resumidos a partir do esquema sugerido na Figura 1 abaixo:

Figura 1 – Esquema dos componentes da necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais entre mulheres casadas ou unidas entre 15 a 49 anos.



Fonte: Westoff, 1988.

Já as mulheres sem demanda insatisfeita seriam compostas por: mulheres que praticam contracepção; mulheres férteis que desejam filho nos próximos 2 anos; mulheres atualmente grávidas ou amenorréicas que engravidaram usando algum método ou por falha); mulheres atualmente grávidas ou amenorréicas cuja gravidez foi desejada e planejada; mulheres menopáusicas e inférteis (sem filhos nos últimos 5 anos, sexualmente ativas e não usando contracepção) (WESTOFF, OCHOA, 1991).

Sobre a metodologia proposta por Westoff (1988), Bongaarts (1991) argumenta que os cálculos feitos deveriam ser ajustados levando em consideração que a mulher cuja necessidade

para espaçar é satisfeita interrompe o uso de contracepção para posteriormente ficar grávida e experimenta períodos reduzidos de exposição ao risco de um nascimento não desejado. Com estes ajustes, ele mostra que a necessidade total de planejamento familiar seria mais baixa do que a medida usada por Westoff (1988). Em resposta às estimativas feitas por Bongaarts, Westoff (1992) afirma que referem-se à necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais em um cenário onde todas as gravidezes não planejadas tivessem sido eliminadas. Contudo, as estimativas correntes são mais importantes em termos de elaboração de políticas públicas.

Ainda sobre a metodologia inicial proposta por Westoff no qual o método se limitava somente à mulheres casadas, foram feitas algumas modificações pelo próprio autor posteriormente. Westoff; Bankole (1995) ampliam a mensuração da demanda insatisfeita por contracepção, incluindo as mulheres nunca unidas e as anteriormente unidas, separadamente, numa forma de reconhecer que restringir a mensuração da demanda insatisfeita às mulheres casadas é ao mesmo tempo problemático e limitante, principalmente frente ao crescente interesse pela demanda das adolescentes, bem como de outros grupos etários específicos. Também Bongaarts (1991) comenta sobre a necessidade de se considerar a demanda insatisfeita por contracepção para esses dois grupos, tendo em vista que, em muitos países, a população não casada exposta ao risco de engravidar é bastante elevada.

Assim, sob a luz das colocações de Westoff, Bankole (1995) e de Bongaarts (1991), mensurou-se neste trabalho a demanda insatisfeita por contracepção para mulheres declaradas sexualmente ativas nos últimos 12 meses.

4 – RESULTADOS E DISCUSSÕES¹⁴

4.1 – Demanda insatisfeita por religião

Ao aplicar o método de cálculo da demanda insatisfeita por contracepção sugerido por Westoff (1988) e adaptado por Westoff, Ochoa (1991) para as mulheres sexualmente ativas, encontrou-se que no Brasil em 2006 havia uma demanda de 9,17% das mulheres sexualmente ativas pela regulação de sua fecundidade. Este dado parece razoável quando comparado com o

¹⁴ Os dados aqui apresentados podem sofrer pequenas alterações quando comparado a outros estudos similares, uma vez que a base de dados utilizada não possui uma pergunta direta sobre o estado reprodutivo (exposição) como outras bases tipo DHS, e por isso as inferências sobre o percentual de mulheres que são inférteis e grávidas ou amenorréicas foram feitas a partir da junção de informações de duas questões, assim como os dados sobre o tempo de espera para ter filhos, o que pode variar de acordo com as especificações de cada autor.

estudo de Tavares et al 2007 o qual aplicando o método para a DHS Brasil 1996 encontrou uma demanda insatisfeita por contracepção de 7,3%. Este percentual um pouco elevado para 2006 pode estar relacionado ao fato de que os autores utilizaram somente mulheres casadas/unidas e no presente artigo utilizou-se mulheres sexualmente ativas, e com isso abriu-se mais o leque de mulheres expostas à demanda insatisfeita. E como já mostrado em alguns estudos, mulheres solteiras e mais jovens tendem a ter uma maior demanda por contracepção em comparação à mulheres casadas/unidas (Lacerda et al 2005). Com relação ao tipo da demanda, teve-se que tanto para o Brasil quanto para as denominações religiosas (exceto para as mulheres sem religião) a demanda por contracepção é maior entre aquelas que desejam limitar. Estudos realizados anteriormente para diversos países da América Latina, Ásia, Norte da África, Caribe, e Brasil também apontaram a existência de uma demanda insatisfeita por contracepção para evitar um próximo nascimento, superior àquela para postergar o próximo nascimento (WESTOFF, BANKOLE, 2000; LACERDA, 2005).

Desagregando essa insatisfação segundo algumas características sócio-demográficas (Tabela 1) observa-se que como esperado e devido à condições sócio-econômicas as mulheres do Norte e Nordeste possuíam maior demanda insatisfeita por contracepção entre as regiões do país (13,25% e 10, 29%, respectivamente) bem como aquelas mulheres com menores anos de estudo e de estratos econômicos mais baixos. Ao analisar a demanda insatisfeita por contracepção e o índice de igualdade de gênero entre o casal, percebeu-se que quanto maior a igualdade entre os parceiros menor é a demanda insatisfeita, indicando que essa é uma decisão tomada em conjunto, e o descompasso nas relações de poder no relacionamento prejudica o planejamento da fecundidade. Estes dados corroboram com alguns achados de Tavares et al (2007) em que se verificou que a proporção de mulheres com necessidade insatisfeita, seja para espaçar ou limitar, é maior nas regiões mais pobres do país e que quanto maior a escolaridade menor é a probabilidade da mulher apresentar uma demanda insatisfeita por contracepção.

Tabela 1 – Percentual de mulheres segundo demanda insatisfeitas por planejamento da fecundidade de acordo com a escolaridade, estrato econômico, estado conjugal, índice de gênero, regiões geográficas e idade, Brasil, 2006.

Variáveis sócio-demográficas	não tem demanda insatisfeita	Tem demanda insatisfeita
Anos de estudo	0 a 4	6,49
	5 a 8	8,85
	9 a 11	6,88
	12 e mais	10,59
Estratos	7,60	9,18
	7,81	5,27
	A1, A2, B1	7,35
		4,85

Econômicos	B2, C1	6,58	6,82
	C2, D, E	7,47	10,44
Estado Conjugal	solteiras	7,05	14,32
	casadas/unidas	7,26	7,31
	outros	5,49	17,50
Índice de gênero	0 a 2	6,26	20,65
	3 a 4	7,40	9,95
	5	6,50	7,83
	6 a 8	7,35	5,89
Regiões Geográficas	norte	7,08	13,25
	nordeste	6,41	10,29
	sudeste	7,57	8,80
	sul	6,90	7,01
	centro-oeste	6,76	8,01
Grupos de idade	15 a 19	8,83	22,08
	20 a 24	8,71	11,53
	25 a 29	8,27	11,29
	30 a 34	7,77	6,41
	35 a 39	7,54	4,43
	40 a 44	4,50	3,96
	45 a 49	3,02	7,44
TOTAL		7,08	9,19

Fonte: PNDS (2006)

Nota1: Todas as categorias foram significantes a 5% no teste do Qui-quadrado.

Ainda na Tabela 2, com relação ao estado conjugal, surpreendentemente, verificou-se que são as mulheres solteiras (14,32%), viúvas ou separadas (17,5%) e não as mulheres casadas/unidas que apresentaram maior demanda por contracepção. Além disso, são as mulheres mais jovens, especialmente o grupo de 15 a 19 anos que apresentaram maior demanda insatisfeita por idade. Estas duas últimas informações revelam um possível grupo de carências de políticas públicas para planejamento da fecundidade, caracterizado por mulheres ativas sexualmente, contudo fora de relacionamentos estáveis.

Especialmente quanto aos diferenciais da demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade e religião atual da mulher (Tabela 2), observou-se que eram as mulheres sem religião que possuíam a maior demanda insatisfeita por contracepção. Pois quase 17% das mulheres que não usavam métodos contraceptivos desejavam espaçar (10,51%) ou limitar (6,23%) seu número de filhos, e ao contrário do esperado era também as sem religião também que mais declararam ter tido uma gravidez intencional e desejavam filhos em menos de dois anos. Em segundo lugar ficaram as protestantes tradicionais, das quais 13,09% apresentam uma demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade. Nota-se que quase 80% das mulheres brasileiras em 2006 utilizavam algum método contraceptivo. Em todas as religiões, as mulheres que usam

contraceptivos o fazem com o intuito de limitar seu número de filhos, nesse grupo as pentecostais que são as que mais o fazem com intuito de limitar (64%) e contrariamente são as mulheres sem religião que utilizam contracepção com o intuito de espaçar (49%).

Tabela 2 - Distribuição percentual de mulheres sexualmente ativas segundo status reprodutivo e de uso de contraceptivos segundo religião atual, Brasil 2006.

religião atual	necessidade insatisfeita			Usam contraceptivo atualmente			Gravidez intencional ou desejam ter filhos em menos de 2 anos*	inférteis	Total
	total	espaçar	limitar	total	espaçar	limitar			
Católicas	8,11	4,00	4,05	81,12	31,73	49,39	8,86	1,91	100,00
protestante tradicional	13,09	4,53	8,56	75,43	29,94	45,50	9,86	1,61	100,00
protestante pentecostal	6,39	2,52	3,87	80,98	29,16	51,81	9,37	3,26	100,00
sem religião	16,73	10,51	6,23	71,53	31,41	40,12	10,87	0,87	100,00
outras	9,17	3,15	6,02	78,77	38,95	39,81	9,32	2,74	100,00
total	9,17	4,37	4,80	79,48	32,37	47,11	9,36	1,99	100,00

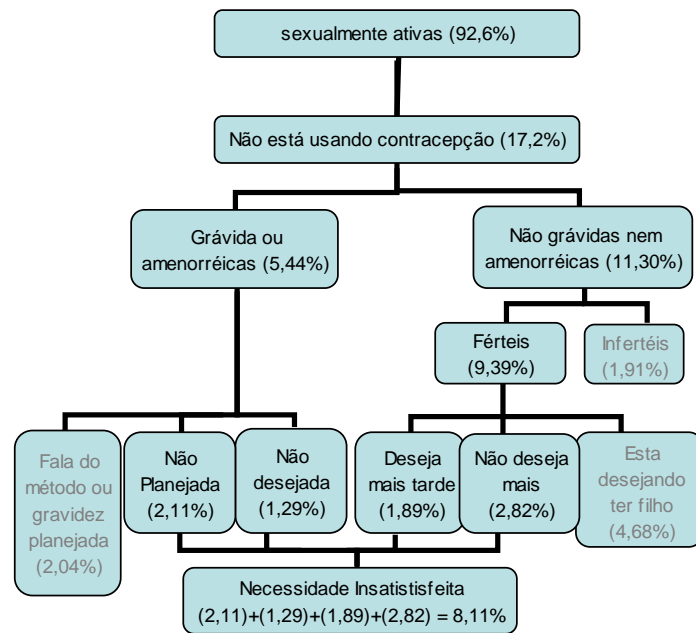
Fonte: Microdados PNDS, 2006

Nota1: Neste grupo também estão incluídas mulheres que usavam contracepção e que desejam ter filhos em menos de 2 anos.

Nota2: Todas as categorias foram significantes a 5% no teste do Qui-quadrado.

Ao analisar as mulheres católicas e os componentes da demanda insatisfeita, observou-se que das mulheres de 15 a 49 anos sexualmente ativas apenas 17,2% não estavam usando contracepção, destas 9,39% eram férteis, das quais 4,71% apresentavam demanda insatisfeita, seja por não desejarem mais (2,82%) ou por não desejaram a criança naquele momento (1,89%). Para as grávidas ou amenorréicas (5,44%) a gravidez foi não planejada entre 2,11% e para 1,29 a gravidez foi não desejada. Portanto, entre as mulheres em idade reprodutiva declaradas católicas existia em 2006 uma demanda insatifeita de 8,11%, em outras palavras, para quase 48% das mulheres que não usavam contracepção havia uma demanda por métodos contraceptivos seja para limitar ou espaçar o número de filhos.

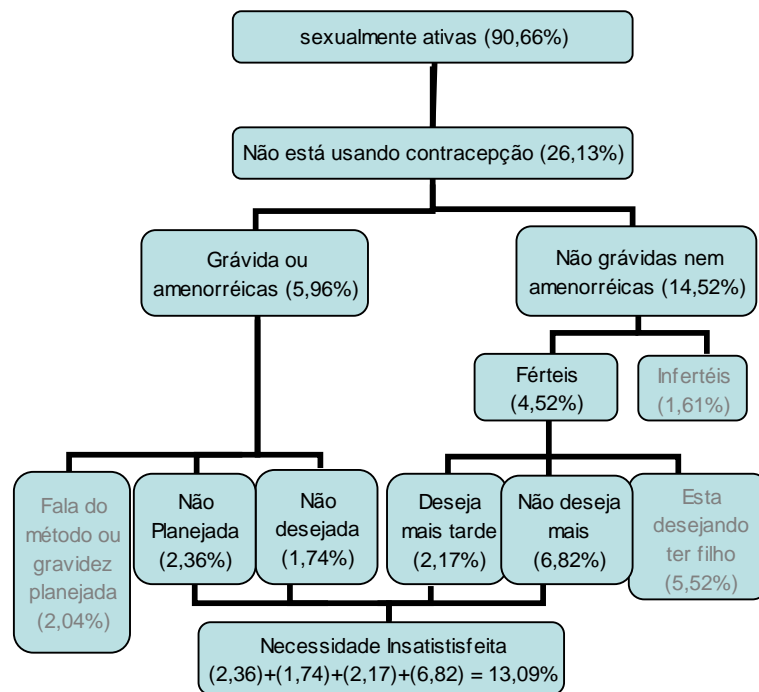
Figura 2 - Componentes da necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais entre as mulheres católicas sexualmente ativas e que não usam contraceptivos, Brasil 2006.



Fonte: Microdados PNDS, 2006

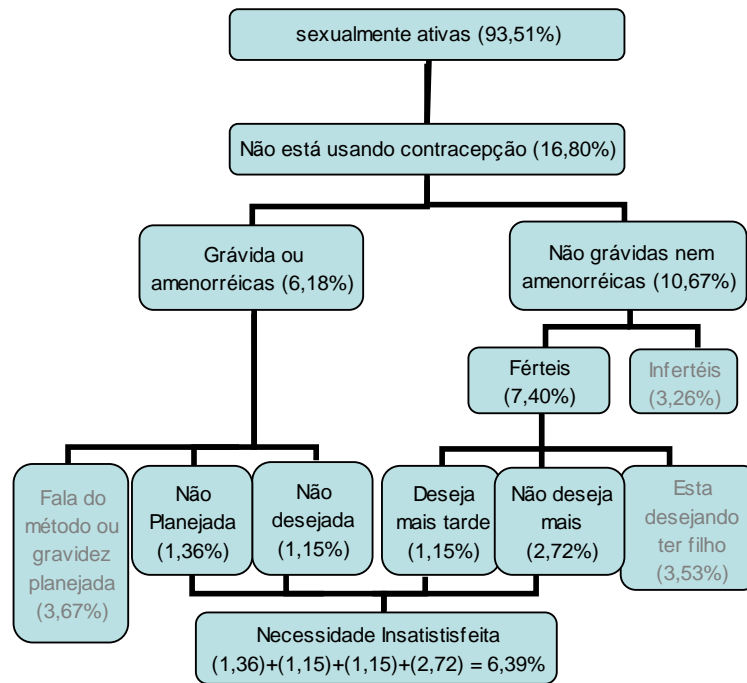
Ao analisar o grupo das mulheres declaradas protestantes tradicionais (Figura 3), nota-se que existia uma demanda insatisfeita para 13,09%, o que representava quase 59% daquelas que não estavam usando contracepção, número considerado bastante elevado. Entre as grávidas ou amenorréias isso representava 4,09% de mulheres que desejam adiar ou limitar o número de filhos. Esse número é bem maior entre as férteis, representando um montante de 9,0%. Para aquelas mulheres que não desejam mais filhos, essa demanda representa 8,56.

Figura 3 - Componentes da necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais entre as mulheres protestantes tradicionais sexualmente ativas e que não usam contraceptivos, Brasil 2006.



As protestantes pentecostais foram as que menos apresentaram demanda insatisfeita por contracepção, em que 38% das mulheres que não usavam contracepção se enquadraram nesse perfil, o que representa 6,39% do total de mulheres sexualmente ativas que não usavam contracepção e por isso este foi o grupo o qual apresentou o mais elevado o percentual de mulheres em que a gravidez foi planejada ou estavam desejando ter filhos uma vez que representavam quase 50% das que não utilizam método.

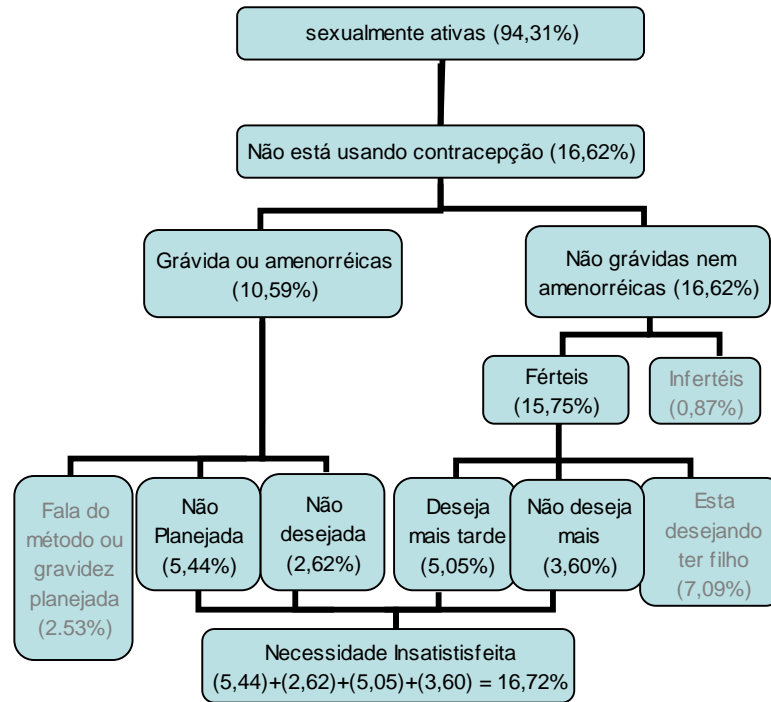
Figura 4 - Componentes da necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais entre as mulheres protestantes pentecostais sexualmente ativas e que não usam contraceptivos, Brasil 2006.



Fonte: Microdados PNDS, 2006

O grupo das mulheres sem religião e foi o que apresentou o maior percentual de mulheres com demanda insatisfeita (16,72%), destas 10,5% gostariam de espaçar e 6,22 de limitar. Esse alto percentual de mulheres que possuem demanda por planejamento da fecundidade deve-se por um lado ao fato de que o grupo das mulheres que não faziam uso atual de métodos contraceptivos era muito maior neste grupo (28,50%) do que entre os demais grupos (17,20% entre católicas, 26,13% entre protestantes tradicionais, 16,60% entre pentecostais), assim o percentual daquelas que estão com demanda insatisfeita entre as sem religião foi expressivamente maior. Contudo quando faz-se o peso relativo dessa demanda, percebe-se que isso representa 60% das mulheres sexualmente ativas dentro do grupo daquelas sem religião que não usam métodos, portanto, representando um percentual muito próximo à demanda das protestantes tradicionais (59%).

Figura 5 - Componentes da necessidade insatisfeita de métodos anticoncepcionais entre as mulheres sem religião sexualmente ativas e que não usam contraceptivos, Brasil 2006.



Fonte: Microdados PNDS, 2006

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou examinar como se dá a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade segundo algumas variáveis sócio-demográficas, especialmente em busca de se identificar como a religião pode estar associada ao uso de contraceptivos e a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade entre as brasileiras de 15 a 49 anos sexualmente ativas. O objetivo principal deste estudo foi identificar e analisar os possíveis diferenciais no intuito de uso de contracepção e na demanda insatisfeita por contracepção segundo variáveis sócio-demográficas, identificando como as religiões combinadas com outras variáveis sócio-demográficas influenciam as diferentes formas de implementação, articulação e diferenciação do comportamento reprodutivo das fiéis.

Apesar do aumento contínuo no uso de contraceptivos observou-se que o Brasil ainda está longe de assegurar o direito reprodutivo à todas as mulheres, especialmente aquele relativo à escolha do número de filhos que se deseja ter e os meios para tal. Ainda é comum encontrar

mulheres que gostariam de limitar ou adiar o número de filhos tidos, pois a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade encontrada na PNDS (2006) para as brasileiras sexualmente ativas foi de 9,17%. Em um primeiro momento, muitos podem considerar esse um número pequeno, mas o mesmo representa 56,5% das mulheres sexualmente ativas e que não utilizavam contracepção.

Acrescentado a isso, podê-se perceber que as desigualdades sócio-econômicas e demográficas, tais como idade, estado conjugal, região geográfica, índice de gênero, entre outras acabam por reforçar desigualdades no acesso ao planejamento da fecundidade. Analisando estas características pôde-se identificar demandas diferenciadas entre as mulheres, em que se destacou o grupo de mulheres sexualmente ativas entre 15 a 19 anos e solteiras, as quais se mostraram um grupo sedento de atenção das políticas na área de planejamento da fecundidade.

Com relação aos diferenciais dessa demanda segundo as religiões, observou-se que as mulheres sem afiliação religiosa e as protestantes tradicionais apresentam maior demanda por planejamento da fecundidade. O alto percentual no primeiro grupo possivelmente deve-se às suas piores condições sócio-econômicas em relação aos demais. Já com relação à elevada demanda insatisfeita entre as protestantes tradicionais especula-se que possa estar relacionado ao perfil mais tradicional tanto dos costumes pregados pela igreja quanto dos seus próprios participantes, em que devido à alta frequência dos fiéis aos cultos e cerimônias estes acabam por vivenciar maior cumprimento dos ensinamentos (não uso de contraceptivo, submissão ao marido, etc). Esse comportamento mais tradicional desse grupo de mulheres pode, entre outros fatores, contribuir para esse alto percentual de demanda insatisfeita por contracepção.

A área de saúde sexual e reprodutiva é ainda um campo muito de pesquisas especialmente no que se refere à sua relação com a religião, pois a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade ainda é uma realidade para muitas mulheres. Os diferenciais encontrados neste estudo, os quais se revelaram serem significativos, indicam a necessidade de investir neste tipo de estudo. Deve-se destacar ainda que não basta analisar a demanda por contracepção isolada, há a necessidade de se avaliar a adequabilidade dos métodos contraceptivos, pois estar usando um método não necessariamente significa estar satisfeita com o mesmo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. (2007) **O novo critério padrão de classificação econômica Brasil**. Junho de 2007. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>.

ADDAI, I. 1999. Does religion matter in contraceptive use among Ghanaian women? **Review of Religious Research** 40:259-277.

AGADJANIAN, V. (2001). Religion, social milieu, and the contraceptive revolution. **Population Studies**, 55, 135–148.

AGUIRRE, M. A. C. (2003) Estudo dos componentes da dinâmica reprodutiva na Bolívia, 1998, **Tese** (Doutorado em Demografia), Universidade Federal de Minas Gerais.

AMORIM, F. A. (2009). Mudanças recentes no uso de métodos contraceptivos no Brasil: a questão da esterilização voluntária, 2009. **Mestrado** (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisa Sociais), Escola Nacional de Ciências Estatísticas.

ALVES, J. E. D.; NOVELLINO, M. S. (2006). A dinâmica das filiações religiosas no Rio de Janeiro: 1991-2000 – um recorte por educação, cor, geração e gênero. In: PATARRA, N.; AJARA, C.; SOUTO, J. **O Rio de Janeiro continua sendo...** Rio de Janeiro: Ence/IBGE, 2006, p. 275-308.

BONGARRTS, J. (1991). The KAP-Gap and the unmet need for contraception. In: **Population and Development Review**. v. 17, n. 2: 293-313.

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

CORRÊA, S; ALVES, J. E; JANNUZZI, P. M. (2006). Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco-teórico conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). **Indicadores Municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA, p. 63-76.

DECOL, R. D. (1999). Mudança religiosa no Brasil: uma visão demográfica. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 16, n. 1/2, p. 121-137.

GODSCHEIDER, C.; MOSHER, W. D. (1988). Religious affiliation and contraceptive usage: Changing American patterns, 1955-82. **Studies in Family Planning**, v. 19, n. 1, p. 48-57.

GALBERTO, L. N. (2003). Comportamento Contraceptivo, Raça/Cor e Status da Mulher no Brasil. **Dissertação** (Mestrado em Demografia), Universidade Federal de Minas Gerais.

HAYFORD, S. R.; MORGAM, S.P. (2008). Religiosity and Fertility in the United States: The Role of Fertility Intentions. **Soc Forces**. v. 86, n. 3, p. 1163–1188.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2007. Religião. In: **Tendências demográficas : uma análise da população com base nos resultados dos censos demográficos 1940 e 2000**. Rio de Janeiro: IBGE.

JARDIM, R. T. **Entre a Lei de Deus e a Lei Humana: A constante construção da laicidade no Brasil**. Disponível em: [http://www4.cmq.edu.mx/libela_joomla/images/stories/cursos/ivcurso/ENTRE%20A%20LEI%20DE%20DEUS%20E%20A%20LEI%20HUMANA%20\[Renata%20Jardim\].pdf](http://www4.cmq.edu.mx/libela_joomla/images/stories/cursos/ivcurso/ENTRE%20A%20LEI%20DE%20DEUS%20E%20A%20LEI%20HUMANA%20[Renata%20Jardim].pdf). Acesso dia 06 de outubro de 2011.

KRAUSE, N.; ELLISON, E. (2009) The doubting process: a longitudinal study of the precipitants and consequences of religious doubt in older adults. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 48, n. 2, p. 293-312.

KRAUSE, N.; ELLISON, C.; WULFF, K. (1998). Church-based emotional support, negative interaction, and psychological wellbeing: findings from a national sample of presbyterians. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 37, n. 4, p. 725-741.

LACERDA, M. A.; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J.; MACHADO, C. J. Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 113-129, jan./jun. 2005

LEVITT, P. (2003) You know Abraham was really the first immigrant: religion and transnational migration. **International Migration Review**, v. 37, n. 3; p. 847-873.

MCKINNON, S.; POTTER, J.; GARRARD-BURNETT, V. (2008). Adolescent fertility and religion in Rio de Janeiro, Brazil in the year 2000: the role of Protestantism. **Population Studies**, v. 62, n. 3, p. 289-303.

MCQUILLAN, K. (2004) When does religion influence fertility? **Population and Development Review**, v. 30, n. 1, p. 25-56.

MARCUM, J. P. (1988) Religious Affiliation, Participation and Fertility: A Cautionary. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 27, n. 4, p. 621-629.

MIRANDA-RIBEIRO, P.; LONGO, L. A. F. B.; RIOS-NETO, E. L. G.; POTTER, J. E. (2009). Fecundidade na adolescência e religião em Belo Horizonte: um primeiro exercício. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 26, n. 2, p. 305-308.

PANIZ, V. M. V.; FASSA, A. G.; SILVA, M. C. Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1747-1760, nov./dez. 2005.

PEDRO, J. M. (2003). A experiência com contraceptivos no Brasil. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-260.

PERPÉTUO, I. H. O.; AGUIRRE, M. A. C. (1998). O papel da esterilização feminina nos diferenciais socioeconômicos do declínio da fecundidade no Brasil. **Anais...** ABEP. 1998.

PERPÉTUO, I.; WONG, L. (2009). Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006. Cebrap, Ministério da Saúde.

PNDS. MINISTÉRIO DA SAÚDE/Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP) (2006) **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: PNDS 2006**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/>> Acesso em: 4 fev. 2012.

PHILIPPOV, D.; BERGHAMMER, C. (2007). Religion and fertility ideals, intentions and behaviour: a comparative study of European countries. **Vienna Yearbook of Population Research**, pp. 271-305.

PIERUCCI, A. F. O.; PRANDI, R. (2000) Religious diversity in Brazil: numbers and perspectives in a sociological evaluation. **International Sociology**, 15, p. 629-639.

REGNERUS, M. D. (2003) Religion and positive adolescent outcomes: a review of research and theory. **Review of Religious Research**, v.44, n. 4, p. 394-413.

SZWARCWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. (2008). Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. In: **Revista Brasileira Epidemiologia**, n. 11(supl 1), p. 38-45, 2008.

TAVARES, L. S.; LEITE, I. da C.; TELLES, F. S. P. (2007). In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10(2): 139-48

UNITED NATIONS. (1994) **Report of the International Conference on Population and Development**. Cairo, set. 1994.

VERONA, A. P. A.; HUMMER, R.; DIAS JUNIOR, C. S.; LIMA, L. (2010) Infant mortality and mothers' religious involvement in Brazil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 27, n. 1, p. 59-74

_____. REGNERUS, M. Religion and Sexual Initiation in Brazil. In: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA, 2009, Detroit. **Anais...** Detroit: PAA,2009. Disponível em <http://paa2009.princeton.edu/download.aspx?submissionId=91837>.

Acesso em: 11 jan. 2011.

_____. (2011) A.Explanations for religious influence on adolescent sexual behavior in Brazil: direct and indirect effects. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 28, n. 1, p. 187-201.

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

_____. (1991). **Reproductive preferences: a comparative view**. Columbia: Institut for Institut for Resources Developement (DHS, Comparative Studies; 3)

_____; OCHOA, L. H. (1991) Unmet need and the demand for family planning. In: **Demographic and health surveys comparative studies** n. 5. Columbia, Maryland. Institute for resource development Macro international, Inc.

_____. (1992) Measuring the unmet need for contraception: comment on Bongaarts. **Population and Developmrent Review**, 18, p123-125.

_____; BANKOLE A. (1995) Unmet Need: 1990-1994. In: **Demographic and Health Surveys Comparative Studies**. Calverton, Meryland USA. Macro International Inc.

WOOD, C.; WILLIAMS, P.; CHIJIWA , K. (2007). Protestantism and child mortality in Northeast Brazil, 2000. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v. 46, n. 3, p. 405-416.

ZANATA, R. C. (2011) A carne é fraca: religião, religiosidade e iniciação sexual entre estudantes do Ensino Médio na Região Metropolitana de Belo Horizonte, 2008. **Dissertação** (Mestrado em Demografia), Universidade Federal de Minas Gerais.