

Demographic and Health Surveys
DHS

Centro Latinoamericano de Demografía
CELADE

NECESSIDADE INSATISFEITA E DEMANDA TOTAL DE
ANTICONCEPÇÃO NO NORDESTE DO BRASIL

INÊS QUENTAL FERREIRA
SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR - BEMFAM

(versión preliminar)

Este documento foi elaborado durante o ¹¹Taller de Planificación Familiar: Necesidades Actuales y
Perspectivas Futuras.
Santiago do Chile, 27 de janeiro - 28 de março de 1992.

CELADE - SISTEMA DOCPAL
DOCUMENTACION
SOBRE POBLACION EN
AMERICA LATINA

SUMARIO

O estudo da necessidade insatisfeita e da demanda total de anticoncepção no Nordeste do Brasil baseou-se nos dados de duas pesquisas: a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar - PNSMIPF, 1986 e a Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste - PSFN, 1991, ambas realizadas pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar - BEMFAM, dentro do programa das Demographic and Health Surveys - DHS e DHS2, desenvolvido pelo Institute for Resource Development - IRD.

Para este estudo, utilizou-se a metodologia desenvolvida por Westoff para necessidade insatisfeita e demanda total de anticoncepção, em seu mais recente trabalho sobre o tema (Westoff e Ochoa, 1991).

O dados analisados mostraram que, de 1986 a 1991, o Nordeste apresentou um aumento de 8 pontos percentuais na prevalência de anticoncepção (de 53% a 61%), sendo que este aumento deveu-se, quase exclusivamente, à maior incidência da esterilização feminina.

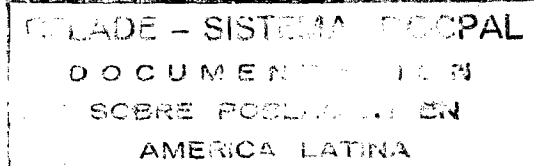
Paralelamente, a necessidade insatisfeita de anticoncepção diminuiu, aproximadamente, na mesma proporção: de 27%, em 1986 para 18%, em 1991. Em consequência, a demanda total de anticoncepção permaneceu, praticamente, a mesma (83% e 82%, respectivamente).

Ao analisar esses resultados, de acordo com as intenções reprodutivas das mulheres, encontrou-se que, tanto a demanda total, como a necessidade insatisfeita e o uso de anticoncepção, estão direcionados para limitar os nascimentos.

As porcentagens de uso e de necessidade insatisfeita para espaçar os nascimentos permaneceram quase as mesmas. Por outro lado, o uso de anticoncepcionais para limitar aumentou, significativamente, na mesma proporção em que diminuiu a necessidade insatisfeita para limitar o número de filhos. Mesmo assim, esta continua o dobro da necessidade por espaçar.

Observando-se as variações desses índices, segundo a influência das principais variáveis sócio-demográficas, encontrou-se que as mulheres das áreas rurais apresentam maior necessidade insatisfeita de serviços de planejamento familiar que as mulheres urbanas (24% contra 15%).

A necessidade insatisfeita total de anticoncepção é mais significativa entre as mulheres com menos de 30 anos e com mais de cinco filhos (chega a 23% entre o grupo de 20-24 ano e 29% entre as mulheres com seis filhos ou mais). Também, é bastante alta entre as mulheres sem nenhuma instrução ou com primário incompleto (29% e 21%, respectivamente).



Assim, embora a necessidade insatisfeita de anticoncepção tenha diminuído no Nordeste do Brasil, continua significativa para alguns grupos da população. Além disso, esta porcentagem, em números absolutos, representa uma quantidade de mulheres que não pode ser ignorada e que necessita de atendimento e orientação em planejamento familiar.

INTRODUÇÃO

A análise da demanda insatisfeita por anticoncepção vem despertando o interesse de todos que se dedicam aos estudos de população. Apesar do aumento, nas últimas décadas, da prevalência de uso de anticoncepção em muitos países em desenvolvimento, ainda são altos os índices de mulheres ou casais que não usam anticoncepcionais, embora desejem espaçar nascimentos ou limitar o número de filhos. Por outro lado, não se pode esquecer que, entre as usuárias de anticoncepção, muitas usam métodos pouco eficientes ou, por falta de alternativas, recorrem à métodos definitivos como a esterilização feminina. Assim, torna-se claro que é para essas pessoas que, por algum motivo não estão fazendo uso da anticoncepção, ou que a usam de forma pouco desejável, que os programas de planejamento familiar devem dirigir uma maior atenção.

Neste estudo, nos propomos a analisar a necessidade insatisfeita de anticoncepção no Brasil, enfocando especialmente a Região Nordeste do país. Esta escolha deve-se, não só ao fato desta região apresentar as mais altas taxas de mortalidade infantil e de fecundidade e a mais baixa prevalência de anticoncepção, quando comparada às demais regiões do Brasil, mas, principalmente, pela possibilidade de se fazer uma comparação entre os dados de duas pesquisas, realizadas com um intervalo de cinco anos: 1986 e 1991.

As estimativas de necessidade insatisfeita de anticoncepção para o Nordeste e para o total do Brasil serão, também, analisadas segundo várias características sócio-demográficas da população enfocada. Desta forma, se poderá determinar a extensão da necessidade de anticoncepção entre as mulheres que não estão praticando o planejamento familiar, além de verificar quais os sub-grupos da população se encontram mais carentes desses serviços.

I. ANTECEDENTES

O Brasil é um país de população predominantemente jovem. A distribuição percentual desta população pode ser representada graficamente por uma pirâmide, cuja base, bastante larga, é formada por menores de dez anos de idade.

Segundo Silva e colegas¹, até 1965, a dinâmica demográfica brasileira era mais ou menos estável: a natalidade situava-se em torno de 40 nascimentos por 1000 pessoas, a mortalidade total, de 12 por 1000, com uma mortalidade infantil de 109 mortes por 1000 nascidos vivos. Crescendo a uma taxa de 2,8 por cento ao ano, a

¹ Silva, Nelson do Valle; Henriques, M.Helena; Souza, Amaury. - "An Analysis of Reproductive Behavior in Brazil" - Demographic and Health Surveys Analysis Series, N.6, April 1990.

população chegou em 1970 a 92,7 milhões, segundo o censo desse ano. Na década seguinte, a taxa de crescimento populacional passou a ser de 2,5 pontos percentuais e o censo de 1980 contou 125 milhões de habitantes.

Segundo dados da Pesquisa por Amostra de Domicílios - PNAD, realizada em 1988 pelo IBGE², a população brasileira atingiu a marca de 141,4 milhões de habitantes, sendo que 33,5 milhões são mulheres com idade de 15 a 44 anos.

Resultados preliminares do Censo de 91 mostram que a população total brasileira é de 146.154.502 milhões de habitantes, sendo que 42.387.328 encontram-se na Região Nordeste do país. As taxas médias geométricas de crescimento anual foram de 1.89 e 1.81 para o Brasil e Nordeste, respectivamente, entre 1980 e 1991.

Embora, em números absolutos, a população tenha apresentado um crescimento constante, nas últimas duas décadas, entretanto, ocorreram mudanças significativas no comportamento da fecundidade brasileira.

A partir do final dos anos 60, o Brasil vem apresentando um declínio em sua taxa de fecundidade total (TFT), sendo que de 1970 em diante, este foi surpreendentemente alto: de 5,8 filhos por mulher, em 1970 para 4,3, em 1980, o que significa uma queda de 26 pontos percentuais em dez anos. De 1980 a 1985, a metade deste tempo, o declínio desta taxa foi de 17%, resultando em 3,3 filhos por mulher.

Embora o declínio da fecundidade tenha ocorrido em todas as regiões do país, seu ritmo foi diferenciado, sendo mais marcante no Sul e no Centro-Leste. No Nordeste, apesar de ter havido uma queda menor que nas demais regiões, o número absoluto de filhos durante a vida de cada mulher se reduziu em 2,5: de 7.6 filhos por mulher em 1970 para 5,1 em 1985³.

No mesmo documento, para Ruttenberg e colegas, este declínio mais acentuado da fecundidade, a partir dos anos 70, deve-se, principalmente, ao aumento do uso da anticoncepção, sendo este, entre os determinantes próximos da fecundidade, o que realmente apresentou mudanças significativas.

² Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Volume 12, 1988, Tomo I - Brasil e Grandes Regiões, IBGE, Rio de Janeiro, 1990.

³ Ruttenberg, Naomi; Ochoa, L. Hernando; Arruda, J.M. - "Los Determinantes Inmediatos de la Baja Fecundidad en el Brasil"- in Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, n. especial, 1988.

Pesquisa realizada em 1986⁴ encontrou uma prevalência de uso de anticoncepcionais para o total do Brasil, entre mulheres de 15 a 44 anos, casadas ou em união, de aproximadamente 66%. Esta porcentagem varia segundo a região do país, de 53% no Nordeste a 74% no Sul e no Estado de São Paulo.

O uso de anticoncepção apresentou-se maior nas áreas urbanas, do que nas rurais: cerca de 69% das mulheres casadas, habitantes das zonas urbanas, estavam usando métodos anticoncepcionais, enquanto que, nas áreas rurais, esta porcentagem é de 57%.

Variáveis como idade, paridade e instrução exercem influência no uso da contracepção. O aumento do nível de instrução atua positivamente na prevalência de uso de anticoncepcionais: quanto maior a instrução das mulheres, mais alta a porcentagem de uso de métodos anticoncepcionais.

No que se refere à idade e à paridade, a porcentagem de mulheres usando anticoncepção aumenta com a idade e com o número de filhos nascidos vivos, embora, a partir de um certo ponto, comece a decrescer. Assim, as porcentagens mais altas de uso de métodos encontram-se entre as mulheres do grupo etário de 30-34 anos, quando se observa a idade e, entre aquelas com 3 filhos, ao se analisar a paridade. A partir dos 35 anos e do quarto filho, a prevalência de anticoncepção tende a diminuir.

Apesar da alta prevalência de anticoncepção no Brasil, quando comparada a de outros países em desenvolvimento, não se pode esquecer a porcentagem significativa de mulheres casadas ou unidas que não usam métodos anticoncepcionais, estando, portanto, expostas a uma gravidez: 34% para o total do Brasil e 47% para o Nordeste (dados de 1986). Entre essas mulheres, muitas são férteis e não desejam mais ter filhos, ou querem espaçar os nascimentos. Este grupo de mulheres forma a demanda insatisfeita por anticoncepção e não pode ser ignorado.

II. DADOS

Para a realização deste estudo, nos baseamos em duas fontes de dados. Em Primeiro lugar, a Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar (PNSMIPF), realizada em 1986 pela Sociedade Civil Bem Estar Familiar - BEMFAM em conjunto com o Institute for Resource Development - IRD, dentro do programa das Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS). Trata-se de uma pesquisa

⁴ Arruda, José Maria; Rutemberg, Naomi; Morris, Leo; Ferraz, Elizabeth A. - "Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar. Brasil, 1986" - Sociedade Civil Bem-Estar Familiar-BEMFAM e Institute for Resource Development-IRD. Rio de Janeiro, 1987.

domiciliar, por amostragem, que entrevistou 5892 mulheres de 15 a 44 anos de idade, em todo o Brasil. Sua amostra, ponderada, é representativa para 95% da população de mulheres em idade fértil e permite estimativas independentes para seis regiões geográficas do país e para as áreas rurais e urbanas da Região Nordeste.

A outra fonte de dados, a Pesquisa sobre Saúde Familiar no Nordeste (PSFN), faz parte do aprofundamento das Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS2) e foi realizada, também, pelas duas instituições acima referidas. Esta pesquisa, cujo trabalho de campo se desenvolveu de Setembro de 1991 a janeiro de 1992, entrevistou 6131 mulheres de 15 a 49 anos de idade na Região Nordeste do Brasil. Trata-se, também, de uma pesquisa domiciliar e sua amostra, ponderada, permite estimativas independentes para cada Estado do Nordeste.

Os dados levantados por essas duas pesquisas permitem comparações entre o total do país e a Região Nordeste (1986) e entre dois momentos da Região Nordeste (1986 e 1991). Para possibilitar a comparabilidade entre as duas pesquisas, o grupo de mulheres de 45 a 49 anos, entrevistado em 91, foi excluído da análise. Assim, a amostra estudada é de 5623 mulheres, com idades de 15 a 44 anos. Os resultados desta última pesquisa são preliminares, uma vez que a fase de processamento de dados ainda está em curso.

A tabela I apresenta a distribuição percentual da população total entrevistada nas duas pesquisas, segundo o status matrimonial.

(inserir a Tabela I)

Como pode-se observar, as mulheres casadas ou em união informal compõem mais da metade das três populações pesquisadas. Os resultados para 86 apresentam porcentagens bastante próximas para o total do Brasil e para a Região Nordeste. Nota-se, entretanto uma pequena diferença entre as porcentagens de uniões formais e informais: o Nordeste mostra um percentual mais baixo de casamentos e mais alto de uniões informais, em relação ao total do país, embora as duas categorias, juntas, apresentem resultados muito próximos. No Nordeste em 91, observa-se uma ligeira queda na porcentagem de mulheres casadas ou unidas e um aumento do número de solteiras. Este resultado pode sugerir que as mulheres estão se casando mais tardiamente. Entretanto, este é um dado a ser ainda estudado.

Neste trabalho, serão analisados apenas os dados referentes às mulheres casadas ou em união informal, uma vez que as estimativas de necessidade insatisfeita de anticoncepção se restringem a este grupo. A pesquisa de 86 entrevistou 3471 mulheres casadas ou unidas em todo o Brasil, sendo 913 na Região Nordeste. Os dados preliminares da pesquisa de 91, no Nordeste, apresentam 3471 mulheres casadas ou em união, sendo 3085 com idade de 15 a 44 anos. Estes dados estão ponderados, sendo representativos para o total da

região e para cada um dos nove estados que a compõem.

Entretanto, para que se possa ter uma visão geral da população pesquisada, a tabela II mostra a distribuição percentual de todas as mulheres e das mulheres casadas ou em união, de 15-44 anos, entrevistadas pelas duas pesquisas.

(inserir a Tabela II)

Como pode-se constatar, ao observar esta tabela, é intenso o processo de urbanização no Brasil: mais de três quartos do total de mulheres, entrevistadas em 1986, encontravam-se nas áreas urbanas (76%), enquanto que menos de um quarto habitavam nas zonas rurais do país (24%). Este quadro mostra-se menos acentuado na Região Nordeste, embora exista uma diferença de 22 pontos percentuais entre as populações das duas áreas (61% contra 39%). Nos últimos cinco anos, o processo de urbanização no Nordeste acentuou-se bastante. A pesquisa de 91 encontrou uma diferença, entre a população urbana e rural, de 30 pontos percentuais.

Entre as mulheres casadas/unidas das três populações, é interessante notar que são um pouco mais baixas as porcentagens das que vivem nas áreas urbanas, quando comparadas com o total de mulheres.

No que se refere à idade, como era de se esperar, em função da distribuição etária brasileira, a porcentagem do total de mulheres no grupo mais jovem é mais alta, diminuindo gradativamente com o aumento da idade. Por outro lado, observando a distribuição das mulheres casadas por idade, nota-se que a menor porcentagem encontra-se, justamente, no grupo etário de 15-19 anos, duplicando no grupo seguinte. A partir dos 25 anos, as porcentagens de mulheres casadas se mantêm altas até os 39 anos, caindo um pouco no grupo de 40-44 anos.

Com relação ao número de filhos nascidos vivos, quando se considera o total de mulheres nas três populações, são altas as porcentagens das que não tem nenhum filho. As demais se distribuem harmoniosamente, sendo um pouco mais significativas as porcentagens de mulheres com um ou dois filhos e as com cinco filhos ou mais. No Nordeste, em 1986, a porcentagem de mulheres com mais de quatro filhos era quase o dobro da encontrada para o total do Brasil. Já em 1991, observa-se que esta porcentagem diminuiu, enquanto que aumentou a de mulheres sem nenhum filho. É interessante notar que o percentual de mulheres sem filho no Nordeste-91 é maior que o encontrado para o Brasil, em 86: 40% contra 38%. Estes resultados são um reflexo da queda da fecundidade observada no Brasil.

Ao analisar as mulheres casadas, nota-se que são poucas as que não tiveram nenhum filho (menos de 10%, nas três populações estudadas). As mulheres com um, dois e três filhos, juntas, significam 60% das casadas para o total do Brasil e 46%, para o Nordeste em 86. Em 91,

a porcentagem de mulheres casadas com um a três filhos, no Nordeste, aumentou para 50%. Entretanto, isoladamente, as maiores porcentagens de mulheres casadas encontram-se entre aquelas com cinco filhos ou mais: em 86, 21% no Brasil e 37% no Nordeste e, em 91, 29% no Nordeste.

O nível de instrução não se mostrou muito alto, entre as mulheres brasileiras, em 1986. Embora seja pequena a porcentagem das que não tinham nenhuma instrução (7%), cerca de 22% não chegaram a completar o nível básico ou primário (4 anos de estudo). Observa-se que, apenas 18% possuíam o primário completo, 26% ultrapassaram este nível e, 26% chegaram ao curso secundário. Este quadro é mais acentuado no Nordeste, onde aumentam as porcentagens de mulheres sem nenhuma instrução e com menos que primário completo, diminuindo nos demais grupos. No Nordeste de 1991, esta situação mais ou menos se mantém, embora tenha aumentado a porcentagem de mulheres sem nenhuma instrução e diminuído a daquelas com primário incompleto. Entretanto, estas duas categorias, juntas, somam um percentual mais baixo que o encontrado em 1986, significando um aumento das porcentagens dos demais grupos.

Entre as mulheres casadas, o nível de instrução tende a ser mais baixo, quando comparado ao do total de mulheres. Este fato pode ser observado nas duas pesquisas. São mais altas as porcentagens de mulheres casadas sem nenhuma instrução e com primário incompleto e, mais baixas, as porcentagens para os níveis mais altos. Este fato sugere que o casamento influe, de alguma forma, no nível de instrução das mulheres, incentivando o abandono dos estudos no meio do processo. Por outro lado, muitas mulheres retardam a entrada em uma união, em função dos estudos, o que vai refletir nas baixas taxas de mulheres casadas com instrução mais alta.

III. METODOLOGIA

Para a estimativa de necessidade insatisfeita de anticoncepção adotou-se o conceito usado por Charles Westoff em seu mais recente trabalho sobre o tema⁵. Assim, considera-se necessidade insatisfeita de anticoncepção o conjunto de mulheres casadas ou unidas, não usuárias de métodos anticoncepcionais, férteis e que desejam espaçar ou limitar nascimentos, assim como as grávidas ou amenorréicas, que declararam não ter planejado ou desejado sua atual ou última gravidez e que não estavam usando nenhum método quando engravidaram.

Para chegar a esta definição, aparentemente simples, são necessárias várias decisões, muitas vezes polêmicas. Por outro

⁵ Westoff, Charles; Ochoa, L. Hernando - "Unmet Need and the Demand for Family Planning"- Comparative Studies n.5, IRD. July, 1991.

lado, o cálculo para determinar a necessidade insatisfeita de anticoncepção torna-se complicado, quando se tem que determinar o grupo de mulheres inférteis.

O primeiro passo para a estimativa da necessidade insatisfeita é selecionar as mulheres casadas ou em união informal. Surge, então, a primeira polêmica. Sabe-se que, em muitos países, é grande o número de mulheres solteiras ou descasadas, sexualmente ativas e, portanto, expostas a uma gravidez indesejada. Pergunta-se, então, por que motivo essas mulheres não são incluídas no cálculo da necessidade insatisfeita de anticoncepção. Segundo Westoff⁶, o conceito de necessidade insatisfeita está restrito às mulheres casadas ou unidas por dois motivos: a dificuldade de se obter dados confiáveis sobre atividade sexual, entre mulheres que não estão em união, e a impropriedade de se fazer perguntas a essas mulheres sobre suas intenções reprodutivas. Assim, a inclusão de mulheres solteiras e descasadas no cálculo da necessidade insatisfeita de anticoncepção é uma possibilidade a ser estudada futuramente.

O próximo passo é separar as mulheres unidas que não estão usando anticoncepção, das que usam algum método, seja para espaçar ou para limitar nascimentos. Estas últimas, não fazem parte do cálculo da necessidade insatisfeita, mas, junto com esta, vão formar a demanda total por anticoncepção.

O critério de uso de método anticoncepcional é, também, posto em discussão, quando se tratam de métodos pouco eficazes como os naturais (tabela, etc.) ou os tradicionais (coito interrompido, etc.). No caso de países em que a prevalência desses métodos é muito alta, discute-se a possibilidade de considerar suas usuárias como parte da necessidade insatisfeita por anticoncepção. Um exemplo dessa discussão encontra-se na análise feita por DeGraff e Silva sobre o Sri Lanka⁷, onde são apresentadas duas versões de necessidade insatisfeita: uma considerando necessidade de qualquer método anticonceptivo e outra considerando, apenas, a necessidade de métodos modernos.

A seguir, tem-se que distinguir, entre as mulheres casadas e não usuárias de anticoncepção, as que se encontram grávidas ou em amenorréia e as demais. Entre as que não estão grávidas nem amenorréicas, algumas são férteis e, portanto, expostas ao risco de uma gravidez, enquanto outras são inférteis. Estas últimas formam o grupo mais difícil de identificar e sua estimativa depende das informações fornecidas pelas pesquisas.

⁶ Op. cit em (5).

⁷ DeGraff, Deborah S.; Silva, Victor de; -"Unmet Need for Contraception in Sri Lanka" in International Family Planning Perspectives, Volume 17, Number 4, December 1991.

O cálculo usado nas Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS), para determinar as mulheres inférteis, baseia-se nos seguintes dados: a data da primeira união, relacionada à data da entrevista, o uso de anticoncepção, gravidez e, por fim, a época da última menstruação. Assim, são consideradas inférteis as mulheres não grávidas ou amenorréicas, casadas ou unidas há pelo menos cinco anos e que não tiveram filhos nem usaram anticoncepcionais, assim como as não grávidas/amenorreicas e que não tiveram menstruação nas últimas doze semanas. Este grupo de mulheres é excluído da categoria de necessidade insatisfeita de anticoncepção.

Para o atual estudo, o item referente à menstruação sofreu uma modificação: tomou-se a decisão de considerar vinte e quatro semanas sem menstruação, em vez de doze, para determinar com mais garantia as menopáusicas. Com esta medida, houve uma pequena redução na porcentagem de mulheres inférteis, quando comparada à apresentada por Westoff e Ochoa, em seu estudo comparativo⁸.

Para a segunda fase das Pesquisas Demográficas e de Saúde (DHS2), existe a possibilidade de um cálculo mais exato da infertilidade, através da utilização dos dados de um calendário, existente no questionário. Este calendário, não só permite verificar todas as ocorrências da vida reprodutiva da mulher, durante os últimos cinco anos anteriores à data da entrevista, como constatar a continuidade do casamento ou união. Desta forma, pode-se detectar, além dos nascimentos, os abortos e perdas ocorridos nesse período, assim como as separações e novas uniões.

Entretanto, para que seja possível uma comparação entre as duas pesquisas, utilizaremos a primeira metodologia para calcular a infertilidade. Uma outra tabela, com os resultados do novo cálculo, usando os dados do calendário, será apresentada em anexo.

Além disso, no caso do Brasil, a pesquisa de 1986 possui dados para mulheres de 15 a 44 anos de idade, enquanto que a de 1991 levantou dados também para o grupo de 45-49 anos. Na comparação entre as duas pesquisas, este grupo foi excluído, sendo os resultados que o incluem, apresentados também no anexo.

Uma vez excluídas as inférteis, o próximo passo é analisar as mulheres férteis, não usuárias de contracepção, de acordo com suas intenções reprodutivas: são classificadas como tendo necessidade insatisfeita de anticoncepção aquelas que desejam adiar uma gravidez por, no mínimo, dois anos e as que não querem mais ter nenhum filho. As primeiras apresentam necessidade por espaçar e as segundas, por limitar os nascimentos. As mulheres que querem ter um filho logo, ou dentro de dois anos, não são consideradas com necessidade insatisfeita de anticoncepção.

⁸ Op. cit em (5).

No que se refere às grávidas ou em amenorréia pos-parto, momentaneamente, encontram-se inférteis e poderiam estar excluídas da necessidade insatisfeita de anticoncepção. Entretanto, podem ser consideradas uma importante demanda futura, caso sua gravidez não tenha sido planejada e não estivessem usando anticoncepção, quando engravidaram. Partindo deste pressuposto, optou-se por incluir este grupo no cálculo da necessidade insatisfeita, de acordo com o planejamento da atual ou última gravidez. Se uma mulher reportou essa gravidez como desejada, no momento em que ocorreu, ela não será incluída nesse cálculo. Se respondeu que queria engravidar, mas não naquele momento, será incluída no grupo que forma a necessidade insatisfeita por espaçar. E, caso não desejasse ter mais nenhum filho, quando ficou grávida, será classificada como parte da necessidade por limitar.

Finalmente, resta-nos analisar as mulheres grávidas ou em amenorréia, que estavam usando algum método anticoncepcional quando engravidaram. Estas mulheres, cujo método falhou, ou por ser pouco eficaz, ou por ter sido usado de forma errada, não são consideradas como parte da necessidade insatisfeita de anticoncepção, uma vez que eram usuárias de anticoncepcionais. Este grupo de mulheres forma a categoria "falha de método" e, junto com as usuárias de anticoncepção e com a necessidade insatisfeita, compõem a demanda total por anticoncepção. A falha de método se distribue, dentro da demanda total, entre a demanda por espaçar e a demanda por limitar, de acordo com a intenção reprodutiva da mulher, quando ocorreu a falha do método que usava.

A exclusão da demanda insatisfeita das grávidas ou amenorréicas, que engravidaram por falha do método, é, também, bastante discutida. Esta discussão baseia-se nos mesmos argumentos já expostos, anteriormente, quando foi analisado o uso de métodos pouco eficientes. Entretanto, para Westoff, esta exclusão é consistente com o conceito de necessidade insatisfeita, que considera apenas as mulheres não usuárias de anticoncepção⁹.

O diagrama 1 apresenta, visualmente, os componentes da necessidade insatisfeita e da demanda total por anticoncepção.

(inserir diagrama 1)

IV. ANTICONCEPÇÃO

a) Panorama geral

Antes de abordar o tema central deste estudo, torna-se necessária uma breve descrição de como vem sendo realizado o planejamento familiar no Brasil e, em especial, na Região Nordeste do país.

⁹ Op. cit em (5).

Como já referido anteriormente, embora o Brasil apresente uma das mais altas prevalências de anticoncepção, entre os países em desenvolvimento, são altos os índices de mulheres ou casais que não usam nenhum método anticoncepcional, embora não queiram mais filhos ou desejem espaçar os nascimentos. Estes índices variam de acordo com a região do país e com as variáveis sócio-econômicas e demográficas.

O Brasil não possui uma política de planejamento familiar definida, apesar de existir o Projeto de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, do Ministério da Saúde, no qual o item planejamento familiar está incluído, como uma das atenções básicas de saúde. Entretanto, este item nem sempre tem sido posto em prática, a não ser em algumas Secretarias de Saúde, especialmente onde existem convênios com instituições privadas de planejamento familiar. Por outro lado, a atuação independente dessas instituições é limitada e direcionada, de acordo com os recursos que possuem.

Assim, a iniciativa de usar algum método anticoncepcional tem partido, na maioria das vezes, das próprias mulheres interessadas, nem sempre com orientação médica, buscando indicações nas farmácias ou, até mesmo, resolvendo ter mais um filho para se esterilizar, durante o parto por cesariana.

Os resultados das duas pesquisas analisadas mostram que a esterilização feminina é o método mais prevalente, tanto para o total do Brasil, como para o Nordeste. O segundo método mais usado é a pílula, sendo os demais métodos, pouco significativos. A tabela III apresenta a prevalência da anticoncepção entre mulheres casadas ou em união, no Brasil e no Nordeste, segundo o tipo de método adotado.

(inserir tabela III)

Como se pode observar nesta tabela, a prevalência total de anticoncepção no Nordeste aumentou quase dez pontos percentuais, de 1986 a 1991, aproximando-se da encontrada para o Brasil em 1986. A esterilização feminina no Nordeste, que em 1986 apresentava um percentual um pouco mais baixo que o do total do Brasil, cresceu consideravelmente em 1991, ultrapassando este último. Já, o uso da pílula diminuiu, ligeiramente, assim como o dos métodos naturais e tradicionais. Os demais métodos não apresentaram mudança significativa. Assim, o aumento da prevalência de anticoncepção no Nordeste deveu-se, exclusivamente, à maior incidência da esterilização, que subiu de 25% para 38%. O gráfico 1 permite visualizar o comentário acima.

(inserir Gráfico 1)

É interessante notar que, embora seja o método mais prevalente, a esterilização para fins contraceptivos não está legalizada no Brasil, sendo aceita, somente, em casos de gravidez de risco e com

a indicação de uma junta médica. Em consequência, para poder realizar uma esterilização, os médicos buscam motivos clínicos que justifiquem essa intervenção cirúrgica, sendo o mais comum a existência de várias cesarianas anteriores. Desta forma, a esterilização feminina está, intimamente, relacionada com a incidência de cesarianas.

Segundo Rutemberg e Ferraz¹⁰, o Brasil possui uma das mais altas taxas de cesarianas do mundo - 26% de todos os partos e 32% dos partos hospitalares, nos últimos cinco anos que precederam a PNSMIPF-86 (DHS), foram realizados através de uma operação cesariana. No mesmo trabalho constataram que, entre as mulheres casadas que haviam tido um filho nos cinco anos anteriores à pesquisa e que não queriam ter mais filhos, cerca de quatro quintos das que se esterilizaram, tiveram seu último parto por cesariana, contra um quinto das que tiveram parto vaginal.

b) Diferenciais de uso de anticoncepção

O uso total de anticoncepção, assim como a escolha de cada método, variam de acordo com determinadas variáveis sócio-econômicas e demográficas. As tabelas IV e V apresentam as porcentagens de mulheres casadas ou unidas, usando anticoncepção e a distribuição percentual, segundo o método, por residência, idade, número de filhos nascidos vivos e instrução, para o Nordeste em 86 e em 91.

(inserir tabelas IV e V)

Analisando o uso total de anticoncepcionais nas duas tabelas, vemos que o padrão se manteve, segundo essas variáveis, embora em 1991, todas as porcentagens sejam um pouco mais altas, em função do aumento da prevalência total. As mulheres casadas, que vivem em áreas urbanas, continuam apresentando maior porcentagem de uso de anticoncepção que as habitantes das zonas rurais, apesar de, proporcionalmente, o uso na zona rural tenha subido mais que na urbana.

O uso de anticoncepcionais, entre as mulheres casadas, manteve o crescimento com o aumento da idade e do número de filhos. Entretanto, em 91 atinge seu ponto mais alto no grupo de 35-39 anos e entre as mulheres com três filhos. A partir dos 40 anos e do quarto filho, a prevalência de anticoncepção decresce (em 86 a maior prevalência estava entre as mulheres de 30-34 anos e entre as com três e quatro filhos). A instrução continua influenciando positivamente no uso da anticoncepção: quanto maior a instrução, maior o uso.

¹⁰ Rutemberg, Naomi; Ferraz, Elizabeth A. - "Female Sterilization and its Demographic Impact in Brazil" in International Family Planning Perspectives, Vol.14, n.2, June 1988.

Quando se observa o padrão de uso por tipo de método, vemos que os métodos menos prevalentes, agrupados em "naturais/tradicionais" e "outros métodos modernos", sofreram pequenas alterações, de 86 para 91: o uso de métodos naturais e tradicionais diminuiu, enquanto que o de outros métodos modernos aumentou, ligeiramente, segundo as variáveis analisadas. Vale a pena chamar a atenção para a redução de uso de métodos naturais e tradicionais entre as mulheres com quatro filhos (de 13% para 4%) e entre as de 40-44 anos (de 14% para 5%). Vale notar, também, que o pequeno aumento mostrado pelos "outros métodos modernos" deu-se, especialmente, no grupo mais jovem (de 0% passou a 7%), sendo o uso do condon o responsável por este aumento (dado não apresentado na tabela).

O uso da pílula por idade, embora tenha mantido seu padrão nas duas pesquisas (maior uso entre os grupos mais jovens, diminuindo com o aumento da idade), mostrou, em 91, porcentagens mais baixas, em consequência da menor porcentagem total de uso.

Em relação ao número de filhos nascido vivos, o uso da pílula aumentou entre as mulheres sem nenhum ou com um filho e diminuiu entre aquelas com dois filhos ou mais, sendo a queda mais acentuada entre as mulheres com três filhos. Os gráficos 2 e 3 permitem visualizar a tendência do uso da pílula, por idade e número de filhos.

(inserir Gráficos 2 e 3)

O uso da pílula por instrução manteve o mesmo padrão nas duas pesquisas, subindo na medida em que aumenta a instrução e caindo, ligeiramente, entre aquelas com curso secundário ou mais. Quanto ao local de residência, o uso da pílula diminuiu entre as mulheres urbanas e se manteve, quase o mesmo, na zona rural.

Finalmente, também o uso da esterilização feminina manteve, em 91, o mesmo padrão encontrado em 86, quando o analisamos por residência, idade, número de filhos e instrução. Entretanto, em 91, todas as porcentagens são mais altas, uma vez que houve um aumento significativo da porcentagem total de esterilização. Os maiores aumentos nos índices de esterilização se deram entre as mulheres com três filhos, entre as de 40-44 anos e entre as sem nenhuma instrução, que apresentaram um crescimento de 23, 20 e 19 pontos percentuais, respectivamente. É importante salientar que, em 91, metade das mulheres casadas de 35 a 40 anos encontravam-se esterilizadas, assim como um pouco menos de dois terços das com três e quatro filhos.

O uso da esterilização continuou mais prevalente nas áreas urbanas que nas rurais, embora estas últimas tenham apresentado um aumento, proporcionalmente, mais alto (a diferença diminuiu em 5 pontos percentuais). Os Gráficos 4 e 5 mostram a tendência do uso da esterilização, por idade e número de filhos.

(inserir Gráfico 4 e 5)

O aumento da prevalência de uso de métodos anticoncepcionais no Nordeste, mais especificamente o aumento da esterilização, tem várias explicações sócio-econômicas e demográficas, que não nos cabe aqui analisar. Entretanto, é importante constatar que, em função desse aumento, vem ocorrendo, nas últimas décadas, mudanças significativas no padrão da família brasileira, refletidas na queda da fecundidade: de uma família numerosa até a década de 50, hoje o padrão ideal passou a ser o de uma família com dois ou três filhos.

O número médio ideal de filhos reportado pelas mulheres nas pesquisas de 86 e 91 refletem essa tendência: 2,8 filhos para o total do Brasil, 3,0 para o Nordeste em 86 e 2,9 em 91. O gráfico 5 mostra a comparação entre o número médio ideal de filhos e a taxa de fecundidade total (TFT) para o Brasil e Nordeste em 86 e para o Nordeste em 91. Como pode-se observar neste gráfico, a fecundidade está se aproximando do número de filhos, considerado ideal pelas mulheres.

(inserir Gráfico 6)

V. ESTIMATIVAS DA NECESSIDADE INSATISFEITA E DA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPÇÃO

Na tabela VI, temos as diversas categorias de mulheres casadas ou unidas, necessárias para a classificação da necessidade insatisfeita e da demanda de anticoncepção. Nesta tabela, encontram-se todas as mulheres casadas entrevistadas nas pesquisas de 86 e 91, inclusive aquelas que pertencem às categorias excluídas do cálculo da necessidade insatisfeita e da demanda total. Desta forma, podemos ter uma visão global das mulheres casadas ou unidas, segundo seu status reprodutivo, o uso da anticoncepção, o planejamento da última gravidez, para as grávidas ou amenorréicas e as intenções reprodutivas das mulheres férteis, não usuárias de métodos anticoncepcionais.

(inserir tabela VI)

Com os dados apresentados nesta tabela, temos a base para estabelecer a necessidade insatisfeita total de anticoncepção e se esta necessidade é para espaçar ou limitar nascimentos. A partir desses dados, podemos, também, determinar a demanda total.

Para chegar às cifras apresentadas, foram necessários vários cálculos, seguindo os critérios estabelecidos por Westoff para determinar a necessidade insatisfeita e a demanda total, já descritos no capítulo sobre a metodologia.

A partir desses dados, com a soma das porcentagens de mulheres

grávidas ou amenorréicas, cuja gravidez não foi desejada ou prevista, com as porcentagens de mulheres férteis, não usuárias de anticoncepção e que desejam espaçar ou limitar nascimentos, obtemos a necessidade insatisfeita de anticoncepção.

Juntando as grávidas e amenorréicas com as mulheres férteis, de acordo com o planejamento da gravidez e as intenções reprodutivas, respectivamente, temos a necessidade insatisfeita por espaçar ou por limitar.

A soma da porcentagem de necessidade insatisfeita com a porcentagem de usuárias de anticoncepção, mais a porcentagem de grávidas e amenorréicas, cuja gravidez aconteceu por falha do método, resulta na demanda total de anticoncepção. Esta demanda, também, pode ser por espaçar ou por limitar, dependendo das intenções reprodutivas das usuárias de métodos e das mulheres com necessidade insatisfeita, assim como as intenções das que engravidaram por falha do método, na época em que ocorreu a gravidez.

Os diagramas 2 e 3 apresentam os componentes da demanda total de anticoncepção, comparando os resultados entre o Brasil e o Nordeste, em 1986 e entre o Nordeste, em 86 e 91.

(inserir Diagramas 2 e 3)

Como se pode observar no diagrama 2, em 1986, a necessidade insatisfeita de anticoncepção na Região Nordeste era quase o dobro da encontrada para o total do Brasil. A porcentagem de mulheres férteis, não usuárias de anticoncepcionais, era bem maior no Nordeste, que no total do Brasil: um terço a mais. A mesma diferença é encontrada entre as porcentagens de grávidas e amenorréicas.

O índice de grávidas e amenorréicas que não desejaram sua última gravidez, assim como o de mulheres férteis que não queriam mais filhos, era o dobro no Nordeste, em 1986, quando comparado ao do total do Brasil.

Como a prevalência de anticoncepção no Nordeste era bem mais baixa que no total do Brasil, a demanda total de anticoncepção resultava, mais ou menos, a mesma.

Passando ao diagrama 3, onde temos a comparação entre os dois momentos do Nordeste, podemos observar que a necessidade insatisfeita diminuiu quase 9 pontos percentuais, de 86 para 91. Paralelamente, o uso de métodos anticoncepcionais aumentou quase na mesma proporção (8%). Como era de se esperar, em 91, o índice de gravidezes indesejadas caiu para a metade do encontrado em 86. Igualmente, diminuiu a porcentagem de mulheres férteis, não usuárias de métodos e que não desejam mais ter filhos.

Como o uso de anticoncepcionais aumentou no Nordeste, em 1991, a

demanda total permaneceu, praticamente, a mesma.

A tabela VII apresenta a necessidade insatisfeita e a demanda total de anticoncepção, de acordo com seu objetivo, se para espaçar ou para limitar nascimentos. Também nesta tabela, encontram-se estimadas as porcentagens de demanda satisfeita de planejamento familiar (a porcentagem de uso de anticoncepção dividida pela porcentagem de demanda total).

(inserir tabela VII)

Como pode-se constatar, as porcentagens de demanda satisfeita aumentaram no Nordeste, de 86 para 91, especialmente a de demanda satisfeita para limitar.

Em compensação, a necessidade insatisfeita para limitar caiu 8 pontos percentuais entre 86 e 91, embora continue o dobro da necessidade para espaçar. Esta, praticamente, se manteve a mesma.

Paralelamente, o uso de anticoncepção para limitar subiu 8 pontos percentuais no Nordeste, de 86 a 91, aproximando-se do uso encontrado para o Brasil em 86. Por outro lado, o uso para espaçar diminuiu pouco, permanecendo baixo.

Estes resultados estão de acordo com os encontrados no capítulo IV, quando se constatou que o aumento da prevalência da anticoncepção no Nordeste, de 86 para 91, deveu-se, exclusivamente, ao crescimento do uso da esterilização feminina.

O diagrama 4 possibilita visualizar a evolução da necessidade insatisfeita e da demanda de anticoncepção no Nordeste, de acordo com os comentários acima.

(inserir diagrama 4)

VI. DIFERENCIAIS DA NECESSIDADE INSATISFEITA

A extensão da necessidade insatisfeita de anticoncepção varia de acordo com as diversas características sócio-econômicas e demográficas da população analisada. Está associada a um determinado estágio da vida de cada mulher, que se reflete através da idade e do número de filhos. É, também, influenciada pela situação sócio-econômica, aqui analisada através do nível de instrução e do local de residência.

A tabela VIII apresenta as variações da necessidade insatisfeita, de acordo com a idade das mulheres, o número de filhos vivos, o local de residência e o nível de instrução, para o Nordeste em 86 e em 91.

(inserir tabela VIII)

Comparando os percentuais de necessidade insatisfeita total, segundo as variáveis escolhidas, podemos ver que, em 91, todas as categorias apresentam porcentagens mais baixas que as encontradas em 86. O mesmo acontece com relação à necessidade para espaçar e para limitar. Este resultado era de se esperar, uma vez que a necessidade insatisfeita total diminuiu, de 86 para 91.

Analisando os resultados, apenas para 91, vemos que a necessidade insatisfeita total, de acordo com a idade das mulheres, não mostra um padrão muito claro, embora seja maior nos três grupos etários mais jovens. A necessidade insatisfeita para espaçar nascimentos é maior no grupo de 15 a 19 anos, caindo, progressivamente, com o aumento da idade. Por outro lado, a necessidade para limitar mostra um padrão inverso, aumentando com a idade das mulheres.

Em relação ao número de filhos, a necessidade insatisfeita total é mais significativa entre as mulheres com maior número de filhos (de cinco em diante), embora, mostre-se alta, também, em outros grupos. Observando a necessidade para espaçar, vemos que esta é maior entre as mulheres sem nenhum ou com um e dois filhos, diminuindo entre as demais. A necessidade por limitar cresce, acentuadamente, com o aumento do número de filhos, chegando a 26%, entre as mulheres com seis ou mais filhos.

A necessidade insatisfeita de anticoncepção continua maior nas áreas rurais, que nas urbanas. Entretanto, a necessidade por limitar apresenta uma diferença bem maior entre as duas áreas, que a para espaçar nascimentos.

Finalmente, observando as variações da necessidade insatisfeita por nível de instrução, vemos que esta é bem maior entre as mulheres sem nenhuma instrução ou com primário incompleto, diminuindo nos demais grupos. A necessidade por espaçar não apresenta um padrão muito claro, em relação ao nível de instrução. Por outro lado, é nítido o padrão da necessidade por limitar: quanto mais baixa a instrução, maior a necessidade insatisfeita para limitar os nascimentos.

Os gráficos 7, 8 e 9 apresentam os resultados analisados acima para o Nordeste 91.

(inserir gráficos 7, 8 e 9)

VII. DIFERENCIAIS DA DEMANDA TOTAL

De acordo com o observado no capítulo V, a demanda total de anticoncepção manteve-se, praticamente, a mesma, de 86 para 91, em consequência do aumento da prevalência de uso de anticoncepcionais, ocorrido neste período. A demanda por limitar continuou, exatamente, igual, enquanto que, a para espaçar, mostrou uma queda quase insignificante.

Assim, ao observar o comportamento da demanda total, segundo características sócio-demográficas, vemos que as porcentagens, mais ou menos, se mantiveram, de 86 para 91 (ver tabela IX).

(inserir tabela IX)

Entretanto, ao analisar a demanda para espaçar, vemos que esta apresenta algumas alterações na distribuição das porcentagens entre as diversas categorias de cada variável. O grupo de mulheres de 15-19 anos mostra um aumento de quase 10 pontos percentuais de 88 para 91, enquanto, nos demais grupos, as porcentagens diminuíram. Paralelamente, a demanda por limitar caiu no grupo mais jovem (15-19 anos) e aumentou em alguns grupos, especialmente no de 35-39 anos.

A demanda por espaçar, segundo o número de filhos vivos, cresceu entre as mulheres sem filhos e diminuiu, sensivelmente, no grupo de mulheres com três filhos. Nos demais grupos, manteve-se mais ou menos a mesma. É interessante notar que aconteceu o inverso com a demanda por limitar: diminuiu entre as mulheres sem nenhum filho e aumentou, significativamente, no grupo com três filhos. Vale lembrar que este último grupo foi, justamente, o que apresentou o maior índice de esterilização feminina (ver gráfico 5).

Com relação ao local de residência, a demanda por espaçar manteve-se a mesma nas áreas rurais e diminuiu, ligeiramente, nas urbanas. Ao contrário, a demanda por limitar cresceu nas zonas urbanas e diminuiu nas rurais.

Quanto à instrução, nota-se um dado interessante: entre as mulheres do nível mais alto de instrução, a demanda por espaçar caiu em 10 pontos percentuais, enquanto a demanda por limitar subiu na mesma proporção. Os demais grupos apresentam alterações pouco significativas.

DISCUSSÃO

Os dados apresentados nos capítulos anteriores mostram, claramente, que existe no Nordeste, hoje em dia, uma opção nítida por limitar o número de filhos, até chegar ao ideal desejado pela média das mulheres. Tanto o uso, como a demanda e a necessidade insatisfeita de anticoncepção, estão direcionados para limitar os nascimentos.

Foi observado, também, que diminuiu a necessidade insatisfeita total de anticoncepção, em função do aumento da prevalência de uso de anticoncepcionais e que esse aumento se deu, basicamente, pelo maior uso da esterilização.

No gráfico 10 temos uma comparação entre as porcentagens de uso para limitar e as porcentagens de mulheres esterilizadas, analisando-as por grupos de idade.

(inserir gráfico 10)

Como pode-se ver neste gráfico, grande parte das mulheres que reportaram usar algum método para não ter mais filhos, encontravam-se esterilizadas, em todos os grupos etários.

A pesquisa de 91 revelou, também, que entre as mulheres que não estavam usando métodos anticoncepcionais e que queriam usá-los no futuro, 37% citaram a pílula e 32% a esterilização como os métodos escolhidos.

Esta opção por um método definitivo como a esterilização merece uma reflexão mais profunda, a ser realizada oportunamente. Entretanto, alguns dados levantados pela pesquisa podem justificar, em parte, a preferência pelo método, embora não possam explicar a opção por limitar o número de filhos.

O uso anterior e o conhecimento dos métodos anticoncepcionais são dados importantes para buscar entender essa preferência pela esterilização. A pesquisa de 91 encontrou que 80% das mulheres casadas ou unidas já haviam usado algum método anticoncepcional, sendo a pílula o primeiro método mais usado, citado por 52% delas (dado não apresentado em tabela).

Os dados sobre uso atual de métodos mostraram que, entre as mulheres casadas ou em união, a prevalência total de uso é de 61%, sendo que a pílula é usada por apenas 15%, enquanto a esterilização foi a opção de 38% dessas mulheres.

A porcentagem de mulheres casadas que conhecem algum método é alta. No entanto, quando se verifica esse conhecimento por tipo de método, encontram-se diferenças significativas. Os métodos mais conhecidos são a pílula, a esterilização, o condon e a tabela, com percentuais de conhecimento de 96%, 93%, 91% e 76%, respectivamente. Métodos eficazes como o DIU e o diafragma são pouco conhecidos (46% e 23%, respectivamente). É importante dizer que a informação sobre conhecimento de métodos foi obtida na pesquisa, usando-se duas formas de fazer a pergunta: pedindo à mulher que citasse os métodos que conhecia e, posteriormente, perguntando sobre cada método não citado. Desta forma, a porcentagem de desconhecimento de cada método significa nunca ter ouvido falar dele.

Como se constatou anteriormente, o abandono do uso da pílula é grande no Nordeste (por efeitos colaterais, uso incorreto, idade etc.) e, em vista da preferência por limitar o número de filhos, a tabela e o coito interrompido apresentam pouca eficácia. O condon é uma opção difícil de ser aceita por casais estáveis, pelos preconceitos ligados ao seu uso (prostituição, AIDS, DST). Métodos eficazes como o DIU e o diafragma são pouco conhecidos. Assim, as mulheres que não desejam mais ter filhos estão buscando a esterilização, uma vez que é a única opção que lhes sobra.

Parece-nos que, para reverter este quadro, seria importante que os programas de planejamento familiar, sejam do governo ou de instituições particulares, dedicassem uma atenção especial à informação e divulgação de outros métodos eficazes, como o DIU, o diafragma, o condon e a pílula que, usados corretamente e com prescrição médica, são, também, eficientes para limitar nascimentos.

Por outro lado, apenas a informação não é suficiente, sendo necessário, também, possibilitar o acesso a esses métodos.

Apesar da diminuição, em termos percentuais, da necessidade insatisfeita total de anticoncepção, sabemos que, em números absolutos, a necessidade insatisfeita é bastante significativa, abrangendo um grande número de mulheres*. Além disso, como vimos anteriormente, alguns grupos específicos são mais carentes de anticoncepção e necessitam uma maior atenção por parte dos programas de planejamento familiar.

Esta necessidade insatisfeita precisa ser atendida, seja ela para espaçar ou para limitar os nascimentos. Mas é importante que se ofereça às mulheres uma variedade de métodos confiáveis, para que não se vejam diante de uma única opção: a esterilização feminina.

É importante, também, que novas investigações^a possam ser realizadas sobre o tema da necessidade insatisfeita, aprofundando alguns pontos levantados neste trabalho. Um estudo interessante e útil para os programas de planejamento familiar seria analisar a necessidade insatisfeita de anticoncepção, à nível dos estados que compõem a Região Nordeste do Brasil.

* NÚMERO DE MULHERES NO NORDESTE : 9.109.502
DEMANDA TOTAL . 7.469.791
NECESSIDADE INSATISFEITA : 1.685.257

Diagrama N° 1

COMPONENTES DA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPÇÃO

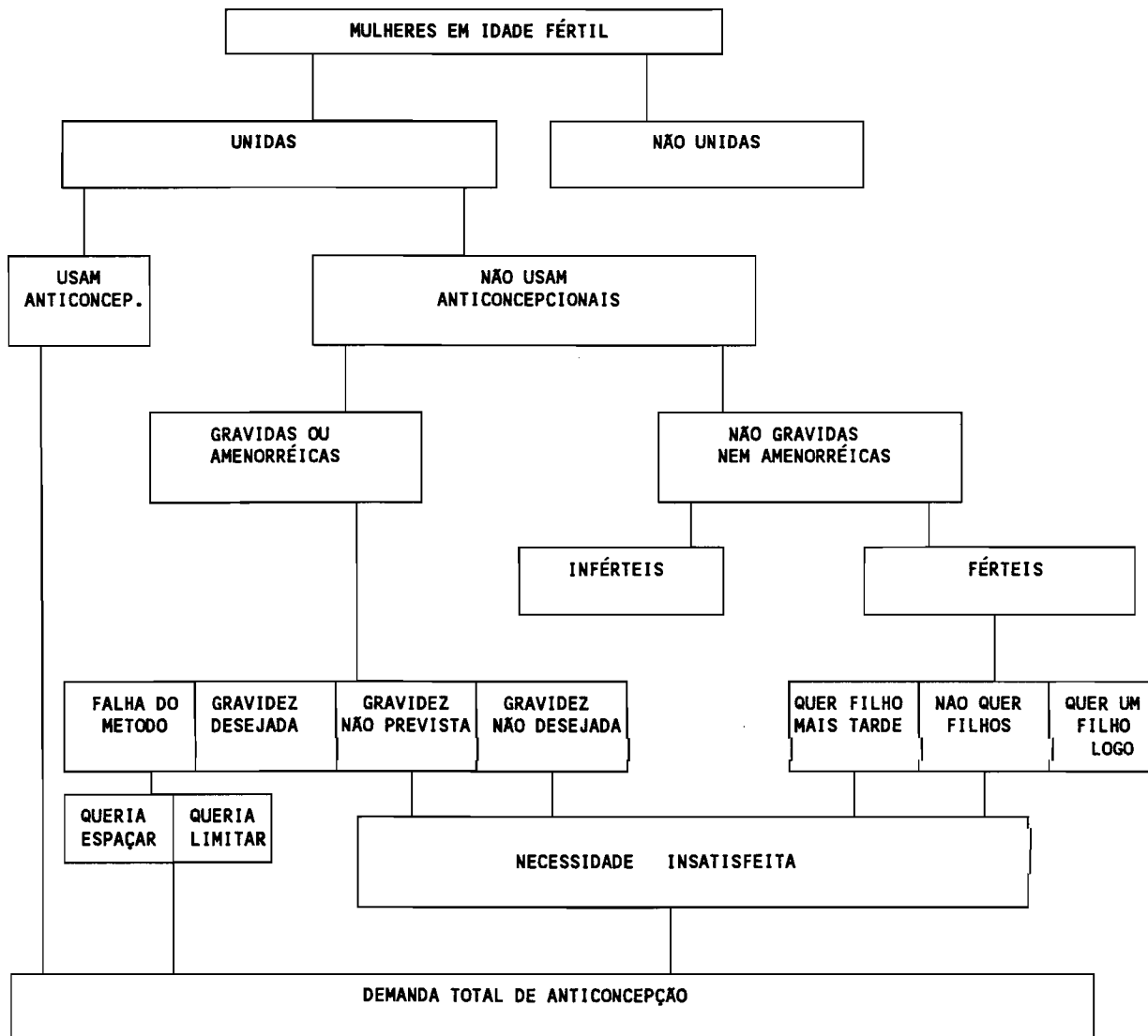


Diagrama Nº 2

BRASIL: COMPONENTES DA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPÇÃO. PNSMIPF, 1986 (DHS).

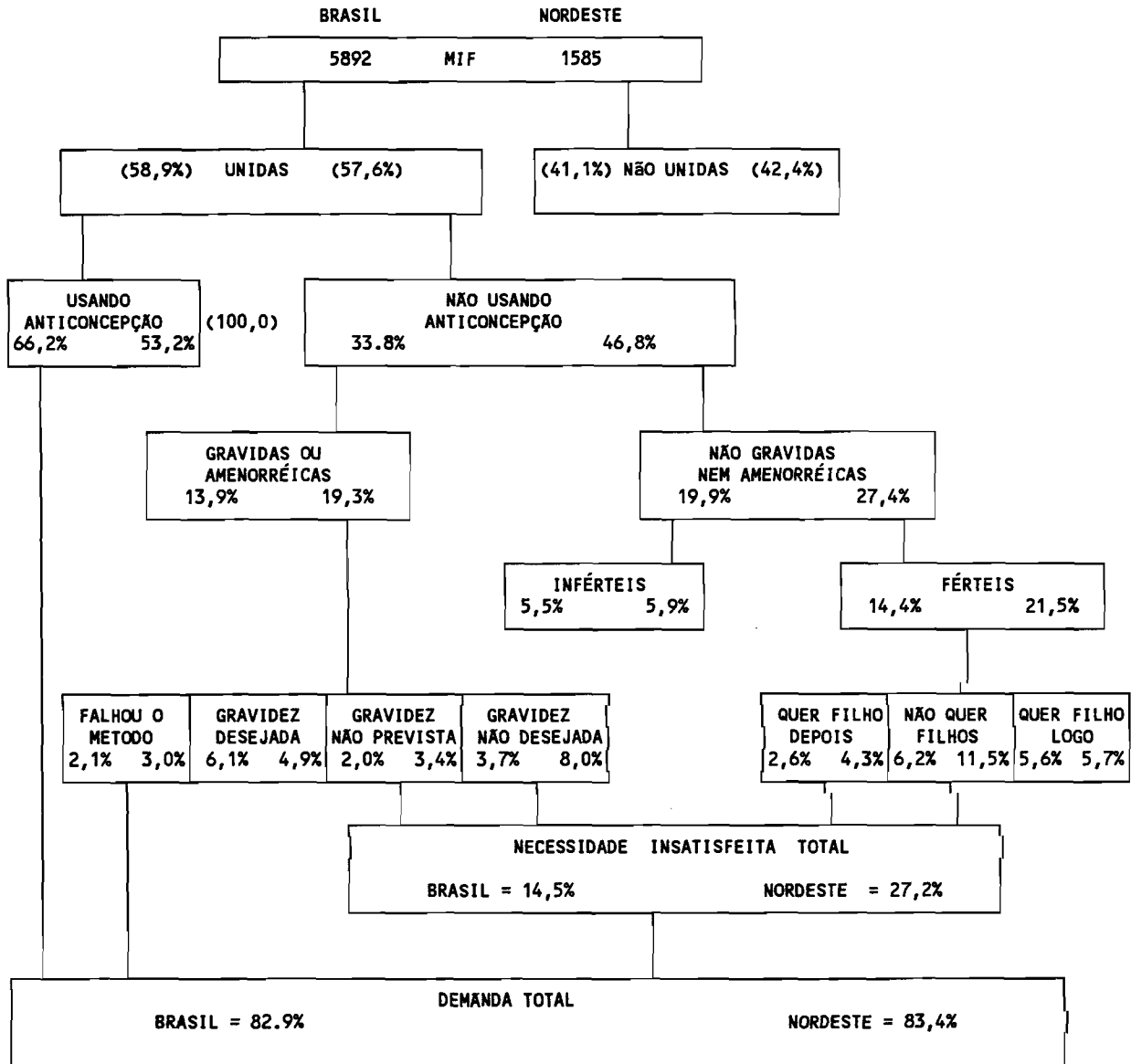


Diagrama Nº 3

NORDESTE: COMPONENTES DA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPÇÃO. 1986-1991.

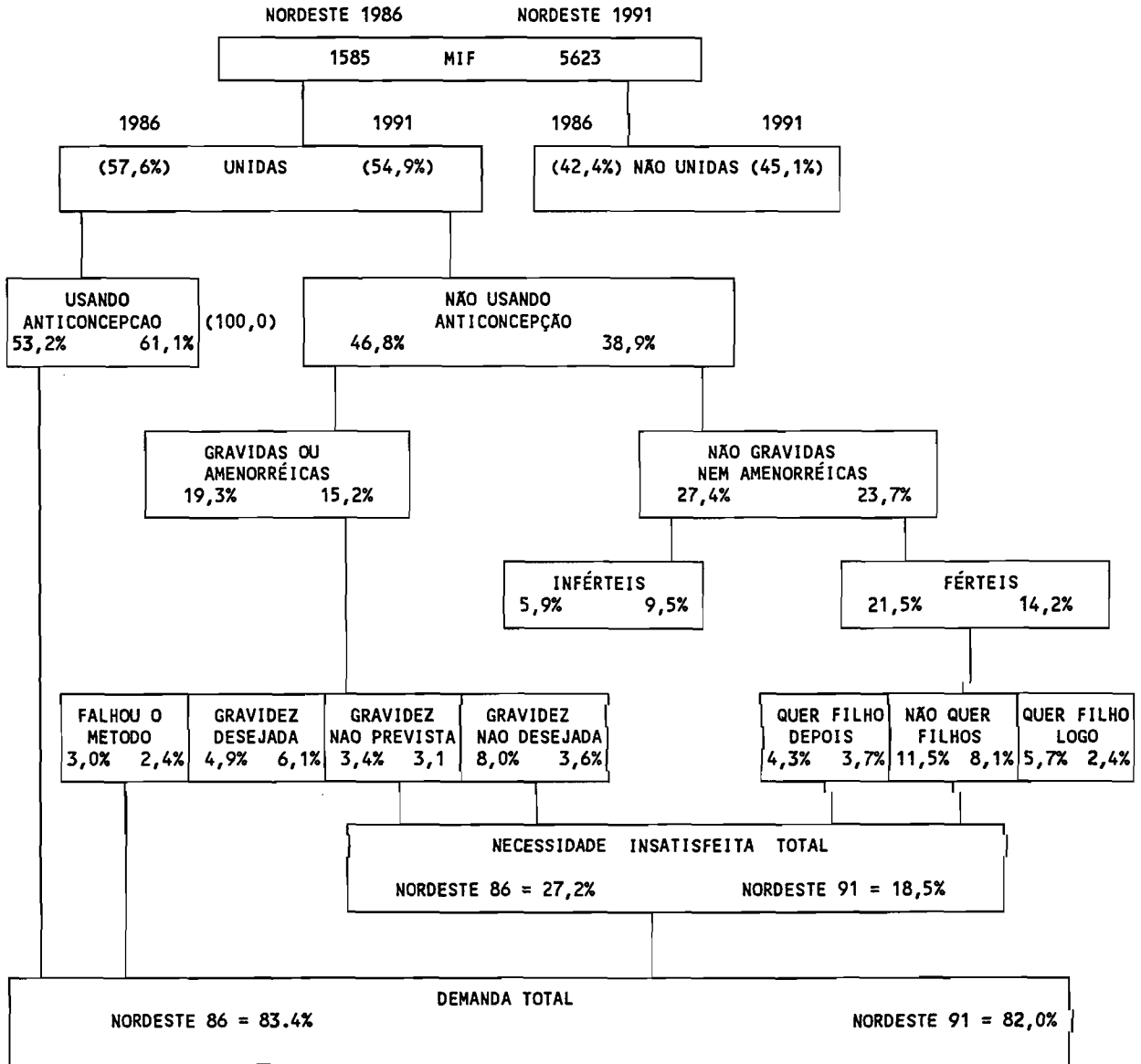


Diagrama Nº 4

NORDESTE: COMPONENTES DA DEMANDA TOTAL DE ANTICONCEPÇÃO, POR INTENÇÃO REPRODUTIVA. 1986/1991

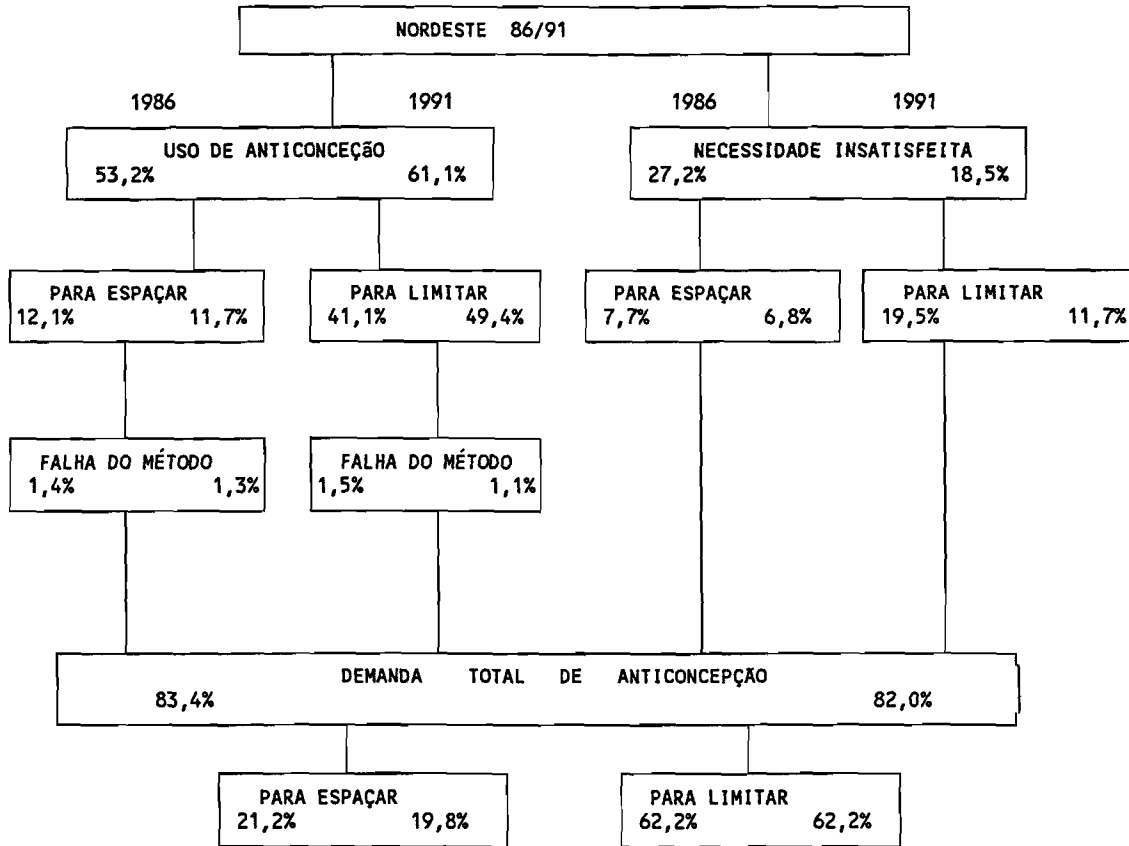


TABELA I

Distribuição percentual das mulheres de 15 a 44 anos, segundo o status matrimonial, para o total do Brasil e Região Nordeste.

PNSMIPF, 1986 (DHS) e PNSFN, 1991 (DHS2)

Status matrimonial	Brasil 86	Nordeste 86	Nordeste 91
Solteiras	34,4	34,6	38,6
Casadas	49,9	45,5	45,9
União informal	9,0	12,1	9,0
Sep./Divorciadas	5,3	6,2	5,4
Viúvas	1,4	1,6	1,2
Total	100,0	100,0	100,0
N	5892	1585	5623

TABELA II

Distribuição percentual do total de mulheres e das mulheres casadas ou em união, de 15 a 44 anos, segundo variáveis sócio-demográficas selecionadas. PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2).

	Brasil(86)		Nordeste(86)		Nordeste(91)	
	Todas as mulheres	Mulheres casadas	Todas as mulheres	Mulheres casadas	Todas as mulheres	Mulheres casadas
Residência						
Urbana	75,6	72,4	61,4	54,7	66,3	61,5
Rural	24,4	27,6	38,6	45,3	33,7	38,5
Idade						
15-19	22,3	5,0	24,2	5,5	24,8	7,0
20-24	19,8	17,1	19,8	18,5	19,8	16,6
25-29	17,7	21,6	17,9	22,5	17,2	21,6
30-34	15,9	22,1	13,8	18,9	13,1	18,5
35-39	13,4	18,6	13,8	20,1	13,6	19,9
40-44	10,9	15,5	10,5	14,5	11,5	16,4
Filhos nascidos vivos						
0	38,1	8,5	37,0	6,3	39,8	9,3
1	14,8	19,1	11,7	14,9	11,7	15,0
2	15,3	23,4	11,6	17,0	12,5	18,6
3	11,4	17,6	9,0	14,0	10,7	16,9
4	6,5	10,0	6,9	10,6	7,0	10,9
5 +	13,9	21,4	23,8	37,3	18,3	29,3
Instrução						
Nenhuma	7,4	9,9	12,2	17,2	17,4	22,7
< primário	22,3	28,4	33,1	40,2	23,7	27,2
Primário	18,2	20,5	15,1	15,3	14,9	14,7
> primário	26,1	22,4	19,0	14,3	25,1	19,2
Secund. +	26,0	18,8	20,7	13,0	18,1	16,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	5892	3471	1585	913	5623	3085

TABELA III

USO DE ANTICONCEPÇÃO

Distribuição percentual de mulheres de 15 a 44 anos, casadas ou unidas, usando anticoncepção, segundo o tipo de método escolhido.
PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2).

	Brasil 86	Nordeste 86	Nordeste 91
Uso Total	66,2	52,9	61,1
Esterilização	26,8	24,6	37,6
Pílula	25,2	17,3	14,7
Outros métodos modernos *	4,5	2,3	3,1
Métodos naturais/ tradicionais **	9,7	8,8	5,7
Não uso	33,8	47,1	38,9
Total	100,0	100,0	100,0
N	3471	913	3085

(*)- Condon, DIU, Diafragma, Injeções e Vasectomia.

(**)- Tabela, Billings e Coito interrompido.

TABELA IV

Porcentagem de mulheres casadas ou unidas, de 15-44 anos, usando anticoncepção e distribuição percentual segundo o tipo de método, por residência, idade, número de filhos nascidos vivos e instrução.
NORDESTE, PNSMIPF, 1986 (DHS)

	USO DE ANTICONCEPÇÃO						Total	N
	Usando método	Esterilização	Pílula	Mét. Naturais tradicionais *	Outros modernos **	Não usando		
Total	52,9	24,6	17,3	8,8	2,3	47,1	100,0	913
Residência								
Urbana	62,4	31,7	19,3	8,9	2,5	37,6	100,0	499
Rural	42,1	16,0	15,0	9,2	1,9	57,9	100,0	414
Idade								
15-19	42,1	0,0	35,1	7,0	0,0	57,9	100,0	50
20-24	44,0	6,3	24,6	10,5	2,6	56,0	100,0	159
25-29	53,4	22,4	23,3	3,9	3,9	46,6	100,0	205
30-34	63,6	34,4	16,9	9,7	2,6	36,4	100,0	172
35-39	54,6	37,7	6,8	9,7	0,5	45,4	100,0	183
40-44	53,3	30,0	7,3	14,0	2,0	46,7	100,0	133
N.de filhos								
0	20,0	0,0	10,8	4,6	4,6	80,0	100,0	57
1	51,3	1,9	31,2	13,6	4,5	48,7	100,0	136
2	54,9	19,4	22,3	10,3	2,9	45,1	100,0	155
3	61,1	35,4	19,4	4,9	1,4	38,9	100,0	171
4	65,1	39,4	11,9	12,8	0,9	34,9	100,0	96
5 +	52,5	31,9	11,4	7,8	1,3	47,5	100,0	340
Instrução								
Nenhuma	36,2	15,3	10,7	9,6	0,6	63,8	100,0	157
< Prim.	46,7	23,2	14,3	8,2	1,0	53,3	100,0	365
Primário	63,7	31,2	20,4	9,6	2,5	36,3	100,0	139
> Prim.	63,9	28,6	26,5	6,8	2,0	36,1	100,0	130
Secund. +	72,9	29,3	22,6	12,8	8,3	27,1	100,0	118

* - Tabela, Billings e coito interrompido.

** - Condon, DIU, Diafragma, Injeções e Vasectomia.

TABELA V

Porcentagem de mulheres casadas ou unidas de 15-44 anos, usando anticoncepção e distribuição percentual, segundo o tipo de método, por residência, idade, número de filhos nascidos vivos e instrução.

NORDESTE, PSFN, 1991 (DHS2)

	USO DE ANTICONCEPÇÃO						Total	N
	Usando métodos	Esterilização	Pílula	Mét. Naturais /tradicionais *	Outros métodos **	Não usando		
Total	61,1	37,6	14,7	5,7	3,1	38,9	100,0	3085
Residência								
Urbana	65,8	41,2	14,9	6,0	3,7	34,2	100,0	1898
Rural	53,5	31,9	14,3	5,2	2,1	46,5	100,0	1187
Idade								
15-19	45,5	0,7	34,4	2,9	7,4	54,5	100,0	215
20-24	49,1	12,7	23,7	7,7	4,9	50,9	100,0	512
25-29	60,7	35,2	17,2	5,6	2,7	39,3	100,0	667
30-34	67,4	48,5	10,5	5,7	2,7	32,6	100,0	570
35-39	69,1	53,7	8,0	5,7	1,7	30,9	100,0	614
40-44	63,6	49,6	6,8	5,3	1,9	36,4	100,0	507
N.de filhos								
0	26,6	0,7	16,4	3,3	6,2	73,4	100,0	288
1	51,1	1,8	32,4	10,1	6,7	48,9	100,0	462
2	63,7	36,6	16,2	6,1	4,8	36,3	100,0	572
3	75,3	58,5	10,5	4,6	1,7	24,7	100,0	522
4	70,9	56,3	9,7	4,6	0,3	29,1	100,0	336
5 +	63,6	49,2	8,4	5,1	0,9	36,4	100,0	905
Instrução								
Nenhuma	48,9	34,8	9,2	4,5	0,4	51,1	100,0	703
< Prim.	54,9	36,2	12,2	5,3	1,2	45,1	100,0	839
Primário	65,0	40,4	17,5	4,8	2,3	35,0	100,0	452
> Prim.	68,0	36,0	20,0	6,1	5,9	32,0	100,0	594
Secund +	76,6	43,2	17,5	8,5	7,4	23,4	100,0	497

* - Tabela, Billings e coito interrompido.

** - Condon, DIU, Diafragma, Injeções e Vasectomia.

TABELA VI

Distribuição percentual das mulheres casadas/unidas por status reprodutivo e contraceptivo, planejamento da última gravidez, entre as grávidas ou amenorréicas e intenções reprodutivas, entre as férteis.

PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2)

	BRASIL 86	NORDESTE 86	NORDESTE 91
INFÉRTEIS	5,5	5,9	9,5
USUARIAS DE ANTICONCEPÇÃO	66,2	53,2	61,1
GRAVIDAS OU AMENORRÉICAS			
Falha do método	2,1	3,0	2,4
Gravidez desejada	6,1	4,9	6,1
Gravidez não prevista	2,0	3,4	3,1
Gravidez indesejada	3,7	8,0	3,6
FÉRTEIS			
Desejam filho logo	5,6	5,7	2,4
Desejam mais tarde	2,6	4,3	3,7
Não desejam filhos	6,2	11,5	8,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0
N	3471	913	3085

TABELA VII

Demanda Total e seus componentes. Mulheres casadas/unidas de 15 a 44 anos.
PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2)

	BRASIL 86	NORDESTE 86	NORDESTE 91
DEMANDA DE ANTICONCEPÇÃO *			
Total	82,8	83,4	82,0
Para espaçar	23,6	21,2	19,8
Para limitar	59,2	62,2	62,2
NECESSIDADE INSATISFEITA			
Total	14,5	27,2	18,5
Para espaçar	4,6	7,7	6,8
Para limitar	9,9	19,5	11,7
USO DE ANTICONCEPÇÃO			
Total	66,2	53,2	61,1
Para espaçar	17,9	12,1	11,7
Para limitar	48,3	41,1	49,4
PORCENTAGEM DE DEMANDA SATISFEITA			
Total	79,8	63,8	74,4
Para espaçar	75,4	57,1	59,0
Para limitar	81,6	66,0	79,3

(*) As porcentagens de Falha de Método estão incorporadas à Demanda Total e às Demandas por espaçar e por limitar.

TABELA VIII

Necessidade insatisfeita de anticoncepção. Mulheres casadas/unidas, por características selecionadas.
NORDESTE 1986 e 1991 *

	NECESSIDADE INSATISFEITA TOTAL		NECESSIDADE INSATISFEITA PARA ESPAÇAR		NECESSIDADE INSATISFEITA PARA LIMITAR	
	1986	1991	1986	1991	1986	1991
IDADE						
15-19	26,3	22,0	15,8	15,7	10,5	6,3
20-24	32,5	23,2	15,7	13,9	16,8	9,3
25-29	25,9	20,4	9,1	8,4	16,8	12,0
30-34	24,1	15,3	5,6	4,6	18,5	10,7
35-39	27,5	16,6	2,9	3,2	24,6	13,4
40-44	26,6	15,7	1,3	0,5	25,3	15,2
FILHOS VIVOS						
0	18,9	11,7	9,5	8,1	9,4	3,6
1	20,3	18,5	11,5	12,3	8,8	6,2
2	25,9	17,0	12,7	9,4	13,2	7,6
3	25,5	15,4	8,1	4,8	17,4	10,6
4	25,2	18,2	3,4	5,1	21,8	13,1
5	31,4	19,0	2,8	1,6	28,6	17,4
6 +	38,7	28,8	3,1	2,8	35,6	26,0
RESIDENCIA						
Urbana	18,6	15,1	5,5	6,2	13,1	8,9
Rural	37,6	24,0	10,3	7,7	27,2	16,3
INSTRUÇÃO						
Nenhuma	46,9	29,1	9,6	6,7	37,3	22,4
< Prim.	32,4	21,2	7,0	7,7	25,4	13,5
Primário	14,6	15,8	7,6	6,9	7,0	8,9
> Prim.	19,7	14,1	9,5	7,5	10,2	6,6
Secundário +	8,3	6,6	5,3	4,2	3,0	2,4

(*)- PMSIPF, 1986 e PSFN, 1991.

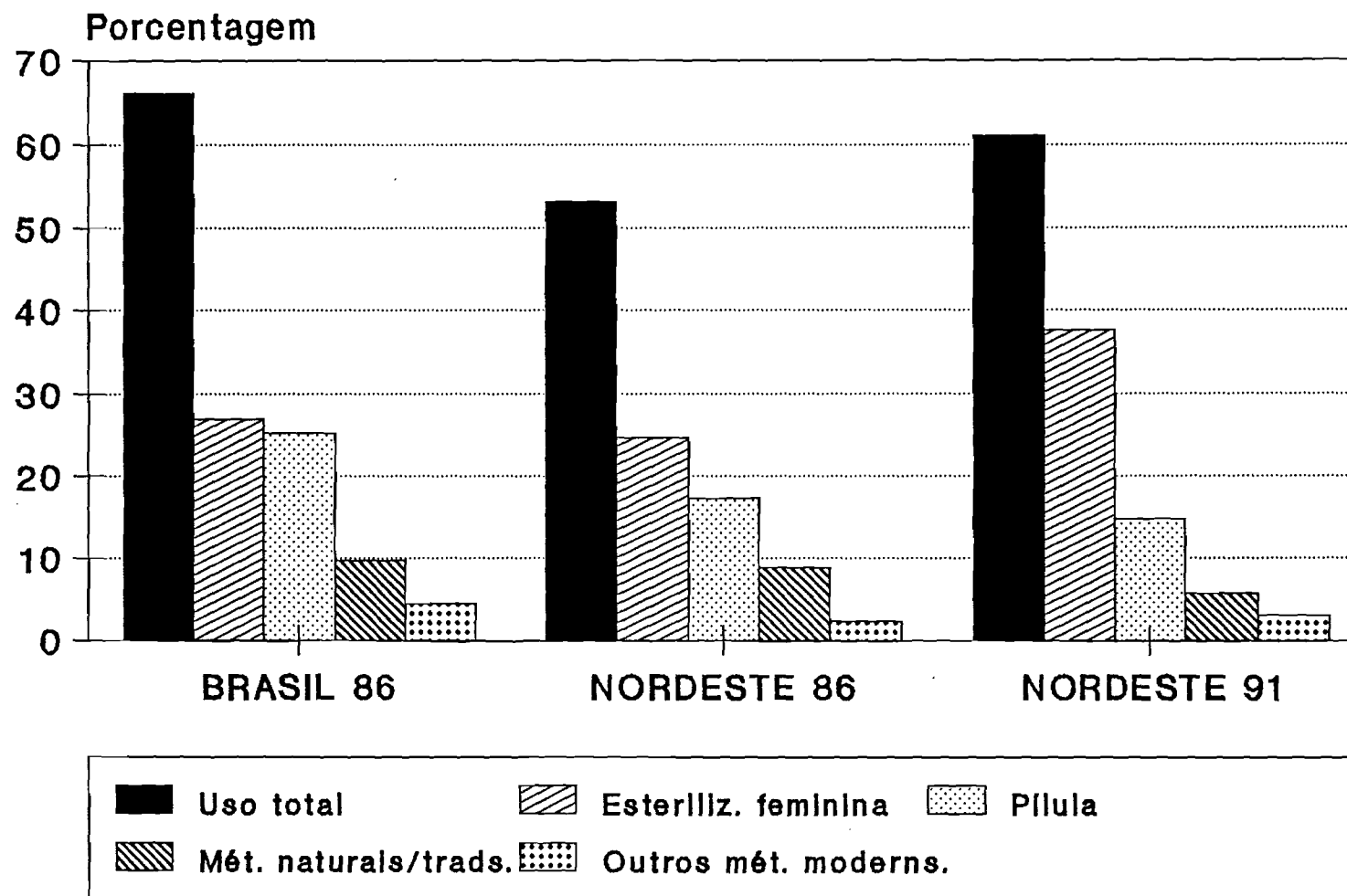
TABELA IX

Demanda Total por anticoncepção. Mulheres casadas/unidas, por características selecionadas.
NORDESTE 1986 e 1991 *

	DEMANDA TOTAL		DEMANDA POR ESPAÇAR		DEMANDA POR LIMITAR	
	1986	1991	1986	1991	1986	1991
IDADE						
15-19	70,2	67,6	45,6	55,1	24,6	12,5
20-24	79,0	78,0	42,9	40,9	36,1	37,1
25-29	84,5	83,6	25,4	24,4	59,1	59,2
30-34	91,3	86,2	15,9	13,6	75,4	72,6
35-39	84,1	86,5	9,2	5,9	74,9	80,6
40-44	81,3	79,7	1,3	1,5	80,0	78,2
FILHOS VIVOS						
0	37,8	39,6	24,3	31,7	13,5	7,9
1	74,7	74,5	50,0	51,6	24,7	22,9
2	84,2	84,5	26,4	22,1	58,4	62,4
3	91,9	92,1	19,9	7,1	72,0	85,0
4	88,2	91,1	7,6	8,7	80,6	82,4
5	91,4	91,1	7,6	7,1	83,8	84,0
6 +	93,3	91,4	4,6	4,6	88,7	86,8
RESIDENCIA						
Urbana	83,5	83,2	20,0	19,3	61,5	63,9
Rural	83,3	80,2	20,3	20,5	63,0	59,7
INSTRUÇÃO						
Nenhuma	83,6	79,5	14,7	11,1	68,9	68,4
< Prim.	83,0	79,5	15,5	16,5	67,5	63,0
Primário	82,2	83,4	21,7	20,2	60,5	63,2
> Prim.	86,4	83,9	29,9	27,9	56,5	56,0
Secundário +	84,2	86,2	38,3	27,1	45,9	59,1

(*) -PNSMIPF, 1986 e PSFN, 1991

Gráfico 1
 USO DE ANTICONCEPCAO - MULHERES CASADAS/UNIDAS,
 15-44 ANOS. BRASIL E NORDESTE, 1986-1991



PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2)

Gráfico 2
PORCENTAGENS DE MULHERES CASADAS/UNIDAS
USANDO PILULA, POR IDADE.
PNSMIPF, 86 (DHS) E PSFN, 91 (DHS2)

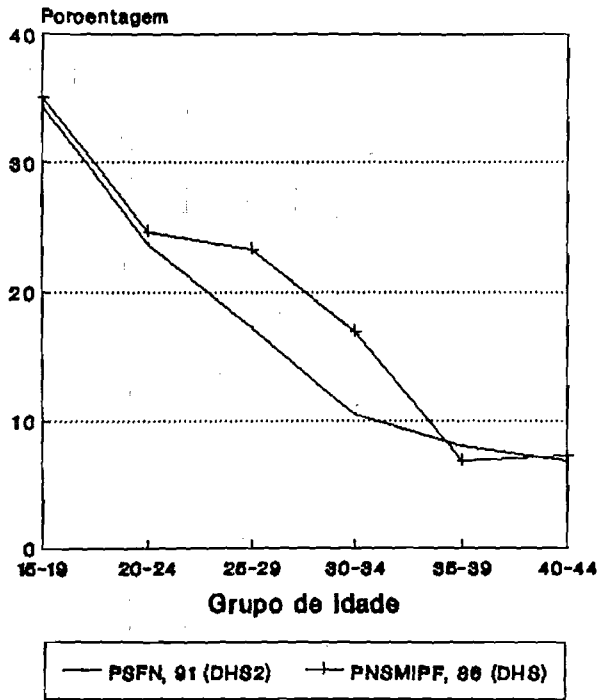


Gráfico 3
PORCENTAGENS DE MULHERES CASADAS/UNIDAS
USANDO PILULA, POR NUMERO DE FILHOS.
PNSMIPF, 86 (DHS) E PSFN, 91 (DHS2)

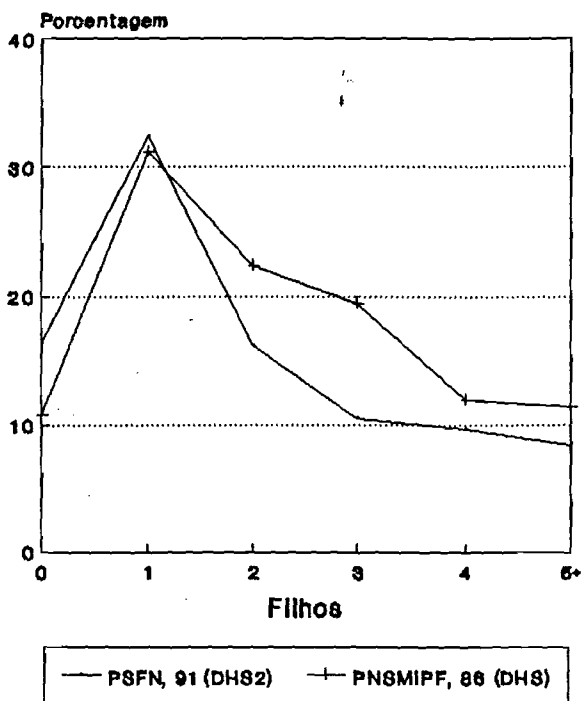


Gráfico 4
PORCENTAGENS DE MULHERES CASADAS/UNIDAS
ESTERILIZADAS, POR IDADE.
PNSMIPF, 86 (DHS) E PSFN, 91 (DHS2)

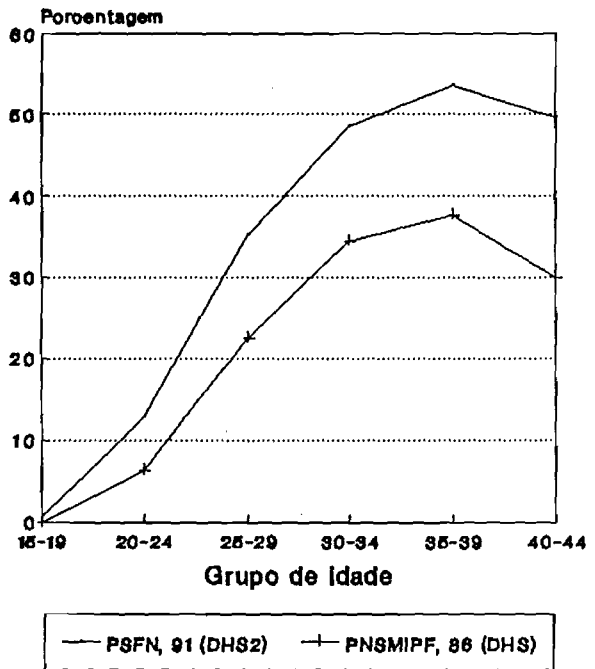


Gráfico 5
PORCENTAGENS DE MULHERES CASADAS/UNIDAS
ESTERILIZADAS, POR NUMERO DE FILHOS.
NORDESTE 1986-1991

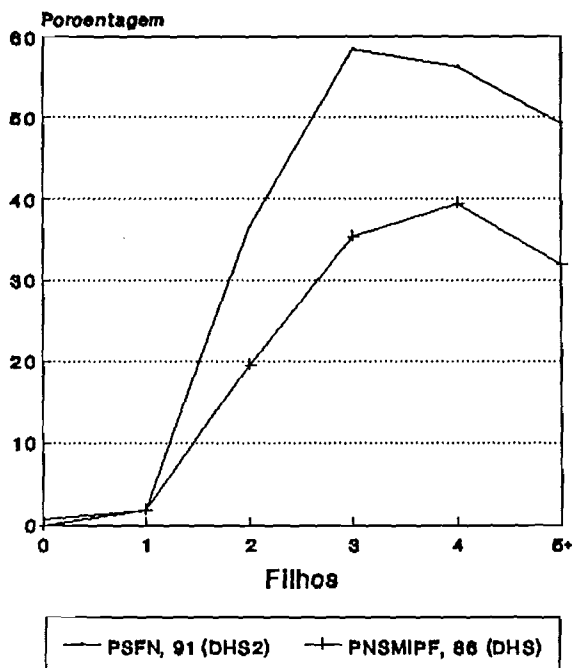
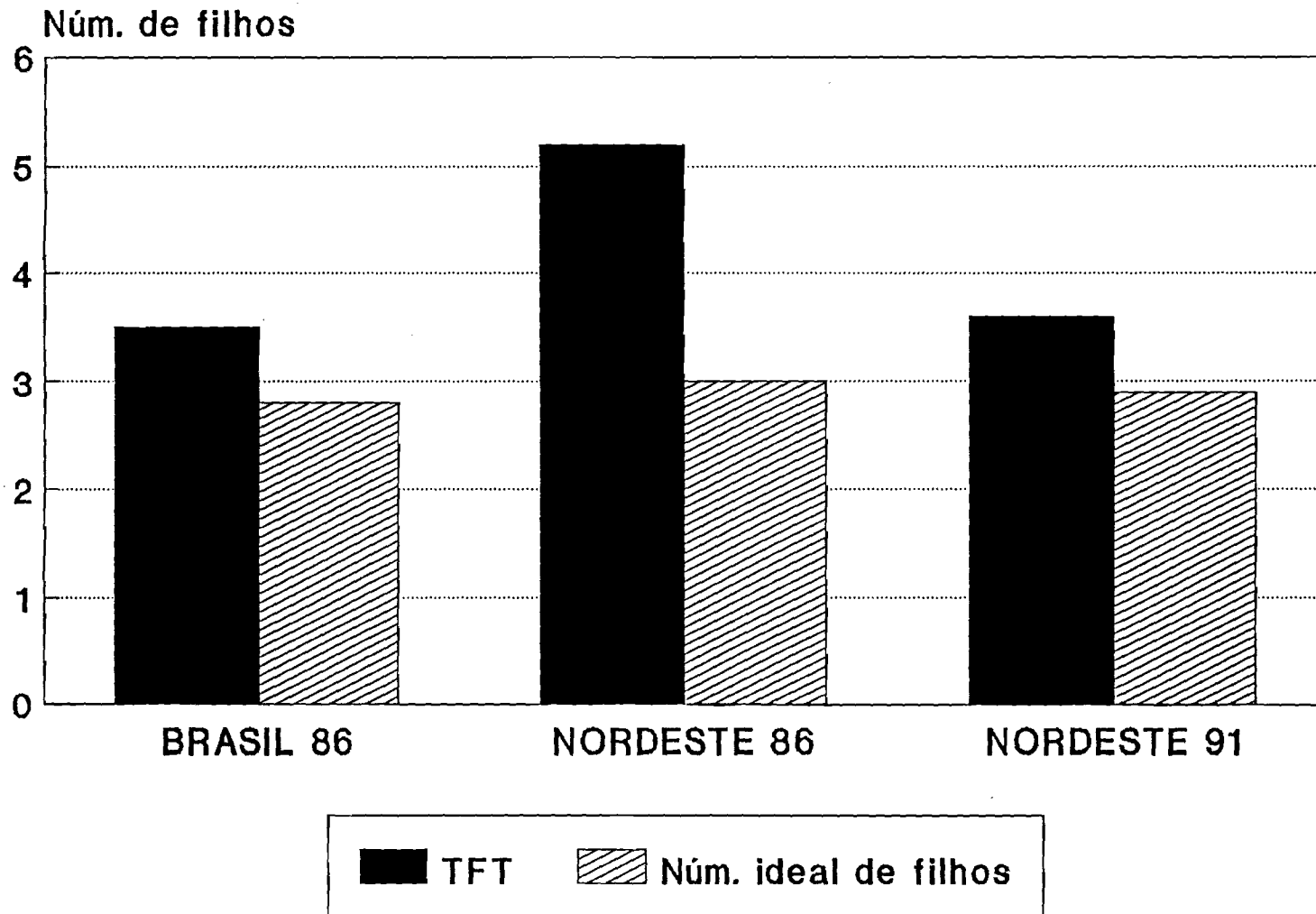
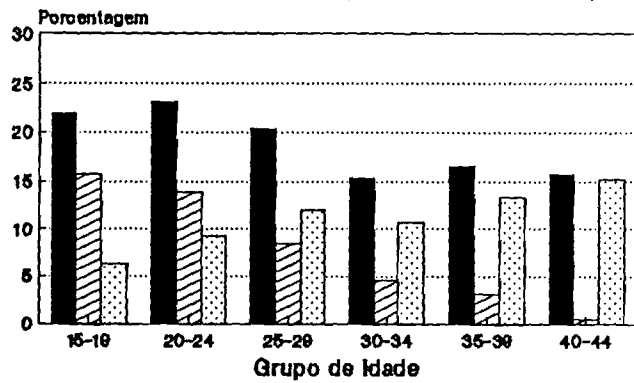


Gráfico 6
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT) E NUMERO
MEDIO IDEAL DE FILHOS. BRASIL 1986 - NORDESTE 1986/91



PNSMIPF, 1986 (DHS) e PSFN, 1991 (DHS2)

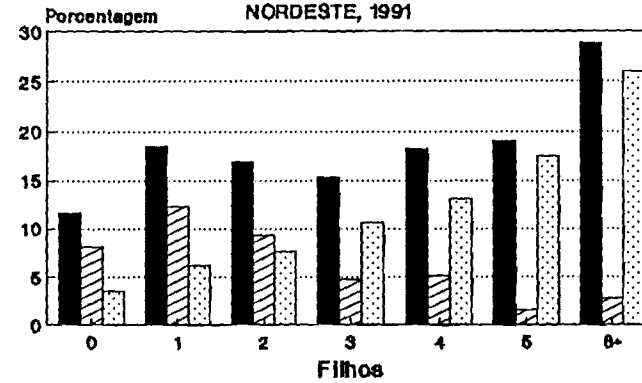
Gráfico 7
NECESSIDADE INSATISFEITA DE ANTICONCEPÇÃO,
SEGUNDO O TIPO DE INSATISFAÇÃO, POR IDADE. NORDESTE, 1991



■ Total ▨ Para esperar ▤ Para limitar

PSFN, 91 (DHS2)

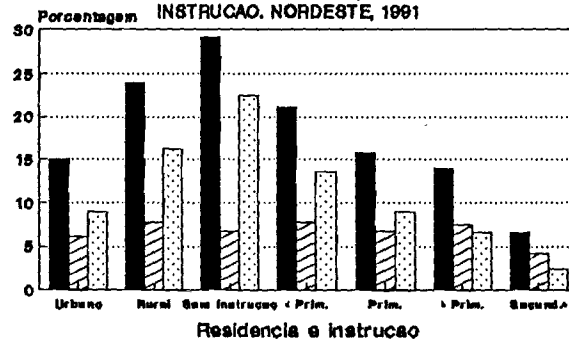
Gráfico 8
NECESSIDADE INSATISFEITA DE ANTICONCEPÇÃO,
SEGUNDO O TIPO DE INSATISFAÇÃO, POR NUMERO DE FILHOS.
NORDESTE, 1991



■ Total ▨ Para esperar ▤ Para limitar

PSFN, 91 (DHS2)

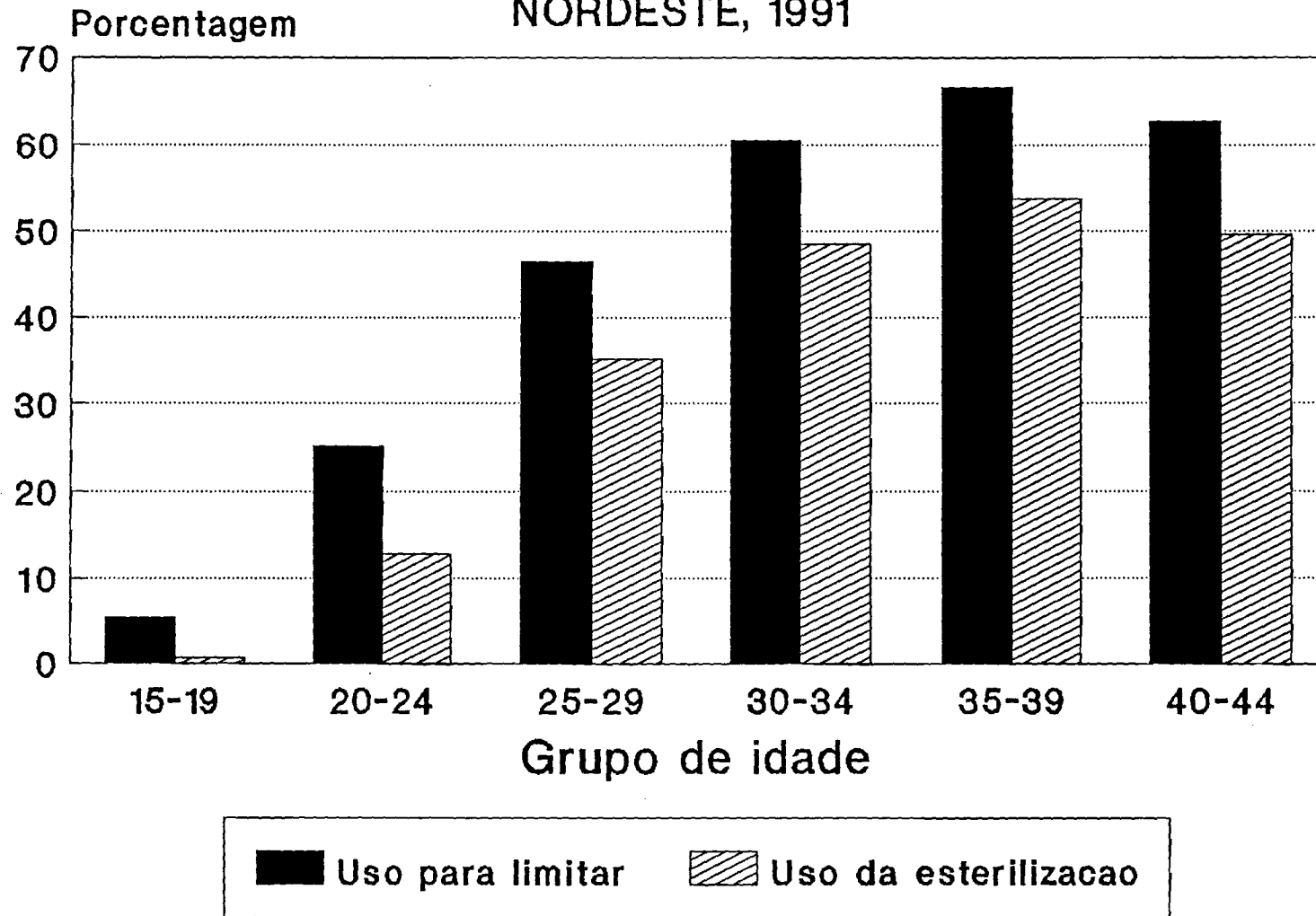
Gráfico 9
NECESSIDADE INSATISFEITA DE ANTICONCEPÇÃO,
SEGUNDO O TIPO DE INSATISFAÇÃO, POR RESIDENCIA E
INSTRUÇÃO. NORDESTE, 1991



■ Total ▨ Para esperar ▤ Para limitar

PSFN, 91 (DHS2)

Gráfico 10
USO DE ANTICONCEPCAO PARA LIMITAR NASCIMENTOS E USO DA
ESTERILIZACAO, POR IDADE DAS MULHERES CASADAS.
NORDESTE, 1991



PSFN, 1991 (DHS2)