

Mensuração e perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002

Marisa Alves Lacerda*
Paula Miranda-Ribeiro**
André Junqueira Caetano***
Carla Jorge Machado****

Utilizando dados do Programa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça (SRSR), coletados em 2002 para os municípios de Belo Horizonte e Recife, o objetivo deste artigo é mensurar e construir perfis da demanda insatisfeita por contracepção, segundo o nível de escolaridade e o município de residência, para as entrevistadas sexualmente ativas, brancas e negras, de 15 a 49 anos, aplicando o método Grade of Membership (GoM). Os resultados sugerem que a demanda insatisfeita é mais elevada no Recife. Dentre os perfis de demanda insatisfeita segundo a escolaridade, o perfil de mulheres com maior escolaridade apresentou as melhores condições em todas as dimensões avaliadas (demográfica, econômica, do conhecimento, acesso e reprodutiva). Segundo o município de residência, os dois perfis foram bastante distintos. O perfil cujas entrevistas tinham maior probabilidade de serem de Belo Horizonte agregou características mais favoráveis.

Palavras-chave: Demanda insatisfeita por contracepção. *Grade of Membership*. Belo Horizonte. Recife.

Este artigo possui dois objetivos. O primeiro deles é mensurar a demanda satisfeita e insatisfeita por contracepção entre as mulheres brancas e negras, sexualmente ativas, com idades entre 15 e 49 anos, nos municípios de Belo Horizonte e Recife, em 2002. O segundo objetivo é delinear perfis de demanda insatisfeita por contracepção, segundo o nível de escolaridade (0 a 3, 4 a 7 e 8 anos e mais de estudo) e o município de

residência (Belo Horizonte e Recife), aplicando o método GoM.

A demanda insatisfeita por contracepção é gerada pelas mulheres que, ao serem entrevistadas, reportam não estar empregando correntemente nenhum mecanismo de contracepção para regular sua fecundidade, mas, ao mesmo tempo, expressam um desejo em adiar o próximo nascimento ou evitá-lo (Westoff e Bankole, 1995).

* Doutoranda em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Ciências Econômicas/Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

** Professora Adjunta e Chefe do Departamento de Demografia da Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Ciências Econômicas/Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

*** Professor adjunto e Pesquisador da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Ciências Econômicas/Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

**** Professora Adjunta da Universidade Federal de Minas Gerais/Faculdade de Ciências Econômicas/Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional.

Contexto da fecundidade e da contracepção

O debate acerca da demanda insatisfeita por contracepção e sua mensuração adquirem importância em um contexto mais geral, que engloba o processo de transição da fecundidade no Brasil, marcado por diferenciais significativos, tanto no ritmo de queda, quanto nos percentuais de uso e no *mix* contraceptivo entre as distintas regiões e categorias socioeconômicas. A Taxa de Fecundidade Total (TFT) do país passou de 6,2 filhos por mulher em 1960, para, aproximadamente, 2,3 filhos em 2000, segundo dados censitários, declinando primeiro nas regiões e estratos sociais menos vulneráveis – nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, nas áreas urbanas e entre as mulheres de maior renda e escolaridade. Somente nas últimas décadas, a queda da fecundidade se acentuou entre os demais contingentes populacionais – nas regiões Norte e Nordeste e entre as mulheres pobres, menos escolarizadas e negras¹ (Berquó e Cavenaghi, 2004; Horta *et al.*, 2004).

A percepção de que a fecundidade estava declinando no início da década de 1980, em meio a uma profunda crise econômica, surpreendeu diversos estudiosos e suscitou diferentes teorias explicativas. Berquó (1983) argumentou inicialmente que a queda da libido, a introdução de um cálculo econômico na decisão do número de filhos na classe trabalhadora e a inserção da mulher no mercado de trabalho seria o principal motivador da queda da fecundidade. Carvalho *et al.* (1981) postularam que a generalização do uso de contraceptivos, inclusive entre a população rural, a alteração do comportamento da população de baixa renda e a redução do padrão de vida da população, em virtude do aumento dos preços dos gêneros alimentícios em proporção maior do que o aumento dos salários, seria a explicação mais plausível. Segundo Merrick e Berquó (1983), a queda da fecundidade teria sido resultado da redução da fecundidade marital, via

aumento do controle dentro do casamento. A explicação oferecida por Faria (1989) vê a queda da fecundidade como um efeito não antecipado das políticas governamentais de crédito ao consumidor, de telecomunicações, de previdência social e de atenção à saúde, que teriam gerado alterações culturais de grande difusão espacial, institucionalizando a demanda por regulação da fecundidade.

Independente da explicação oferecida, o fato é que o conjunto dos processos sociais, econômicos e políticos que se desencadearam no referido período serviram como estímulo à demanda por famílias cada vez menores e, por conseguinte, por métodos contraceptivos modernos – em especial a pílula e a esterilização feminina –, que foram os principais determinantes da queda da fecundidade no Brasil (Perpétuo e Aguirre, 1998; Vieira, 2003). O percentual de uso, já em 1996, era de 76,7% para o grupo de mulheres casadas ou unidas e com idades entre 15 e 49 anos, segundo dados da Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS). Tanto o uso quanto o *mix* contraceptivo variavam conforme a região do país e o *status* socioeconômico da mulher. Assim, havia maior prevalência de contracepção na região Sul e no Estado de São Paulo, nas áreas urbanas, entre as mulheres mais velhas, e com parturição e escolaridade mais elevadas (Perpétuo e Aguirre, 1998; Caetano e Potter, 2004).

A disseminação do desejo por controlar a fecundidade e o aumento da demanda pelos mecanismos de controle ocorreram, durante um longo período, na ausência de iniciativas governamentais voltadas especificamente para este fim, fazendo com que segmentos importantes da população de menor renda fossem relegados à própria sorte quanto à implementação de suas preferências reprodutivas (Faria, 1989; Caetano, 2000; Alves, 2004). Até 1985, a rede pública de saúde não oferecia métodos contraceptivos à população. Também não existia, até 1997, uma lei que regulamentasse a realização da esterilização ou seu

¹ O termo 'negra' engloba as categorias de mulheres classificadas como pretas e como pardas, segundo as categorias do IBGE.

reembolso pelo sistema público de saúde (Caetano, 2000).

A falta de pleno acesso aos meios de planejamento familiar acabou por atingir diferencialmente os segmentos populacionais mais carentes. Nem mesmo a queda generalizada da fecundidade, observada em especial nas duas últimas décadas, foi suficiente para superar o hiato que separa dois grupos extremos: de um lado, mulheres com taxas de fecundidade em patamares semelhantes àqueles observados no país no início do processo de transição, concentrado, sobretudo, nos estratos de mais baixa escolaridade e renda e nas regiões mais carentes do país; de outro, mulheres com fecundidade já abaixo do nível de reposição, seguindo o padrão observado nos países mais desenvolvidos (Horta *et al.*, 2004). Tal fato levanta a possibilidade de que, em muitos casos, os ainda elevados níveis de fecundidade observados em alguns grupos específicos ocorram não em virtude de uma escolha refletida, num contexto de pleno acesso aos mecanismos de planejamento da fecundidade, mas em consequência de obstáculos e dificuldades enfrentadas por esses grupos, no que se refere ao acesso aos mecanismos necessários à implementação de suas preferências reprodutivas. Essa possibilidade torna-se ainda mais plausível se considerarmos o fato de que o número ideal de filhos mencionado pelas mulheres brasileiras – em torno de 2 – não se diferencia muito, segundo algumas características socioeconômicas, tal como o nível de escolaridade (Bemfam, PNDS/1996, 1997). Não há como negar que o acesso à informação e à contracepção certamente determinou, em grande medida, a amplitude da demanda insatisfeita. Isso porque, ainda que assumindo o impacto potencial de questões culturais, sociais e religiosas sobre a opção por controlar a fecundidade, não restam dúvidas de que a facilidade de acesso aos meios necessários determina tanto a concretização do desejo – representada pelo uso de contraceptivos – quanto a forma

pela qual essa concretização será efetivada, ou seja, qual o método contraceptivo a ser utilizado.

Tendo todo esse quadro como pano de fundo, a determinação da magnitude da demanda insatisfeita por contracepção, bem como o delineamento de perfis de mulheres com tal demanda, figura como uma ferramenta indispensável na formulação de políticas públicas. Conhecer quais as características das mulheres com demanda insatisfeita pode ter impacto importante no direcionamento de ações que visem tornar mais equitativo o acesso aos mecanismos que possibilitem a elas, independente de suas características socioeconômicas e demográficas, planejarem sua vida reprodutiva, decidindo se e quando ter filhos.

Dados e métodos

Os dados e métodos empregados tiveram como base as informações geradas pela pesquisa – SRSR,² desenvolvida pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (Cedeplar/UFMG), em 2002. O banco de dados foi constituído valendo-se de um estudo domiciliar probabilístico, em três estágios: o primeiro envolveu a seleção dos setores censitários, dentre aqueles componentes do cadastro do IBGE elaborado para o Censo Demográfico de 2000; o segundo se constituiu no sorteio dos domicílios a serem visitados, dentro dos setores censitários anteriormente selecionados; e o terceiro implicou no sorteio de uma mulher elegível (entre 15 e 59 anos), dentro de cada domicílio sorteado. Ao todo, foram entrevistadas 2.408 mulheres, sendo 1.301 em Belo Horizonte e 1.107 no Recife, as quais são representativas da população feminina entre 15 e 59 anos, em cada um dos municípios.

No presente estudo foram incluídas, exclusivamente, mulheres que se declararam brancas, pardas ou pretas (as duas últimas foram agrupadas na categoria negra), e que pertenciam ao grupo etário

² Para maiores informações sobre a pesquisa, ver Miranda-Ribeiro e Caetano, 2003.

de 15 a 49 anos. Isto porque, metodologicamente, mulheres fora do intervalo superior que costuma definir o período reprodutivo (ou seja, acima dos 49 anos) não estão incluídas no grupo com demanda por contracepção – seja ela satisfeita ou insatisfeita – uma vez que a maioria delas, geralmente, já se encontra esterilizada ou em menopausa. A opção por trabalhar especificamente com as mulheres brancas e negras teve como motivação o desejo de buscar uma melhor diferenciação entre esses dois grupos, considerando todo o debate acerca das desvantagens, em vários aspectos, inclusive relacionados à saúde reprodutiva, em que se encontrariam as mulheres negras no Brasil. Dados censitários apontam para uma sobre-representação das mulheres negras nos estratos de menor escolaridade e renda, o que, acredita-se, pode ter impacto direto nas condições de saúde desta população (IBGE, 2003). Apesar do recorte por raça/cor ser importante, o tamanho da amostra não nos permite fazer inferências para a população com demanda por contracepção, levando em conta, simultaneamente, os recortes por raça/cor, município de residência e situação conjugal. Por este motivo não se apresentam, neste estudo, os valores da demanda por contracepção – satisfeita e insatisfeita – para os distintos grupos de raça/cor. Excluídas as mulheres amarelas e indígenas, além daquelas com 50 anos ou mais, a demanda por contracepção foi mensurada a partir de uma amostra de 1.980 mulheres.

Para o delineamento dos perfis, foram selecionadas variáveis que, segundo a literatura, estariam relacionadas à demanda insatisfeita por contracepção. Com o intuito de cobrir diferentes aspectos do perfil das entrevistadas, e considerando as variáveis disponíveis no SRSR, foram selecionadas as seguintes características: *demográficas* (município de residência, raça/cor, situação conjugal e grupo etário), *socioeconômicas* (escolaridade, situação de trabalho, acesso a esgotamento sanitário), *conhecimento sobre métodos contraceptivos* (conhecimento do período fértil, informação sobre o fornecimento de métodos contraceptivos e o pagamento de esterilização pelo SUS/

hospitais públicos), *acesso à contracepção* (motivo para não estar usando contracepção, se possui plano de saúde, se realizou consulta ginecológica nos últimos 12 meses) e *aspectos da vida reprodutiva* (parturição, menção de nascimentos indesejados).

A partir da referida base de dados, foi mensurada a demanda insatisfeita por contracepção do grupo de mulheres brancas e negras, com idades entre 15 e 49 anos, amostradas em Belo Horizonte e Recife, separadamente, no ano de 2002. A mensuração seguiu a metodologia proposta por Westoff Ochoa (1991), a qual foi replicada pela PNDS, em 1996. Segundo esta metodologia, compõem o grupo com demanda insatisfeita por contracepção as mulheres férteis, sexualmente ativas e que não estavam utilizando contraceptivos no momento da entrevista, embora manifestassem o desejo de adiar ou evitar um próximo nascimento. Compõem esse grupo, ainda, as mulheres grávidas ou amenorréicas, cuja última/atual gravidez não tenha sido planejada ou desejada. O somatório das mulheres com demanda insatisfeita por contracepção, com aquelas que, estando grávidas ou amenorréicas, declararam ter engravidado devido a uma falha no método usado, e daquelas usuárias de métodos contraceptivos, fornece a demanda total por contracepção.

Uma vez mensurada a demanda insatisfeita por contracepção, foi aplicado o método GoM, a fim de gerar perfis de demanda insatisfeita por contracepção, segundo a escolaridade e o município de residência da entrevistada. O método GoM, assim como outros métodos que possuem mais de uma variável resposta – intitulados multivariáveis e não multivariados (Feinstein, 1996) –, busca definir agrupamentos de características, de tal forma que a covariação entre todas as variáveis originais é reduzida em nível da covariação aleatória, identificando-se uma variável não observada, que seria a verdadeira variável de interesse (McCutcheon, 1987). Assim, métodos de natureza multivariável são muito úteis para a redução de dados, acrescentando à interpretação dos resultados quando

baseados em muitas variáveis originais. Cabe observar que, de forma diferente da maioria dos métodos estatísticos, que se baseiam na teoria clássica dos conjuntos, em que determinado elemento do universo em discurso, ou domínio, pertence ou não a um conjunto específico, o método de classificação de GoM está baseado na teoria dos conjuntos nebulosos (Manton *et al.*, 1994; Cerqueira, 2004). Segundo essa teoria, um determinado elemento pode pertencer parcialmente a diferentes conjuntos ou perfis formados, assumindo para cada um deles distintos valores, ou graus de pertinência, que variam no intervalo [0,1]. Por estar baseado na lógica dos conjuntos nebulosos, o método GoM permite determinar tanto os perfis de natureza multivariável, conforme já mencionado, de características descritivas de um grupo, quanto em que grau cada caso é descrito por um perfil, o que torna possível representar, como um componente explícito do modelo, a heterogeneidade inerente à população em estudo (Manton e Vertrees, 1984; Cerqueira, 2004). Assim, o método GoM classifica cada um dos indivíduos em termos do grau que manifestam propriedades associadas com múltiplos conjuntos difusos (ou, em termos estatísticos, partições difusas).

O delineamento de perfis por meio deste método considera a associação não observada entre as categorias das variáveis no modelo. Os perfis gerados, denominados perfis extremos, correspondem a conjuntos fechados, clássicos e com todas as suas propriedades (Sawyer *et al.*, 2002).

A partir do método GoM é possível atribuir, a cada entrevistada deste estudo, graus ou escores de pertinência aos perfis extremos, ou escores GoM, denotados por g_{ik} . Esses escores variam de 0 a 1; 1 indica que a entrevistada possui todas as características do perfil, e 0 que ela não possui nenhuma das referidas características. Valores entre 0 e 1 indicam que a entrevistada é um membro parcial do perfil extremo, entendendo-se como perfil extremo o conjunto formado pelas características a ele atribuídas – ou categorias de respostas.

Além do escore de pertinência da entrevistada i ao perfil extremo k , g_{ik} , também é estimada com o GoM a probabilidade de uma categoria l , de uma variável j , pertencer ao perfil extremo k , ou seja, a probabilidade de resposta 1 para a j -ésima variável pela entrevistada com o k -ésimo perfil extremo, λ_{kjl} . O conjunto formado pelos perfis extremos é pelos respectivos escores é denominado partição nebulosa, e sua interpretação pode ser feita de forma iterativa, o que torna possível gerar, pelo método GoM, uma descrição mais natural do conjunto de atributos nos K perfis extremos (Manton e Vertrees, 1984). Os λ_{kjl} medem a probabilidade de que exista, na população, uma entrevistada com grau de pertinência total ao perfil k , dada a resposta à categoria l na variável j , e os g_{ik} representam o grau de proximidade de cada observação ao perfil extremo k (Sawyer *et al.*, 2002). Nesse estudo, uma categoria só entra como característica marcadora (ou definidora) de um perfil extremo se a razão entre seu λ_{kjl} e a frequência marginal for igual ou superior a 1,2, ou seja, se λ_{kjl} for pelo menos 20% superior à frequência marginal. A seleção dessa constante foi feita com base em outros estudos que aplicaram a mesma técnica (Andrade, 2001; Barbosa, 2001; Sawyer *et al.*, 2002; Cerqueira, 2004).

A forma pela qual a partição nebulosa é descrita impõe algumas restrições tanto a g_{ik} quanto a λ_{kjl} (Manton *et al.*, 1994). Os escores g_{ik} devem ser não negativos, e possuir somatório igual a 1, tal que:

$$g_{ik} \geq 0 \text{ para cada } i \text{ e } k \\ \text{(Condição I)}$$

$$\sum_{k=1}^k g_{ik} = 1 \text{ para cada } i$$

Para λ_{kjl} impõem-se as seguintes restrições:

$$\lambda_{kjl} \geq 0 \text{ para cada } k, j \text{ e } l \\ \text{(Condição II)}$$

$$\sum_{l=1}^{L_j} \lambda_{kjl} = 1$$

Apresentado, em linhas gerais, o método a ser empregado, fazem-se necessárias algumas ressalvas acerca do procedimento de escolha do número de perfis a serem gerados em cada modelo. Essa escolha deve estar pautada, de um modo geral, nas hipóteses que se tem acerca dos grupos que podem ser gerados, o que requer conhecimento sobre o tema em estudo, com vista na avaliação da plausibilidade de se trabalhar com determinado número de perfis. Na versão do pacote estatístico aqui utilizada – DSIGoM version 1.0, Decision Systems, INC, 1999 –, deve-se escolher uma variável indicadora, para definição do número de perfis extremos a serem gerados. No caso do modelo de demanda insatisfeita segundo o nível de escolaridade, por exemplo, essa variável é a indicadora, ou seja, é o seu número de categorias que definiu o número de perfis, de modo que, em cada perfil, todos os indivíduos apresentam o mesmo nível de escolaridade, ou seja, 100% de probabilidade de possuir um $\lambda_{kjl} = 1$ para o nível de escolaridade. Isso é o mesmo que dizer que se um indivíduo é totalmente definido pelas características marcadoras do perfil 1, por exemplo, ele deve, necessariamente, ter 100% de probabilidade de possuir o primeiro nível da variável escolaridade. Ou seja, escolaridade passa a ser a principal marcadora ou definidora dos perfis. Isso significa que as probabilidades de resposta para as demais variáveis do modelo são alocadas segundo a distribuição das unidades amostrais em relação à variável indicadora – nesse caso, a escolaridade. O mesmo se aplica ao modelo segundo o município de residência, no qual esta variável é a indicadora, o que implica na geração de dois perfis.

A decisão por trabalhar com um modelo de demanda insatisfeita segundo o nível de escolaridade da entrevistada e outro segundo seu município de residência está pautada, sobretudo, no objetivo de comparar os perfis de demanda insatisfeita por contracepção levando em conta diferenças socioeconômicas e diferenças municipais, tendo em vista todo o debate acerca dos diferenciais marcantes, ainda existentes no

país, em termos de fecundidade, acesso e uso de contraceptivos. Além disso, a escolha destes recortes permite perceber se a variável “município de residência” é importante para definir perfis de demanda insatisfeita, quando o recorte é dado pelo nível de escolaridade – Modelo 1 – e se, por outro lado, “escolaridade” é uma variável que diferencia os grupos de demanda insatisfeita de Belo Horizonte e Recife – Modelo 2 –, o que não seria possível perceber, caso se trabalhasse com duas bases de dados separadas – uma para Belo Horizonte e outra para Recife.

O alto grau de heterogeneidade inerente ao grupo aqui analisado faz com que exista uma grande probabilidade de que apenas uma parte das mulheres amostradas pertença totalmente a algum dos perfis extremos, ou seja, que possua g_{ik} igual a 1. Uma parcela destas mulheres pode pertencer, simultaneamente, a diferentes perfis extremos, apresentando para cada um deles distintos valores de g_{ik} . Ou seja, uma parcela significativa de mulheres pode possuir similaridade a mais de um perfil extremo, possuindo características de dois ou mais perfis. A fim de possibilitar que todas as mulheres sejam enquadradas em algum perfil, são gerados perfis mistos, construídos levando-se em conta os diferentes valores de g_{ik} apresentados pelas mulheres. Para definir os perfis mistos neste trabalho, foram criadas expressões booleanas, com a finalidade de verificar perfis predominantes, que descrevessem a combinação de graus de pertinência das mulheres (Cerqueira, 2004). Os perfis predominantes e os perfis mistos, tanto para o modelo de demanda insatisfeita segundo a escolaridade, quanto para o modelo de demanda insatisfeita segundo o município de residência, estão descritos abaixo, usando como exemplo a predominância do Perfil Extremo 1:

- a) Para o modelo segundo a escolaridade – Modelo 1:
 - a.1) Perfis Predominantes (P)
 - Predominância do Perfil 1 (P1)
 - Se $\{g_1 \geq 0,75\}$, a entrevistada tem pelo menos 75% das características do perfil extremo 1.

Ou se

$$\{0,5 \leq g1 < 0,75\} \cap \{g2 < 0,25\} \cap \{g3 < 0,25\}:$$

a entrevistada tem mais de 50% das características do perfil extremo 1.

a.2) Perfis Mistos (PP)

– Perfil Misto 1-2 (P1-P2)

se

$$\{0,5 \leq g1 < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g2 < 0,5\} \cap \{g3 < 0,25\}$$

ou se

$$\{0,5 \leq g2 < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g1 < 0,5\} \cap \{g3 < 0,25\}:$$

perfil misto com características predominantes do perfil extremo 1 ou do perfil extremo 2

b) Para o modelo segundo o município de residência – Modelo 2:

b.1) Perfis Predominantes (P)

– Predominância do Perfil 1 (P1)

Se $\{g1 \geq 0,75\}$: a entrevistada tem pelo menos 75% das características do perfil extremo 1

b.2) Perfis Mistos (PP)

– Perfil Misto com Predominância de 1 (MP1)

Se $\{0,5 \leq g1 < 0,75\} \cap \{g2 < 0,5\}$:

perfil misto com predominância do perfil extremo 1

Nos dois casos, consideram-se casos amorfos, ou sem definição em termos de perfis predominantes, aqueles nos quais os escores de pertinência – (g_{ik}) apresentem-se inferiores a 0,5 em todos os perfis.

Mensuração da demanda insatisfeita por contracepção

A Figura 1 apresenta os componentes da demanda total por contracepção – demanda satisfeita e insatisfeita – para as entrevistadas brancas e negras, com idades entre 15 e 49 anos, em Belo Horizonte e Recife, no ano de 2002. A mensuração da demanda por contracepção levou a percentuais de demanda insatisfeita da ordem dos 5,9% em Belo Horizonte, e 7,3% no Recife. Embora não seja possível comparar resultados para os municípios com aqueles

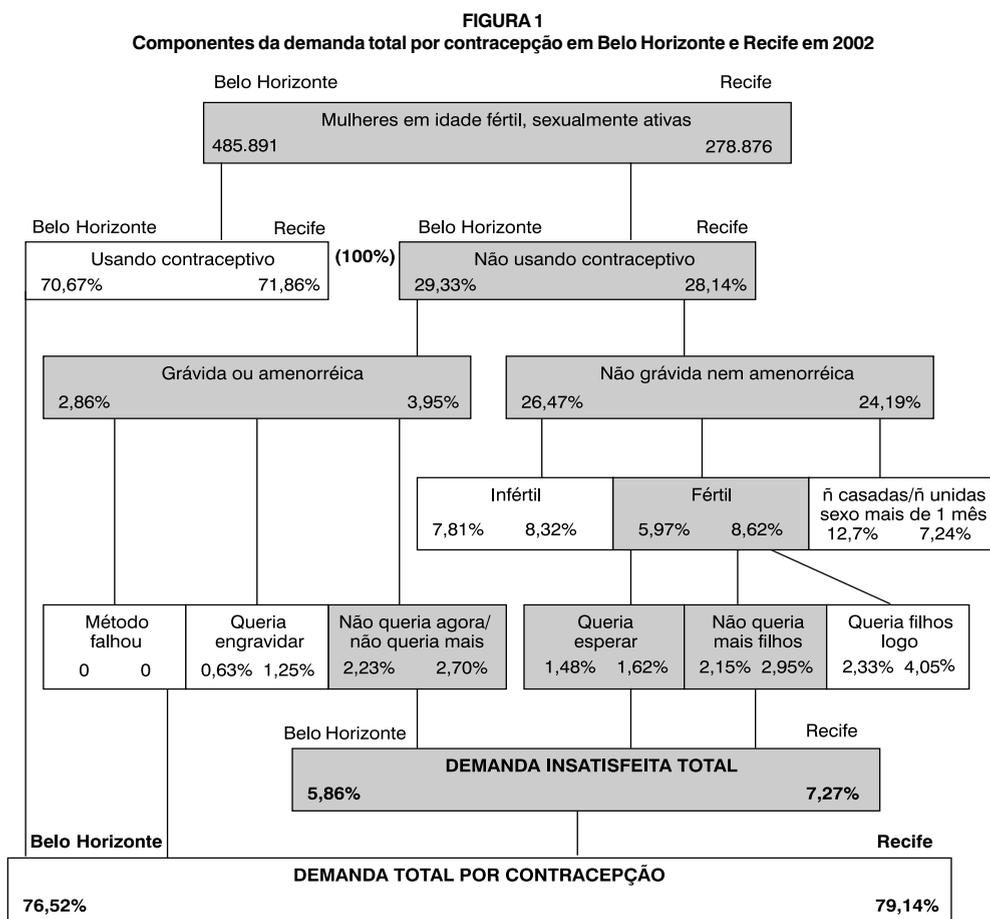
referentes à região na qual ele se insere, é importante destacar que os valores aqui encontrados estão bastante próximos daqueles obtidos pela PNDS-1996 para as regiões Nordeste – 8,4% – e Centro-Leste³ – 5,4% (Bemfam, 1997). Desagregando a demanda insatisfeita do total das entrevistadas não-grávidas e nem amenorréicas, segundo seus dois componentes, para espaçar e para limitar os nascimentos, encontrou-se que a maioria das entrevistadas declarou desejar evitar um próximo nascimento, estando este resultado também sinalizando na mesma direção daquele obtido pela PNDS-1996 para o Brasil, bem como pela DHS realizada em outros países da América Latina, Ásia, Norte da África e Caribe (Westoff e Bankole, 2000).

A demanda total por contracepção mostrou-se maior entre as entrevistadas do Recife do que de Belo Horizonte – cerca de 79,1% e 76,5%, respectivamente – e isso se deu tanto na demanda satisfeita – algo em torno de 71,9% e 70,7%, respectivamente – quanto na demanda insatisfeita.

Desagregando o grupo de mulheres com demanda insatisfeita por contracepção, é possível identificar algumas diferenças.⁴ Em Belo Horizonte, um maior percentual de mulheres com demanda insatisfeita possui 8 anos e mais de estudo – 69,2%, contra 40,3% no Recife –, ocorrendo o oposto no grupo de menor escolaridade, 0 a 3 anos, em que se encontram 14% das mulheres do Recife e 6% das de Belo Horizonte. O grupo com demanda insatisfeita apresentou-se mais jovem no Recife do que em Belo Horizonte, com cerca de 67,2% das mulheres com idades entre 15 e 29 anos – em Belo Horizonte esse percentual foi de 48,9%. No que se refere à situação conjugal, não houve uma diferenciação muito grande no percentual de mulheres viúvas, separadas ou divorciadas – 2,9% em Belo Horizonte, e 3,2% no Recife – nem no percentual de casadas – 22,5% e 21,5%, respectivamente. Os

³ A região Centro-Leste inclui os Estados de Minas Gerais e Espírito Santo.

⁴ As tabelas com os cruzamentos realizados para os comentários subseqüentes não foram apresentadas neste artigo. Para maiores informações, ver Lacerda, 2005.



Fonte: Projeto SRSR, UFMG/Cedeplar, 2002.

maiores diferenciais foram observados nos percentuais de unidas e de solteiras; em Belo Horizonte, quase metade das mulheres com demanda insatisfeita encontrava-se solteira no momento da entrevista – 47,8%, contra 36,5% no Recife.

Mensurada a demanda insatisfeita por contracepção, o próximo passo é identificar os perfis. Quem são as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção em Belo Horizonte e Recife?

Perfis de demanda insatisfeita por contracepção

Após ter sido mensurada a demanda por contracepção, foram gerados dois

modelos para as entrevistadas classificadas como possuindo demanda insatisfeita. O primeiro deles separou essas mulheres segundo sua escolaridade, usando, para isso, esta variável como indicadora. Os perfis delineados, valendo-se da estimação dos λ_{kji} , são apresentados na Tabela 1.

No Modelo 1 – Demanda Insatisfeita por Contracepção Segundo a Escolaridade, as categorias de mulheres que compõem o perfil extremo 1 (P1), seguindo o critério selecionado para inclusão no perfil – razão entre λ_{kji} e a freqüência marginal igual ou superior a 1,2 –, possuem, predominantemente, as seguintes características:

Quanto à dimensão demográfica: residentes no Recife, casadas, separadas,

TABELA 1

Modelo 1: Frequências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores dos perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção, segundo o nível de escolaridade, com três perfis gerados – Belo Horizonte e Recife, 2002

Descrição	Frequência				K/frequência marginal			
	Marginal	1	2	3	K1/Fr.mg	K2/Fr.mg	K3/Fr.mg	
Município	BH	0,488	0,328	0,180	0,785	0,7	0,4	1,6
	Recife	0,512	0,672	0,820	0,215	1,3	1,6	0,4
Cor/raça	Branca	0,476	0,403	0,246	0,717	0,8	0,5	1,5
	Negra	0,524	0,597	0,754	0,283	1,1	1,4	0,5
Situação conjugal	Casadas	0,274	0,402	0,102	0,362	1,5	0,4	1,3
	Unidas	0,321	0,246	0,474	0,222	0,8	1,5	0,7
	Solteiras Sep./div./viúvas	0,357 0,048	0,256 0,096	0,372 0,052	0,392 0,024	0,7 2,0	1,0 1,1	1,1 0,5
Grupo etário	15-19	0,190	0,000	0,000	0,513	0,0	0,0	2,7
	20-29	0,310	0,272	0,270	0,213	0,9	0,9	0,7
	30-39	0,298	0,133	0,132	0,274	0,4	0,4	0,9
	40-49	0,202	0,605	0,598	0,000	3,0	3,0	0,0
Escolaridade (indicadora)	0-3	0,155	1,000	0,000	0,000	6,5	0,0	0,0
	4-7	0,393	0,000	1,000	0,000	0,0	2,5	0,0
	8 e mais	0,452	0,000	0,000	1,000	0,0	0,0	2,2
Situação trabalho	Desemp./d.casa	0,476	0,457	0,724	0,283	1,0	1,5	0,6
	Empr. s/carteira	0,202	0,354	0,157	0,179	1,8	0,8	0,9
	Empr. c/carteira	0,202	0,096	0,022	0,380	0,5	0,1	1,9
	Func. Púb.	0,036	0,000	0,000	0,089	0,0	0,0	2,5
	Autônoma	0,084	0,093	0,097	0,069	1,1	1,2	0,8
Tem plano de saúde?	Não	0,726	0,994	1,000	0,361	1,4	1,4	0,5
	Sim	0,274	0,006	0,000	0,639	0,0	0,0	2,3
Escoamento água	Rede, fossa ligada à rede	0,536	0,290	0,042	0,973	0,5	0,1	1,8
	Fossa séptica/rudimentar	0,262	0,245	0,624	0,000	0,9	2,4	0,0
	Vala, rio, outros	0,190	0,465	0,334	0,000	2,4	1,8	0,0
	Não sabe/não respondeu	0,012	0,000	0,000	0,027	0,0	0,0	2,3
Por que não usa contraceptivo	Sexo raramente	0,262	0,289	0,117	0,377	1,1	0,4	1,4
	Grávida/amenorréica	0,381	0,146	0,568	0,306	0,4	1,5	0,8
	Religiosos/saúde/finac.	0,143	0,268	0,151	0,088	1,9	1,1	0,6
	Não definidos	0,214	0,297	0,164	0,229	1,4	0,8	1,1
Parturição	0	0,500	0,000	0,516	0,744	0,0	1,0	1,5
	1	0,202	0,129	0,287	0,160	0,6	1,4	0,8
	2	0,131	0,102	0,182	0,096	0,8	1,4	0,7
	3 e mais	0,167	0,769	0,015	0,000	4,6	0,1	0,0
Nascimentos indesejados?	Não	0,845	0,517	0,867	0,988	0,6	1,0	1,2
	Sim	0,155	0,493	0,133	0,012	3,2	0,9	0,1
Consulta ginecológica últimos 12 meses	Não teve	0,631	0,355	0,906	0,507	0,6	1,4	0,8
	Incompleta	0,250	0,645	0,094	0,194	2,6	0,4	0,8
	Completa	0,119	0,000	0,000	0,299	0,0	0,0	2,5
Conhece período fértil	Não	0,595	0,989	0,911	0,046	1,7	1,5	0,1
	Sim	0,405	0,011	0,089	0,954	0,0	0,2	2,4
Fornecimento contraceptivo	Não fornece/Não sabe	0,191	0,052	0,111	0,309	0,3	0,6	1,6
	Sim, fornece	0,809	0,948	0,889	0,691	1,2	1,1	0,9
SUS paga esterilização	Não sabe/não paga	0,536	0,469	0,539	0,559	0,9	1,0	1,0
	Paga	0,464	0,531	0,461	0,441	1,1	1,0	1,0

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

divorciadas ou viúvas, e mais velhas (com idades entre 40 e 49 anos).

Quanto à dimensão econômica: escolaridade muito baixa, podendo ser classificadas como analfabetas

funcionais (0 a 3 anos de estudo), situação de trabalho vulnerável (empregadas sem carteira assinada) e residentes em domicílios onde o esgotamento sanitário é feito para

valas, rios e outros (sem rede coletora de esgoto).

Quanto às dimensões do conhecimento e do acesso: sabem que o SUS/hospitais públicos/postos de saúde fornecem métodos contraceptivos gratuitamente, não conhecem o período fértil, tiveram consulta ginecológica nos últimos 12 meses, mas não fizeram papanicolau e/ou palpação de mamas, não usam contraceptivos por motivos religiosos, financeiros, de saúde ou não definiram o motivo.

Quanto à dimensão reprodutiva: possuem alta parturição (3 filhos ou mais) e tiveram nascimentos classificados como indesejados.

No perfil extremo 2 (P2), estão as mulheres com, predominantemente, as seguintes características:

Quanto à dimensão demográfica: negras, residentes no Recife, unidas, mais velhas (40 a 49 anos).

Quanto à dimensão econômica: escolaridade média (4 a 7 anos), desempregadas, donas de casa ou autônomas, residindo em domicílios sem rede coletora de esgoto (esgotamento sanitário de água feito por fossa séptica ou rudimentar, ou direto para valas, rios, ou similares).

Quanto às dimensões do conhecimento e acesso: não conhecem o período fértil, não tiveram consulta ginecológica nos últimos 12 meses, não usam contraceptivos porque estão grávidas ou amenorréicas, ou seja, a última/atual gravidez não foi planejada, não têm plano de saúde.

Quanto à dimensão reprodutiva: tiveram 1 ou 2 filhos.

No perfil extremo 3 (P3), encaixam-se as seguintes categorias de mulheres:

Quanto à dimensão demográfica: brancas, residentes em Belo Horizonte, casadas e muito jovens (de 15 a 19 anos).

Quanto à dimensão econômica: escolaridade mais elevada (8 anos e mais), situação de trabalho estável (empregadas com carteira assinada ou funcionárias públicas) e residindo em domicílios com rede coletora de esgoto, ou fossa séptica ligada à rede coletora, ou não souberam informar.

Quanto às dimensões do conhecimento e do acesso: não sabem se o SUS/hospitais públicos/postos de saúde fornecem contraceptivos gratuitamente ou acham que não fornece, conhecem o período fértil, possuem plano de saúde e tiveram pelo menos uma consulta ginecológica completa (papanicolau e palpação de mamas) nos últimos 12 meses e não usam contraceptivos por manterem relações sexuais raramente.

Quanto à dimensão reprodutiva: não têm filhos – portanto, sem nascimentos indesejados.

Nesse modelo, os perfis extremos apresentaram-se bastante diferenciados segundo o motivo pelo qual as mulheres não estavam utilizando métodos contraceptivos, apesar dos perfis 1 e 2 agregarem mulheres com condições mais desfavoráveis, e bastante parecidas, sob diversas dimensões. O perfil extremo 1 agrupou as mulheres com as características menos potencializadoras para a adoção futura do uso de métodos contraceptivos, e com maiores probabilidades de não estarem utilizando contraceptivo devido a motivos religiosos, de saúde, financeiros, ou outros não especificados. Esse perfil foi denominado *Perfil de Baixo Potencial de uso Futuro*⁵ (de contraceptivos). O perfil extremo 2 foi composto por mulheres com elevada

⁵ A idéia implícita na escolha dos nomes dados aos perfis gerados – potencial de uso futuro – é a de que algumas características das mulheres, como maior escolaridade, emprego estável etc., possam agir como facilitadoras do acesso ao contraceptivo, no caso desse ser o desejo da mulher futuramente. Não se pretende ignorar, portanto, o fato de que a demanda insatisfeita constitui uma medida fixa no tempo.

probabilidade de estarem grávidas ou amenorréicas, ou seja, mulheres que engravidaram devido a uma demanda insatisfeita passada. Optou-se por chamá-lo de *Perfil de Grávidas e Amenorréicas, com Médio Potencial de uso Futuro*. As mulheres do perfil 3 acumulam, sob todas as dimensões aqui avaliadas, características que poderiam agir como facilitadoras no acesso a contraceptivos. O não uso parece estar, de fato, vinculado à falta de um parceiro sexual fixo, ou à infreqüência das relações sexuais, e não à existência de outros fatores limitadores. Por esse motivo, optou-se por nomeá-lo de *Perfil de Alto Potencial de uso Futuro*.

Apresentados os perfis extremos, sintetiza-se, na Tabela 2, a distribuição dos escores GoM em quartis para o Modelo 1, e sua prevalência entre as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção.

Nesse modelo, vê-se que a população amostrada não é muito heterogênea segundo as variáveis inseridas, tendo em vista que cerca de 57% das entrevistadas são tipo puro em algum dos três perfis. O perfil de baixo potencial de uso – perfil 1 – é o menos prevalente, com mais de 2/3 das entrevistadas apresentando grau de pertinência de menos de 0,25 a ele – 65 mulheres – e somente 9,5% com grau de pertinência igual a 1. Dentre os perfis aqui delineados, esse é o que agrega mulheres com as piores condições em todas as dimensões aqui avaliadas. Tanto o perfil de grávidas e amenorréicas, com médio potencial de uso futuro (perfil 2) quanto o perfil de alto potencial de uso futuro (perfil 3) mostraram-se bastante prevalentes na população, embora esse último seja ainda mais comum, com 37% das mulheres possuindo graus de pertinência maiores do

TABELA 2
Distribuição dos escores GoM em quartis, para o as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção no modelo de três perfis – Belo Horizonte e Recife, 2002

Escore GoM	PERFIL 1		PERFIL 2		PERFIL 3	
	Frequência		Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
0 a 0,249	65	0,77	44	0,52	40	0,48
0,25 a 0,499	6	0,07	4	0,05	6	0,07
0,5 a 0,749	2	0,02	12	0,14	7	0,08
0,75 a 1	11	0,13	24	0,29	31	0,37
N	84	1,00	84	1,00	84	1,00
0	51	0,607	36	0,429	29	0,345
1	8	0,095	17	0,202	23	0,274
Média	0,18		0,382		0,438	

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

TABELA 3
Perfis de demanda insatisfeita por contracepção, com três perfis, segundo grau de pertinência – Belo Horizonte e Recife, 2002

Predominância	Perfil	Percentual	Acumulado %
P1	Perfil 1	7,1	7,1
P2	Perfil 2	25,0	32,1
P3	Perfil 3	45,2	77,4
P1-P2	Híbrido perfis 1 e 2	4,8	82,1
P1-P3	Híbrido perfis 1 e 3	3,6	85,7
P2-P3	Híbrido perfis 2 e 3	14,3	100,0
Amorfos	Não definidos	0,0	100,0
N		84	
Total		100,00	

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

que 0,75 – no perfil extremo 2 esse percentual foi de 29%. Nos três perfis, os percentuais de mulheres que apresentaram grau de pertinência total – escore GoM igual a 1 – foram, respectivamente, 9,5%, 20,2% e 27,4%.

Na Tabela 3, configuram-se os perfis predominantes e híbridos, gerados para o Modelo 1.

Como se vê nesta tabela, a maioria das mulheres se encaixou em algum perfil predominante – 77,4%. O perfil que reúne a maior proporção de mulheres é o perfil 3, que apresentou o mais alto percentual de mulheres nele enquadradas – 45,2%. A combinação P1-P3 apresentou um percentual um tanto baixo – 3,6% –, o que não é de se admirar, tendo em vista que esses dois perfis reúnem categorias bastante antagônicas. Não houve mulheres que não se encaixassem em nenhum dos perfis, sugerindo que os perfis delineados estão satisfatórios para a descrição da população em análise, dado o seu grau de heterogeneidade.

Apresentados os resultados para a demanda insatisfeita por contracepção conforme a escolaridade da entrevistada, na Tabela 4 são apresentados os perfis delineados pelo Modelo 2, construídos segundo o município de residência, ou seja, um perfil para mulheres de Belo Horizonte e outro para Recife.

As mulheres que compõem o perfil extremo 1 (P1) possuem, predominantemente, as seguintes características:

Quanto à dimensão demográfica: residentes em Belo Horizonte, brancas, casadas ou solteiras, mais velhas (30 a 49 anos).

Quanto à dimensão econômica: mulheres com escolaridade mais elevada (8 anos e mais), empregadas com ou sem carteira assinada, aposentadas, funcionárias públicas ou autônomas, residindo em domicílios com rede coletora de esgoto ou fossa séptica ligada à rede.

Quanto às dimensões do conhecimento e do acesso: não sabe se o SUS/hospitais públicos/postos de saúde fornece métodos contraceptivos gratuitamente, ou acham que não fornecem, possuem plano de saúde, conhecem o período fértil, tiveram pelo menos uma consulta ginecológica completa nos últimos 12 meses (incluindo papanicolau e/ou palpação de mamas), não usam contraceptivos ou porque têm relações sexuais raramente, ou por outros motivos não definidos.

Quanto à dimensão reprodutiva: não têm filhos.

No perfil extremo 2 (P2), estão as seguintes categorias de mulheres:

Quanto à dimensão demográfica: negras, residentes no Recife, unidas, claramente mais jovens (15 a 19 anos).

Quanto à dimensão econômica: escolaridade mais baixa (0 a 7 anos de estudo), desempregadas ou donas de casa, residindo em domicílios sem rede coletora de esgoto.⁶

Quanto às dimensões do conhecimento e acesso: sabem que o SUS/hospitais públicos/postos de saúde fornece métodos contraceptivos gratuitamente, não conhecem o período fértil, tiveram consulta ginecológica nos últimos 12 meses, mas essa consulta não incluiu papanicolau e/ou palpação de mamas, não usam contraceptivos porque estão grávidas ou amenorréicas, ou seja, a última/atual gravidez não foi planejada.

Quanto à dimensão reprodutiva: tiveram 1 ou 2 filhos.

O uso do município de residência como variável indicadora levou à configuração de dois perfis extremos muito distintos. De um lado, o perfil das entrevistadas de Belo Horizonte, agregando mulheres mais velhas e com alto potencial de uso de contraceptivos no futuro, dadas as boas

⁶ Esgotamento sanitário de água feito por fossa séptica ou rudimentar, ou direto para valas, rios, ou similares, ou não souberam informar.

condições apontadas em todas as dimensões avaliadas, e com maiores oportunidades de não estarem usando método contraceptivo ou por não possuírem um

parceiro sexual fixo, ou manterem relações sexuais pouco freqüentes, ou algum outro motivo não especificado. De outro, o perfil das entrevistadas do Recife, constituído por

TABELA 4
Modelo 2: Freqüências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores dos perfis extremos, segundo variáveis selecionadas, para as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção, segundo o município de residência, com dois perfis gerados – Belo Horizonte e Recife, 2002

Descrição	Freqüência Marginal	K(perfis)				
		1	2	K1/Fr.mg	K2/Fr.mg	
Município	BH	0,488	1,000	0,000	2,0	0,0
	Recife	0,512	0,000	1,000	0,0	2,0
Cor/raça	Branca	0,476	0,584	0,376	1,2	0,8
	Negra	0,524	0,416	0,624	0,8	1,2
Situação conjugal	Casadas	0,274	0,382	0,177	1,4	0,6
	Unidas	0,321	0,119	0,500	0,4	1,6
	Solteiras	0,357	0,453	0,273	1,3	0,8
	Sep./div./viúvas	0,048	0,046	0,050	1,0	1,0
Grupo etário	15-19	0,190	0,046	0,314	0,2	1,7
	20-29	0,310	0,289	0,334	0,9	1,1
	30-39	0,298	0,373	0,231	1,3	0,8
	40-49	0,202	0,292	0,121	1,4	0,6
Escolaridade (indicadora)	0-3	0,155	0,081	0,240	0,5	1,5
	4-7	0,393	0,172	0,625	0,4	1,6
	8 e mais	0,452	0,747	0,135	1,7	0,3
Situação trabalho	Desemp./d.casa	0,476	0,210	0,746	0,4	1,6
	Empr. s/carteira	0,202	0,252	0,160	1,2	0,8
	Empr. c/carteira	0,202	0,356	0,030	1,8	0,1
	Func. Púb.	0,036	0,077	0,000	2,1	0,0
	Autônoma	0,084	0,105	0,064	1,3	0,8
Tem plano de saúde?	Não	0,726	0,669	0,792	0,9	1,1
	Sim	0,274	0,331	0,208	1,2	0,8
Escoamento água	Rede, fossa ligada à rede	0,536	0,991	0,000	1,8	0,0
	Fossa séptica/rudimentar	0,262	0,009	0,553	0,0	2,1
	Vala, rio, outros	0,190	0,000	0,420	0,0	2,2
	Não sabe/não respondeu	0,012	0,000	0,027	0,0	2,3
Por que não usa contraceptivo	Sexo raramente	0,262	0,323	0,205	1,2	0,8
	Grávida/amenorréica	0,381	0,241	0,516	0,6	1,4
	Religiosos/saúde/finac.	0,143	0,151	0,136	1,1	1,0
	Não definidos	0,214	0,285	0,143	1,3	0,7
Parturição	0	0,500	0,634	0,370	1,3	0,7
	1	0,202	0,132	0,271	0,7	1,3
	2	0,131	0,055	0,203	0,4	1,5
	3 e mais	0,167	0,179	0,156	1,1	0,9
Nascimentos indesejados?	Não	0,845	0,847	0,844	1,0	1,0
	Sim	0,155	0,153	0,156	1,0	1,0
Consulta ginecológica últimos 12 meses	Não teve	0,631	0,552	0,695	0,9	1,1
	Incompleta	0,250	0,186	0,305	0,7	1,2
	Completa	0,119	0,262	0,000	2,2	0,0
Conhece período fértil	Não o	0,595	0,366	0,846	0,6	1,4
	Sim	0,405	0,634	0,154	1,6	0,4
Fornecimento contraceptivo	Não fornece/Não sabe	0,191	0,360	0,020	1,9	0,1
	Sim, fornece	0,809	0,640	0,980	0,8	1,2
SUS paga esterilização	Não sabe/não paga	0,536	0,579	0,494	1,1	0,9
	Paga	0,464	0,421	0,506	0,9	1,1

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

mulheres mais jovens, já com filhos, e com maior probabilidade de não estarem utilizando contraceptivos por se encontrarem grávidas ou amenorréicas. Essas mulheres se apresentaram em desvantagem, segundo todas as dimensões aqui avaliadas, e configuram de maneira adequada o perfil das jovens com demanda insatisfeita. Os respectivos perfis aqui delineados foram denominados de perfil de alto potencial de uso futuro e perfil de grávidas ou amenorréicas com baixo potencial de uso futuro.

Uma vez delineados os perfis extremos, passa-se à avaliação dos escores GoM e dos perfis mistos. A distribuição dos escores GoM em quartis para o Modelo 2, e sua prevalência entre as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção está sumarizada na Tabela 5.

Neste modelo, não foi possível identificar discrepâncias muito grandes quanto aos graus de pertinência a um e outro perfil. Os escores GoM médios, assim como a

quantidade de mulheres com escores iguais a 0 ou 1, não se mostraram muito diferentes entre eles. Isso se deve, provavelmente, ao fato de que cada um desses perfis corresponde às mulheres entrevistadas residentes em um município – para essa variável, o λ_{kjl} de todas as mulheres inseridas no perfil é igual a 1 para um ou outro município, ou seja, 100% de chance de residir no município em questão. Do total de entrevistadas com demanda insatisfeita, 34,5% pertencem totalmente ao perfil extremo 1, e 35,7% ao perfil extremo 2.

Na Tabela 6, estão sintetizados os perfis mistos gerados para as entrevistadas com demanda insatisfeita por contracepção.

Os resultados dessa tabela demonstram o alto nível de prevalência dos perfis predominantes, nos quais estão incluídos 82,4% das mulheres. Essa menor heterogeneidade indica que as mulheres incluídas no estudo não apresentam grande diferenciação, segundo as variáveis inseridas no

TABELA 5
Distribuição dos escores GoM em quartis, para as mulheres com demanda insatisfeita por contracepção no modelo de dois perfis – Belo Horizonte e Recife, 2002

Escore GoM	PERFIL 1		PERFIL 2	
	Frequência		Frequência	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
0 a 0,249	36	0,43	33	0,39
0,25 a 0,499	5	0,06	10	0,12
0,5 a 0,749	8	0,10	3	0,04
0,75 a 1	35	0,42	38	0,45
N	84	1,00	84	1,00
0	29	0,345	23	0,274
1	29	0,345	30	0,357
Média	0,493		0,507	

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

TABELA 6
Perfis de demanda insatisfeita por contracepção, com dois perfis, segundo grau de pertinência – Belo Horizonte e Recife, 2002

Predominância	Perfil	Percentual	Acumulado %
P1	Perfil 1	41,2	41,2
P2	Perfil 2	41,2	82,4
MP1	Misto Predominante 1	14,1	96,5
MP2	Misto Predominante 2	3,5	100,0
Amorfos	Não definidos	0,0	100,0
N		84	
Total		100,00	

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

modelo. Perfil 1 e Perfil 2 apresentaram igual prevalência na população em análise – 41,2%. Entre os perfis mistos, aquele em que P1 é predominante (MP1), apresentou um percentual mais de três vezes maior do que o perfil com predominância de P2 – 14,1%, contra algo em torno de 3,5%.

Implicações dos resultados

Os resultados sugerem que não existe “o” grupo com demanda insatisfeita por contracepção. Mais do que isso, o que existe são diversos grupos heterogêneos de mulheres que, por motivos distintos, não utilizam métodos contraceptivos, a despeito de desejarem adiar ou evitar um próximo nascimento. Essas mulheres advêm de grupos com diferentes realidades, algumas em situação mais vulnerável do que outras, em termos das diferentes dimensões aqui avaliadas. Tal fato é um indicativo forte de que, tão importante quanto disponibilizar métodos contraceptivos à população, é tentar atender a uma demanda por contraceptivos que não é homogênea e que, portanto, só pode ser suprida por uma visão não dicotômica da questão. Mais do que delimitar dois grupos – um com demanda satisfeita e outro com demanda insatisfeita por contracepção –, é necessário um maior detalhamento nas políticas de oferta de contraceptivos, no sentido de identificar cada um dos grupos que elas pretendam atingir.

Diante do exposto, políticas voltadas para resolver a questão da demanda insatisfeita por contracepção devem considerar os diferentes perfis de mulheres e os dis-

tintos potenciais de uso de contracepção. Em outras palavras, é preciso que as políticas sejam centradas. As mulheres identificadas com baixo potencial de uso, por exemplo, merecem intervenções mais agressivas.

O fato de haver mulheres com perfis de demanda insatisfeita por contracepção tão distintos desloca a atenção do simples uso ou não uso de método contraceptivo para evitar ou adiar uma gravidez não desejada, para a necessidade de se conhecer os reais motivos que perpassam a justificativa apresentada pela entrevistada para o não uso dos referidos métodos. O acesso a esta questão, no entanto, só seria possível mediante estudo de caráter qualitativo, o qual, indo além dos objetivos e das variáveis contidas neste estudo, investigasse o que está, de fato, por trás da demanda insatisfeita por contracepção em cada um dos grupos aqui identificados.

Embora não apresente uma abordagem mista – quantitativa e qualitativa –, os achados do presente estudo vêm contribuir com o debate acerca da demanda insatisfeita por contracepção uma vez que, em um contexto de escassez de pesquisas recentes sobre saúde reprodutiva em nível nacional e, mais ainda, em nível mais desagregado, centra a análise em duas cidades de grande importância nas regiões onde se inserem. Acrescente-se a isto o fato de que conhecer os perfis de mulheres com demanda insatisfeita por contracepção no nível municipal é fundamental para que os gestores possam, de fato, voltar a atenção em suas políticas de contracepção naquelas mulheres que dela necessitam.

Referências bibliográficas

ALVES, J.E.D. As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: o choque de civilizações *versus* progressos civilizatórios. In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Org.). **Dez anos de CAIRO: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP); Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), 2004. p. 21-47.

ANDRADE, C.V. de. **Domicílios mineiros oitocentistas: uma aplicação do método “Grade of Membership” (GoM)**. Dissertação de mestrado em Demografia. Belo Horizonte: Cedeplar/UFMG, 2001.

BARBOSA, L.M. **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade**. Tese de

doutorado em Demografia. Belo Horizonte: Cedeplar, 2001.

BEMFAM – SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde** – PNDS/1996. Rio de Janeiro, 1997.

BERQUÓ, E.S. Algumas indagações sobre a recente queda da fecundidade no Brasil. In: CLACSO (Org.). **Familia, reproducción de la población y dinámica de la sociedad capitalista**. São Paulo: CLACSO, 1983. p. 207-228.

BERQUÓ, E. e CAVENAGHI, S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, MG, 2004. **Anais... ABEP**, 2004.

CAETANO, A.J. **Sterilization for votes in the Brazilian Northeast: the case of Pernambuco**. Tese de doutorado em Sociologia. Faculty of the Graduate School, University of Texas at Austin, 2000.

CAETANO, A.J. e POTTER, J.E. Politics and Female Sterilization in Northeast Brazil. **Population and Development Review**, v. 30, n. 1, p. 79-108, mar., 2004.

CARVALHO, J.A.M., SAWYER, D.R. e PAIVA, P. **The recent sharp decline in fertility in Brazil: economic boom, social inequality and baby bust**. Cidade do México: The Population Council, 1981 (Working Paper, 8).

CERQUEIRA, C.A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. Tese de doutorado em Demografia. Belo Horizonte: Cedeplar, 2004.

FARIA, V. Políticas de governo e regulação da fecundidade: conseqüências não antecipadas e efeitos perversos. In: ANPOCS (Org.). **Ciências Sociais Hoje**, São Paulo: Vértice/Anpocs, p. 62-103, 1989.

FEINSTEIN, A. **Multivariable Analysis – An introduction**. Yale University Press: New Haven and London, 1996.

HORTA, C.J.G., CARVALHO, J.A.M. e OLINTO, O.J.N. Evolução do comportamento reprodutivo da mulher brasileira – 1991-2000: cálculo da taxa de fecundidade total em nível municipal. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, MG, 2004. **Anais... ABEP**, 2004.

IBGE – FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000. Rio de Janeiro. Apud BERQUÓ, E. e CAVENAGHI, S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, Caxambu, MG, 2004. **Anais... ABEP**, 2004.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais 2002**. Rio de Janeiro: IBGE, 2003. p. 43-50. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, n. 11). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/indic_sociais2002.pdf>.

LACERDA, M.A. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. 2005. Dissertação de mestrado em Demografia. Belo Horizonte: Cedeplar, 2005.

MACHADO, C.J. **Perfis de morbimortalidade no estado de São Paulo, 1994: uma aplicação de Grade of Membership à análise de causas múltiplas de morte**. Dissertação de mestrado em Demografia. Belo Horizonte: Cedeplar, 1997.

MANTON, K. G. e VERTREES, J. C. The use of Grade of Membership Analysis to Evaluate and Modify Diagnosis-related Groups. **Medical Care**, New York, v. 22, n. 12, p. 1067-1082, dez., 1984.

MANTON, K.G., WOODBURY, M.A. e TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley & Sons, 1994 (capítulos 1, 2 e 3, p. 1-86).

MCCUTCHEON, A.L. **Latent Class Analysis**. Beverly Hills: SAGE Publications, 1987.

MERRICK, T.W. e BERQUÓ, E. **The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility**. Washington D.C.: National Academy Press, 1983.

MIRANDA-RIBEIRO, P. e CAETANO, A.J. O Programa SRSR. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas: v. 20, n. 2, p. 303-305, 2003.

PERPÉTUO, I.H.O. e AGUIRRE, M.A.C. O papel da esterilização feminina nos diferenciais sócio-econômicos do declínio da fecundidade no Brasil. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 11, Caxambu, MG, 2004. **Anais... ABEP**, 1998.

SAWYER, D.O., LEITE, I.C. e ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n. 4, p. 757-776, 2002.

VIEIRA, E.M. Políticas públicas e contracepção no Brasil. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo & Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas: Editora da Unicamp, 2003. p. 151-196.

WESTOFF, C.F. e BANKOLE, A. **Unmet need: 1990-1994**. Demographic and health surveys comparative studies, Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland, n. 16, 1995.

WESTOFF, C.F. e BANKOLE, A. Trends in the Demand for Family Limitation in Developing Countries. **International Family Planning Perspectives**, v. 26, n. 2, p. 56-62, 2000.

WESTOFF, C.F. e OCHOA, L.H. Unmet need and the demand for family planning. **Demographic and health surveys comparative studies**, Institute for Resource Development/Macro International, Inc. Columbia, Maryland, n. 5, 1991.

Abstract

Measurement and profiles of unsatisfied demands for contraceptives in the municipalities of Belo Horizonte and Recife, Brazil, 2002

Based on data from SRSR (Reproductive Health, Sexuality, and Race Program), collected in 2002 in Belo Horizonte and Recife, Brazil, the objectives of this article are (1) to measure unmet needs for contraception for female respondents ages 15 to 49, of all colors/races in both municipalities, and (2) to build profiles of unmet needs for contraception, generated according to educational level and municipality of residence, using Grade of Membership (GoM). Results suggest that the unmet need for contraception is higher in Recife than in Belo Horizonte. The unmet need profiles indicate that, regarding school level, Profile 3, which, associated with more educated women, reveals the best conditions in all dimensions included in the study (demographic, economic, knowledge, access, and reproduction). The analysis based on city of residence indicates that the profile associated with higher probability of being interviewed in Belo Horizonte showed more favorable characteristics.

Key words: Unmet need for contraception. Grade of membership. Belo Horizonte. Recife.

Recebido para publicação em 04/05/2005.

Aceito para publicação em 14/10/2005.

