

Victor Manuel Arocena Canazas

**A descontinuação contraceptiva : uma proposta de análise
aplicada aos dados do Peru**

Belo Horizonte, MG
UFMG/ Cedeplar
2001

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Victor Manuel Arocena Canazas

A descontinuação contraceptiva : uma proposta de análise aplicada aos dados do Peru

Tese apresentada ao curso de doutorado do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Demografia.

Orientador: Prof.^a. Dr.^a. Orientadora : Laura Rodriguez Wong
Co-orientadora : Prof.^a. Dr.^a. Moema Bueno Figoli

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2001

***PARA QUEM PASSOU PELA EXPERIÊNCIA
DE DECIDIR ENTRE UMA GRAVIDEZ NÃO
DESEJADA E UM ABORTO INDUZIDO***

AGRADECIMENTOS

Na finalização da presente tese, agradeço à Direção do CEDEPLAR e ao Colegiado do Curso de Pós-Graduação em Demografia por ter-me admitido no programa de pós-graduação, pela confiança e apoio prestado ao longo do curso.

À Macro International INC, pela base de dados da *Encuesta Nacional de Demografía e Salud de 1996 (ENDES-96)*. Principalmente a Siân Curtis, por disponibilizar os programas CAL2SPSS e SELECT para a leitura dos dados do calendário e questionário individual da ENDES-96.

À Gloria Loza Martinez, Diretora da *Dirección Técnica de Demografía e Asuntos Sociales del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI)*, Luz Marina Vera e Carlota Tuesta Soldevilla, da *Oficina de Población del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH)*, pelo apoio no fornecimento da informação utilizada nos diferentes capítulos da tese. À Tais de Freitas Santos, da Fundação Joaquim Nabuco pelo fornecimento dos programas para construção das variáveis utilizadas no estudo.

À professora Laura Rodríguez Wong, minha orientadora, especial agradecimento e eterna gratidão pelo esforço e dedicação na orientação. Pela revisão minuciosa e detalhada das inúmeras versões da tese, críticas e sugestões. À professora Moema G. Bueno Fígoli, pela co-orientação e apoio no desenvolvimento dos aspectos estatísticos da tese.

Ao Corpo Docente do CEDEPLAR, por ter tido a oportunidade de partilhar seus conhecimentos. Em especial aos professores: José Alberto Magno de Carvalho, Diana R.T.O. Sawyer, Laura Rodríguez Wong, Ignez Helena O. Perpétuo, Moema G. Bueno Fígoli, Cibele Comini César, Fausto Reynaldo Alves

de Brito, Simone Wajnman, Roberto do Nascimento Rodrigues, Eduardo L. G. Rios Neto e Paula de Miranda Ribeiro.

Aos funcionários do CEDEPLAR, cuja atenção, eficiência e dedicação muito contribuíram para a realização desta tese. É de ressaltar meus agradecimentos para Maria Célia, Mirtes, Maristela, Ricardo e Enrique da Biblioteca; assim como para Cecília, Andréa, Cleusa e Sebastião da Secretaria dos Cursos de Pós-Graduação em Demografia e Economia. Particular agradecimento pela amizade a Maristela Dória França da Secretaria Geral do CEDEPLAR.

Aos meus colegas da coorte 97: Alisson, Shiguti, Marcos, Ana Rosa, Cássio, Conceição, Lara e Joseane. Em especial para Frederico Poley e Elzira Lúcia, pela amizade. Pela convivência, aos colegas: José Ribeiro, Flavio, Adriana, Ricardo, Moisés, Mariane, Weber, Luís Cláudio, Vânia, Glaucia, Marília, Sonaly, Júnia, César, Lizandro, Jomar, Ernesto e Andrea. Em especial, Maria Helena Spyrides.

Ao pessoal do Laboratório de Computação Aplicada (LCA) Maurício, Luís, Neilton e Gustavo, por terem colaborado e auxiliado no desenvolvimento da etapa operativa da tese.

À família Martins Barroca na pessoa de dona Margarida e seus filhos Fernando, Carlos, Marília e Laercio, e Márcia por abrirem um espaço de amizade na sua família. Especialmente para Marialice, amiga e companheira nestes últimos quatro anos importantes da minha vida; assim como, para Frederico e Felipe.

Finalmente, ao meu avô Manuel, amigo e mestre. Aos meus pais Víctor e Lucila, por seu exemplo e presença espiritual, que acompanha o caminho da minha vida. Aos meus filhos, por compartilharmos a idéia que, ao final, estaremos juntos na casa grande de Mollendo, e voltar a viver como nos tempos de nossos avós.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS
LISTA DE GRÁFICOS
LISTA DE QUADROS
LISTA DE DIAGRAMAS
RESUMO

INTRODUÇÃO.....16

PARTE I

UMA PROPOSTA PARA ANALISAR FATORES RELACIONADOS
COM A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA

2 O ESTUDO DA DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA.....25

2.1 Abordagens e principais achados.....25

2.1.1 Níveis e diferenciais.....27

2.1.2 Fatores relacionados com a descontinuação.....35

2.2 Resumo.....37

3 A PROPOSTA DE ANÁLISE.....38

3.1 Aspectos conceituais-p pressupostos básicos.....38

3.2 O Processo uso-descontinuação45

3.3 Fatores e mecanismos da descontinuação.....49

3.3.1 Fatores distantes.....52

3.3.2 Fatores intermediários.....54

3.3.3 Fatores próximos.....55

3.4 Resumo.....59

PARTE II

APLICAÇÃO DA PROPOSTA DE ANÁLISE AOS DADOS DO PERU

4 A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PERU.....61

4.1 Características gerais, sócio-econômicas e demográficas.....67

4.2 Os Programas e atividades de planejamento familiar.....69

4.3 O Comportamento reprodutivo e contraceptivo da população.....71

4.4 A Descontinuação contraceptiva.....79

4.5 Resumo.....84

5 FONTE DE DADOS E VARIÁVEIS UTILIZADAS

NO ESTUDO.....86

5.1 O Calendário de eventos.....86

5.2 Fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo.....	92
5.3 Resumo.....	99
6 A METODOLOGIA UTILIZADA.....	100
6.1 Aspectos metodológicos no estudo da descontinuação.....	101
6.2 A tabela de vida de decremento simples associado.....	105
6.3 O método das equações generalizadas de estimação (GEE)	107
6.4 Resumo.....	112
7 ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS COM A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PERU E REGIÕES.....	113
7.1 Análise univariada: as tabelas de vida.....	113
7.1.1 Fatores distantes.....	119
7.1.2 Fatores intermediários.....	121
7.1.3 Fatores próximos.....	127
7.1.4 Conclusões relativas aos resultados da análise univariada.....	136
7.2 Análise de modelos multivariados.....	136
7.2.1 Os coeficientes β e a influência dos fatores distantes, intermediários e próximos na descontinuação contraceptiva.....	137
7.2.2 O Modelo Final.....	137
7.2.3 Conclusões relativas aos resultados da análise multivariada.....	167
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	170
8.1 Descontinuação contraceptiva e direitos reprodutivos.....	170
8.2 Principais considerações sobre a descontinuação contraceptiva no Peru.....	171
8.3 Implicações de políticas.....	173
8.4 Trabalhos futuros.....	175
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	176
10 ANEXOS	
Anexo 1: Definição das variáveis intermediárias estrato sócio-econômico e acesso a serviços de planejamento familiar.....	184
Anexo 2: A Técnica das tabelas de vida para estimar probabilidades acumuladas de descontinuação por falha do método no Peru.....	186
Anexo 3: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos, e razões de descontinuação (por cem). Erro padrão e intervalos de confiança das probabilidades acumuladas.....	188

Anexo 4: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos, e descontinuação.....203

Anexo 5: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos, e descontinuação correspondente ao modelo final.....208

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Peru e regiões 1996: Indicadores demográficos selecionados	64
Tabela 2	Peru e regiões 1996: Mulheres que trabalharam nos doze meses prévios à pesquisa por tipo de método (por cem).....	65
Tabela 3	Peru e regiões 1996: Mulheres segundo níveis de educação (por cem).....	66
Tabela 4	Peru e regiões 1996: Mulheres segundo exposição a mensagens de planejamento familiar nos doze meses prévios à data da pesquisa (por cem).....	66
Tabela 5	Peru e regiões 1996: Infra-estrutura física de saúde (por cem mil habitantes).....	67
Tabela 6	Peru e regiões 1996: Recursos humanos de saúde (por cem mil habitantes).....	68
Tabela 7	Peru e regiões 1996: Casais protegidos por tipo de métodos (por cem).....	70
Tabela 8	Peru e regiões 1996: Prevalência contraceptiva por tipo de métodos (por cem).....	73
Tabela 9	Peru e regiões 1996: Mulheres unidas por tipo de método usado na data da pesquisa (por cem).....	74
Tabela 10	Peru e regiões 1996: Mulheres segundo conhecimento do período fértil (por cem).....	75
Tabela 11	Peru e regiões 1996: Mulheres usuárias da tabela segundo conhecimento do período fértil e intenção contraceptiva (por cem).....	75
Tabela 12	Peru e regiões 1996: Mulheres usuárias segundo intenção contraceptiva e tipo de método usado (por cem).....	76
Tabela 13	Peru 1991-92/1996: Razões de descontinuação contraceptiva nos cinco anos anteriores à pesquisa por tipo de método usado (por cem).....	80

Tabela 14	Peru 1996: Taxas anuais de descontinuação contraceptiva segundo razões de descontinuação e tipo de método usado.....	83
Tabela 15	Peru e regiões 1996: Índice de agrupamento das durações de uso contraceptivo.....	91
Tabela 16	Peru 1996: Grupos de razões de descontinuação.....	94
Tabela 17	Peru 1996: Descrição das variáveis utilizadas no estudo da descontinuação.....	95
Tabela 18	Peru e regiões 1996: Episódios de uso segundo razões de descontinuação, continuação e características selecionadas.....	97
Tabela 19	Peru 1996: Episódios de uso segundo razões de descontinuação e características selecionadas.....	98
Tabela 20	Peru e regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo razões de descontinuação (por cem).....	114
Tabela 21	Peru e regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes e razões de descontinuação (por cem)	119
Tabela 22	Peru e regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores intermediários e razões de descontinuação (por cem).....	123
Tabela 23A	Peru e regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores próximos e razões de descontinuação (por cem).....	129
Tabela 23B	Peru e regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores próximos e razões de descontinuação (por cem)	133
Tabela 24	Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação total.....	139
Tabela 25	Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação para engravidar.....	142

Tabela 26	Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por falha do método.....	147
Tabela 27	Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por razões de saúde.....	150
Tabela 28	Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação relacionados com o método.....	154
Tabela 29	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação total.....	157
Tabela 30	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação para engravidar.....	160
Tabela 31	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por falha do método.....	161
Tabela 32	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por razões de saúde.....	163
Tabela 32A	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por razões de saúde.....	165
Tabela 33	Peru e regiões 1996: Modelo final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por razões relacionadas com o método...	167

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Peru e regiões 1996: Distribuição relativa das mulheres segundo número de filhos e tipo de método usado (por cem).....	77
Gráfico 2	Peru e regiões 1996: Distribuição relativa das mulheres segundo idade e tipo de método usado (por cem).....	78
Gráfico 3	Peru e regiões 1996: Durações de uso contraceptivo por regiões (por cem).....	90
Gráfico 4	Peru 1996: Probabilidades acumuladas segundo duração do episódio de uso em meses e razões de descontinuação.....	117
Gráfico 5	Regiões 1996: Probabilidades acumuladas segundo duração do episódio de uso em meses e razões de descontinuação segundo regiões.....	119

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação das razões de descontinuação.....	30
Quadro 2	Classificação das razões de descontinuação da ENCUESTA 1997....	48

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1 Proposta para analisar fatores relacionados com a descontinuação contraceptiva.....	50
Diagrama 2 Calendário de eventos da ENDES-96.....	87

RESUMO

O presente estudo desenvolve uma proposta para analisar os principais fatores e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação, principalmente, para contextos em desenvolvimento e sua aplicação aos dados da *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 1996* do Peru. Um sub-produto desta aplicação e o fornecimento de elementos para a formulação de ações de política sobre saúde reprodutiva e, especificamente, planejamento familiar, no contexto sub-regional do país.

Trata-se de uma nova perspectiva de estudo da descontinuação, que busca ademais, abrir um espaço de discussão e debate sobre o tema.

Assume, como pressuposto básico, que nas sociedades contemporâneas, as mulheres controlam o processo reprodutivo com a finalidade de implementar suas preferencias reprodutivas. Consequentemente, usam contracepção com objetivo de alcançar um determinado número de filhos descontinuando, portanto, tantas vezes quantos filhos desejarem ter ou por não precisarem de contracepção. Entre o período de uso e descontinuação, seja para engravidar ou por não precisar de contracepção (temporária ou definitivamente), se apresentam problemas e/ou complicações derivadas ou agravadas pelo uso dos métodos, que também derivariam na descontinuação.

Na proposta assume-se a descontinuação como resultado de um processo no qual conjuntos de fatores atuariam em diferentes níveis. Fatores geográficos, sócio-econômicos e de disponibilidade de serviços de planejamento familiar situar-se-iam no nível distante e se relacionariam indiretamente com a descontinuação. Estes seriam intermediados por fatores relacionados com a conduta reprodutiva.

Estes últimos, por sua vez, se relacionariam diretamente com a descontinuação, situando-se no nível próximo.

Dado o contexto peruano (sócio-econômico e demográfico) na aplicação da proposta aos dados do Peru se analisa a relação de três grupos de fatores: distantes (geográficos), intermediários (sócio-econômicos e planejamento familiar) e próximos (relacionados com a conduta reprodutiva) com a descontinuação. Considerando o objetivo de estudar a descontinuação, da perspectiva da saúde reprodutiva e planejamento familiar, a partir de uma base de dados já disponível, analisa-se quatro grupos de razões de descontinuação: a) engravidar; b) falha do método; c) problemas de saúde; e d) relacionadas com o método.

O calendário e questionário individual da *Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 1996 del Perú* (ENDES-96) constituem as principais fonte de dados e de informação sobre descontinuação.

Metodologicamente, a análise da relação dos fatores mencionados com a descontinuação baseia-se, a nível univariado, em probabilidades de descontinuação, derivadas de tabelas de vida de decremento simples associado. A nível multivariado, através da análise dos coeficientes β das três equações de regressão estimadas segundo o esquema apresentado na proposta de análise. A partir das variáveis estatisticamente significativas na análise multivariada define-se os modelos finais para cada grupo de razões de descontinuação para o país e regiões.

Os resultados da análise univariada revelam que entre as regiões e fatores não haveria diferenças entre as probabilidades totais de descontinuação, resultando muito importante o estudo das razões que levam á descontinuação.

Os resultados da análise multivariada, confirmam os achados encontrados na análise univariada. Fatores distantes representados pela variável área de residência não revelam, em geral, efeito estatisticamente significativo sobre a descontinuação. Fatores intermediários principalmente a condição de ocupação, mostram importante efeito, quando controlado o efeito do fator distante. Por sua vez, fatores próximos representados por variáveis relacionadas com a conduta reprodutiva das mulheres (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo) mostram, em geral, uma forte e persistente relação com os quatro grupos de razões de descontinuação, associados ou independentemente, do contexto geográfico, sócio-econômico e de acesso a serviços de planejamento familiar

Os modelos finais, que definem a descontinuação contraceptiva no Peru, apresentam dois padrões de descontinuação, os quais podem subsidiar as ações de política de planejamento familiar nas regiões: a) em Lima e Litoral, as regiões de maior desenvolvimento sócio-econômico e mais avançadas no processo de mudança no padrão reprodutivo e contraceptivo, fatores intermediários como estrato sócio-econômico e ocupação e próximos definiriam a descontinuação para engravidar e por falha do método; b) na Selva e Serra, contrariamente, as regiões menos desenvolvidas e avançadas nos processos de mudança antes mencionados, por um lado, fatores distantes e intermediários definiriam a descontinuação por falha do método, e por outro, fatores próximos, definiriam o restante grupo de razões de descontinuação.

Os modelos finais apresentam as chances de descontinuar para os diversos subgrupos de mulheres. De forma geral, residir na área rural, pertencer ao estrato sócio-econômico menos favorável e não trabalhar -comparadas com as respectivas categorias de referência- significa aumentar a chance de descontinuar. Entre as categorias das variáveis próximas, ter mais de 3 filhos, ser maior de 34 anos significa menor chance de descontinuar que entre mulheres consideradas na respectiva categoria de referência. Notadamente, mulheres que usam um método

tradicional teriam impressionantemente maiores chances de descontinuar por falha vis-a-vis mulheres que usam método moderno.

De forma geral, estes resultados constituem um elemento importante para o planejamento das políticas de saúde reprodutiva ao definir, entre as regiões, os fatores que influenciam nos diferentes grupos de descontinuação. Especificamente, o conhecimento da chance de descontinuar dos diferentes subgrupos de mulheres, pode contribuir ao desenho de políticas focais para subgrupos prioritários de atenção nas diferentes regiões do país.

1 INTRODUÇÃO

Esta introdução justifica a importância do estudo da descontinuação contraceptiva como um aspecto fundamental para o melhor planejamento e sucesso das políticas de saúde reprodutiva e da mulher em geral, assim como, a aplicação da proposta de análise, desenvolvida no estudo, aos dados do Peru. Logo, apresenta os objetivos e organização do estudo.

1.1 Justificativa

O controle do processo reprodutivo através do uso de métodos modernos de contracepção constitui um fato contemporâneo demograficamente importante, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Relatórios das Pesquisas sobre Demografia e Saúde do período 1994-98 revelam que na última década do século XX, entre 5 e 7 de cada 10 mulheres em união marital (legal ou consensual), utilizavam alguma forma de contracepção. Paralelamente à generalização do uso contraceptivo, cerca de metade das mulheres descontinuaram o uso dos métodos no transcurso de um ano, para engravidar ou por não precisar de contracepção e, principalmente, devido a falha do método e problemas de saúde.

Os direitos reprodutivos formam parte dos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos sobre direitos humanos internacionais e outros documentos relevantes de consenso das Nações Unidas (DIREITOS...,1995). É o caso, por exemplo, dos Programas de Ação das Conferências de População e Desenvolvimento de Teerã (1968); Bucareste (1974); México (1984); Cairo (1994), IV Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing (1995); e do Plano de Ação Regional Latino-americano e do Caribe, da Costa Rica (1993). Partem do reconhecimento do direito básico que todos os indivíduos e/ou casais têm de controlar o processo reprodutivo; isto é, decidirem livre e responsavelmente sobre o número, espaçamento e quando dever ter os seus filhos (DIREITOS..., 1995).

Da perspectiva dos direitos reprodutivos, o acesso a serviços de saúde reprodutiva, via serviços de planejamento familiar, que proporcione, entre outros, informação e acesso a métodos para controlar e/ou implementar as preferências reprodutivas, constitui um dos principais veículos para o exercício dos direitos reprodutivos. Dessa perspectiva, a descontinuação contraceptiva, quando feita por outros motivos diferentes do desejo de engravidar ou por não precisar de contracepção, pode ser encarada como uma limitação no direito de ... *homens e mulheres à informação e acesso a métodos de planejamento familiar de sua escolha, seguros, eficazes, aceitáveis e que estejam dentro de suas posses...* (DIREITOS..., 1995, p. 17).

No contexto do planejamento familiar a descontinuação contraceptiva constitui indicador da provisão e grau de satisfação com métodos e serviços disponíveis (ALI & CLELAND, 1995). Altas taxas de descontinuação podem refletir o desejo de uma família numerosa e/ou inadequação do sistema de saúde para atender as necessidades de saúde reprodutiva das mulheres. Da perspectiva das usuárias, pode constituir sinal de descontentamento com o método ou serviço usado e sugerir, entre outros, problemas relacionados com a informação, método escolhido ou qualidade dos serviços, fatos que estão relacionados com características e formas de prestar os serviços de saúde reprodutiva e, mais particularmente, planejamento familiar (ALI & CLELAND, 1995).

Nas últimas décadas, cientistas sociais e demógrafos estudaram vários aspectos da descontinuação em países com diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico, fecundidade, prevalência e mix contraceptivo¹. Os resultados – sempre em nível nacional- além de contribuir de maneira importante para o conhecimento dos níveis e fatores determinantes, mostram diferenças nos níveis da descontinuação segundo países, razões de descontinuação e características das

¹ Isto é, o padrão configurado pelos diversos métodos contraceptivos usados numa população.

usuárias. Mostram também que a descontinuação está relacionada com fatores geográficos, sócio-econômicos e demográficos, e que esta relação varia em sentido e intensidade, entre países e no tempo dentro dos países (MORENO, 1993; ALI & CLELAND, 1995, 1996; STEELE et. al.,1996; CURTIS & BLANC, 1997; e programa da DEMOGRAPHY HEALTH SURVEY citado por CURTIS & BLANC (1997).

Nessas abordagens assume-se, implicitamente, uma relação direta entre os fatores estudados e descontinuação. Por exemplo, que há uma relação direta entre área de residência e descontinuação por falha do método, da mesma forma que entre o tipo de método usado e descontinuação por falha do método. Esta forma de abordagem não permite analisar a relação dos fatores em diferentes níveis, e nem comparar esta relação em contextos sub-nacionais com diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico, como acontece na maioria dos países em desenvolvimento.

Dentro dessa perspectiva, pode-se abordar o estudo da descontinuação como resultado de um processo influenciado por fatores que atuam em diferentes níveis. Alguns fatores se relacionam indiretamente, enquanto que, outros teriam uma relação direta com a descontinuação. Utilizando a denominação inicialmente desenvolvida por DAVIS & BLAKE (1956) e BONGAARTS (1978), para o estudo da fecundidade e posteriormente estendida para o estudo de outras importantes variáveis demográficas, como se verá oportunamente, pode-se denominá-los de fatores distantes, intermediários e próximos. Assim, pode-se ordenar os fatores relacionados com a descontinuação em diferentes níveis, com objetivo de analisar e comparar, em cada nível e em diferentes contextos geográficos e sócio-econômicos, sua relação com a descontinuação.

Esta forma de abordar o estudo da descontinuação é importante e útil para atender as necessidades da saúde reprodutiva, particularmente o planejamento familiar, principalmente em contextos sub-nacionais.

A magnitude dos níveis da descontinuação nos países, principalmente em desenvolvimento, costuma ser importante devido a causas diferentes às de desejar engravidar ou à finalização deste risco. Nesta situação, políticas e programas de saúde reprodutiva devem se orientar, entre outros, a melhorar a qualidade dos serviços, com o objetivo de diminuir tais níveis, principalmente nos contextos sub-nacionais, áreas de menor cobertura e grupos prioritários de atenção. Na formulação deste tipo de políticas e programas, o conhecimento dos fatores e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação, constitui um aspecto importante.

Assim, estudos desta natureza podem ser úteis para avaliar o impacto do fornecimento de serviços, para saber com que continuidade usuárias com diferentes características utilizam determinado tipo de métodos, e até que ponto limitações na qualidade dos serviços e/ou métodos disponíveis podem influenciar na descontinuação antecipada dos métodos (ALI & CLELAND, 1996). Como consequência, este estudo busca contribuir para o conhecimento da dinâmica da descontinuação contraceptiva, o que certamente redundará na melhoria das condições de saúde reprodutiva e planejamento familiar da população, principalmente, dos países em desenvolvimento.

Para tal fim, o estudo desenvolve uma proposta para analisar fatores relacionados com a descontinuação e sua aplicação aos dados do Peru. Está orientada para chamar a atenção dos diferentes organismos internacionais e instituições nacionais, dos planejadores de políticas e administradores de programas de saúde reprodutiva e planejamento familiar, sobre este aspecto importante do

comportamento reprodutivo e contraceptivo da população, que por sua natureza e magnitude deve constituir um importante item da agenda social e de saúde pública.

Além disso, busca chamar a atenção da comunidade acadêmica que trabalha na área da saúde reprodutiva e planejamento familiar sobre a necessidade de abordar seu estudo de forma tal que permita melhor compreensão e facilite a formulação de políticas, programas e atividades nos diferentes contextos sub-nacionais e para grupos prioritários. Neste sentido, a proposta em referência pretende abrir um espaço de discussão e debate sobre o tema. Na medida que seja discutida, modificada e ampliada para sua aplicação nos diferentes contextos dos países, terá alcançado sua finalidade.

Desde a perspectiva da saúde reprodutiva a aplicação da proposta aos dados do Peru torna-se atraente uma vez que o país caracteriza-se por: a) constituir um dos poucos países que, no contexto latino-americano, desenvolveu o marco legal, institucional e administrativo -e contou com o apoio político governamental- no desenvolvimento das atividades de planejamento familiar; b) possuir especificidade sócio-econômica e demográfica regional expressas em diferentes formas de comportamento reprodutivo e contraceptivo, e que influenciariam diferencialmente sobre a descontinuação; c) junto com a Bolívia, e em certa medida, outros países andinos, caracterizar-se por um padrão contraceptivo diferente do resto dos países latino-americanos: os métodos tradicionais, como tabela, constituem um método bastante importante e o nível da prevalência da esterilização está longe daqueles apresentados, por exemplo, no Brasil e República Dominicana.

Todavia, com a difusão dos resultados do estudo, espera-se contribuir para revelar a magnitude e características da descontinuação no país e nos contextos

regionais, possibilitar maior tomada de consciência sobre este aspecto e colocá-lo na agenda política, institucional e no debate público.

1.2 Objetivos

O estudo tem dois objetivos:

- Desenvolver uma proposta para analisar fatores e mecanismos principais através dos quais operaria a descontinuação, principalmente para o contexto de países em desenvolvimento;
- Aplicar a proposta de análise aos dados do Peru, utilizando dados do calendário e questionário individual da *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)* de 1996.

Na aplicação da proposta aos dados do Peru analisa-se, em níveis nacional e regional, a relação entre fatores distantes, intermediários e próximos para o total e cada um dos seguintes grupos de razões de descontinuação: a) para engravidar; b) falha do método; c) problemas de saúde; e, d) relacionadas com o método.

O estudo da relação dos fatores mencionados com a descontinuação baseia-se em dois tipos de análise. Em nível univariado, utiliza-se probabilidades de descontinuação estimadas através da técnica das tabelas de vida de decremento simples associado; em nível multivariado, estimando via equações de regressão, coeficientes β que modelam as três instâncias de influência dos fatores sobre a descontinuação. Utiliza-se para tal fim, o método das Equações Generalizadas de Estimação (método GEE).

Devido à configuração sócio-econômica e cultural do país, que define contextos regionais claramente diferenciados, como se verá oportunamente a ênfase na aplicação da proposta é dada nos contextos regionais do país.

1.3 Organização

Em concordância com o objetivo proposto, o estudo, além desta introdução (primeiro capítulo), consta de duas partes.

A primeira, basicamente teórica, desenvolve a proposta de análise para o estudo da descontinuação. Assim, trata-se no segundo capítulo das principais abordagens desenvolvidas nos estudos da descontinuação e correspondentes achados; no terceiro, desenvolve-se a proposta para analisar fatores relacionados com a descontinuação e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação.

A segunda parte contempla os aspectos empíricos. O quarto capítulo descreve as características gerais, sócio-econômicas e demográficas do país, relacionadas com o comportamento reprodutivo e contraceptivo da população, o desenvolvimento dos programas e atividades de saúde reprodutiva e planejamento familiar, e as principais características do comportamento reprodutivo da população com ênfase na descontinuação contraceptiva.

No quinto capítulo trata-se da fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo. Descreve-se o calendário das Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS) mencionando a qualidade dos dados do calendário da ENDES-96 e a fonte de dados. Neste capítulo, inclui-se uma descrição detalhada das variáveis utilizadas.

No sexto capítulo, trata-se da metodologia estatística utilizada no estudo decorrente da análise dos fatores relacionados com a descontinuação. Descreve-se a técnica das tabelas de vida de decremento simples associado e o método das Equações Generalizadas de Estimação (método GEE), utilizados para estimar probabilidades acumuladas de descontinuação e coeficientes β das equações de regressão, respectivamente. Estas duas ferramentas foram utilizadas para analisar

a relação dos fatores distantes, intermediários e próximos considerados na proposta, com a descontinuação.

No sétimo capítulo apresentam-se os resultados. À luz do marco analítico proposto, analisa-se, primeiro, as probabilidades acumuladas de descontinuação para os 12 primeiros meses de uso entre as categorias das variáveis que representam fatores distantes, intermediários e próximos; segundo, os resultados das equações de regressão, descritas no sexto capítulo; terceiro, define-se um modelo final que explicaria a descontinuação no país e regiões segundo razões de descontinuação a partir de fatores distantes, intermediários e próximos; e quarto, analisa-se o modelo final em termos de razões de chance.

Finalmente, no oitavo capítulo, apresenta-se as considerações finais sobre a descontinuação contraceptiva no Peru, as implicações de política e perspectiva sobre trabalhos futuros.

PARTE I
UMA PROPOSTA PARA ANALISAR FATORES RELACIONADOS
COM A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA

2 O ESTUDO DA DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA

Este capítulo tem como objetivo discutir as principais abordagens desenvolvidas no estudo da descontinuação contraceptiva como marco de referência para o desenvolvimento da proposta de análise e aspectos metodológicos do estudo. Discute-se primeiro, os principais achados relacionados com o estudo dos níveis e diferenciais; e segundo, os fatores relacionados com a descontinuação contraceptiva.

2.1 Abordagens e principais achados

O estudo da descontinuação contraceptiva, pela natureza do objeto é relativamente novo, tendo avançado consideravelmente nas últimas décadas. Nos anos setenta, cientistas sociais e médicos clínicos estudaram o uso contraceptivo da perspectiva da continuação do uso e da falha em geral de métodos clínicos como DIU e pílula. Os resultados encontrados tinham limitações uma vez que: a) não eram representativos de uma população, dado que as amostras eram constituídas por usuárias de clínicas e/ou dos serviços de planejamento familiar; e, b) continham vieses, dado que utilizavam o índice de Pearl² para estimar taxas de descontinuação. Consequentemente, tinha-se um conhecimento parcial da descontinuação, dispendo-se de estudos para sub-populações, geralmente, como já mencionado, restritas a contextos clínicos.

As Pesquisas Mundiais de Fecundidade (PMF) da década dos oitenta e Pesquisas Nacionais sobre Demografia e Saúde (PNDS) dos noventa, abriram a possibilidade de estudar o uso contraceptivo desde a perspectiva da descontinuação de forma mais geral e abrangente. Esta perspectiva teria começado a se generalizar a partir da aceitação da ausência de fecundidade natural que seguindo o conceito elaborado por HENRY aconteceria quando há

² O índice de Pearl é o número de gravidezes observadas por 100 anos-mulher de uso contraceptivo. As probabilidades estimadas não consideram os diferentes riscos de descontinuação segundo duração do uso, fato que dificulta as comparações. Veja, entre outros, Jejeebhoy (1991); Hammerslough (1991).

controle deliberado da fecundidade (HENRY..., 1953 citado por LERIDON & MENKEN, 1979).

Sobre o assunto, por volta de 1998, em 142 países do mundo, que representam, aproximadamente, 92,0% da população mundial, praticava-se a contracepção (LEVELS..., 2000). Este fato indica que não haveria, praticamente, sociedades modernas nas quais os indivíduos e/ou casais não querem ou não desejam controlar sua capacidade reprodutiva. Dito de outra forma, nas sociedades modernas indivíduos e/ou casais controlam ou desejam controlar sua capacidade reprodutiva.

As características das amostras e padrão metodológico utilizado pelas PMF e PNDS permitiram analisar comparativamente a descontinuação contraceptiva entre países e estudar a descontinuação dos métodos não clínicos e dos chamados tradicionais. A utilização dos dados do calendário de eventos, juntamente com dados do questionário individual de mulheres, principalmente a partir das PNDS da metade dos noventa (conhecidas como PNDS-II), abriram um leque de oportunidades para estudar a descontinuação relacionada com características sócio-econômicas, demográficas, *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo; isto é, com toda a informação coletada no questionário individual.

Os estudos desenvolvidos, principalmente a partir da década dos noventa, contribuíram para o conhecimento, de um lado, dos níveis e diferenciais da descontinuação total e segundo razões de descontinuação; e de outro, dos fatores relacionados com a descontinuação em países com diferentes graus de desenvolvimento sócio-econômico, características demográficas, de desenvolvimento de atividades de planejamento familiar, níveis de fecundidade, de prevalência e mix contraceptivo. As diferentes formas de abordar o estudo da

descontinuação e os achados principais constituem ponto de partida para a proposta de análise a ser desenvolvida no próximo capítulo.

2.1.1 Níveis e diferenciais

Os estudos revisados freqüentemente utilizam probabilidades de descontinuação, geralmente expressadas em termos de taxas anuais, para analisar níveis e diferenciais da descontinuação. Utilizam como fonte de dados, o calendário e o questionário individual das pesquisas do período 1986-96 e técnica das tabelas de vida de decremento simples associado e de decremento múltiplo. Na bibliografia disponível pode-se observar três tipos de abordagens: segundo países, razões de descontinuação e características das usuárias.

a) Países

Os estudos mais difundidos referem-se, por sua natureza comparativa, a contextos nacionais e mostram, em geral, diferenças significativas. De um lado, nos estudos de ALI & CLELAND (1995), CURTIS & BLANC (1997) e no programa das PNDS citados por CURTIS & BLANC (1997), os níveis da descontinuação entre os países da América Latina, África e Ásia apresentam variações de relativa importância. Entre 20,0% e 65,0% das mulheres que praticam contracepção ao longo de um ano descontinuam seu uso por alguma razão. De outro, entre os estudos mencionados, os níveis da descontinuação apresentam diferenças relativas importantes. Por exemplo, entre os estudos de CURTIS & BLANC (1997) e no programa das PNDS citados por CURTIS & BLANC (1997) os níveis da descontinuação variam de 20,0 para 53,0 e de 20,0 para 65,0%, enquanto que no estudo de ALI & CLELAND (1995), de 25,0% para 36,0%; isto é, entre 45 e 11 pontos, respectivamente.

Entretanto, as diferenças nos níveis da descontinuação são significativas entre os países dentro de cada uma das Regiões em estudo, por exemplo, entre os países

asiáticos as diferenças nos níveis da descontinuação variam entre 25,0% e 36,0% no estudo de ALI & CLELAND (1995) para 27,0% e 49,0% no programa das PNDS, citados por CURTIS & BLANC (1997); isto é, uma diferença de 11,0 e 22,0 entre os dois estudos. Estas diferenças são significativamente menores entre os países latino-americanos, onde o intervalo de variação oscila entre 48,0% e 53,0% no estudo de CURTIS & BLANC (1997) e maiores (entre 45,0% e 65,0%) no programa das PNDS, citados por eles. Enquanto que, entre os países africanos a variação vá de 28,0% para 35,0% no estudo de ALI & CLELAND (1995) e de 20,0% para 50,0% no estudo de CURTIS & BLANC (1997).

b) Razões de descontinuação

Os níveis de descontinuação, vistos anteriormente, proporcionam uma idéia dos níveis totais e diferenciais da descontinuação do uso contraceptivo entre os diferentes países em estudo. Entretanto, na perspectiva de planejamento e programação de atividades de saúde reprodutiva e planejamento familiar é importante também conhecer os níveis da descontinuação segundo as razões pelas quais as mulheres descontinuam o uso contraceptivo.

As razões indicadas pelas usuárias para descontinuar o uso contraceptivo coletadas nas PNDS são das mais variadas e compreendem até 18 razões. Assim, os critérios e classificação das razões para estudar a descontinuação constituem um aspecto importante no estudo tanto dos níveis e diferenciais quanto dos fatores relacionados com este fenômeno. Na literatura é comum encontrar os seguintes critérios e classificações:

STEELE et al. (1996) indicam como objetivo estudar os determinantes da descontinuação do uso contraceptivo na China, que, como se sabe, caracteriza-se por uma particular política impositiva de planejamento familiar de longa data. Por considerar que a descontinuação por razões relacionadas com o uso dos métodos,

principalmente falha, expulsão do DIU e troca, constituem aspecto importante do comportamento contraceptivo, sempre dentro do contexto chinês, classificam as razões de descontinuação -a partir da pesquisa nacional de fecundidade e prevalência contraceptiva da China de 1988- em três grupos: a) falha do método; b) outras razões relacionadas com o método (expulsão do DIU, troca e efeitos colaterais); e, c) razões não relacionadas com o método (para engravidar e menopausa).

CURTIS & BLANC (1997) em coerência com o modelo conceitual da MACRO INC para o estudo da dinâmica do uso contraceptivo, classificam as razões de descontinuação das PNDS do período 1991-96 em quatro grupos: a) falha do método; b) troca do método; e, c) abandono do uso, subdividido em dois grupos: abandono do uso, por parte de usuárias que têm necessidade de contracepção depois da descontinuação de um método -isto é, continuam expostas ao risco de engravidar-; e abandono do uso, de usuárias que não têm necessidade de contracepção -isto é, deixaram de estar expostas, temporária ou definitivamente, ao risco de engravidar-.

ALI & CLELAND (1996) manifestam que, na ausência de qualquer teoria ou arcabouço que possa ser aplicado aos dados das PNDS, o objetivo principal deles está na relevância dos resultados para orientação dos programas de planejamento familiar. Conseqüentemente, classificam as razões de descontinuação apresentadas pelas PNDS do período 1987-88 (conhecidas como da Primeira Fase), dos seis países em estudo, em quatro grupos: a) para engravidar; b) falha do método; c) problemas de saúde e efeitos colaterais); e d) outras razões.

Em resumo, as classificações mencionadas -esquematizadas no Quadro 1- revelam a descontinuação contraceptiva, do ponto de vista da eficácia do uso dos métodos, principalmente do DIU num país específico como China (STEELE et.

al. 1996); ressaltam a demanda por contracepção de mulheres que trocam e descontinuem o uso dos métodos como elemento de referência para a programação dos serviços de planejamento familiar (CURTIS & BLANC, 1997); e, abordam a descontinuação contraceptiva desde a perspectiva do planejamento familiar (ALI & CLELAND, 1996).

Quadro 1
Classificação das razões de descontinuação

Razões de descontinuação	Autores		
	Ali & Cleland	Steele et. al	Curtis & Blanc
Para engravidar	*	*	*
Falha do método	*		
Problemas de saúde	*		
Razões relacionadas com o método		*	
Razões não relacionadas com o método		*	
Troca de método			*
Abandono de uso com necessidade			*
Abandono de uso sem necessidade			
Outras razões	*		*

FONTE: ALI & CLELAND, 1996; STEELE et. al., 1996; CURTIS & BLANC, 1997.

Os estudos revisados revelam a importância de determinadas razões de descontinuação como principal causa de descontinuação entre os diferentes países em estudo. Por exemplo, a descontinuação por problemas de saúde e falha do método constituem as principais razões de descontinuação em quatro dos seis países no estudo de ALI & CLELAND (1995). Por sua vez, a troca de métodos e não precisar de contracepção constituem importantes razões de descontinuação em quatro dos seis países considerados no estudo de CURTIS & BLANC (1997). E a descontinuação por efeitos colaterais e razões relacionadas com o método são duas importantes razões de descontinuação em sete dos dez países compreendidos no programa das PNDS citados por CURTIS & BLANC (1997).

Os níveis da descontinuação mostram importantes diferenças segundo razões de descontinuação. Por exemplo, a taxa de descontinuação por falha do método varia de 2,8% para 12,2%, quando comparado com a taxa por efeitos colaterais e outras

razões de descontinuação que variam de 6,0% para 12,4% e de 6,7 para 17,1%, respectivamente (ALI & CLELAND, 1995). Utilizando como fonte de comparação os resultados dos estudos do programa das PNDS, citados por CURTIS & BLANC (1997), observa-se que os níveis, para as mesmas razões de descontinuação, apresentam uma variação ainda mais marcante; por exemplo, a taxa por falha do método varia entre 3,2% e 15,6%, efeitos colaterais entre 1,7% e 17,5%, e outras razões de descontinuação de 1,4% para 13,6%.

Assim mesmo, os níveis segundo razões de descontinuação mostram importantes diferenças nacionais em cada um dos estudos revisados. Por exemplo, no estudo de ALI & CLELAND (1995), a Indonésia apresenta as menores taxas de descontinuação por falha do método (2,8%) e problemas de saúde (8,7%); enquanto que, os maiores níveis por falha dos métodos se apresentam no Marrocos e Equador (12,2% e 11,6%), e outras razões de descontinuação, na Tailândia e Equador (17,1 e 12,8%).

Nos estudos do programa das PNDS, citados por CURTIS & BLANC (1997), os níveis da descontinuação por falha do método são elevados por um lado, no Peru e Filipinas (15,6% e 14,0%), e de outro, no Brasil e República Dominicana (cerca de 10,0%), quando comparados com os níveis de descontinuação pela mesma razão na Indonésia (3,2%). Os níveis de descontinuação por problemas colaterais e relacionados com o método são superiores em Bangladesh e Paraguai (em torno de 18,0%) em relação, por exemplo, com a Turquia (5,2%).

No estudo de CURTIS & BLANC (1977), Peru e Colômbia apresentam taxas altas de descontinuação por falha e troca de métodos (cerca de 20,0%), quando comparados com Zimbábue, que apresenta as menores taxas (em torno de 4,0%). Da mesma forma, os níveis da descontinuação na Colômbia e Bangladesh por não necessitar de contracepção são altos (aproximadamente 16,0% e 14,0%),

quando comparados com os do Egito e Indonésia (ao redor de 8,0%) (CURTIS & BLANC, 1997).

c) Características das usuárias

Os estudos revisados consideram níveis e diferenciais segundo três características das usuárias que consideram-se relacionadas com a descontinuação: educação, lugar de residência e tipo de método usado.

De acordo com a educação da mulher, e atendendo à descontinuação por falha, MORENO (1993) observa em países como Bolívia, Colômbia e República Dominicana, que as mulheres com educação superior apresentam menores níveis de descontinuação, quando comparadas com mulheres de educação primária. Em outros países como Guatemala, Indonésia e Tailândia a relação é inversa; isto é, mulheres com educação superior têm maiores níveis de descontinuação por falha do método, que aquelas de menos educação. Finalmente, há casos onde não haveria diferenças, como no Peru e Brasil, onde as mulheres com educação primária e superior praticamente apresentam os mesmos níveis (19,0% no Peru e 10,0% no Brasil, respectivamente).

Segundo o lugar de residência, em geral (exceto Guatemala, México e Egito) as mulheres da área rural apresentam maiores níveis de descontinuação por falha do método, quando comparadas com mulheres da área urbana: na Bolívia (15,0% e 28,0%), Equador (7,0% e 15,0%) e Peru (14,0% e 24,0%). As diferenças entre área urbana e rural destes países são importantes quando comparadas, por exemplo, com o Brasil (10,0% e 11,0%) ou Marrocos (10,0 e 12,0% respectivamente). (MORENO, 1993).

Atendendo ao tipo de método o estudo de ALI & CLELAND (1995) encontra que entre as mulheres que usam métodos tradicionais os níveis da descontinuação variam de 26,0% na Tunísia para 45,0% no Marrocos. Entre as mulheres que usam métodos modernos os níveis da descontinuação apresentam relativamente menores diferenças, por exemplo, de 25,0% na Indonésia para 36,0% na

Tailândia. Em todos os países os níveis de descontinuação das mulheres que usam o DIU são menores, quando comparados com os níveis da descontinuação de usuárias de outros métodos modernos e tradicionais.

O estudo de STEELE et. al. (1996) também se ocupa da relação entre tipo de método usado e razões de descontinuação. Entre as usuárias de métodos modernos os problemas de saúde e efeitos colaterais geralmente constituem a principal razão de descontinuação; enquanto que, para métodos tradicionais, a principal razão é a falha do método e problemas relacionados com uso do método. Como no estudo de ALI & CLELAND (1995), usuárias de métodos modernos como dispositivo intra-uterino, têm sempre menores níveis de descontinuação, quando comparadas com usuárias de outro tipo de métodos modernos como pílula e injetáveis, e principalmente tradicionais.

Neste mesmo contexto, os estudos do programa das PNDS, citados por CURTIS & BLANC (1997) revelam a relação entre mix contraceptivo e razões de descontinuação. No Brasil e República Dominicana -com mix contraceptivo moderno e predominância de esterilização- a descontinuação por efeitos colaterais e razões relacionadas com método constituem principais razões de descontinuação. No Peru e Filipinas -com mix contraceptivo tradicional, especialmente tabela-, a falha do método apresenta-se como a principal razão de descontinuação. O estudo de ALI & CLELAND (1995) revela que os problemas de saúde e efeitos colaterais constituem as principais razões para descontinuar métodos modernos como pílula e DIU; enquanto que, a falha do método é a razão principal para descontinuar métodos tradicionais como tabela e coito interrompido.

Atendendo ao nível educativo já mencionado no início deste item mas esta vez associado ao tipo de método usado, o estudo de MORENO (1993) revela as diferentes relações que podem existir entre estas características do contexto

sócio-econômico e a descontinuação por falha do método. Por um lado, revela-se uma relação inversa entre as características mencionadas; por exemplo, na Bolívia, Colômbia e Equador mulheres que têm nível primário e utilizam algum dos três tipos de métodos (clínicos, tradicionais e de barreira)³ apresentam maiores níveis de descontinuação e, conforme aumenta o nível educativo, diminui progressivamente o nível de descontinuação. De forma contrária, a relação entre as características em referência é positiva, em países como Brasil, Guatemala e Peru, onde mulheres com educação superior e que utilizam algum método clínico ou tradicional, mostram maiores níveis de descontinuação por falha do método quando comparadas com mulheres que usam os mesmos métodos mas que têm educação primária. Assim mesmo, na Indonésia e Sri Lanka, mulheres com educação superior e que utilizam métodos de barreira, apresentam maiores níveis de descontinuação que mulheres que usam os mesmos métodos mas que têm educação primária ou secundária.

Uma explicação a esta aparente contradição estaria no fato de uma mulher com maior nível educativo está mais propensa a procurar com mais freqüência um método melhor ou mais adequado às suas necessidades reprodutivas. Isto é, procuraria um método tantas vezes quanto for necessário, até acha-lo. Nesta procura teria, implicitamente, uma maior probabilidade de descontinuar, dado que descontinuaria tantas vezes quanto o método escolhido não resultasse na melhor alternativa.

Em resumo, os estudos revisados apontam importantes diferenças nos níveis da descontinuação total, segundo países, razões de descontinuação e características das usuárias. Cabe ressaltar as diferenças nos níveis da descontinuação em países com diferentes características sócio-econômicas, de comportamento reprodutivo e contraceptivo e serviços de planejamento familiar. A descontinuação por falha do

³ Métodos clínicos (pílula, DIU, injetáveis e implantes); métodos tradicionais (tabela e coito interrompido); e de barreira (camisinha, vaginais e outros não incluídos nas outras categorias)

método, problemas de saúde e efeitos colaterais constituem importantes razões de descontinuação na maioria dos países estudados. A descontinuação segundo as mesmas características das usuárias mas em diferentes populações revela relações diferentes o que mostra a complexidade dos determinantes da descontinuação.

2.1.2 Fatores relacionados com a descontinuação

Os diferentes autores, de forma geral, estudam a descontinuação contraceptiva relacionada com um conjunto bastante definido de fatores geográficos, sócio-econômicos, demográficos e comportamento contraceptivo. Eles foram importante insumo para a proposta de análise e são apresentados a seguir:

MORENO (1993) relaciona a descontinuação por falha do método com fatores relacionados com: a) uso contraceptivo (duração do uso, tipo de método usado e planejamento dos nascimentos; e b) demográficos (idade da mulher e número de filhos).

ALI & CLELAND (1996) associam as razões de descontinuação a fatores: a) geográficos (região e área de residência); b) sócio-econômicos (educação da mulher, educação e ocupação do marido); c) demográficos e motivacionais (idade da mulher, duração do matrimônio, número de filhos e intenção reprodutiva); d) uso preventivo de serviços de saúde (natureza do atendimento pré-natal e cuidados com a saúde dos filhos); e, e) experiência contraceptiva prévia.

STEELE et. al. (1996) relacionam as razões de descontinuação a características geográficas (região e província de residência); sócio-econômicas (nível de educação e etnia); método usado; e, demográficas (idade da mulher ao início do uso, número e sexo dos filhos sobreviventes).

CURTIS & BLANC (1997) associam as razões de descontinuação a: a) características individuais das mulheres (método usado, *status* contraceptivo prévio no início do episódio de uso, educação da mulher, nível sócio-econômico, área de residência, idade da mulher e número de filhos no início do episódio de uso, intenção contraceptiva, *status* marital e mudanças no *status* marital); e, b) características da comunidade (experiência contraceptiva da comunidade e percentagem de mulheres na comunidade que discutiram planejamento familiar).

Os resultados dos estudos mostram diferentes relações entre os fatores estudados e a descontinuação contraceptiva. O estudo de ALI & CLELAND (1996) revela que fatores demográficos e motivacionais são importantes determinantes da descontinuação contraceptiva nos seis países em estudo, quando comparados com fatores sócio-econômicos ou geográficos, que são importantes em apenas dois dos seis países estudados. CURTIS & BLANC (1997) manifestam que características mais próximas, como estado marital e desejo de ter filhos, teriam uma estreita e mais consistente relação em cada um dos quatro grupos de razões por eles estudados, exceto por troca do método.

O estudo de STEELE et. al. (1996) mostra que o risco de descontinuar por falha do método e outras razões relacionadas com o método, está associado com a duração do uso e nível educativo; enquanto que, o risco de descontinuar por falha e razões não relacionadas com o método associa-se com a experiência contraceptiva. Por sua vez, o estudo de CURTIS & BLANC (1997) revela que o risco de falha contraceptiva está geralmente associado à idade da mulher, número de filhos, intenção contraceptiva e *status* marital; a troca de métodos, principalmente, com o nível educativo e *status* sócio-econômico e idade das mulheres; e descontinuação por não ter necessidade de contracepção com a intenção contraceptiva, número de filhos, idade da mulher e *status* marital.

Segundo o nível educativo ALI & CLELAND (1996) mostram que em alguns países mulheres da área urbana e de maior nível educativo apresentam maiores probabilidades de descontinuação que mulheres das áreas rurais e de menor nível educativo; em outros países, a relação entre as mesmas variáveis é inversa. O estudo de MORENO (1993) não mostra uma relação clara e estatisticamente significativa entre descontinuação por falha do método e lugar de residência ou nível educativo que permita inferir se as mulheres que residem nas áreas urbanas e de maior nível educativo são mais eficientes no uso dos contraceptivos que mulheres que residem na área rural e de menor nível educativo.

2.2 Resumo

Em síntese, os dados coletados na década dos noventa, contribuíram para o conhecimento da descontinuação contraceptiva em diversos países do mundo. Dos resultados emergem quatro considerações principais relacionadas com a proposta de análise a ser desenvolvida no próximo capítulo:

- a) haveria importantes diferenças nos níveis da descontinuação segundo países, razões de descontinuação e características das usuárias;
- b) em atenção à saúde reprodutiva e planejamento familiar, as razões para abandonar o uso de um método poderiam ser assim classificadas: intenção de engravidar, falha do método, problemas de saúde e efeitos colaterais e relacionadas com o método;
- c) fatores relacionados com o contexto geográfico (região e área de residência); sócio-econômicos (nível sócio-econômico e educativo); demográficos (*status* marital, número de filhos e idade da mulher) e comportamento contraceptivo (intenção contraceptiva, tipo de método usado e *status* contraceptivo prévio) são os mais freqüentemente mencionados nas análises da descontinuação contraceptiva;
- d) a relação entre fatores determinantes e razões de descontinuação varia, em sentido e intensidade, entre os países, nos países no tempo e segundo tipo de

fatores (geográficos, sócio-econômicos, demográficos e de comportamento contraceptivo).

3 A PROPOSTA DE ANÁLISE

Este capítulo desenvolve uma proposta para analisar fatores relacionados com a descontinuação. Tratam-se os aspectos conceituais e pressupostos básicos implícitos na proposta, o processo que denomina-se uso-descontinuação e os fatores e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação. Finalmente, aborda-se a aplicação da proposta aos dados do Peru.

3.1 Aspectos conceituais - pressupostos básicos

O controle do processo reprodutivo, tal como mencionado, constitui um aspecto importante da reprodução humana contemporânea e um componente fundamental dos direitos reprodutivos dos indivíduos e/ou casais. Dessa perspectiva, a proposta de análise adota o princípio, segundo o qual, as mulheres e/ou casais têm direito à plena saúde reprodutiva, o que inclui adequada informação e acesso a serviços de planejamento familiar para controlar e/ou implementar as preferências reprodutivas.

Neste estudo assume-se como pressuposto básico que nas sociedades contemporâneas, as mulheres e/ou casais desejam controlar seu processo reprodutivo. Conseqüentemente, usam contracepção com objetivo de alcançar, ao longo do período reprodutivo, determinado número de filhos e portanto, descontinuarão tantas vezes quantos filhos desejarem ter e por não precisarem de contracepção. O adequado controle do uso e descontinuação do uso, nos diferentes momentos do período reprodutivo, faz com que, mulheres e/ou casais consigam atingir o número desejado de filhos. Assim, uso e descontinuação

constituem dois aspectos importantes, estreitamente relacionados, do controle do processo reprodutivo.

É preciso esclarecer, no entanto, que a análise dos fatores relacionados com o uso dos métodos não constitui parte dos objetivos deste estudo. Estes fatores têm sido objeto de análise e amplo debate desde a década de oitenta. Apenas como referência, menciona-se os trabalhos de PALMORE & BULATAO (1989) e BULATAO (1989), os mesmos que, desde diferentes perspectivas usaram vários arcabouços para o estudo do processo que leva à escolha do método, e dos fatores que afetam o uso contraceptivo (FACTORS..., 1993).

O adequado controle do processo reprodutivo depende, por um lado, das características das usuárias, do método escolhido e qualidade do uso; e por outro, da eficácia dos métodos. Sobre este último aspecto, deve-se salientar que no estágio atual do desenvolvimento da tecnologia contraceptiva *...não existe o método ideal⁴ que se adapte a todas as mulheres, e nem mesmo aquele que sirva para uma mesma mulher em todas as fases de sua vida.* (VIAGEM..., 1991, p. 38).

Consequentemente, um outro pressuposto a considerar relaciona-se com o risco permanente de descontinuar a contracepção ao longo do período reprodutivo por razões que não necessariamente implicam violação dos direitos reprodutivos. Devido à eficácia dos métodos que utilizam, por características do seu sistema fisiológico relacionado com seu ciclo de vida, por problemas e/ou complicações no organismo derivadas ou agravadas pelo uso dos contraceptivos, e pelas contínuas inovações médico-tecnológicas, as mulheres, além da vontade de engravidar ou não precisar de contracepção, também estão expostas a descontinuar por outras razões.

⁴ Definido como aquele que permita aliar eficácia máxima e segurança de saúde (VIAGEM...,1991, p. 38).

A proposta de análise assume que a descontinuação, -seja para engravidar ou por não precisar de contracepção ou por problemas e/ou complicações derivadas do uso dos métodos-, como resultado de um processo que estaria influenciado por fatores que teriam diferentes níveis de atuação, determinados em função das características do contexto no qual se dá a descontinuação. Assume-se que alguns fatores teriam uma relação indireta com a descontinuação; isto é, seriam intermediados por outros fatores, que teriam uma relação direta com o uso contraceptivo.

A premissa de que um evento demográfico é determinado em diferentes instâncias ou níveis, tem sido abordada por vários autores, sendo DAVIS & BLAKE (1956) os primeiros em assumi-la. Em sua proposta assumem que fatores sócio-econômicos e comportamentais influenciariam o comportamento reprodutivo, mas em diferentes instâncias ou níveis, introduzindo assim o conceito de “variáveis intermediárias” para diferencia-las das variáveis distantes. Posteriormente, BONGAARTS (1978), operacionaliza o marco analítico proposto por DAVIS & BLAKE (1956), agrupando o conjunto de onze variáveis em oito fatores, classificados em três amplas categorias. É a partir destes autores que se populariza, ademais, o termo “variáveis próximas”.

Para a mortalidade infantil e juvenil, MOSLEY & CHEN (1979), baseados no marco analítico de DAVIS & BLAKE (1956), assumem como premissa que determinantes econômicos e sociais da mortalidade infantil operam, necessariamente, através de uma série comum de mecanismos biológicos (que seriam os determinantes próximos) para influenciar a mortalidade infantil. JAIN (1985), baseado no esquema de MOSLEY & CHEN (1979), distingue três níveis de fatores que atuam sobre a sobrevivência infantil: o individual como o mais próximo, o domiciliar como o intermediário, e o comunitário como o mais

distante, ordenados ascendentemente segundo sua proximidade com o evento morte de uma criança. CASTERLINE et. al. (1989) distinguem três grupos de fatores (contextuais, intervenientes e próximos) e constroem a partir de um modelo inicial de renda, três modelos (agregando progressivamente cada grupo de fatores) com objetivo de analisar sua relação com a mortalidade infantil e juvenil no Egito.

Para a mortalidade materna, MCCARTHY & MAINE (1992) analisam fatores determinantes da mortalidade materna a partir das três etapas através das quais, se desenvolve o processo que, segundo os autores, determinaria a mortalidade materna. Relatam que o processo está influenciado diretamente por cinco grupos de determinantes que denominam de intermediários (*status* de saúde, *status* reprodutivo, acesso a serviços de saúde, cuidado/uso de serviços de saúde e fatores desconhecidos ou imprevisíveis) e por fatores sócio-econômicos e culturais que operam em nível mais distante sobre a mortalidade materna.

Estas abordagens constituem um importante avanço teórico e analítico no estudo dos fatores e mecanismos através dos quais condiciona-se ou determinaria-se o comportamento demográfico, mais sabidamente fecundidade, mortalidade infantil e juvenil, e materna. Considerando as vantagens implícitas das abordagens mencionadas estas foram frequentemente utilizadas como referência teórico-metodológica em diversos estudos.⁵ Por tais considerações, no desenvolvimento desta proposta utiliza-se diversos conceitos teórico-metodológicos contidos nas abordagens em referência.

Utiliza-se a abordagem de MCCARTHY & MAINE (1992) para analisar fatores relacionados com a descontinuação em função das etapas que o processo uso-

⁵ Vale mencionar que as propostas dos quatro primeiros autores, têm sido utilizadas para explicar com bastante clareza determinantes da mortalidade infantil. ESCOBEDO RIVERA (1994); CÁCERES URENA (1994); e, ARAUJO (1999).

descontinuação teria. Como DAVIS & BLAKE (1956) para a fecundidade e MOSLEY & CHEN (1979) e JAIN (1985) para a mortalidade infantil, assume-se que fatores distantes e intermediários operariam através de determinantes próximos para influenciar na descontinuação contraceptiva. Assim mesmo, como CASTERLINE et. al. (1989) utiliza-se três modelos (construídos a partir de um modelo inicial constituído por fatores distantes ao qual agrega-se fatores intermediários e próximos), para analisar a relação dos fatores mencionados com a descontinuação.

Fatores distantes e intermediários caracterizar-se-iam por ter uma relação indireta com a descontinuação; isto é, seriam intermediados e se relacionariam através de fatores próximos com a descontinuação. Estes fatores caracterizar-se-iam por ter uma relação direta com a descontinuação e ser influenciados pelos fatores distantes e intermediários.

A proposta assume que fatores geográficos, sócio-econômicos e de disponibilidade de serviços de planejamento familiar se relacionariam indiretamente com a descontinuação. A influência desses fatores seria intermediada por fatores relacionados com a conduta reprodutiva (status reprodutivo e comportamento contraceptivo). Estes últimos se relacionariam diretamente com a descontinuação, embora sejam, por sua vez, influenciados por fatores geográficos, sócio-econômicos e a disponibilidade de serviços de planejamento familiar.

A proposta para analisar fatores e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação é de caráter geral. É necessário enfatizar que, na aplicação da proposta, em particular, o número de níveis e fatores em cada nível, assim como as características das variáveis utilizadas para operacionalizar os conceitos

implícitos, devem ser adequadas às características do contexto específico no qual se deseja conhecer em detalhe a descontinuação.

Todavia, se tratando do Peru, onde as culturas indígena e ocidental estão presentes em diferente grau, nas diferentes Regiões, é necessário lembrar que existem outras dimensões, de ordem sociológico e antropológico, que influenciariam na descontinuação contraceptiva e que podem ou não estar sendo captadas pelos fatores anteriormente mencionados.

Conseqüentemente, considerando as diferenças nas características sócio-econômicas, demográficas, do comportamento reprodutivo e contraceptivo existentes nas regiões do país, na aplicação da proposta aos dados do Peru, assume-se que o processo uso-descontinuação estaria relacionado com fatores que atuam em três níveis:

- a) O primeiro nível, considerado como distante, estaria formado por fatores geográficos definidos pelas quatro grandes regiões que se consideram para o país e as áreas de residência. Já no caso de cada Região, o fator distante está constituído apenas pelas áreas de residência. Estas variáveis, relacionariam-se indiretamente com a descontinuação contraceptiva, uma vez que alterações em outras instâncias seriam capazes de alterar também sua relação com a descontinuação. Assim, sua influência estaria mediada pela configuração dos fatores sócio-econômicos, aqui incluída a existência de programas de planejamento familiar;
- b) No nível intermediário estariam fatores sócio-econômicos definidos pelo estrato sócio-econômico e ocupação, e fatores relacionados com a disponibilidade de serviços de planejamento familiar. A inclusão do acesso a serviços de planejamento familiar nesta instância, pressupõe que ele não é

universal num contexto subdesenvolvido e regionalmente diferenciado que, como se verá mais adiante, constitui o caso peruano. Uma vez que nestas circunstâncias, a oferta destes serviços, geralmente, têm origem em políticas governamentais a nível macro, entende-se que a simples disponibilidade de serviços de planeamento familiar não influencia diretamente o processo de descontinuação.

A influência destes fatores no processo da descontinuação não se daria, ainda, diretamente, uma vez que haveria mais um nível de determinação. Assim, fatores intermediários, que alteram a influência dos fatores distantes, influenciariam na descontinuação através de fatores próximos;

- c) No nível próximo, localizar-se-iam fatores relacionados com a conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo) que alterariam a influência dos fatores intermediários e que se relacionariam diretamente com a descontinuação contraceptiva, mas condicionada pela configuração dos fatores geográficos, sócio-econômicos e de disponibilidade de serviços de planeamento familiar, respectivamente.

Em síntese, no nível distante operariam fatores geográficos, no nível intermediário fatores sócio-econômicos e de disponibilidade de serviços de planeamento familiar; e no nível próximo fatores relacionados com a conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo).

Baseado nestas considerações conceptuais detalha-se a seguir os aspectos principais do processo uso-descontinuação e, posteriormente, a relação dos três grupos de fatores com a descontinuação e mecanismos através dos quais operaria a descontinuação.

3.2 O processo uso-descontinuação

Como anteriormente mencionado, nas sociedades contemporâneas as mulheres devem ter direito à plena saúde reprodutiva, informação e acesso a serviços adequados de planejamento familiar, para controlar sua vida reprodutiva. Assim mesmo, no desenvolvimento dos aspectos conceituais da proposta, assume-se como pressuposto básico, que nas sociedades contemporâneas as mulheres usam contracepção para controlar o processo reprodutivo. Desde essa perspectiva, o uso de algum método nos diferentes momentos do período reprodutivo constitui o ponto de partida dos eventos que culminam na descontinuação. Conseqüentemente, na proposta de análise, considera-se o uso contraceptivo como o início do processo uso-descontinuação.

Entre o período de uso e o momento da descontinuação, além da descontinuação, seja para engravidar ou por não precisar de contracepção (temporária ou definitivamente), se apresentam problemas e/ou complicações advindas do ou agravadas pelo uso dos métodos, que também derivariam na descontinuação dos mesmos. Ademais, como mencionado, a descontinuação também acontece quando o método falha e a mulher engravida.

A descontinuação para engravidar constitui, desde a perspectiva dos direitos reprodutivos, uma das tantas alternativas dos indivíduos e/ou casais para controlar o processo reprodutivo. Caracteriza-se por ser resultado de uma decisão voluntária de indivíduos e/ou casais, em função do padrão reprodutivo e não como conseqüência do uso dos métodos. Dados das pesquisas sobre demografia e saúde indicam que entre as mulheres que usam contracepção para controlar o processo reprodutivo somente uma pequena percentagem descontinua para engravidar, o restante o fez por problemas derivados ou agravados pelo uso dos métodos.

A descontinuação por falha do método pode ser encarada como uma limitação nos direitos reprodutivos das mulheres e um problema de saúde pública. Contrariamente á descontinuação para engravidar, constitui uma decisão não planejada que acontece inesperadamente e que diante desta situação indivíduos e/ou casais não têm outra alternativa que descontinuar. As pesquisas sobre demografia e saúde revelam que importantes percentagens de nascimentos foram não desejados no momento da concepção, ou aconteceram no momento não desejado (por exemplo, 59,0% no Peru; 51,0% na Bolívia). Se as gestações não desejadas fossem evitadas ou se as mulheres implementassem suas preferências reprodutivas, a taxa global de fecundidade observada não estaria muito além da desejada. Como de fato isto não acontece, a taxa global de fecundidade observada, por exemplo, foi de 39,0%, 40,0% e 68,0% mais alta que a taxa global de fecundidade desejada, no Brasil (PESQUISA..., 1996), Peru (ENCUESTA..., 1997), e Bolívia (ENCUESTA...,1998), respectivamente.

Assim mesmo, as gestações não desejadas que resultam em abortos induzidos constituem um problema de saúde pública e social, além de violação do direito reprodutivo em países onde é considerado como prática ilegal. Por exemplo, para o contexto latino-americano SINGH & WULF (1994) utilizando, na maioria dos casos, estimativas indiretas, revelam que na América Latina as taxas de aborto são altas no Peru e no Chile (uma de cada vinte mulheres entre 15-49 anos tem um aborto induzido); intermediárias no Brasil, Colômbia e República Dominicana (uma de cada trinta mulheres); e baixa no México (aproximadamente uma em 40 mulheres).

Como anteriormente mencionado, no período de uso se apresentam problemas e/ou complicações na saúde das mulheres derivadas ou agravadas pelo uso dos métodos, que resultam na descontinuação. Este grupo de razões de descontinuação caracteriza-se por estar ligado diretamente ao método usado. A

decisão de descontinuar relaciona-se basicamente com a magnitude dos problemas e efeitos colaterais, recursos disponíveis e do conceito de saúde dos indivíduos e/ou casais. Existe vasta literatura sobre as limitações dos métodos enquanto à adaptação pelas usuárias, problemas de saúde e efeitos colaterais que derivam na descontinuação. A título de breve ilustração e a partir dos trabalhos de ALDRICHI, HALBE e FREITAS sobre Planejamento Familiar no Tratado de Ginecologia (1994); ABRANCHES sobre Planejamento Familiar em Ginecologia e Obstetrícia, Manual para o TEGO (1997) e VIAGEM (1991)⁶ descreve-se os principais efeitos indicados para os diferentes tipos de métodos.

Para métodos tradicionais *“não existem estudos científicos que comprovem efeitos colaterais...”* (VIAGEM...,1991, p. 48). No entanto, indica-se que o uso da tabela implica um período de abstinência sexual que pode causar problemas maritais e estresse psicológico (ALDRICHI, HALBE e FREITAS..., 1994, p. 648). Da mesma forma, afirma-se que o uso prolongado do coito interrompido *“...pode provocar tensão e ansiedade nos parceiros, assim como problemas de ejaculação precoce, no homem, e dificuldades de atingir o orgasmo, na mulher”*. No entanto, estes problemas provavelmente relacionam-se com *“...forma pela qual a sexualidade é assumida e à qualidade da relação entre o casal, do que com a prática do coito interrompido em si”* (VIAGEM...,1991, p. 48).

Para métodos modernos de barreira (a) mecânicos: condom, diafragma, esponjas e condom feminino; b) químicos: espermicidas (cremes, gélias, espumas, óvulos e comprimidos) indica-se que praticamente estão isentos de efeitos colaterais. Como desvantagens, pode-se citar a interferência do método na atividade sexual e a diminuição da sensibilidade, no caso do condom masculino. Ademais, pode-se indicar que o uso do condom individualmente ou em conjunto com espermicidas pode produzir alergia ao látex ou espermicida (ABRANCHES..., 1997, p. 305-

⁶ Para informação adicional veja-se a ampla citação bibliográfica contida nos textos.

306; VIAGEM...,1991, p. 74). Estes fatos podem dificultar a aceitabilidade do método e por tanto, sua descontinuação (ABRANCHES..., 1997, p. 306).

Para métodos hormonais cita-se os seguintes efeitos colaterais. A ação dos estrogênicos pode causar vômitos, edema, aumento cíclico de peso, enxaqueca, mastalgia, cloasma, irritabilidade, etc. Para os progestagênicos indica-se aumento de apetite, aumento persistente de peso, diminuição da libido, fadiga, depressão, pele oleosa, acne, etc. Além disso, irregularidades menstruais (amenorréia, polimenorréia, manchas). O maior efeito colateral de contraceptivos hormonais, principalmente injetáveis consiste no encurtamento do ciclo e irregularidades menstruais, que geralmente originam o abandono do uso (ABRANCHES...,1997, p. 310-318).

O motivo principal de abandono do dispositivo intra-uterino, logo após a colocação relaciona-se com contrações fortes no útero, cólicas e sangramento. Paralelamente, indica-se uma série de contra-indicações, absolutas e relativas do uso do DIU; deve-se acrescentar doenças cardiovasculares (ALDRICHI, HALBE e FREITAS..., 1994, p. 645-646).

Adicionalmente apresentam-se outros problemas no uso dos métodos que derivam na descontinuação. Este grupo de razões, que denomina-se de “relacionados com o uso dos métodos”, pode-se incluir: desacordo do cônjuge, custo, disponibilidade, inconveniência do uso e, principalmente, busca de método mais efetivo. A descontinuação depende da racionalidade dos indivíduos e/ou casais frente a problemas ou inconveniências derivadas do uso dos métodos e recursos disponíveis.

Considerando o objetivo de estudar a descontinuação contraceptiva, desde a perspectiva da saúde reprodutiva e planejamento familiar, a partir de uma base de dados já disponível, classifica-se as razões de descontinuação para a população

peruana, em quatro grupos de razões: a) para engravidar; b) falha do método; c) problemas de saúde; d) relacionadas com o método; e um grupo residual constituído pelas outras razões de descontinuação consideradas na pesquisa em referência, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2

Classificação das razões de descontinuação da ENCUESTA (1997).

Razões	Classificação das razões
1. Para engravidar	a. Para engravidar
2. Falha do método	b. Falha do método
3. Problemas de saúde e efeitos colaterais	c. Problemas de saúde
4. Cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, procurar método mais eficaz e inconveniente de usar	d. Relacionadas com o método
5. Sexo pouco freqüente, separação/ viuvez, fatalismo, menopausa, outras razões, não sabe.	Outras razões

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

3.3 Fatores e mecanismos da descontinuação

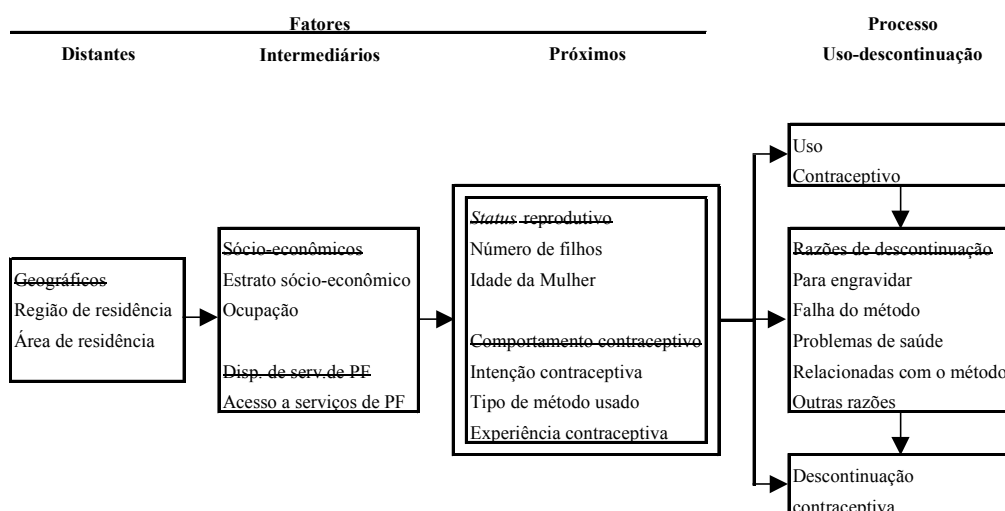
No desenvolvimento dos aspectos conceituais da proposta –e para sua aplicação aos dados do Peru- menciona-se que a descontinuação contraceptiva se relacionaria com três grupos de fatores que atuariam em nível distante (geográficos), intermediário (sócio-econômicos e de disponibilidade de serviços de planejamento familiar) e próximos (relacionados com a conduta reprodutiva: *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo).

No diagrama 1 se apresenta a proposta para analisar a relação dos fatores em seus diferentes níveis de influência; este inclui os três momentos do processo denominado uso-descontinuação.

O diagrama inclui, também, o conjunto de variáveis dos conceitos implícitos na proposta, agrupadas como segue: a) fatores distantes: geográficos (região e área de residência); b) fatores intermediários: sócio-econômicos (estrato sócio-econômico e ocupação) e disponibilidade de serviços de planejamento familiar (acesso ao planejamento familiar); e, c) fatores próximos: conduta reprodutiva (*status* reprodutivo –número de filhos e idade da mulher-, e comportamento

contraceptivo –intenção contraceptiva, tipo de método usado e experiência contraceptiva-).

Diagrama 1
Proposta para analisar fatores relacionados com a descontinuação contraceptiva



Variáveis geográficas definem a região e área de residência das mulheres, na data da pesquisa. Na aplicação da proposta em nível regional no Peru, as variáveis geográficas definem a área de residência das mulheres, na data da pesquisa.

Variáveis sócio-econômicas como estrato sócio-econômico representam a condição de vida das mulheres, na data da pesquisa; a ocupação, a atividade laboral das mulheres nos doze meses prévios à data da pesquisa.

A variável disponibilidade de serviços de planejamento familiar mede o acesso a serviços de planejamento familiar. Esta variável foi construída com base nos dados sobre exposição das mulheres à informação sobre planejamento familiar nos doze meses prévios à pesquisa e conhecimento de alguma fonte de fornecimento de métodos, na data da pesquisa.

É importante justificar, mais uma vez, a inclusão desta última variável no nível intermediário. Acredita-se que o simples acesso a serviços de planejamento familiar não influiria diretamente no processo reprodutivo, principalmente quando ele se dá de forma exógena, isto é, monitorado por agentes externos, como seria o Estado, no caso peruano. Assim, características sócio-econômicas das mulheres e disponibilidade de serviços atuam indiretamente sobre a descontinuação.

As variáveis relacionadas com o *status* reprodutivo referem-se ao número de filhos e idade das mulheres no início do episódio de uso⁷. As variáveis relacionadas com o comportamento contraceptivo como intenção contraceptiva e tipo de método usado referem-se ao motivo do uso (para espaçar ou limitar) e tipo de método usado (moderno ou tradicional) no início do episódio de uso; assim mesmo, a experiência contraceptiva refere-se ao uso de algum método prévio ao início do episódio de uso, nos últimos cinco anos prévios à pesquisa.

A relação e mecanismos através dos quais os fatores mencionados influenciariam o processo uso-descontinuação, como observou-se no item 2.1.2, têm sido abordados de forma limitada na literatura demográfica. Entende-se que é uma relação complexa, que envolve múltiplos mecanismos e que depende do contexto específico no qual se dá a descontinuação. No entanto, explora-se, a seguir, a relação e mecanismos principais através dos quais os fatores mencionados condicionariam e/ou determinariam a descontinuação.

3.3.1 Fatores distantes

Na proposta de análise assume-se, tal como mencionado, que o contexto geográfico, apenas, não determinaria o risco de descontinuação; o faria indiretamente através de diferenças no contexto sócio-econômico e de acesso a

⁷ O episódio de uso é uma das unidades utilizadas neste estudo. Sua descrição é feita no Capítulo 5, item 5.1.

serviços de planejamento familiar existente entre regiões e áreas de residência. Características das mulheres enquanto a região e área de residência influenciariam, entre outras, nas diferenças no estrato sócio-econômico, ocupação e acesso ao planejamento familiar, e conseqüentemente na descontinuação.

Na maioria dos países –principalmente em desenvolvimento- regiões e áreas de residência historicamente apresentam diferentes padrões de desenvolvimento sócio-econômico e uma desigual distribuição dos recursos e benefícios. Regiões e áreas urbanas freqüentemente estão associadas por um lado, a maiores níveis de desenvolvimento sócio-econômico, educativo, cultural e atividade laboral da população; e de outro, com uma maior concentração, disponibilidade e acesso a serviços de saúde e planejamento familiar.

Como conseqüência, mulheres que residem nas regiões e áreas de maior desenvolvimento podem ter por um lado, maiores possibilidades de alcançar níveis sócio-econômicos mais altos, melhor instrução, emprego, renda e, em geral, melhores perspectivas pessoais e profissionais; e, por outro, ter informação mais completa e/ou intensiva, melhores possibilidades de acesso a serviços de planejamento familiar e saúde que permitiriam um melhor controle do processo reprodutivo, quando comparadas com mulheres de contextos geográficos menos favorecidos, notadamente áreas predominantemente rurais.

Além disso, regiões e áreas de residência mais desenvolvidas geralmente têm um contato mais direto com o mundo exterior; assim, podem proporcionar à população melhores possibilidade de conhecer normas, valores, estilos de vida e padrões de comportamento reprodutivo e contraceptivo vigentes em outras sociedades. Este fato, teria contribuído, por exemplo, para que a adoção de novas idéias e atitudes modernas de comportamento reprodutivo e contraceptivo se iniciem, primeiro nos grupos de melhores condições sócio-econômicas das

regiões e áreas de maior desenvolvimento, e se espalhem, posteriormente, ao restante dos grupos sociais, regiões e áreas de residência.

Por exemplo, como salienta ZAVALA DE COSÍO (1992), entre inúmeros autores, o início do processo denominado de transição demográfica latino-americana começou, num primeiro momento nas áreas urbanas e entre as mulheres com maior instrução, devido à adoção de atitudes modernas de reprodução e, num segundo momento, atingiu as áreas rurais e as mulheres com menores níveis de instrução devido, em parte, à implementação de programas de planejamento familiar. O principal fator, neste caso, é a existência de uma oferta abundante de métodos contraceptivos modernos à disposição dos setores mais pobres da sociedade.

Assim, pela relação que existiria entre características do lugar de residência e sócio-econômicas das mulheres (aqui incluídas características sobre acesso aos serviços de planejamento familiar) pode-se situar características geográficas em um nível distante com relação à descontinuação. Elas atuariam basicamente na determinação do perfil ou características sócio-econômicas das mulheres e predisporiam a informação e acesso a serviços de planejamento familiar.

3.3.2 Fatores intermediários

Na análise dos fatores distantes assume-se que o contexto geográfico se relacionaria indiretamente com a descontinuação, através da influência que exerceria sobre as características sócio-econômicas e acesso a serviços de planejamento familiar. Nesta linha de raciocínio, assume-se que o contexto sócio-econômico e acesso ao planejamento familiar se relacionariam indiretamente com a descontinuação através da influência que exerceriam sobre a conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo). Mulheres com diferentes características sócio-econômicas e acesso a serviços de planejamento

familiar, adotariam diferentes padrões de conduta reprodutiva, os quais influenciariam de forma diferenciada na descontinuação. Assim por exemplo:

Mulheres de estrato sócio-econômico alto, que trabalham e têm acesso ao planejamento familiar, seriam mais inclinadas a adotar idéias e atitudes modernas de comportamento reprodutivo e contraceptivo e controlar o processo reprodutivo através de contracepção moderna. Com este objetivo, utilizariam métodos adequados às suas necessidades reprodutivas, descontinuando para engravidar, por não precisar de contracepção ou por problemas e/ou complicações derivadas ou agravadas pelo uso dos métodos. Provavelmente, seriam mais eficientes no controle do processo reprodutivo que mulheres de estrato baixo, que não trabalham ou não têm acesso ao planejamento familiar.

No entanto, o rol do acesso a serviços de planejamento familiar (informação e insumos) deve ser mais explorado, tanto como variável exógena quanto como sua influência sobre a conduta reprodutiva, prevalência e mix contraceptivo e descontinuação. Lembre-se que em alguns países em desenvolvimento, como o Peru, os serviços de planejamento familiar implementaram-se como parte das políticas macro de saúde e social do Estado, independentemente do contexto sócio-econômico.

Assim, pela relação expressa entre características sócio-econômicas e de acesso ao planejamento familiar e conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo), pode-se estabelecer que as primeiras atuam como fatores intermediários, por se relacionarem indiretamente com a descontinuação.

3.3.3 Fatores próximos

Nesta proposta de análise assume-se que fatores relacionados com a conduta reprodutiva, como *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo, se relacionariam diretamente com a descontinuação, uma vez que não haveria mais outros fatores mediando este evento. Diferenças no *status* reprodutivo e comportamento reprodutivo, derivadas da influência de fatores distantes e intermediários, influenciariam de forma diferenciada sobre a descontinuação contraceptiva.

Assim por exemplo, mulheres que adotam padrões modernos de comportamento reprodutivo e contraceptivo, teriam um menor número de filhos, preferencialmente em determinadas idades do período reprodutivo. Além disso, segundo suas preferências reprodutivas escolheriam, segundo sua idade, os métodos adequados para espaçar ou limitar o próximo nascimento. Teriam, em geral, uma tendência a descontinuar um menor número de vezes quando comparadas com mulheres que adotam outro padrão de comportamento reprodutivo e contraceptivo, caracterizado por elevado número de filhos e uso de métodos tradicionais de contracepção.

De acordo com o desejo de (não) ter (mais)filhos, as mulheres utilizariam determinado tipo de contraceptivo para espaçar ou limitar os nascimentos e teriam, segundo o tipo de método usado, maiores ou menores probabilidades de descontinuar. Pela relação que existe entre tipo de método usado e razões de descontinuação as mulheres que utilizam métodos tradicionais ou modernos teriam diferentes probabilidades de descontinuar por um lado, por falha do método ou problemas relacionados com o uso dos métodos; e por outro, por problemas e complicações na saúde, derivadas ou agravadas pelo uso dos métodos.

De acordo com a idade, mulheres que utilizam métodos modernos teriam probabilidades diferenciadas de descontinuar por problemas de saúde e efeitos colaterais. Assim, mulheres jovens que usam métodos tradicionais, e que, supõe-se, não têm experiência necessária para lidar com este tipo de métodos, teriam maiores probabilidades de descontinuar por falha do método que mulheres que utilizam o mesmo tipo de método mas que têm experiência contraceptiva. Assim mesmo, supõe-se que, conforme avançam no período reprodutivo, as mulheres tornam-se mais experientes na escolha e uso dos métodos mais adequados; portanto, sejam mais eficientes no controle do processo reprodutivo que mulheres mais jovens.

Finalmente, mulheres que utilizam métodos em vários momentos do período reprodutivo e que provavelmente atingiram ou ultrapassaram o número desejado de filhos e que têm mais idade, teriam a experiência contraceptiva, que lhes permita escolher e usar eficazmente os métodos contraceptivos; e portanto, diminuir as probabilidades de descontinuar quando comparadas com mulheres que não tiveram experiência contraceptiva prévia.

Em síntese, fatores relacionados com a conduta reprodutiva são importantes pela relação direta que têm com a descontinuação. Esta relação permitiria situar características relacionadas com a conduta reprodutiva das mulheres (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo) num nível próximo e direto com a descontinuação.

A seguir, descreve-se os mecanismos principais através dos quais as diferenças na conduta reprodutiva, mediadas pelos fatores geográficos, sócio-econômicos e de acesso a serviços de planejamento familiar, influenciariam na descontinuação.

a) *Status reprodutivo*

O número de filhos sobreviventes influenciaria na descontinuação através de mecanismos não ligados ao tipo de método usado. Mulheres que usam contracepção e que desejam ter filhos descontinuarão o uso dos métodos em algum momento do período reprodutivo, para engravidar. A descontinuação para ter filhos, entre as mulheres que usam contraceptivos para espaçar nascimentos, aconteceria em algum momento do período reprodutivo ligado ao padrão social de ter filhos em determinadas idades (mais ou menos) jovens. Este padrão seria influenciado pelo nível sócio-econômico e acesso a serviços de planejamento familiar das mulheres -padrão que, por sua vez, teria sido determinado pela condição de residência das mulheres.

A idade da mulher, similarmente, influenciaria na descontinuação, basicamente, através do tipo de método utilizado segundo sua idade. Assume-se que com a idade aumentam os custos de oportunidade de uma gravidez não desejada, dos problemas de saúde, efeitos colaterais e outros problemas relacionadas com o uso dos métodos. Assim, mulheres que usam um contraceptivo adequado, especialmente nas idades iniciais e finais do período reprodutivo, teriam menores probabilidades de descontinuar por problemas e complicações na saúde. Da mesma forma que com o número de filhos, este perfil seria mediado pelas características sócio-econômicas e acesso a serviços de planejamento familiar, e condição de residência das mulheres.

b) *Comportamento contraceptivo*

A intenção contraceptiva influenciaria na descontinuação através do tipo de contraceptivo segundo idade, experiência contraceptiva e objetivo de controlar o processo reprodutivo. No que tange à descontinuação, mulheres que usam métodos para espaçar os nascimentos teriam maiores probabilidades de descontinuar pois, em algum momento, decidiriam engravidar, quando

comparadas com mulheres que não desejam ter mais filhos e usam métodos para limitar os nascimentos.

O método usado influenciaria na descontinuação uma vez que, dependendo do tipo de método, haveria diferentes razões e probabilidades de descontinuação. Por exemplo, mulheres que usam métodos tradicionais, como tabela ou coito interrompido, provavelmente tenham maiores probabilidades de descontinuar devido à falha ou problemas relacionados com o uso dos métodos, quando comparadas com mulheres que usam métodos modernos que teriam maiores probabilidades de descontinuar por razões de saúde. Ao mesmo tempo, estas probabilidades estariam condicionadas pela residência, estrato sócio-econômico e acesso ao planejamento familiar das mulheres. Com efeito, seria de se esperar que mulheres de baixo estrato social tendam a experimentar mais falhas pelo fato de serem mais propensas a utilizar métodos tradicionais ou menor acesso a serviços adequados de planejamento familiar.

Além disso, devido à eficácia intrínseca dos métodos, haveria probabilidades diferenciadas de descontinuar. Por exemplo, mulheres que usam a tabela teriam maiores probabilidades de descontinuação que usuárias do dispositivo intra-uterino. Portanto, segundo a eficácia do método usado, as mulheres experimentaríamos diferentes razões e probabilidades de descontinuação. Da mesma forma que o tipo de método usado, estas probabilidades estariam condicionadas pela residência, estrato sócio-econômico e acesso ao planejamento familiar das mulheres. Tal como no caso anterior, é de se esperar que mulheres de baixo estrato social tendam a experimentar mais falhas, mesmo utilizando métodos modernos.

A experiência contraceptiva influenciaria na descontinuação através da escolha e uso eficaz dos métodos. Mulheres com experiência contraceptiva provavelmente

têm maior informação, facilidades de acesso e conhecimentos práticos que lhes permitam escolher e usar de maneira mais eficiente os métodos contraceptivos, assim como trocar de métodos na presença de problemas no uso dos mesmos. Desta forma teriam menores probabilidades de descontinuar por falha ou complicações relacionadas com o uso dos métodos, mas seriam propensas a descontinuar um método para procurar outro mais adequado à suas necessidades.

3.4 Resumo

A proposta de análise, que focaliza a descontinuação dentro de um processo maior que inicia-se com o uso da contracepção, assume que fatores distantes (geográficos, sócio-econômicos e de acesso ao planejamento familiar) se relacionariam indiretamente com a descontinuação. Estes fatores seriam intermediados por fatores próximos (status reprodutivo e comportamento contraceptivo), assim denominados por se relacionar diretamente com a descontinuação.

PARTE II
APLICAÇÃO DA PROPOSTA DE ANÁLISE AOS DADOS DO
PERU

4 A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PERU

Este capítulo tem como objetivo contextualizar a descontinuação contraceptiva no Peru. Descreve-se, em primeiro lugar, as características gerais, sócio-econômicas e demográficas do país; segundo, os programas e atividades de saúde reprodutiva e planejamento familiar; e terceiro, traça-se um panorama sobre o comportamento reprodutivo e contraceptivo da população e, principalmente, da descontinuação contraceptiva. O panorama a traçar tem o objetivo orientar o marco descritivo de referência para a análise dos fatores relacionados com a descontinuação que desenvolveremos nos capítulos seguintes.

4.1 Características gerais, sócio-econômicas e demográficas do país

O Peru está localizado na parte central e ocidental da América do Sul. Limita ao norte e nordeste com Equador e Colômbia, ao leste com Brasil, pelo sul e sudeste com Chile e Bolívia e a oeste com o Oceano Pacífico. Com uma superfície territorial de 1,3 milhões de Km², é o terceiro país mais extenso da América do Sul, depois de Brasil e Argentina, e o décimo oitavo entre os países do mundo (ENCUESTA..., 1997). Seu território tem um relevo extremamente acidentado, devido à Cordilheira dos Andes, que percorre o país de Sul a Norte, formando três unidades geográficas ou regiões naturais: Litoral, Serra e Selva (ENCUESTA..., 1997). Saliente-se, ademais, que a região Litoral costuma-se ser dividida em duas regiões: Lima Metropolitana, por sua singular concentração econômica e populacional e Resto do Litoral, e que para efeitos prático denominam-se como Lima e Litoral, respectivamente. Estima-se para o período 1995-00 uma taxa média anual de crescimento populacional de 1,7% e uma população de 25,6 milhões para o ano 2000 (PROYECCIONES...,1997).

No contexto da modernização, iniciado na década dos cinquenta, e acentuado a partir dos anos setenta, a sociedade peruana tem experimentado mudanças estruturais, com repercussões no processo de desenvolvimento econômico, social

e demográfico, que transformaram rapidamente o país. Estudos nacionais revelam que, de uma sociedade tradicional, predominantemente rural, andina e agrária, com altos níveis de analfabetismo, mortalidade e fecundidade, teria passado a uma outra, moderna, urbana, litorânea, baseada em uma economia industrial e de serviços, e com relativas baixas taxas de analfabetismo, mortalidade e fecundidade. (ARAMBURÚ & FERRANDO, 1992).

Na década dos oitenta o Peru, como a maioria dos países latino-americanos, sofreu uma profunda crise econômica e social caracterizada pela aceleração da inflação, contração do investimento público e privado nacional quanto internacional, deterioração dos salários em termos reais, incremento da taxa de desemprego e expansão do setor informal. A singular violência política que atingiu o país resultou em 25 mil vítimas e perdas materiais de aproximadamente um bilhão de dólares (PLAN...,1988), fato que teria contribuído ainda mais, com a crise acima citada.

Entre 1991-92, o novo governo introduz reformas estruturais no campo político, econômico-financeiro e na estrutura do estado, objetivando inserir a economia nacional no contexto internacional em condições de competitividade, reordenar o sistema produtivo interno e incorporar o sistema financeiro nacional na comunidade internacional. A partir desta data logra-se a reincorporação do país no sistema financeiro internacional, controla-se a inflação e estabiliza-se a economia, bem como, consolida-se a pacificação nacional e, a partir de 1993, se inicia o processo de recuperação econômica (PLAN...,1998).

Como conseqüência, os indicadores de crescimento econômico do período 1993-97 tiveram uma evolução positiva, quando comparado com outros países da América Latina. Segundo ENCUESTA..., 2001, o produto interno bruto (PIB), cresceu no país refletindo no aumento do PIB *per cápita*. No período 1990-2000

o PIB *per cápita*, tomando como base 1950 (1950=100), cresceu de 136,4 para 171,5. Mesmo assim, resulta inferior quando comparado com o PIB *per cápita* de 1980, estimado em 187,6, o que dá uma idéia da magnitude do processo ainda longo de recuperação.

A inserção do país no contexto internacional, ao longo de existência, privilegiou o desenvolvimento das regiões Lima e Litoral, historicamente áreas de maiores vantagens, quando comparadas à Serra e Selva. O processo de modernização das últimas décadas reforçou este desenvolvimento, ampliando as diferenças sócio-econômicas e demográficas entre as regiões. Assim, é comum associar às regiões diferentes níveis de desenvolvimento e dividir o território peruano em quatro regiões: Lima (capital do país), Litoral, Serra e Selva. É praxe considerar Lima em separado, uma vez que a capital concentra tradicionalmente perto de 39,0% da população e 46,0% do produto interno bruto.

Caracteriza-se a área litorânea (Lima e Litoral) como a de maior desenvolvimento relativo, com maior proporção de população urbana, concentrada no setor industrial, comercial e de serviços e que apresenta os melhores níveis relativos de vida do país. A Serra, pelo contrário, historicamente é a região mais deprimida. A população, localizada principalmente na área rural, depende de atividades agropecuárias que se desenvolvem em terras de difícil topografia, condições climáticas adversas e baixos níveis de produção e produtividade da mão de obra. A Selva é uma região em desenvolvimento, com um processo recente de expansão da fronteira econômica e com melhores níveis relativos de vida que da Serra. No entanto, agropecuária e extração continuam sendo as atividades econômicas mais importantes (ARAMBURÚ, 1982).

Lima, com cerca de 1,0% do território nacional, albergava em 1996 29,0% da população. No Litoral (10,0% do território nacional) a população manteve-se, nas

últimas duas décadas, em torno de 23,0%. Na Serra (32,0% do território nacional), reside uma proporção cada vez menor da população total, 36,0%. A Selva, (57,0% do território nacional), cuja população era praticamente inexpressiva nos anos cinquenta, tem experimentado um rápido crescimento, derivado, principalmente, das migrações de camponeses da Serra, alcançando 12,0% da população (ENCUESTA..., 1997; CENSO...,1994).

A Tabela 1 mostra para o país e regiões alguns indicadores da mortalidade e fecundidade. O comportamento da mortalidade, ao mostrar diferentes níveis, confirma as diferenças nas condições de vida dos diferentes grupos populacionais. A mortalidade, expressa em termos da esperança de vida ao nascer (E_0), estaria em torno de 66 anos na década de noventa, observando-se importantes diferenças segundo regiões do país, por exemplo, em Lima sobreviver-se-ia, em média, 10 anos mais que na Serra ou Selva (PERU..., 1995). A estimativa de mortalidade infantil, para a mesma data, revela que a probabilidade de uma criança sobreviver ao primeiro ano de vida era quase duas vezes maior em Lima (23 por mil) que no Litoral e Selva, e quase três vezes maior em relação à Serra (ENCUESTA..., 1997).

Tabela 1
Peru e regiões 1996: Indicadores demográficos selecionados

Regiões	E. Vida (em anos)	M.I. (por mil)	TFT (por mulher)
Lima	73,7	23,0	2,5
Litoral	67,7	41,0	2,9
Serra	63,1	69,0	4,6
Selva	64,5	52,0	4,7
Total	66,3	50,0	3,5

FONTE: ENCUESTA..., 1997; PERU...,1995.

O declínio da fecundidade é um fenômeno recente no país. A taxa de fecundidade que se mantinha em torno de 4,3 filhos por mulher em 1986, diminuiu até alcançar 3,5 em 1996. O declínio não tem sido homogêneo no país, pelo contrário, começou e se consolidou nas áreas e regiões de maior desenvolvimento

relativo. Até 1996, a fecundidade em Lima praticamente manteve-se em torno de 2,5 filhos por mulher. No Litoral e Selva diminuiu 20,0% e na Serra 15,0%. Mantendo-se constante ao longo da última década, o nível da fecundidade em Lima é 14,0% menor que no Litoral e 47,0% menor que na Serra e Selva (ENCUESTA..., 1988; 1997).

Paralelamente às mudanças demográficas do país, a economia peruana tem vivido um comportamento cíclico de avanço e retrocesso no crescimento econômico, com importantes diferenças nos resultados do processo de desenvolvimento regional. Utilizando o produto interno bruto (PIB) como indicador dos bens e serviços produzidos e distribuição regional da riqueza temos que, para 1996, aproximadamente 68,0% do PIB concentrava-se na região litorânea (Lima e Callao, 46,0% e Litoral, 22,0%); enquanto que o restante (32,0%) concentrava-se nas regiões Serra e Selva (CUENTAS..., 1998; COMPENDIO...,1998).

A modernização da sociedade e mudanças na economia possibilitaram a incorporação da mulher no mercado de trabalho. Entre 1970 e 1995 a participação feminina na atividade econômica aumentou de 27,2% para 34,7% (BIBLIOTECA..., 2001). Em 1996, 52,0% das mulheres entrevistadas trabalharam nos doze meses prévios à pesquisa. Em Lima e Litoral trabalharam principalmente em ocupações relacionadas com vendas e serviços, e atividades profissionais, técnicas e de gerência; na Serra e Selva em ocupações relacionadas, principalmente, com a atividade agrícola e vendas e serviços em geral (ENCUESTA..., 1997). Tabela 2.

Tabela 2

Peru e regiões 1996: Mulheres que trabalharam nos doze meses prévios à pesquisa por tipo de método (por cem).

Regiões	Profissional/ Téc./gerente	Vendas e Serviços	Mão de Obra (1)	Em casa e No lar	Emprego Agrícola	Total
Lima	27,7	40,6	11,7	19,7	0,3	100,0
Litoral	23,0	46,1	9,5	12,8	8,6	100,0
Serra	14,1	30,0	10,5	7,8	37,6	100,0
Selva	15,5	29,0	7,0	9,2	39,3	100,0
Total	20,7	36,8	10,3	13,0	19,2	100,0

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

(1) Compreende mão-de-obra manual qualificada e não qualificada.

Com o processo de modernização, a expansão do sistema educacional do país teve como consequência o aumento dos níveis educativos da população, especialmente feminina. Para 1996, o comportamento diferenciado por regiões pode ser visto na Tabela 3. Lima destaca-se do conjunto, onde oito de cada dez mulheres tem pelo menos uma ano de educação secundária. Na Serra e Selva, se registram as maiores percentagens de mulheres sem instrução (ENCUESTA...,1997).

Tabela 3

Peru e regiões 1996: Mulheres segundo níveis de educação (por cem)

Regiões	Sem instrução	Primária	Secundária	Superior	Total
Lima	1,5	15,9	53,6	29,0	100,0
Litoral	3,5	27,5	46,3	22,7	100,0
Serra	12,3	39,5	29,8	18,4	100,0
Selva	7,8	42,2	37,4	12,6	100,0
Total	6,2	29,3	42,3	22,2	100,0

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

A exposição aos meios de comunicação de massa, entendida como complemento do ensino recebido na educação formal, pode facilitar a transmissão de novas atitudes e conhecimentos sobre saúde e planejamento familiar, tal como afirmado em diversos relatórios nacionais das PNDS. Dados da ENCUESTA..., (1997) revelam que seis de cada dez entrevistadas residentes em Lima e Litoral receberam mensagens de planejamento familiar através da rádio e televisão. Na Serra e Selva, somente quatro de cada dez. A maior proporção de entrevistadas não expostas a mensagens de planejamento familiar reside na Serra e Selva (três de cada dez mulheres). Tabela 4.

Tabela 4

Peru e regiões 1996: Mulheres segundo exposição a mensagens de planejamento familiar nos doze meses prévios à pesquisa (por cem)

Regiões	Não Escutou	Escutou no rádio	Escutou na tv	Escutou no rádio e tv	Total
Lima	8,5	4,3	21,2	66,0	100,0
Litoral	14,4	6,7	17,8	61,1	100,0
Serra	35,2	18,7	7,8	38,3	100,0
Selva	29,9	12,3	8,7	49,1	100,0

Total	21,0	10,4	14,7	53,9	100,0
-------	------	------	------	------	-------

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

O aumento dos níveis da saúde no país foi originado pela introdução de tecnologia médica e incremento da infra-estrutura hospitalar e recursos humanos que, além de ampliar a cobertura dos serviços de saúde, teriam facilitado a ampliação da cobertura dos serviços de planejamento familiar. Resultados do *II Censo de Infraestructura y Recursos del Sector Salud de 1996* revelam que 59,0% e 53,0% das unidades hospitalares do primeiro e segundo nível de atenção (Hospital e Centros de Saúde) concentravam-se nas principais cidades da região Litoral; enquanto que, 37,0% e 55,0% das unidades hospitalares do terceiro nível de atenção (Posto Médico) encontravam-se espalhadas nas periferias das principais cidades do país e, principalmente, nas pequenas localidades das regiões Serra e Selva.

A Tabela 5 apresenta a distribuição da infra-estrutura física de saúde segundo regiões. Em Lima e Litoral a relação Hospital/habitante e Centro de Saúde/habitante, embora precária, é quatro vezes maior que na Selva. De forma contrária, e em coerência com a política de distribuição dos recursos físicos de saúde, segundo níveis de complexidade na atenção, na Selva e Serra a relação Posto Médico/habitante era duas e cinco vezes maior que em Lima.

Tabela 5
Peru e regiões 1996: Infra-estrutura física de saúde (por cem mil habitantes)

Regiões	Hospital	Centro de saúde	Posto médico	Total
Lima	2,2	8,4	6,9	17,4
Litoral	2,4	7,7	14,3	24,3
Serra	1,8	8,2	32,9	42,9
Selva	0,5	2,2	11,6	14,3
Total	2,0	7,9	21,2	31,1

FONTE: Elaborado a partir de: CENSO...,1996 e COMPENDIO...,1998.

Um outro indicador da infra-estrutura física de saúde é a disponibilidade de leitos hospitalares. Em 1996 existiam 1,5 leitos por mil habitantes. A média nacional

está perto dos valores correspondentes aos observados para os países como Bolívia (1,7) e Paraguai (1,3); no entanto, está muito aquém dos valores observados para Brasil (3,1) e Cuba (5,1), respectivamente (LA SALUD...,1998). A comparação não é descabida, pois sabe-se que este último aproxima-se bastante do quadro ideal em termos de atendimento público à saúde, num contexto de recursos tal vez mais escassos que os de Peru.

Na Tabela 6 apresenta-se a relação entre recursos humanos de saúde e população. Em 1996, existiam 105,1 e 119,4 médicos e enfermeiros respectivamente, para cada cem mil habitantes. A média nacional para os médicos está perto dos valores correspondentes a outros países latino-americanos como Bolívia (129,9) e Brasil (127,2); e para enfermeiros, de Costa Rica (109,1) e Panamá (144,1); no entanto, ambos os indicadores, distam muito dos valores correspondentes a países como Cuba (530,4 e 677,6), respectivamente (LA SALUD...,1998).

A precária infra-estrutura de saúde no Peru, fica mais evidente ao considerarmos as regiões. Como indicado no informe sobre o Peru, da Organização Pan-americana da Saúde de 1998:

“... Si bien estos promedios nacionales reflejan una disponibilidad aceptable de recursos humanos a nivel sectorial, uno de los principales problemas es el de su distribución inequitativa ya que los departamentos con maior nivel de pobreza son los que presentan la menor disponibilidad de personal de salud”. (LA SALUD...,1998, p. 465).

Tabela 6
Peru e regiões 1996: Recursos humanos de saúde (por cem mil habitantes)

Regiões	Médicos	Enfermeiros	Técnicos em Enfermagem	Total
Lima	196,1	164,2	144,5	504,8
Litoral	102,3	119,9	104,6	326,9
Serra	59,3	111,3	99,2	269,7
Selva	33,1	38,7	100,8	172,5
Total	105,1	119,4	113,6	338,1

FONTE: Elaborado a partir: CENSO..., 1996 e COMPENDIO..., 1998.

A disparidade regional nota-se ao comparar Lima, com 196,1 médicos para cada cem mil habitantes, relação que diminui significativamente na Serra e principalmente na Selva (59,3 e 33,1). Semelhantemente, a relação enfermeiros por cem mil habitantes era quase cinco vezes maior em Lima do que na Selva (de 164,2/100 mil para 38,7/100 mil.) (CENSO...,1996).

4.2 Os Programas e atividades de saúde reprodutiva e planejamento familiar

As atividades de planejamento familiar iniciaram-se nos anos sessenta, quando se constituíram organismos privados em Lima e cidades principais do país. A iniciativa pública iniciou-se em 1965 com a criação do Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD). Em 1968, todas as atividades de planejamento familiar foram suspensas pelo Governo Militar. Posteriormente, na Conferência de Bucareste de 1975, o governo comprometeu-se a constituir mecanismos legais e institucionais que permitissem desenvolver atividades em população e planejamento familiar, assumindo uma posição favorável ao desenvolvimento de tais atividades (ANTECEDENTES..., 1984).

Neste contexto, um aspecto importante no desenvolvimento das atividades de população e planejamento familiar no país, de acordo a fontes oficiais, foi a criação do Conselho Nacional de População (CONAPO) em 1980 e aprovação da Lei de Política Nacional de População (D.L. No 346), em 1985. Além disso, o compromisso político explícito da administração Governamental de 1986 e 1990 ratificou a prioridade do Governo ao planejamento familiar, à educação sexual, sobretudo de adolescentes, e ao melhoramento da situação das mulheres, como componentes principais do desenvolvimento humano do país (INFORME..., 1999).

Com a constituição do CONAPO desenvolveram-se diversas ações que colocaram a temática populacional na agenda governamental. No entanto, não foi

possível, nos diversos períodos de fragilidade política e técnica, gerar as condições permanentes de coordenação e supervisão para a execução das atividades de população expressas na Lei Política Nacional de População. Paralelamente, teria-se mantido uma capacidade de convocatória ampla e plural para o processo de formulação dos programas nacionais de população (INFORME...,1999). Entre 1987 e 1996, no contexto da formulação dos Programas Nacionais de População, formularam-se os Programas de Saúde Reprodutiva e Planejamento Familiar de 1987-90, 1991-95 e 1996-2000, cujo principal objetivo estava orientado, entre outros, a aumentar os níveis de prevalência contraceptiva com o fim de diminuir os níveis de fecundidade no país (PROGRAMA...,1996).

Em outubro 1996, cria-se o Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (Promudeh) e transfere-se as funções do CONAPO (INFORME..., 1991). Em 1998 aprova-se o Plan Nacional de Población 1998-2002, cujo objetivo enquanto a saúde sexual e reprodutiva está orientado a assegurar o exercício do direito de decidir livre e informada o número e espaçamento dos filhos; enquanto a metas, a alcançar uma taxa global de fecundidade compatível com os ideais reprodutivos da população (PLAN...,1998, p. 47).

Tabela 7
Peru e Regiões 1997: Casais protegidos por tipo de métodos (por cem)

Regiões	Uso de métodos contraceptivos							Total
	Pílula	Diu	Injetáveis	Vaginais	Camisinha	Esteriliz(1)	Implante	
Lima	18,3	22,0	36,5	2,7	7,5	11,6	1,4	100,0
Litoral	19,0	12,3	42,6	2,7	8,8	13,5	1,1	100,0
Serra	17,6	12,0	38,4	4,8	13,4	12,7	1,1	100,0
Selva	31,6	3,7	41,7	2,6	7,7	11,6	1,1	100,0
País	19,9	13,6	39,5	3,5	10,0	12,3	1,2	100,0
Nº de casos(2)	155,6	106,0	308,4	26,9	78,1	96,9	9,6	781,5

FONTE: COMPENDIO..., 1988.

(1) Compreende esterilização feminina (ligadura) e masculina (vasectomia).

(2) em milhares.

Para 1997, o programa de saúde reprodutiva e planejamento familiar do Ministério da Saúde atendeu e forneceu a 781.5 mil casais 17.8 milhões de unidades de contraceptivos que permitiram um ano de proteção para cada casal. Como se observa na Tabela 7, de cada dez casais atendidos cinco eram de áreas litorâneas (dois em Lima e três no Litoral); quatro na Serra e um na Selva. Em Lima os casais utilizaram preferencialmente métodos hormonais (injeção) e dispositivo intra-uterino, e no restante do país basicamente métodos hormonais. Aproximadamente sete de cada dez casais protegidos utilizaram a pílula, injetáveis ou dispositivo intra-uterino como principal método de contracepção (COMPENDIO..., 1998).

Acredita-se que a execução das atividades de planejamento familiar no país teria contribuído nas mudanças no padrão reprodutivo e contraceptivo da população. A mudança no padrão reprodutivo aponta para uma convergência enquanto ao tamanho ideal de família, expressado no número ideal de filhos. No entanto, as regiões encontram-se em diferentes estágios no processo de mudança no padrão contraceptivo: o nível da prevalência varia entre as regiões e existe diferenças no mix contraceptivo com uma forte presença de métodos tradicionais em todas as regiões. As características do padrão reprodutivo e diferenças no padrão contraceptivo influenciariam de forma diferenciada na descontinuação, cujas características descreve-se nos próximos dois itens.

4.3 O Comportamento reprodutivo e contraceptivo

O processo diferenciado de mudança sócio-econômica e demográfica entre os sub-grupos sociais das regiões e o desenvolvimento de atividades de planejamento familiar teriam provocado um processo de mudanças no padrão reprodutivo e comportamento contraceptivo. Este perfil, captado na ENDES-96, detalha-se a continuação.

As mudanças mencionadas refletiram-se num padrão reduzido do tamanho desejado de família e um maior conhecimento e uso de métodos contraceptivos. Apesar das críticas sobre o número ideal de filhos, como expressão do tamanho desejado de família, pela associação entre o número ideal e real de filhos tidos, especialmente nas mulheres de maior idade, este tipo de respostas pode constituir um indicador do tamanho desejado de família. Segundo ENCUESTA...,1997, o número de filhos que as mulheres consideram ideal é 2,5, sendo que 60,0% declara como ideal, até dois filhos. Este número independe das características sócio-econômicas e é bastante similar nas regiões, variando de 2,4 em Lima para 2,7 nas outras regiões.

Quanto às preferências reprodutivas, na ENCUESTA..., 1997, 59,4% das mulheres unidas responderam não desejar mais filhos. Se a esta percentagem agrega-se as usuárias esterilizadas a percentagem alcança 69,0%. Além disso, o desejo de não ter mais filhos aumenta rapidamente segundo o número de filhos, de 4,0% entre as mulheres nulíparas, até 70,0% entre as mulheres com três e mais filhos. Por outro lado, a percentagem de mulheres que desejam um filho dentro dos próximos dois anos diminui de 61,0% entre as mulheres que não têm filhos para 2,4% entre as mulheres que têm quatro filhos.

A percentagem de mulheres que não desejam mais filhos aumenta também, com a idade, de 43,0% entre as mulheres entre 15-19 anos até 67,0% entre 35-39 anos. Se nesta percentagem incluirmos as mulheres esterilizadas, aproximadamente 84,0% das mulheres unidas com 35 e mais anos não desejariam mais filhos. Entre as mulheres que desejam ter um filho, aproximadamente 9,0% das mulheres entre 15-19 anos o desejam dentro dos próximos anos; esta percentagem aumenta para 10,0% nas idades 30-34 anos e diminui até alcançar 3,6% no grupo etário 45-49 anos (ENCUESTA..., 1997).

Por sua vez, o conhecimento de alguma forma de regulação da fecundidade teria aumentado, sendo praticamente universal, já que, em 1996, nove de cada dez mulheres em idade fértil, independentemente da região de residência, conheciam ou tinham ouvido falar pelo menos de algum método contraceptivo (ENCUESTA..., 1997). Esta proporção era de sete em cada dez mulheres em 1986 (ENCUESTA...,1988). No entanto, a pesquisa realizada nas cinco principais cidades do país (exceto Lima), constatou que o conhecimento real, isto é, aquele que permite à mulher descrever corretamente o uso do método que indica conhecer, correspondia, em média, à metade do correspondente ao declarado na ENCUESTA...,1988 (ARAMBURÚ & LÍ, citados por ARAMBURÚ & FERRANDO, 1992).

Paralelamente ao incremento do conhecimento dos métodos, a prevalência contraceptiva mostra um significativo aumento e maior participação dos métodos modernos dentro do mix contraceptivo. Entre 1986 e 1996, o nível da prevalência contraceptiva aumentou de 46,0% para 64,0%, basicamente devido ao incremento do uso dos métodos modernos, que passou de 23,0% para 41,0%. Enquanto que a prevalência dos métodos tradicionais continuava em torno de 23,0%. Em Lima e Litoral, cinco de cada dez mulheres unidas usavam métodos modernos; no resto do país, esta proporção está próxima de três. Tabela 8.

Tabela 8
Peru e regiões 1996: Prevalência contraceptiva por tipo de métodos

Regiões	Métodos		
	Total	Modernos	Tradicionais
Lima	71,5	50,8	20,8
Litoral	69,8	48,3	21,6
Serra	56,8	29,2	27,6
Selva	58,2	40,1	18,0
País	64,2	41,3	22,8

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

Com relação ao mix contraceptivo (Tabela 9), apesar de ter observado nos últimos anos maior expansão urbana e educativa, maior motivação para o planejamento familiar, a tabela, não obstante sua diminuição, continua sendo um método muito usado em todas as regiões. A exceção é Lima, constitui o segundo método mais usado. Lima e Litoral apresentam os maiores níveis de uso de métodos contraceptivos modernos como DIU e esterilização feminina. A Selva, apresenta os maiores níveis de uso de métodos hormonais (injetáveis e pílula representam mais da metade da prevalência de uso de métodos modernos). Na Serra, predominam os métodos tradicionais, especialmente tabela.

No desenvolvimento dos aspectos conceituais da proposta de análise indicava-se que a eficácia no controle do processo reprodutivo, através da contracepção depende, principalmente, das características das mulheres, da escolha e qualidade do uso e eficácia dos métodos. Sobre o assunto, algumas características do comportamento reprodutivo e contraceptivo merecem ser consideradas pela relação que teriam sobre o risco de descontinuação, especificamente sobre a descontinuação por razões diferentes à de engravidar ou não estar exposta ao risco de engravidar.

Tabela 9
Peru e regiões 1996: Mulheres unidas por tipo de método usado na data da pesquisa (por cem)

Regiões	Modernos						Total
	Pílula	Diu	Injetáv (1)	Vaginais	Condom	Outros(2)	
Lima	7,9	17,1	6,4	1,4	8,0	10,0	50,8
Litoral	7,3	13,6	8,7	1,0	4,2	13,5	48,3
Serra	2,3	9,4	7,7	0,7	2,7	6,4	29,2
Selva	10,8	4,7	11,3	0,7	1,4	11,2	40,1
Total	6,2	12,0	8,0	0,8	4,4	9,9	41,3
Tradicionais							
	Tabela	C. Interr	Outros	Total			
Lima		15,5	4,0	1,3	20,8		
Litoral		16,9	3,0	1,6	21,5		
Serra		22,6	3,4	1,6	27,6		
Selva		13,9	1,6	2,5	18,0		
Total		18,0	3,2	1,7	22,9		

FONTE: ENCUESTA..., 1997.

(1) Inclui implante.

(2) Compreende esterilização feminina e masculina.

Por exemplo, considerando a alta prevalência da tabela e coito interrompido no Peru, o conhecimento da fisiologia reprodutiva constitui um importante elemento no uso eficaz dos chamados métodos tradicionais. Como era de se esperar, o conhecimento correto do período fértil é maior entre as usuárias da tabela (seis de cada dez) do que no total das usuárias (quatro de cada dez) (Tabela 10). De qualquer maneira, a limitação das mulheres (total de usuárias e usuárias da tabela) enquanto á identificação correta do período fértil, agregada à pouca eficiência do método, permite deduzir o impacto que teria o uso da tabela na descontinuação contraceptiva por falha do método.

Informações para outros países latino-americanos indicam maior nível de conhecimento do período fértil, tanto pelas usuárias da tabela quanto por todas as usuárias. Por exemplo, 67,6% e 63,7% na República Dominicana (ENCUESTA...,1996) e 75,3% e 74,9% na Bolívia (ENCUESTA..., 1998).

Tabela 10
Peru e regiões 1996: Mulheres segundo conhecimento do período fértil (por cem)

Regiões	Na metade do ciclo	Em outro Momento	Não sabe	Total
Total de Usuárias				
Lima	39,7	33,8	26,5	100,0
Litoral	39,6	30,7	29,7	100,0
Serra	34,8	30,1	35,1	100,0
Selva	32,8	36,1	31,1	100,0
Total	37,3	32,1	30,6	100,0
Usuárias da tabela				
Lima	52,3	32,8	14,9	100,0
Litoral	61,3	26,8	11,9	100,0
Serra	57,4	23,6	19,0	100,0
Selva	52,7	33,0	14,3	100,0
Total	56,4	27,7	15,9	100,0

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

Uma característica a ressaltar pelo impacto que tem na descontinuação por falha do método, está relacionada com a utilização da tabela, para espaçar ou limitar os

nascimentos, por mulheres que não conhecem corretamente sua fisiologia reprodutiva.

Tabela 11
Peru e regiões 1996: Mulheres usuárias da tabela segundo conhecimento do período fértil e intenção contraceptiva (por cem)

Regiões	Na metade do ciclo	Em outro Momento	Não sabe	Total
Usando a tabela para espaçar				
Lima	60,9	27,6	11,5	100,0
Litoral	59,5	28,0	12,5	100,0
Serra	64,8	20,5	14,7	100,0
Selva	51,1	34,3	14,6	100,0
Total	60,8	26,0	13,2	100,0
Usando a tabela para limitar				
Lima	47,2	36,0	16,8	100,0
Litoral	62,4	26,3	11,3	100,0
Serra	54,4	24,8	20,8	100,0
Selva	53,8	32,1	14,1	100,0
Total	54,2	28,6	17,2	100,0

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

Na Tabela 11 chama atenção o fato que mulheres que desejam limitar os nascimentos tenham um conhecimento mais precário do período fértil que aquelas que desejam espaçar. Aproximadamente cinco de cada dez mulheres que usam a tabela para limitar os nascimentos não identificam corretamente o momento do período fértil. Esta proporção, com exceção do Litoral, é similar nas regiões. Enquanto que, seis de cada dez mulheres que usam a tabela para espaçar os nascimentos não conhecem adequadamente o período fértil (exceto na Selva) e por tanto usam este método incorretamente, fato que como indicado, influencia na descontinuação por falha do método.

Outra característica do comportamento reprodutivo e contraceptivo das mulheres está na relação entre intenção contraceptiva e tipo de método usado. A Tabela 12 revela um perfil bastante racional do mix contraceptivo segundo intenção contraceptiva, uma vez que a prevalência de métodos modernos, sabidamente mais eficazes, é proporcionalmente maior entre as mulheres que desejam limitar o

tamanho da família. Ressalta-se que entre as regiões dos de cada dez mulheres usam algum método tradicional para limitar os nascimentos (exceto Serra).

Tabela 12
Peru e regiões 1996: Mulheres usuárias segundo intenção contraceptiva e tipo de método usado (por cem)

Regiões	Espaçar		Limitar		Total
	Moderno	Tradicional	Moderno	Tradicional	
Lima	24,6	11,0	46,3	18,1	100,0
Litoral	20,6	10,9	48,4	20,1	100,0
Serra	12,7	13,3	38,9	35,1	100,0
Selva	17,8	11,2	50,7	20,3	100,0
Total	19,3	11,7	45,2	23,8	100,0

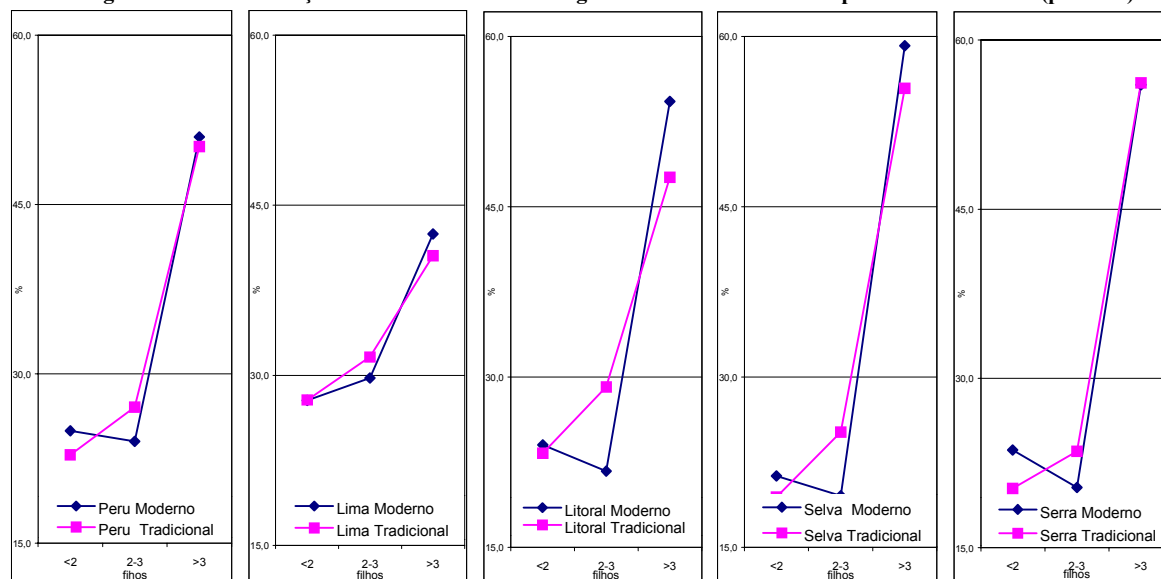
FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

O número de filhos, idade da mulher e tipo de método usado, são aspectos importantes no controle do processo reprodutivo e comportamento contraceptivo, principalmente no que tange à descontinuação. Este comportamento estaria relacionado por um lado, com descontinuações por falha do método e problemas relacionados com uso entre as mulheres que usam métodos tradicionais. Por outro, com descontinuações por problemas de saúde e efeitos colaterais entre as mulheres que, nas idades extremas do período reprodutivo, usam métodos modernos.

No Gráfico 1 apresenta-se, para o país e regiões, a distribuição relativa das mulheres segundo tipo de método usado e número de filhos. Este revela dois aspectos importantes: primeiro, que o padrão de descontinuação segundo número de filhos é muito similar entre usuárias de métodos modernos e tradicionais entre as regiões; segundo, mulheres com mais filhos utilizam em maior proporção métodos contraceptivos, independentemente do tipo de método.

Gráfico 1

Peru e Regiões 1996: Distribuição relativa das mulheres segundo número de filhos e tipo de método usado (por cem)

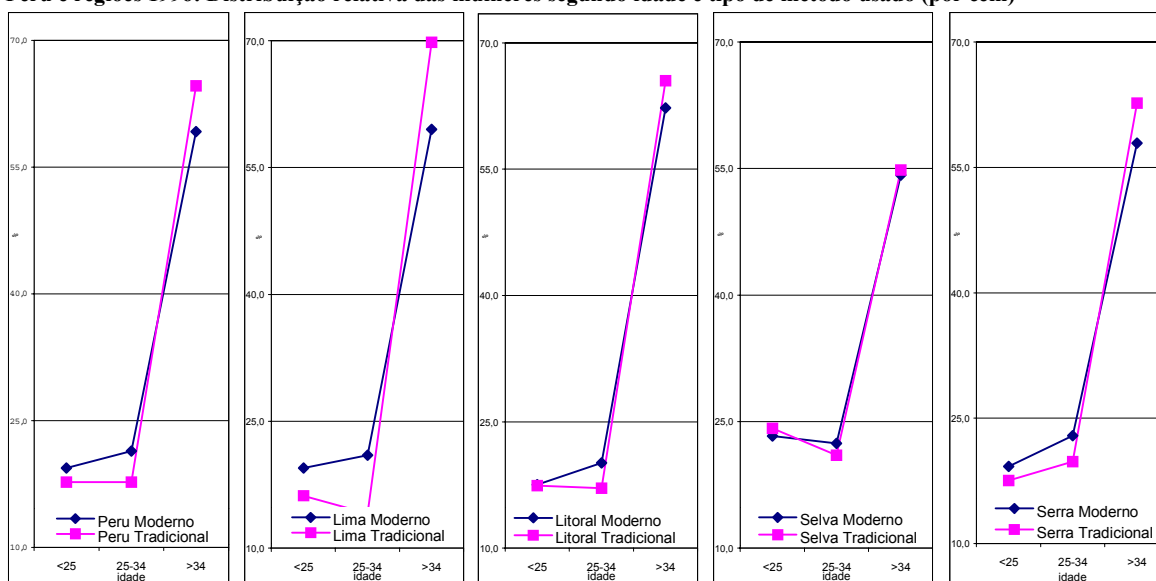


Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

No desenvolvimento dos aspectos conceituais da proposta de análise assumia-se que não existe método que sirva para uma mesma mulher em todas as fases de sua vida reprodutiva; assim, mulheres que nas idades extremas do período reprodutivo usam determinado tipo de métodos modernos teriam maiores riscos de descontinuar o uso contraceptivo quando comparadas com mulheres entre 25-34 anos. No Gráfico 2 apresenta-se a relação entre idade das mulheres e tipo de método usado. Da mesma forma que o caso anteriormente analisado, o padrão de descontinuação segundo idade e tipo de método usado apresenta um comportamento similar entre a idade das usuárias e tipo de métodos entre regiões. Independentemente da região de residência, as mulheres dos grupos etários superiores utilizam mais contracepção.

Gráfico 2

Peru e regiões 1996: Distribuição relativa das mulheres segundo idade e tipo de método usado (por cem)



FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

Sintetizando, as seqüências apresentadas nos dois gráficos anteriores sugerem padrões de uso contraceptivo muito similares entre regiões, segundo tipo de método usado e características reprodutivas (número de filhos e idade das mulheres).

4.4 A Descontinuação contraceptiva

O tipo de método usado, a qualidade do uso e eficácia dos métodos influenciariam a descontinuação do uso. Tendo em vista a importância destes aspectos, na proposta, ora apresentada, eles são considerados a continuação.

O aumento da prevalência contraceptiva no país foi acompanhado por elevados e permanentes níveis de descontinuação. KOST (1993), PADILLA (1994), e CURTIS & BLANC (1997) estimam que entre 45.0 e 50.0% das usuárias descontinuam o uso dos métodos no transcurso dos doze primeiros meses de uso. Relatórios das ENCUESTAS., 1993; 1997, revelam que entre 1992-1996, as percentagens de usuárias que descontinuaram aumentaram de 42,0% para 45,0%, respectivamente. Estes estudos revelam ademais que a falha dos métodos,

problemas de saúde (incluindo efeitos colaterais), e razões relacionadas com o uso dos métodos (incluindo a busca por um método mais eficaz), constituem as principais razões de descontinuação. Isto, acredita-se, constitui reflexo de um deficiente esquema sanitário para implementar os padrões reprodutivos desejados pelos indivíduos e/ou casais

Com objetivo de fornecer detalhadamente as razões que levaram as mulheres a descontinuar o uso contraceptivo, apresenta-se na Tabela 13, a distribuição relativa das descontinuações por tipo de método usado, durante os cinco anos precedentes à data de cada pesquisa (entre 1986 e 1991 para a ENDES 1991-92 e entre 1991 e 1996 para a ENDES-96). Além disso, deve-se lembrar que a distribuição relativa apresentada corresponde a episódios de uso⁸.

A tabela em referência não considera as razões de descontinuação classificadas nas ENDES 1991-92 e ENDES-96 como “não sabe”, “não conhece” e “outras razões” de descontinuação.

No período 1991-92 e 1996 as descontinuações, em nível global, mostram um comportamento diferenciado; por exemplo, a percentagem da descontinuação para engravidar manteve-se ao redor de 16,0%; enquanto que a percentagem correspondente à falha do método diminuiu de 33,% para 29,0% e as descontinuações devido aos problemas de saúde, aumentaram de 22,0% para 26,0%, respectivamente. Há de se notar que, se a diferença entre ambos períodos é significativa, a diminuição da descontinuação por falha do método poderia ser interpretada como um sinal positivo de melhores condições para implementação das preferências reprodutivas; enquanto que o aumento nas descontinuações por problemas de saúde podem se interpretar como sinal negativo enquanto disponibilidade de métodos adequados à especificidade fisiológica da mulher.

Tabela 13

**Peru 1991-92/1996: Razões de descontinuação contraceptiva nos cinco anos anteriores à pesquisa por tipo de método usado (por cem)
ENDES 1991-92**

Razões	Métodos modernos					Métodos tradicionais			Total
	Pílula	Diu	Injetável	Vaginais	Condom	Tabela	C. inter.	Outros	
Para engravidar	15,6	21,0	9,7	16,8	11,6	18,8	14,3	15,1	16,7
Falha do método	7,8	6,7	9,0	19,4	16,7	53,8	42,8	45,7	32,5
Método mais eficaz	2,9	0,9	3,5	16,1	19,5	14,1	18,6	17,8	11,1
Separação/viuvez	2,2	2,2	1,2	3,9	2,2	2,0	2,3	3,1	2,2
Sexo pouco freqüente	6,5	2,0	4,3	3,0	7,4	5,8	5,4	4,0	5,3
Menopausa	0,6	1,2	0,1	2,6	1,7	2,8	3,4	3,8	2,0
Cônjuge não gosta	0,4	0,4	0,7	3,4	6,4	0,7	5,3	1,2	1,5
Probl. de saúde (1).	56,4	62,0	56,1	17,3	12,5	0,7	2,7	3,1	22,2
Inconveniente de usar	1,8	3,4	1,6	6,2	13,6	1,0	4,3	2,6	2,8
Acesso/disponib.	3,9	0,1	6,2	7,4	7,1	0,4	1,0	2,9	2,4
Custo	2,0	0,1	7,7	4,0	1,3	0,0	0,0	0,7	1,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ENDES 1996

Razões	Métodos modernos					Métodos tradicionais			Total
	Pílula	Diu	Injetável	Vaginais	Condom	Tabela	C. interr.	Outros	
Para engravidar	13,6	17,4	9,5	12,6	12,5	18,7	13,7	11,9	15,4
Falha do método	11,4	3,7	5,5	21,4	15,2	52,1	40,4	37,4	29,0
Método mais eficaz	5,6	2,9	4,5	21,5	23,8	17,4	27,7	37,6	14,7
Separação/viuvez	1,3	1,2	1,1	0,8	2,4	1,3	1,8	0,7	1,4
Sexo pouco freqüente	5,4	2,1	4,0	5,6	13,9	5,0	5,5	3,7	5,4
Menopausa	0,8	1,6	0,6	1,2	0,7	2,4	0,8	2,3	1,6
Cônjuge não gosta	0,5	0,7	1,1	2,5	15,2	0,4	6,7	0,9	2,3
Probl. de saúde (1).	55,5	68,7	62,8	16,4	6,8	1,5	1,1	3,0	25,9
Inconveniente de usar	1,9	1,3	1,0	9,7	5,3	0,9	2,3	1,6	2,0
Acesso/disponib.	2,7	0,4	5,1	5,1	2,8	0,2	0,1	0,9	1,5
Custo	1,5	0,0	4,9	3,2	1,4	0,0	0,0	0,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

FONTE: ENCUESTA..., 1993; 1997.

(1) compreende efeitos colaterais.

Entre as descontinuações para engravidar, todos os métodos, tanto modernos (exceto condom) quanto tradicionais, diminuíram sua participação relativa. Observa-se que a descontinuação dos métodos vaginais e outros tradicionais tiveram uma diminuição de quatro pontos percentuais; enquanto que o condom manteve seus níveis percentuais (em torno de 12,0%) no período em análise. Além disso, o dispositivo intra-uterino, entre os métodos modernos, e tabela, entre os tradicionais, constituem os principais métodos descontinuados para engravidar.

⁸ Definido como o período de uso sem interrupção de algum método.

Entre as descontinuações por falha do método, a pílula e vaginais, entre os métodos modernos, e coito interrompido, entre os tradicionais, aumentaram sua participação relativa. No entanto, o dispositivo intra-uterino e injetáveis diminuíram a participação e mantiveram os menores percentuais de descontinuação, entre todos os métodos. Todavia, notando que importantes proporções se devem à troca por métodos mais eficazes, e que esta aumenta no período, poder-se-ia atribuir este fato a uma melhora nos níveis de informação e/ou acesso a serviços de planejamento familiar orientados ao uso de métodos mais eficazes.

Problemas de saúde constitui a segunda razão de descontinuação. É de ressaltar que neste grupo a descontinuação das usuárias de dispositivo intra-uterino e injetável aumenta entre cinco e sete pontos percentuais, enquanto que a descontinuação da pílula e vaginais mantiveram seus níveis de participação em torno 56,0 16,0%, respectivamente. Como em 1991-92, este tipo de razões de descontinuação manteve elevadas percentagens de descontinuação, principalmente entre as usuárias de pílula, dispositivo intra-uterino e injetáveis (cerca de 60,0%), comparativamente à descontinuação das usuárias de métodos vaginais e camisinha (16,0% e 7,0%, respectivamente).

Uma análise mais refinada da descontinuação contraceptiva pode ser feita classificando as razões de descontinuação segundo principais grupos de razões e tipos de métodos usados. Na Tabela 14 apresenta-se as taxas líquidas de descontinuação durante o primeiro ano de uso, para cada método. As taxas baseiam-se em cálculos de tabelas de vida⁹ e indicam a proporção de segmentos de uso que foram descontinuados durante os primeiros doze meses do período de referência das pesquisas.

⁹ No capítulo metodológico detalha-se a técnica das tabelas de vida para estimar taxas de descontinuação.

Tabela 14

Peru 1991-92/1996: Taxas anuais de descontinuação contraceptiva segundo razões de descontinuação e tipo de método usado

ENDES 1991-92

Razões	Métodos modernos					Métodos tradicionais			Total
	Pílula	Diu	Injetáveis	Vaginais	Condom	Tabela	C. inter.	Outros	
Falha do método	4,2	1,1	3,5	12,2	8,5	24,2	17,3	21,1	12,9
Para engravidar	6,2	0,5	4,2	11,5	6,8	6,5	5,1	5,2	5,2
Efeitos colaterais	28,6	7,0	34,3	9,9	7,4	0,2	1,1	0,8	9,4
Outras razões	17,7	1,7	20,6	31,2	38,0	11,6	19,4	19,9	14,4
Total	56,7	10,3	62,6	64,8	60,7	42,5	42,9	47,0	41,9

ENDES 1996

Razões	Métodos modernos					Métodos tradicionais			Total
	Pílula	Diu	Injetáveis	Vaginais	Condom	Tabela	C. inter.	Outros	
Falha do método	5,4	0,5	2,6	12,3	6,6	23,2	17,2	12,8	11,4
Para engravidar	3,8	1,3	3,3	6,7	5,9	6,6	4,9	3,0	4,5
Efeitos colaterais	27,9	13,3	30,0	11,5	3,8	0,4	0,8	1,2	10,3
Outras razões	16,7	2,3	17,7	44,0	42,9	14,9	32,1	40,7	19,0
Total	53,8	17,4	53,6	74,5	59,2	45,1	55,0	57,7	45,2

FONTE: ENCUESTA 1993; 1997.

Entre 1991/92 e 1996, quatro de cada dez usuárias descontinuaram no transcurso do primeiro ano de uso. As taxas de descontinuação são superiores a 42,0% para todos os métodos, com exceção do DIU, em ambas pesquisas. As taxas mais elevadas de descontinuação por falha do método encontram-se entre as usuárias de métodos tradicionais, que praticamente mantiveram seus níveis de descontinuação, exceto outros métodos tradicionais. As usuárias de métodos modernos apresentam maiores taxas de descontinuação devido a efeitos colaterais, principalmente no caso do dispositivo intra-uterino e vaginais que aumentam seus níveis de descontinuação. Note-se que as maiores taxas, atendendo às razões, encontram-se na categoria residual “outras razões”, que neste caso, inclui a troca de método por outro mais eficaz. Esta taxa, que é maior em 1996, novamente indicaria uma melhora nos níveis de informação e/ou acesso a métodos mais eficazes de planejamento familiar.

Outros estudos sobre descontinuação contraceptiva no Peru apresentam semelhantes resultados. Por exemplo, o estudo de MORENO (1993), com dados da ENDES-86, mostra uma taxa de falha de 17,0% para todos os métodos

contraceptivos. Por tipo de métodos, usuárias de métodos tradicionais e de barreira tinham taxas de falha duas vezes mais altas (22,0 e 17,0%) que as usuárias de métodos clínicos (7,0%). Desta forma, nota-se que a descontinuação por falha mostra uma tendência á diminuição. PADILLA (1994) e CURTIS & BLANC (1997) com dados da ENDES-1991-92 confirmam que quase a metade das usuárias de contraceptivos no período 1986-91 descontinuaram nos doze primeiros meses de uso. Revelam também que as descontinuações por falha do método, troca de método e relacionadas com o método, são importantes razões de descontinuação, quando comparadas com efeitos colaterais e outras razões. PADILLA (1994) revela que usuárias do DIU, pílula e injeção apresentam as menores taxas de falha que as usuárias dos vaginais e camisinha que alcançam níveis intermediários, e as usuárias de métodos tradicionais apresentam as maiores taxas de descontinuação contraceptiva.

Sobre o assunto, PADILLA (1994) sugere que a descontinuação por falha, troca e abandono do uso dos métodos indicariam limitações do programa de planejamento familiar (isto é, do Programa de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia del MINSA) em oferecer métodos que satisfaçam as necessidades das usuárias, revelando deficiências nos componentes de informação, educação e comunicação.

3.5 Resumo

O processo diferenciado de mudança sócio-econômica e demográfica reflete-se em distintos processos de mudança no comportamento reprodutivo dos grupos regionais expressos, por um lado, na adoção de padrões comuns de comportamento reprodutivo quanto ao tamanho desejado de família (em torno de dois filhos por mulher) e, de outro, na adoção de padrões diferentes de

comportamento contraceptivo. Ainda que constitua um aspecto não estudado, a crise sócio-econômica e violência política vivida pelo país a partir de fins da década dos oitenta, teria contribuído na mudança no comportamento reprodutivo mencionado. Com relação ao papel do Estado, e sem chegar a um consenso, teria havido esforços significativos por parte do governo para oferecer à população, acesso, relativamente extensivo, a serviços de planejamento familiar.

A utilização de métodos tradicionais, principalmente tabela, e de métodos modernos, nas idades extremas do período reprodutivo, teria influenciado no perfil e nas características da descontinuação contraceptiva do país. A descontinuação caracteriza-se por uma dinâmica intensa cujos níveis de descontinuação têm permanecido em torno de 40,0-45,0% entre 1991 e 1996. A falha do método e problemas de saúde (incluindo efeitos colaterais) constituem as principais razões de descontinuação.

5. FONTE DE DADOS E VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

Neste capítulo trata-se dos dados e das variáveis utilizadas no estudo. Uma vez que o tipo de dados a ser utilizado delimita o escopo metodológico inclui-se, antes do capítulo metodológico, uma descrição da fonte de dados. Descreve-se a estrutura e características dos dados do calendário das PNDS, o episódio de uso como unidade de análise no estudo da descontinuação e a qualidade dos dados do calendário da ENDES-96 do Peru. Finalmente, descreve-se as variáveis utilizadas no estudo.

5.1 O Calendário de eventos

O questionário individual das PNDS, principalmente da terceira etapa, inclui um formulário para coletar, mês a mês, os principais eventos reprodutivos das entrevistadas, nos cinco anos prévios à data da entrevista (Ver Diagrama 2). O formulário denominado de “calendário” é conformado por quatro colunas destinadas a registrar:

- 1.- nascimentos, gravidez e uso de contraceptivos;
- 2.- razões da descontinuação do uso contraceptivo registradas no mês que ocorreu a descontinuação;
- 3.- períodos nos quais as mulheres estiveram em algum tipo de união marital; e,
- 4.- a localidade e mudanças de residência.

No calendário, é possível, conseqüentemente, acompanhar a sucessão de um ou vários destes eventos, sua relação mútua, e sua associação com qualquer e toda característica registrada nos outros questionários da pesquisa.

Diagrama N° 2

PERU 1996: Calendário de Eventos da ENDES-96

		1	2	3	4	
02 Fev	01					01 Fev
01 Jan	02					02 Jan
12 Dec	03					03 Dec
11 Nov	04					04 Nov
10 Oct	05					05 Oct
09 Sep	06					06 Sep
08 Ago	07					07 Ago
07 Jul	08					08 Jul
06 Jun	09					09 Jun
05 Mai	10					10 Mai
04 Abr	11					11 Abr
03 Mar	12					12 Mar
02 Fev	13					13 Fev
01 Jan	14					14 Jan
						1996
12 Dec	15					15 Dec
11 Nov	16					16 Nov
10 Oct	17					17 Oct
09 Sep	18					18 Sep
08 Ago	19					19 Ago
07 Jul	20					20 Jul
06 Jun	21					21 Jun
05 Mai	22					22 Mai
04 Abr	23					23 Abr
03 Mar	24					24 Mar
02 Fev	25					25 Fev
01 Jan	26					26 Jan
						1995
12 Dec	27					27 Dec
11 Nov	28					28 Nov
10 Oct	29					29 Oct
09 Sep	30					30 Sep
08 Ago	31					31 Ago
07 Jul	32					32 Jul
06 Jun	33					33 Jun
05 Mai	34					34 Mai
04 Abr	35					35 Abr
03 Mar	36					36 Mar
02 Fev	37					37 Fev
01 Jan	38					38 Jan
						1994
12 Dec	39					39 Dec
11 Nov	40					40 Nov
10 Oct	41					41 Oct
09 Sep	42					42 Sep
08 Ago	43					43 Ago
07 Jul	44					44 Jul
06 Jun	45					45 Jun
05 Mai	46					46 Mai
04 Abr	47					47 Abr
03 Mar	48					48 Mar
02 Fev	49					49 Fev
01 Jan	50					50 Jan
						1993
12 Dec	51					51 Dec
11 Nov	52					52 Nov
10 Oct	53					53 Oct
09 Sep	54					54 Sep
08 Ago	55					55 Ago
07 Jul	56					56 Jul
06 Jun	57					57 Jun
05 Mai	58					58 Mai
04 Abr	59					59 Abr
03 Mar	60					60 Mar
02 Fev	61					61 Fev
01 Jan	62					62 Jan
						1992
12 Dec	63					63 Dec
11 Nov	64					64 Nov
10 Oct	65					65 Oct
09 Sep	66					66 Sep
08 Ago	67					67 Ago
07 Jul	68					68 Jul
06 Jun	69					69 Jun
05 Mai	70					70 Mai
04 Abr	71					71 Abr
03 Mar	72					72 Mar
02 Fev	73					73 Fev
01 Jan	74					74 Jan
						1991

- 1.- Nascimentos, gravidez e uso de contraceptivos
- 2.- Razões que induzem à descontinuação
- 3.- Matrimônio/união marital
- 4.- Localidade e mudanças de residência

FONTE: ENDES-96, 1997.

A unidade de análise no estudo da descontinuação é o episódio de uso, definido como o período de uso sem interrupção de algum contraceptivo, no período de referência da pesquisa (CURTIS & HAMMERSLOUGH, 1995). No calendário existem dois tipos de episódios de uso: os denominados completos, porque se conhece a duração do uso, isto é, o momento de início e término do uso; e os denominados incompletos ou “censurados”, devido a que a duração do uso é indeterminada, isto é, não se conhece o momento de início e/ou término do episódio de uso. Nesta situação estão compreendidos os episódios que começaram antes da data de início do período de referência das pesquisas (episódios de uso censurados pela esquerda) e os que continuavam em uso na data da entrevista (episódios de uso censurados pela direita). (PADILLA, 1994).

A duração do uso e razões que levam à descontinuação constituem duas informações básicas cuja qualidade constitui fator relevante na análise dos fatores relacionados com a descontinuação. A qualidade dos dados do calendário pode variar de pesquisa para pesquisa e depende de uma série de fatores, incluindo treinamento dos entrevistadores, habilidade para lembrar das entrevistadas, tipos de métodos contraceptivos que predominam em um país, e duração média do uso contraceptivo, etc. (CURTIS & BLANC, 1997).

Obviamente, todo dado coletado retrospectivamente está sujeito a erro e dados do calendário não seriam exceção. Erro devido a problemas de memória, determinação da duração, e até mesmo, omissão de eventos (deliberada ou acidental) são problemas comuns que podem enviesar os resultados. Assim, embora dados do calendário sejam considerados alternativa superior para coleta de dados longitudinais, quando comparados com outras técnicas de coleção de dados retrospectivos (GOLDMAN; MORENO e WESTOFF 1989; WESTOFF, 1990, citados por CURTIS & HAMMERSLOUGH, 1995), são também, susceptíveis de erro.

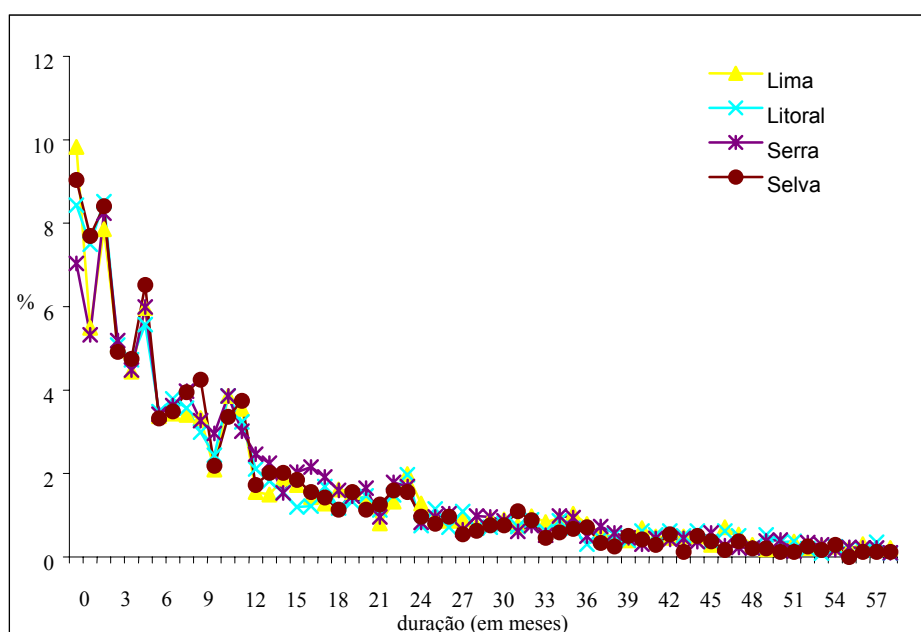
Considerando que as entrevistadas respondem a perguntas sobre todos os episódios de uso concernentes a um período relativamente longo, pode existir tendência ao esquecimento ou omitir episódios, particularmente pequenos. Se isto acontece, taxas de descontinuação seriam subestimadas. Além disso, pode ocorrer sub-registro de gravidez não desejada, o que parece mais provável se a gravidez é abortada, subestimando, assim, taxas de falha. Ocorre ainda a preferência por informar determinadas durações de uso e declarar determinadas datas, o que constitui também, fonte potencial de viés, uma vez que resultam em estimativas de durações pouco precisas (CURTIS & BLANC, 1997).

Na ausência de erros, a distribuição dos episódios de uso deveria declinar suavemente. No entanto, a maioria apresenta um padrão geral de erros com distribuições concentradas, principalmente, nas durações 3, 6, 12, 18 e 24 meses (CURTIS & BLANC, 1997). Sobre o assunto ALI & CLELAND (1996) indicam que o impacto da magnitude da concentração em determinadas durações sobre a estimação de taxas de descontinuação é de natureza desconhecida. Por outro lado, CURTIS & BLANC (1997) indicam que o tipo do agrupamento dos dados do calendário das PNDS por eles encontrado, provavelmente supere ou compense eventuais erros nas estimativas de descontinuação.

A falha contraceptiva, que resulta ao mesmo tempo na descontinuação e numa gravidez não desejada, é um assunto suscetível e embaraçoso para as mulheres. Elas podem ter a percepção de que falharam no planejamento de um importante evento de sua vida. Elevado número de mulheres que estão grávidas no mês após a descontinuação não reportam falha contraceptiva como razão de descontinuação, o que pode sugerir sub-registro de falha contraceptiva, particularmente, se reportam que descontinuaram para engravidar. Isto subestimaria as taxas de descontinuação por falha e sobestimaria as taxas de descontinuação para engravidar CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995).

Como acontece com a maioria das distribuições dos episódios das PNDS, os episódios do calendário da ENDES-96 seguem o padrão geral, com preferência nos dígitos 3, 6, 12 e 24 meses de duração (Gráfico 3). Adicionalmente, a inspeção visual sugere que não haveria padrões de erro substancialmente diferentes segundo regiões.

Gráfico 3
Peru e regiões 1996: Durações de uso contraceptivo por regiões (por cem)



FONTE: Elaborado a partir dos dados do calendário da ENDES-96.

Para analisar a preferência por dígitos em determinadas durações, na Tabela 15 apresenta-se o índice de agrupamento das durações de uso segundo regiões. Seguindo o procedimento utilizado por ALI & CLELAND (1996), o índice é calculado pelo número de durações no mês i dividido pelo número médio de durações em meses $i-2$, $i-1$, $i+1$, $i+2$, onde $i = 6, 12, 18, 24$, etc., assumindo que o número de descontinuações varia linearmente entre $i-2$, $i+2$ meses. Um valor maior que 1 indica agrupamento no mês. Claramente, no caso peruano, houve maiores atrações pelas durações 6 e 12 meses. Note-se ademais, valores erráticos nas durações superiores a 36 meses.

Tabela 15**Peru e Regiões 1996: Índice de agrupamento das durações de uso contraceptivo**

Regiões	Duração do uso								
	6	12	18	24	30	36	42	48	54
Lima	1,46	1,47	0,88	0,98	0,83	1,02	1,51	1,79	0,73
Litoral	1,30	1,43	0,87	1,12	0,83	1,38	1,19	1,44	0,75
Serra	1,43	1,32	1,21	1,39	1,11	1,45	0,65	0,78	1,38
Selva	1,58	1,13	0,97	1,30	0,83	0,86	1,05	0,46	1,41
País	1,43	1,37	1,00	1,16	0,91	1,19	1,13	1,30	0,94

FONTE: Calendário da ENDES-96.

No calendário coleta-se informação no mês de início e/ou término de algum evento contraceptivo, e não os dias exatos em que aconteceram; portanto, no cálculo das durações dos episódios de uso assume-se que, em média, as descontinuações ocorreram na metade do mês.

Como mencionado, dados do calendário contém episódios de uso censurados. Como praxe, nos estudos sobre descontinuação exclui-se da análise os episódios censurados por falta de data de início (censurados pela esquerda). Da mesma forma, exclui-se o mês da entrevista e os dois meses prévios à pesquisa com a finalidade de evitar viés ocasionado pela incerteza das mulheres em determinar se estão ou não nos estágios iniciais de uma gravidez, impedindo assim possíveis subestimações deste fenômeno (CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995).

Conseqüentemente, na análise da descontinuação no Peru, cada mulher que usou um método contraceptivo contribui com até 60 meses de observação no período compreendido entre os 63 meses até os 3 meses prévios ao mês da entrevista, que variou de janeiro de 1991 a novembro de 1996.

Por último, no presente estudo, excluem-se os episódios de uso de esterilização. Entende-se que o risco de descontinuar de uma mulher esterilizada é virtualmente nulo. Autores como CURTIS & BLANC (1997) e LEITE (1998), procedem de

forma similar. Embora isto possa significar uma diminuição do universo de episódios de uso, as conseqüências teóricas não são consideradas neste estudo¹⁰.

5.2 Fonte de dados e variáveis utilizadas no estudo

Como manifestado, este estudo utiliza dados da *Encuesta Demográfica y Salud Familiar de 1996*, a qual serviu de base para descrever o perfil da dinâmica reprodutiva e contraceptiva do Peru, no capítulo 4. A pesquisa foi desenvolvida nos meses de Agosto e Novembro de 1996, pelo *Instituto Nacional de Estadística e Informática*, como parte da terceira fase do Programa Mundial das PNDS. Na amostra, auto-representativa da população total, departamental e regional do país, foram selecionados 33,5 mil domicílios para obter 28,9 mil entrevistas completas de mulheres entre 15-49 anos de idade, das quais 11,9 mil usaram algum método contraceptivo nos 5 anos prévios à data da pesquisa.

Este estudo refere-se a 11,3 mil mulheres que utilizaram algum método contraceptivo entre os 63 meses até os 3 meses prévios ao mês da pesquisa. Em conjunto, contribuíram com 18,5 mil episódios de uso contraceptivo. Do total de episódios 10,9 mil foram descontinuados ao longo do período de referência da pesquisa e 7,6 mil encontravam-se em uso na data da entrevista.

Para utilizar os dados do calendário criou-se um arquivo com registros de episódios em uso e descontinuados, segundo razões de descontinuação. Este arquivo foi gerado utilizando o programa desenvolvido por CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995) denominado CAL2SPSS. O programa grava os dados de forma que cada registro representa um episódio de uso contraceptivo e gera um arquivo que contém, para cada registro: informação sobre código de identificação da mulher, a ponderação do episódio de uso, o estado reprodutivo

¹⁰ Todavia sua exclusão, na presente aplicação não alterará os resultados uma vez que o número de episódios de uso de esterilização reportados no calendário da ENDES-96 constitui 4,5% do total de episódios.

no mês imediatamente após o início do episódio, e imediatamente antes do início do episódio de uso, assim como, o método usado e razão da descontinuação.

Para utilizar dados do questionário individual criou-se um arquivo contendo informações de interesse do presente estudo: características gerais da entrevistada, reprodução, contracepção, preferências de fecundidade, estado marital, anos de estudo, ocupação na data da pesquisa, informação sobre exposição a mensagens de planejamento familiar, conhecimento de fonte de fornecimento de métodos e características dos domicílios. O arquivo em referência foi gerado utilizando o programa desenvolvido por CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995), denominado SELECT. Finalmente, cabe ressaltar que toda e qualquer outra variável disponível no arquivo do questionário individual poder ser incorporada.

Os dois arquivos foram juntados, de tal forma que cada registro corresponde a um episódio de uso contraceptivo contendo sua própria informação, além das características das entrevistadas, acima citadas.

Os programas CAL2SPSS e SELECT constituem dois instrumentos importantes para processar os dados contidos no calendário cuja potencialidade, acredita-se, não tem sido adequadamente explorada. O uso dos programas mencionados pode contribuir para difundir sua maior utilização em outros estudos que os de descontinuação¹¹.

Os dados do calendário da ENDES-96 reportam 15 razões de descontinuação que levam as mulheres a descontinuar a contracepção. Neste estudo foram agrupadas em 5 categorias que, como foi dito, adequam-se ao marco de análise proposto: a) para engravidar; b) falha do método; c) problemas de saúde; d) relacionadas com

¹¹ A Macro International INC, cedeu gratuitamente estes programas, através de Siân Curtis.

o método; e) outras razões. Na Tabela 16 apresenta-se a distribuição absoluta e relativa dos 5 grupos de razões, incluindo episódios ainda em uso (censurados) na data da pesquisa.

Tabela 16
Peru 1996: Grupos de razões de descontinuação

Razões de descontinuação	Número de Segmentos	(%)
Para engravidar	1411	7,6
Falha	3283	17,8
Razões de saúde	2803	15,2
Razões do método	2613	14,1
Outras razões	757	4,1
Ainda usando	7611	41,2
Total	18478	100,0

FONTE: Elaborado a partir dos dados da ENDES-96.

O estudo considera as quatro primeiras categorias em adição à categoria de referência, que é ainda usando algum método contraceptivo. Assim, conforma-se quatro variáveis dependentes, cujo código, nome e categorias apresentam-se na Tabela 17. Cada variável dependente tem duas categorias: assume o valor de 1 se descontinuou por alguma razão ou 0 se não se descontinuou; isto é, ainda usando ou censurada.

A descontinuação é estudada segundo o marco analítico proposto, considerando variáveis geográficas, sócio-econômicas e de acesso ao planejamento familiar, e relacionadas com a conduta reprodutiva, tal como se detalha a seguir:

Variáveis distantes

a) Geográficas: a área de residência é definida na forma clássica: urbana-rural.

Variáveis intermediárias

a) Sócio-econômicas: estrato sócio-econômico, foi definido a partir de um índice resultante da soma ponderada de 7 indicadores que refletem características, bens, e serviços disponíveis no domicílio (televisor, rádio, automóvel,

banheiro, geladeira, telefone e piso) e anos de estudo (0-6 anos; 7-12 anos; e 13 e mais anos de estudo). São três categorias que procuram discriminar grupos socio-econômicos da população. Anexo 1.

Tabela 17
Peru 1996: Descrição das variáveis utilizadas no estudo da descontinuação

Natureza	Código da variável	Nome da variável	Categorias (*)
Dependente	T	Total de razões	(Ainda usando)
	e	Para engravidar	Todas as razões
	f	Falha do método	Engravidar
	s	Razões de saúde	Falha do método
	m	Relacionadas com o método	Razões de saúde
Distante	RESID1	Área de residência	(Urbana)
	RESID2		Rural
Intermediária	STRATO1	Estrato sócio-econômico	(Alto)
	STRATO2		Médio
	STRATO3		Baixo
	OCUP1	Condição de ocupação	(Trabalha)
	OCUP2		Não trabalha
	ACCESS1	Acesso ao planejamento familiar	(Sim)
ACCESS2	Não		
Próxima	FILHOS1	Número de filhos no início do episódio de uso	(< 2 filhos)
	FILHOS2		2-3 filhos
	FILHOS3		≥ 3 filhos
	IDADE1	Idade da mulher no início do episódio de uso	(<25 anos)
	IDADE2		25-34 anos
	IDADE3		>34 anos
	INT1	Intenção contraceptiva	(Limitar)
	INT2		Espacar
	MET1	Método usado	(Moderno)
	MET2		Tradicional
EXP1	Se usou método antes do início do segmento de uso	(Usou método)	
EXP2		Não usou método	

(*) as categorias entre parêntesis são consideradas as de referência .

FONTE: Elaborada pelo autor.

A atividade laboral das mulheres foi definida segundo a ocupação da mulher, classificada em duas categorias: trabalha e não trabalha;

b) Disponibilidade de serviços de planejamento familiar: o acesso a serviços de planejamento familiar foi definido a partir das respostas sobre informação enquanto a planejamento familiar e conhecimento de fonte de obtenção de métodos. As mulheres foram categorizadas em dois grupos: com e sem acesso ao planejamento familiar. Anexo 1.

Variáveis próximas

- a) *Status* reprodutivo: o número de filhos no início do episódio de uso foi categorizado como: menos de dois filhos, com 2-3 filhos, e mais de 3 filhos. A idade da mulher na data da pesquisa como: menos de 25 anos, 25-34 anos, e 35 anos e mais.
- b) Comportamento contraceptivo: a intenção contraceptiva como limitar e espaçar; o tipo de método usado: moderno e tradicional; e o uso prévio de algum contraceptivo: usou ou não usou algum método previamente ao início do episódio de uso.

É de ressaltar que os dados do calendário referem-se à data de início ou descontinuação do episódio de uso; enquanto que, os dados do questionário individual sobre características das mulheres referem-se em geral à data da entrevista. Como consequência, a maioria das variáveis compartilha o problema de tempo de referência com relação à data da descontinuação; isto é, entre os cinco anos anteriores à data da pesquisa.

Assim, eventuais mudanças nas características não consideradas no “calendário”, não são captadas. É o caso, por exemplo, de alterações na posição sócio-econômica da mulher, no acesso a serviços de planejamento familiar e intenção contraceptiva, etc.

Com objetivo de controlar o efeito da duração do uso sobre a descontinuação, a duração do uso é dividida em 5 intervalos de tempo de 12 meses cada um. Cada intervalo constitui uma unidade de análise.

Na Tabela 18 apresenta-se a distribuição absoluta e relativa dos episódios de uso segundo regiões e razões de descontinuação. Em geral, refletem o perfil reprodutivo e contraceptivo apresentado no item 4.3 e 4.4 do capítulo 4. Cerca de 60,0% dos episódios correspondem a mulheres que residem em Lima e Litoral.

No Litoral e Serra, seis de cada dez episódios de uso foram descontinuados nos cinco anos prévios à data da pesquisa.

Tabela 18
Peru e regiões 1996: Episódios de uso segundo razões de

Variáveis	Número		Distribuição relativa (1)					
	Absoluto	Total	e	f	s	m	o	au
Total	18478	100,0	7,6	17,8	15,2	14,1	4,1	41,2
Lima	6489	100,0	7,6	15,3	15,5	16,1	5,2	40,3
Litoral	4439	100,0	8,2	14,5	18,4	15,4	3,4	40,1
Selva	2367	100,0	7,2	17,7	19,3	13,4	4,6	37,8
Serra	5183	100,0	7,4	23,7	10,1	10,9	3,2	44,7

Fonte: Arquivo de dados da ENDES-96.

(1) e, para engravidar; f, falha do método; s, razões de saúde (efeitos colaterais e problemas de saúde); m, razões relacionadas com o método (cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar); o, outras razões (sexo nouco frequente, senarada, viuva, menopausa); au, ainda usando

Da mesma forma, na Tabela 19 apresenta-se a distribuição absoluta e relativa das variáveis independentes segundo razões de descontinuação. Perto de 75,0% dos episódios de uso correspondem a mulheres que residem na área urbana do país. Independentemente da área de residência, seis de cada dez mulheres descontinuam por alguma razão e quatro continuavam usando algum método na data da pesquisa.

Um a três de cada dez episódios de uso correspondem a mulheres de estrato sócio-econômico alto; cinco a mulheres de estrato baixo, o que, de certa forma, reflete a composição da população. Seis de cada dez episódios correspondem a mulheres que trabalham ou têm acesso a serviços de planejamento familiar. Com independência de suas características sócio-econômicas, aproximadamente seis de cada dez episódios correspondem a mulheres que descontinuaram o uso dos métodos por alguma razão.

Tabela 19**Peru 1996: Episódios de uso segundo razões de descontinuação e características selecionadas**

Variáveis	Número Absoluto	Distribuição relativa (1)						
		Total	e	f	s	m	o	au
Total	18478	100,0	7,6	17,8	15,2	14,1	4,1	41,2
Área de residência								
Urbana	13926	100,0	7,8	15,2	16,5	15,0	4,5	41,0
Rural	4552	100,0	7,2	25,6	11,1	11,6	2,6	41,9
Estrato sócio-econômico								
Alto	2802	100,0	10,9	10,9	15,6	16,6	5,9	40,1
Médio	6639	100,0	7,5	14,6	16,7	16,0	4,9	40,3
Baixo	9036	100,0	6,8	22,2	13,9	12,0	2,9	42,2
Tipo de ocupação								
Trabalha	10326	100,0	7,0	16,6	14,9	14,4	5,1	42,0
Não Trabalha	8152	100,0	8,4	19,2	15,5	13,8	2,9	40,2
Acesso a serv. de PF								
Com acesso	12239	100,0	7,5	14,9	16,6	15,4	4,4	41,2
Sem acesso	6239	100,0	7,8	23,4	12,4	11,6	3,7	41,1
Número de filhos								
<2 filhos	7687	100,0	13,1	19,0	15,1	15,7	6,3	30,8
2-3 filhos	3944	100,0	4,9	14,8	17,9	13,4	2,6	46,4
>3 filhos	6846	100,0	3,1	18,0	13,7	12,8	2,5	49,9
Idade								
<25 anos	7737	100,0	10,2	21,0	15,8	15,8	5,1	32,1
25-34 anos	4762	100,0	6,9	16,4	16,7	13,9	3,2	42,9
>34 anos	5978	100,0	4,9	14,7	13,1	12,2	3,5	51,6
Intenção contraceptiva								
Limitar	8885	100,0	-	16,8	14,8	13,0	3,8	51,6
Espaçar	9593	100,0	14,0	18,7	15,5	15,2	5,1	31,5
Tipo de método usado								
Moderno	10193	100,0	5,9	5,7	26,8	12,2	4,0	45,4
Tradicional	8285	100,0	9,8	32,6	0,9	16,5	4,2	36,0
Experiência contraceptiva								
Usou método	5531	100,0	7,0	13,6	18,8	16,3	3,4	40,9
Não usou método	11246	100,0	8,1	19,8	13,3	12,9	4,8	41,1

Fonte: Arquivo de dados da ENDES-96.

(1) e, para engravidar; f, falha do método; s, razões de saúde (efeitos colaterais e problemas de saúde); m, razões relacionadas com o método (cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar); o, outras razões (sexo pouco frequente, separada, viuva, menopausa); au, ainda usando

Quatro de cada dez episódios correspondem a mulheres que têm menos de dois filhos ou menos de vinte e cinco anos; e dois de cada dez a mulheres que têm mais de três filhos ou mais de trinta e quatro anos. Independentemente do número de filhos e idade, de quatro a sete de cada dez episódios de uso correspondem a mulheres que descontinuaram por algum dos cinco grupos de razões. Segundo intenção do uso, aproximadamente seis de cada dez episódios são para limitar,

dos quais, a metade foram descontinuados. Pelo tipo de método usado e experiência contraceptiva, cinco e três de cada dez correspondem a episódios de uso de métodos modernos e mulheres com experiência. Indistintamente do tipo de método usado ou experiência no uso, a metade dos episódios foram descontinuados.

5.3 Resumo

Este capítulo trata dos dados e variáveis utilizadas no estudo. Descreve-se o calendário de eventos das PNDS, demonstrando a razoável qualidade dos dados da ENDES-96. Além disso, se faz uma descrição das variáveis utilizadas no estudo e da distribuição dos episódios de uso segundo regiões de residência, características selecionadas e razões de descontinuação.

6. A METODOLOGIA UTILIZADA

Este capítulo trata dos aspectos metodológicos e técnicas estatísticas utilizadas no desenvolvimento deste estudo. Primeiro, trata os aspectos metodológicos que se deve abordar na análise estatística dos fatores relacionados com a descontinuação; segundo, descreve-se a técnica das tabelas de vida de decremento simples associado utilizada para estimar probabilidades brutas de descontinuação; e terceiro, o método das Equações Generalizadas de Estimação (método GEE) utilizado para estimar o coeficiente β dos modelos de regressão utilizados na análise multivariada.

6.1 Aspectos metodológicos no estudo da descontinuação

A técnica das tabelas de vida e modelos de tempo discreto são instrumentos estatísticos frequentemente utilizados para analisar, a nível univariado e multivariado, fatores relacionados com a descontinuação, utilizando dados do calendário e questionário individual das PNDS, tal como deduz-se da revisão bibliográfica feita anteriormente.

Há vários aspectos metodológicos que devem ser abordados na utilização destes dois instrumentos estatísticos.

Na utilização das tabelas de vida deve-se escolher a probabilidade mais apropriada para determinada análise. Lembrando que na aplicação da proposta aos dados do Peru analisa-se a relação entre fatores distantes, intermediários e próximos com a descontinuação no país e quatro regiões, a probabilidade a ser escolhida, e por tanto o tipo de tabela a se utilizar, deve permitir a adequada comparação das probabilidades de descontinuação entre as populações.

Na revisão da literatura sobre o assunto, LEITE (1998) por exemplo, indica que a tabela de vida, adaptada ao estudo da descontinuação, é um modelo estatístico

simples que permite manipular dados censurados pela direita. Além disso, CURTIS & BLANC (1997) indicam que existem duas formas para modelar riscos competitivos em tabelas de vida: a tabela de vida de decremento simples associado e tabela de decremento múltiplo. A primeira permite estimar taxas brutas de descontinuação. A taxa pode ser interpretada como a probabilidade de descontinuar por uma razão em particular na ausência de outras. Como esclarece CURTIS & BLANC (1997), a taxa de descontinuação pelo motivo “x”, por exemplo, não é afetada pelas taxas de descontinuação por motivos diferentes a “x”, o que facilita a comparação da probabilidade de descontinuação pela razão “x” nos diferentes segmentos de população no qual se está interessado. Como se sabe, a interpretação deste tipo de taxas pressupõe que as razões são independentes.

A tabela de vida de decremento múltiplo permite operar com dados censurados controlando simultaneamente várias razões de descontinuação (KALBFLEISCH & PRENTICE citados por PADILLA, 1994). A taxa líquida estimada utilizando a tabela de decremento múltiplo, representa a probabilidade de descontinuar por cada razão na presença das outras razões competitivas. Portanto, depende de sua própria probabilidade e da probabilidade de cada uma das outras razões competitivas de descontinuação.

Assim sendo, não se pode comparar adequadamente a taxa líquida entre métodos ou grupos de populações, já que o valor da taxa varia inversamente com o número de descontinuações devido a outras razões (TRUSSELL & KOST, citados por PADILLA, 1994). A diferença das taxas líquidas de falha entre pílula e tabela por exemplo, pode dever-se à maior frequência das descontinuações por outras razões e não a efetividade dos métodos (KOST, citada por PADILLA, 1994).

Sobre o assunto CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995), seriam mais favoráveis a utilizar taxas brutas para comparar a descontinuação em diferentes populações, entre subgrupos populacionais numa mesma população ou na mesma população em diferentes momentos no tempo. CURTIS & BLANC (1997) indicam que taxas brutas são medidas apropriadas para comparar taxas entre grupos (ou países) porque elas representam o risco subjacente de descontinuação numa população em particular e não está afetada por taxas de outro tipo de descontinuação. ALI & CLELAND (1995) e CURTIS & BLANC (1997) utilizam este tipo de taxas dado o interesse em comparar a taxa de descontinuação entre os países em estudo.

Quando o interesse da análise está focalizado na descrição dos padrões de descontinuação segundo métodos ou razões de descontinuação observados em uma população específica, ou na comparação de padrões reais de descontinuação presentes em distintos grupos de população, as taxas líquidas de descontinuação devem ser utilizadas já que representam as taxas reais de descontinuação (FERRAZ..., 1991). Por exemplo, os relatórios das PNDS utilizam taxas líquidas dado que o objetivo consiste em avaliar as taxas reais de descontinuação no país em estudo.

Dadas as considerações acima citadas, na análise univariada utiliza-se a técnica das tabelas de vida de decremento simples associado para estimar probabilidades acumuladas de descontinuação; isto é, taxas brutas de descontinuação, já que o interesse é comparar as taxas de descontinuação nas regiões.

Para uma análise mais complexa, na utilização de modelos logísticos deve-se decidir sobre a modelagem da duração de uso. Seguindo STEELE et. al. (1996) pode-se assumir que, a medida que a duração do uso aumenta, o risco de descontinuar decresce; portanto, é necessário controlar o risco de descontinuação

em diferentes intervalos de duração. Este, segundo os autores, pode ser modelado usando modelos de tempo discreto ou contínuo.

Sobre a modelagem da duração do uso STEELE et. al. (1996, p. 12) justificam assim o uso de modelos de tempo discreto:

“...First, although the underlying process operates in continuous time, the duration of each interval is recorded to the nearest whole month; thus it is more natural to assume a model which reflects a discrete-time measurement than one which assumes that durations are measured exactly. Second, because durations are measured in months, the data are likely to contain a large number of ties in which two or more individuals experience an event at the same time. An attractive and easily implemented alternative, however, is to use a discrete-time formulation”.

STEELE, CURTIS e CHOE (1999, p. 33) justificam da mesma forma o uso de modelos de tempo discreto, e agregam que:

“...Another advantage of the discrete-time approach is that using it makes possible explicit testing of the assumption made in many event-history models that the hazards for different subgroups are proportional, that is, that the effects of covariates are time-constant. In a discrete-time model, nonproportional effects can be incorporated by interacting covariates with time”.

Estes últimos aceitam, assim, que modelos de tempo discreto para eventos simples (isto é, assumindo que riscos competitivos operam independentemente) podem ser ajustados utilizando regressão logística ou qualquer outra técnica para analisar dados de resposta binária (ALLISON, citado por STEELE, CURTIS e CHOE (1999). Indicam que para ajustar modelos de tempo discreto a duração deve ser expandida de forma que cada indivíduo contribua com uma série de registros, um para cada unidade de tempo discreto. Como o procedimento pode gerar uma ampla base de dados, uma forma de reduzir seu tamanho consiste em agrupar durações de uso em intervalos de determinados meses de duração.

Na análise multivariada considera-se a duração do uso como variável discreta. Como procedimento operativo estabelecido no ajuste de modelos de tempo

discreto, expande-se cada duração de forma que cada indivíduo contribua com uma série de registros, um para cada unidade de tempo discreto. Por exemplo, se uma mulher descontinua na unidade de tempo 4, criam-se quatro diferentes observações. Para as três primeiras a variável resposta é codificada como 0 (isto é, ainda usando o método); enquanto que a quarta observação é codificada como 1 (isto é, descontinuação).

Um outro aspecto a ser abordado é o problema de dependência entre as observações correspondentes a uma mulher. CURTIS & BLANC (1997) indicam que uma consequência no uso de modelos que assumem independência entre observações quando estão correlacionadas é que o erro padrão correspondente aos parâmetros estimados tende a estar subestimado. Como resultado, os testes estatísticos sobrestimam a significância estatística dos parâmetros tornando-se enviesados, dado que parâmetros estimados podem resultar falsamente significativos quando de fato não são.

Uma forma freqüente de resolver o problema de dependência entre as observações consiste em utilizar modelos que permitam distribuir as probabilidades das observações repetidas de forma tal que sejam independentes e identicamente distribuídas como pressupõem as técnicas de regressão. Como exemplos, CURTIS & BLANC (1997) utilizam um modelo de risco de tempo contínuo denominado “*multilevel precewise-constant hazards model*”. Por sua vez, STEELE et. al. (1996) e STEELE, CUTIS e CHOE (1999) utilizam modelos de riscos competitivos de tempo discreto.

Além disso, as estimativas baseadas no método das Equações Generalizadas de Estimação (método GEE), também, leva em conta a correlação entre as observações do mesmo indivíduo; todavia, o método caracteriza-se por descrever a esperança marginal da variável resposta como função das covariáveis; isto é,

descreve a esperança média da variável resposta de um conjunto de indivíduos (é não de indivíduos) que compartilham determinadas características, na presença de correlação entre as observações.

Lembrando que um dos objetivos do estudo consiste em proporcionar insumos para o planejamento das ações no campo da saúde reprodutiva e planejamento familiar, acredita-se que as estimativas em termos de média para grupos de população, em oposição a médias para indivíduos, facilitaria a formulação de políticas, programas e atividades saúde reprodutiva e planejamento familiar, dado que elas são desenhadas principalmente para grupos de população antes do que para indivíduos.

Por tais, razões, este estudo faz uso do método GEE para estimar os coeficientes das equações de regressão correspondentes a fatores distantes, intermediários e próximos segundo grupo de razões de descontinuação, admitindo que há correlação entre as observações.

6.2 A tabela de vida de decremento simples associado

A tabela de vida é um modelo estatístico clássico originalmente desenvolvido para o estudo da mortalidade e duração da vida¹². Entretanto, pode ser adaptada para processos mensuráveis envolvendo o intervalo entre dois ou mais eventos, incluindo descontinuação contraceptiva que, como manifestou-se pode acontecer por múltiplas razões.

A idéia básica da tabela de vida, adaptada à análise da descontinuação, tal como feito por CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995), é que a duração do uso pode ser dividida em intervalos de tempo, geralmente mensais, e para cada duração pode-se calcular o número de mulheres em risco que continuam usando

¹² Sobre este tipo de tabelas ver por exemplo, Namboodiri & Suchindran, 1987; Shryock & Siegel, 1976.

contracepção (à maneira da probabilidade de sobreviventes a uma idade exata). Possibilita quantificar, ademais, o número de descontinuações e observações censuradas (isto é, o número de mulheres sob observação que estavam usando contracepção no final do mês). A tabela de vida permite, em síntese, calcular a probabilidade de descontinuação do uso contraceptivo para cada duração.

JEJEEBHOY (1991) baseado na contribuição original de POTTER (1966) e posteriormente TRUSSEL & MENKEN (1982) apresentam a racionalidade das tabelas de vida a casos de múltiplo incremento/decremento, que incluem ademais segmentos de observação que se iniciam depois do período de uso. Reproduz-se a continuação a contribuição de JEJEEBHOY (1991) adaptada para calcular probabilidades brutas de descontinuação.

Seja:

N_x , número de mulheres que continuam o uso no início do mês x ;

D_{xj} , número de terminações durante o mês x , devido à razão j (falha do método no caso da aplicação de Jejeebhoy);

C_x , número de mulheres que continuam o uso durante o mês x (censuradas) ou descontinuem por motivos diferentes de j , que na técnica das tabelas de decremento simples associado considera-se como censuradas.

Sendo conhecido, ademais, o número de mulheres no início do período de observação N_0 , o número de mulheres no início de cada período mensal, (N_{x+1}) pode determinar-se recursivamente:

$$N_{x+1} = N_x - D_{xj} - C_x$$

Mulheres que continuam o uso (C_x) são observadas, em média, na metade do mês, portanto é necessário efetuar um ajuste para remover a outra metade do mês

de observação com objeto de estimar o número de mulheres expostas ao risco de descontinuar até o final do mês:

$$N^*_x = N_x - 0.5(C_x) \quad (1)$$

Assim, seguindo a notação de POTTER (1966) indicada por TRUSELL & MENKEN (1982), a probabilidade bruta de descontinuar durante o x-ésimo mês (o intervalo entre x e x+1) devido a razão j quando todas as outras causas de descontinuação são eliminadas é:

$$q^*_{xj} = D_{xj} / N^*_x \quad (2)$$

Similarmente, a probabilidade bruta de continuar usando em cada duração define-se como o complemento de q^*_{xj} :

$$p_x = 1 - q^*_{xj} \quad (3)$$

A probabilidade acumulada de uma mulher continuar por um número de meses x, quando a razão j é o único risco que opera é dado por:

$$P_x = \prod_{x=0}^{x-1} p_x \cdot P_{x+1} \quad (4)$$

Consequentemente, a probabilidade acumulada de descontinuar pela razão j no mês x, é o complemento de P_x .

$$Q_{xj} = 1 - \prod_{x=0}^{x-1} P_x \quad (5)$$

No Anexo 2, apresenta-se, como exemplo aplicativo, o cálculo da probabilidade acumulada de descontinuação para os primeiros doze meses de uso, por falha do método ($Q_{12(j)}$) para o Peru, utilizando a técnica da tabela de vida de decremento simples associado.

6.3 O método das Equações Generalizadas de Estimação (método GEE)

O método é uma extensão dos Modelos Lineares Generalizados (GLMs) de MCCULLAGH & NELDER (1989) proposto por LIANG & ZEGER (1986) para modelar observações correlacionadas. Caracteriza-se por modelar a esperança marginal, $E([Y_{ij}])$ (resposta média para observações que compartilham iguais covariáveis), como uma função de covariáveis (HORTON & LIPSITZ, 1999). Por exemplo, a esperança marginal ou resposta média de descontinuar entre mulheres que usam método tradicional e moderno.

Os principais componentes do método GEEs são: a) a distribuição da variável resposta; isto é, a distribuição das observações correlacionadas sobre descontinuação; b) a função de ligação entre a variável resposta e o preditor linear; e, c) a estrutura da matriz operacional de correlação (*working correlation matrix*).

Segundo HORTON & LIPSITZ (1999), o modelo marginal, para dados binários com função de ligação logit, para observações correlacionadas de episódios de uso, pode ser formalizado da seguinte maneira:

$$\log \left(\frac{E[Y_{ij}]}{1 - E[Y_{ij}]} \right) = x'_{ij}\beta, \quad (1)$$

Onde:

Y_{ij} , $i= 1, \dots, n$; $j= 1, \dots, j$, representa a j -ésima resposta para a i -ésima mulher;

x_{ij} , é um vetor de covariáveis para a i -ésima mulher na j -ésima resposta;

β , é um vetor de parâmetros de regressão associados a x_{ij} , os quais representam os efeitos das covariáveis sobre a resposta.

Os coeficientes de regressão (β) representam o logaritmo da razão de chance de ter um evento sobre não ter o evento. Por exemplo, se x'_{ij} representa episódios de uso de método tradicional e moderno, β representa o logaritmo da razão de chance entre métodos. Um valor positivo de β significa que a razão de chance é maior para a categoria em relação à categoria de referência, enquanto que um β negativo significa o oposto.

Adicionalmente, as razões de chance (*odds ratio*), principal medida da relação entre duas variáveis dicotômicas, pode-se obter através da exponencial dos coeficientes estimados ($\exp^{(\beta)}$). No exemplo anteriormente mencionado, $\exp^{(\beta_1)}$ representa a chance de descontinuar entre mulheres que usam um método tradicional versus a chance de descontinuar entre mulheres que usam um método moderno. Uma razão de chance de 1,83 significa que mulheres que usam métodos tradicionais têm 83,0% mais de chance de descontinuar por falha do método, que mulheres que usam métodos modernos.

No modelo marginal modela-se a estrutura da matriz de covariância das observações correlacionadas. Assumindo, que não existem dados perdidos (*missing*) na amostra, a matriz de covariância para Y_i define-se como:

$$V_i = \sigma^2 A_i^{-1/2} R(\alpha) A_i^{-1/2},$$

Onde A_i é uma matriz diagonal de funções de variância $v(u_{ij})$. $R(\alpha)$ é a chamada matriz operacional de correlação uma vez que não se espera que ela esteja corretamente especificada.

Embora qualquer estrutura possa ser considerada, as mais comuns são: independente, uniforme (*exchangeable*), não estruturada, autorregressiva. De modo geral, DIGGLE, LIANG e ZEGER (1994), sugerem o uso da matriz não estruturada quando o número de agrupamentos e de observações por agrupamento

é pequeno e sem observações perdidas (*missing*). Para dados com medidas irregulares em diferentes momentos no tempo pode ser razoável considerar um modelo onde a correlação é uma função do tempo entre observações (autorregressiva). Para dados com observações agrupadas dentro de indivíduos, uma estrutura uniforme (*exchangeable*) pode ser apropriada¹³.

Assim, seguindo a sugestão de DIGGLE, LIANG e ZEGER (1994) na estimação dos parâmetros dos modelos utiliza-se a estrutura de correlação uniforme (*exchangeable*), para modelar a correlação entre as observações dos episódios de uso das mulheres, de forma que resultem com probabilidades independentes e igualmente distribuídas; isto é, não correlacionadas.

Conforme a proposta apresentada no Diagrama 1 do capítulo 3, utiliza-se três equações para analisar a relação de fatores distantes, intermediários e próximos sobre a descontinuação, através de três grupos de variáveis:

Equação 1: $RDr = f(G)$,

Equação 2: $RDr = f(G + (SE+PF))$,

Equação 3: $RDr = f(G + (SE+PF) + CR)$

Onde:

RDr, representa a variável dependente razões de descontinuação, para $r = 1, \dots, 5$; G, as variáveis do contexto geográfico; SE e PF, as variáveis relacionadas com fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar; e CR, as variáveis relacionadas com a conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo).

¹³ Para maior discussão sobre a modelagem da matriz de correlações ver por exemplo DIGGLE, LIANG e ZEGER (1994).

Seguindo o esquema adotado por CASTERLINE et. al. (1989), a equação 1, permite analisar o efeito direto ou “bruto” de fatores geográficos sobre a descontinuação. A comparação da equação (1) com (2) e (3) permite estabelecer o efeito de fatores geográficos sobre a descontinuação; primeiro, associado com fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar e segundo, associado com fatores relacionados com a conduta reprodutiva, controlado o efeito de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar, respectivamente.

A equação (2) permite analisar o efeito de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar sobre a descontinuação, associado com fatores geográficos. A comparação das equações (2) e (3) permite estabelecer o efeito de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar sobre a descontinuação, associado com fatores relacionados com a conduta reprodutiva, controlado o efeito de fatores geográficos.

Por último, a equação (3) permite analisar o efeito de fatores relacionados com a conduta reprodutiva sobre a descontinuação, associado com fatores geográficos, sócio-econômicos e de planejamento familiar, respectivamente.

A interpretação dos resultados obtidos nas diferentes equações dos modelos, ora propostos, segue um raciocínio similar ao utilizado por CÁCERES (1994) para avaliar os diferentes níveis de influência dos determinantes da mortalidade infantil na República Dominicana.

Desta forma na equação (1), fatores geográficos podem apresentar uma importante relação com a descontinuação. Entretanto, uma vez que fatores geográficos estariam mediados pelas diferenças sócio-econômicas, de planejamento familiar e relacionadas com a conduta reprodutiva, a incorporação destas variáveis nas equações 2 e 3, tenderá a diminuir a importância relativa

inicialmente apresentada pelos fatores geográficos; isto é, a medir com maior precisão o efeito de fatores geográficos sobre a descontinuação.

Da mesma forma, se fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar se relacionam com a descontinuação através de diferenças no *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo a incorporação destes últimos fatores na equação 3, tenderá a diminuir a importância relativa dos fatores sócio-econômicos e de acesso a serviços de planejamento familiar sobre a descontinuação; isto é, a precisar o efeito de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar sobre a descontinuação.

Quando, em ambas situações, não há variação nos resultados, significa que existem outros fatores contextuais, não considerados nas equações 2 e 3, que influem sobre a descontinuação, independentemente de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar e relacionados com a conduta reprodutiva. De forma geral, quando isto não sucede deve-se entender que fatores geográficos não operam através de fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar e, relacionados com a conduta reprodutiva ou que fatores sócio-econômicos e de planejamento familiar não operam através de fatores relacionados com a conduta reprodutiva, respectivamente.

Finalmente, a partir das variáveis e categorias estatisticamente significativas define-se modelo final. Isto é feito para o país, regiões e para cada razão de descontinuação.

A tabela de freqüências com as unidades de tempo e variáveis categóricas foram preparadas usando o pacote SPSS. Para a estimação dos coeficientes das equações se utilizou o procedimento XTGEE do pacote STATA versão 7.0.

6.4 Resumo

Este capítulo trata dos aspectos metodológicos relacionados com o estudo da descontinuação. Foram abordados três aspectos: a escolha do tipo de tabela de vida apropriada para a análise segundo os objetivos do estudo, a modelagem da duração do uso e da correlação entre as observações sobre episódios de uso das mulheres.

Levando em consideração que um dos objetivos do estudo consiste em comparar as taxas de descontinuação entre as regiões do país conclui-se que a tabela de vida de decremento simples associado é a ferramenta mais adequada. Assim mesmo, na análise multivariada utiliza-se o método das Equações Generalizadas de Estimação, conhecido como método GEE, que permite estimar modelos de tempo discreto, na presença de observações correlacionadas.

7 ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS COM A DESCONTINUAÇÃO CONTRACEPTIVA NO PERU E REGIÕES

Este capítulo analisa os resultados da aplicação da proposta de análise apresentada no Diagrama 1 do capítulo 3 aos dados do Peru. Além dos resultados em nível nacional, considera-se a desagregação por regiões, devido às grandes diferenças em termos de desenvolvimento econômico e social que as identificam, que como manifestado no item 4.1 do capítulo 4, corresponde a Lima a melhor situação e à Serra a menos privilegiada.

Com este objetivo o presente capítulo está organizado em duas grandes partes:

1. Análise univariada, que utiliza probabilidades acumuladas de descontinuação para os 12 primeiros meses de uso segundo razões j ($Q_{12(j)}$)¹⁴. Na estimativa das probabilidades acumuladas utiliza-se a técnica das tabelas de vida de decremento simples associado descrita no item 6.2 do capítulo 6.

2. Análise multivariada, que utiliza os coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação. Para a estimativa dos coeficientes β utiliza-se o método das equações generalizadas, descrito no capítulo metodológico.

7.1 Análise univariada: as tabelas de vida

Neste item analisa-se a nível univariado a relação dos fatores distantes, intermediários e próximos com o processo da descontinuação. Constitui uma primeira fase na análise e os resultados constituem o marco inicial de referência para a análise multivariada a ser desenvolvida na segunda parte do capítulo.

No Anexo 3, apresenta-se, para o país e regiões, os valores de $Q_{12(j)}$ segundo fatores mencionados, o valor dos correspondentes erro padrão e intervalos de confiança.

A Tabela 20 apresenta a probabilidade acumulada anual de descontinuação total ($Q_{12(T)}$) para o país e regiões. Nota-se, em primeiro lugar, para o total nacional, que quase a metade das usuárias descontinuam o uso dos métodos nos doze primeiros meses. Esta probabilidade (45,0) não difere muito daquela estimada por KOST (1993) e PADILLA (1994) (46,0 e 48,0 respectivamente), revelando que entre 1986 e 1996, praticamente, não houve mudança significativa na probabilidade total de descontinuação. Além disso, o nível da descontinuação no país, situa-se no intervalo encontrado para América Latina já citado no item 2.2 do capítulo 2 (entre 48,0 e 53,0). Isto revela, por um lado, resultados dentro de intervalos já estabelecidos, e, por outro, a identificação da população peruana dentro do contexto Latino-americano.

¹⁴ Os sub-índices indicam: o número de meses da probabilidade (12) e a razões de descontinuação (j): T: total; e: para engravidar; f: falha do método; s: razões de saúde; m: relacionadas com o método.

Tabela 20**Peru e Regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo razões de descontinuação (por cem)**

Razões		Regiões				
		Peru	Lima	Litoral	Selva	Serra
Total	Q _{12(T)}	45,0	45,3	46,8	47,9	41,8
Engravidar	Q _{12(e)}	6,9	6,4	7,8	6,9	6,7
Falha do método	Q _{12(f)}	16,7	14,4	15,0	17,4	20,5
Razões de saúde	Q _{12(s)}	13,8	13,6	16,9	18,3	9,3
Razões do método	Q _{12(m)}	14,4	16,5	15,9	13,2	11,2

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) problemas de saúde/efeitos colaterais; (2) côniuge não gosta, custo/disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

A julgar pela pouca diferença nos valores de $Q_{12(T)}$ entre regiões, não se registraria uma forte relação entre o contexto geográfico e descontinuação. Note-se que o valor de $Q_{12(T)}$ varia de 47,9 na Selva para 41,8 na Serra, mas, a diferença entre a região Serra e a média nacional resulta inferior a 8,0%. De acordo com $Q_{12(T)}$ a região de residência não afetaria o comportamento reprodutivo relativo à descontinuação total, uma vez que $Q_{12(T)}$ é bastante semelhante entre regiões. Como referido no capítulo 3, as regiões apresentam importantes diferenças em termos de desenvolvimento sócio-econômico e disponibilidade de serviços de planejamento familiar, no entanto, estas diferenças não se refletem na conduta reprodutiva, expressada em termos de descontinuação total.

As probabilidades, segundo razões de descontinuação, salientam a falha do método como a principal razão de descontinuação no país. Com poucas diferenças, a descontinuação por razões de saúde e razões relacionadas com o método são também importantes. Não teria havido mudanças significativas enquanto à principal razão de descontinuação, dado que no período 1986-91, a falha do método, constituía também a principal razão de descontinuação (KOST, 1993; PADILLA, 1994).

Atendendo às regiões, em Lima, $Q_{12(m)}$, isto é, a razão relacionada com o método, apresenta o maior valor. No Litoral e Selva, os maiores valores estão

relacionados às razões de saúde ($Q_{12(s)}$). É unicamente na Serra, onde $Q_{12(f)}$, falha do método, é claramente a maior razão para descontinuar. O alto valor de $Q_{12(f)}$ na Serra se reflete na composição da probabilidade total do país, onde como mencionado, a falha do método constitui a principal razão para descontinuar.

O padrão de descontinuação encontrado resulta coerente na medida em que as regiões encontram-se em diferentes estágios no processo de mudança no padrão tradicional de reprodução e contracepção, caracterizado pela vigência de um tamanho grande de família e altas taxas de prevalência do uso de métodos tradicionais, especialmente tabela, para um moderno caracterizado por um tamanho reduzido de família e uso de métodos modernos de contracepção.

As probabilidades de descontinuação por falha do método, razões de saúde e relacionadas com o método não variam significativamente entre regiões. Da mesma forma que para $Q_{12(T)}$, não haveria uma forte relação entre contexto geográfico e descontinuação segundo as diversas motivações para fazê-lo. Por exemplo, sem considerar a descontinuação para engravidar, $Q_{12(f)}$ varia de 14,4 em Lima para 20,5 na Serra. Além de salientar o alto valor de $Q_{12(f)}$ na Serra, ressalta-se a diferença no valor da $Q_{12(s)}$ (9,3) entre a região mencionada e restante de regiões, isto pode refletir a diferente percepção que tem as usuárias de métodos sobre o conceito saúde¹⁵.

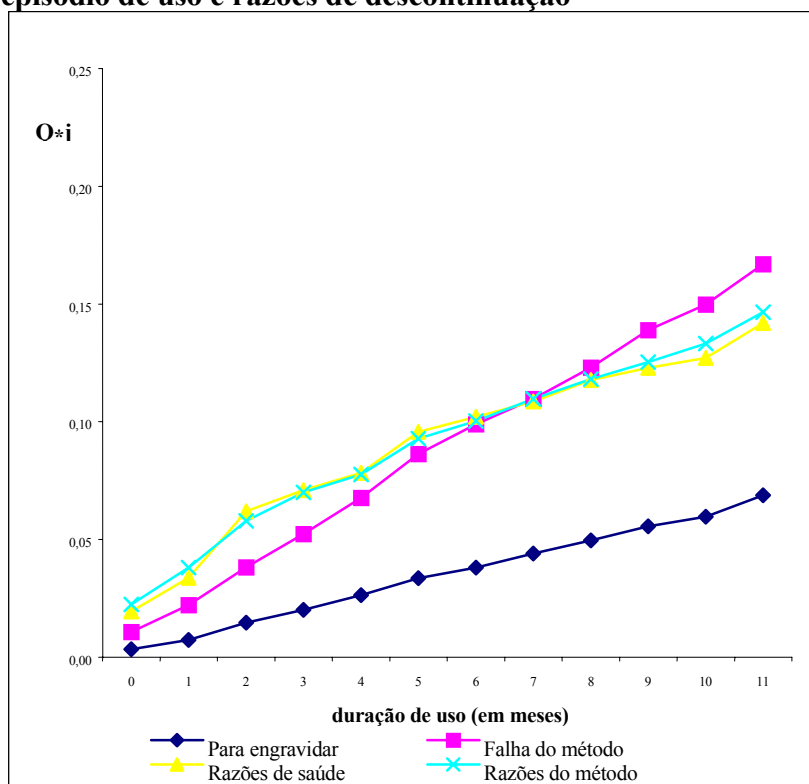
As probabilidades de descontinuação para engravidar $Q_{12(e)}$, além de serem menores, não apresentam importantes variações entre regiões. Como no caso das outras razões, não haveria uma forte relação entre contexto geográfico e $Q_{12(e)}$. Isto é, a região de residência, independentemente do seu nível de

¹⁵ Sabe-se que, à medida em que uma população possui maior bem-estar, maior é a exigência com relação à saúde, o que não seria o caso da Serra que é a região menos desenvolvida. De alguma forma, este argumento aplicar-se-ia à descontinuação feita por razões que tem que ver com o método propriamente. Todavia, é possível que a decisão de descontinuar para estas razões implique maior leque de informação, oportunidades, etc.

desenvolvimento, não afetaria o comportamento reprodutivo no que à descontinuação se refere.

Como resumo dos comentários anteriores, o Gráfico 4, apresenta as probabilidades acumuladas de descontinuação segundo razões de descontinuação a nível nacional. Nota-se que, o padrão de descontinuação aumenta linearmente ao longo do período. Os valores de $Q_{12(f)}$, $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ seguem um padrão semelhante, situando-se em torno de 15,0. A descontinuação para engravidar é também linear, embora a inclinação seja menor e $Q_{12(e)}$ aproxima-se de 0,07. Isto é, em termos gerais, a probabilidade de interrupção de um método contraceptivo para engravidar no final dos 12 meses corresponde aproximadamente a metade da probabilidade por qualquer outra razão.

Gráfico 4
Peru 1996: Probabilidades acumuladas segundo duração do episódio de uso e razões de descontinuação



Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da

O Gráfico 5, apresenta as probabilidades acumuladas segundo razões de descontinuação por regiões. Em geral, e como no caso da média nacional, as probabilidades nas regiões (exceto Serra) aumentam de forma aproximadamente linear, seguindo um padrão semelhante situando-se em torno de 0,15 no final dos 12 primeiros meses. Já a Serra apresenta um padrão diferente: $Q_{12(t)}$ embora siga um padrão linear, ele tem maior inclinação, situando-se em torno de 0,20.

Em resumo, neste nível de análise, conclui-se que o contexto geográfico não influenciaria o comportamento contraceptivo relativo à descontinuação total. Em Lima as razões relacionadas com o método constituem a principal razão de descontinuação; no Litoral e Selva, as razões de saúde; e na Serra, a falha do método. Vale frisar uma importante peculiaridade para esta última região que como se sabe, é a menos desenvolvida: o maior valor de Q_{12} por uma única razão, que é justamente falha, corresponde à Serra ($Q_{12(t)} = 0,20$). Embora, entre regiões, apresenta-se uma composição relativamente variada em termos da razão principal de descontinuação, saliente-se que a descontinuação para engravidar se diferencia das outras razões por ser claramente homogênea entre regiões em termos de nível e padrão por duração.

Seguindo a proposta de análise, que estabelece a descontinuação contraceptiva relacionada com fatores que atuam em três níveis, apresenta-se, a seguir, o perfil desta variável, considerando separadamente, cada um destes fatores.

7.1.1 Fatores Distantes

Este item objetiva analisar a relação entre o fator distante, área de residência e descontinuação. Para tal fim, apresenta-se na Tabela 21, para o país e regiões, o valor de Q_{12j} segundo área de residência e razões de descontinuação.

O valor de $Q_{12(T)}$, não mostra importante variação entre regiões e áreas de residência. Por exemplo, no Litoral, apresenta-se, apenas, uma variação de relativa importância, embora, inferior a 10,0% (entre 46,4 e 49,0). Todavia, na Serra, que como se observa, apresenta menores $Q_{12(T)}$ entre as regiões, não haveria diferenças uma vez que $Q_{12(T)}$ é igual na área urbana e rural (41,9). Conseqüentemente, e da mesma forma que a região, a área de residência não parece estar associada com a descontinuação total. Como mencionado no capítulo 3, as áreas de residência entre regiões apresentam importantes diferenças enquanto a níveis de desenvolvimento sócio-econômico e acesso a serviços de planejamento familiar, mas estas não refletem diferenças no comportamento contraceptivo em termos de descontinuação.

Tabela 21
Peru e Regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes e razões de descontinuação (por cem)

Variáveis	Peru	Regiões			
		Lima	Litoral	Selva	Serra
Todas as razões					
Urbana	45,2	45,3	46,4	48,0	41,9
Rural	44,6	--	49,0	47,9	41,9
Engravidar					
Urbana	7,0	6,4	8,0	6,4	7,4
Rural	6,6	--	7,4	7,9	6,0
Falha do método					
Urbana	14,5	14,4	14,4	13,7	15,1
Rural	23,1	--	17,2	21,8	25,4
Razões de saúde (1)					
Urbana	14,8	13,6	16,4	21,1	12,0
Rural	10,7	--	18,8	15,0	6,3
Razões do método (2)					
Urbana	12,5	16,5	13,2	11,3	10,7
Rural	11,6	--	16,8	12,6	9,6

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar

No entanto, segundo razões, haveria, em contraste, marcadas diferenças entre as áreas de residência, principalmente para descontinuações por falha do método. $Q_{12(f)}$

é sistematicamente maior na área rural, principalmente, na Selva e Serra, onde a diferença urbana/rural encontra-se perto dos 8 e 10 pontos, respectivamente. Estas diferenças influenciam nos valores de $Q_{12(t)}$ do país, conseqüentemente, a descontinuação por falha do método é altamente diferenciada por área de residência, uma vez que $Q_{12(t)}$ é quase dois terços maior na área rural. Observa-se que $Q_{12(t)}$, rural, diminui significativamente conforme maior o nível de desenvolvimento sócio-econômico das regiões.

Com relação à descontinuação por razões de saúde e relacionadas com o método, não haveria importantes diferenças entre as áreas de residência das regiões, exceto entre a $Q_{12(s)}$ na Selva que varia de 21,1 para 15,0 e Serra (varia de 12,0 para 6,3). Para estas razões, Q_{12} mostra uma tendência a aumentar de acordo ao grau de desenvolvimento (exceto $Q_{12(s)}$ para área urbana) sugerindo uma relação direta entre desenvolvimento sócio-econômico da região e $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$. Isto é, na medida em que a região é mais desenvolvida haveria uma tendência ao aumento tanto da $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$, fato que poderia ser explicado por um lado, pelo mix contraceptivo existente nas regiões mais desenvolvidas como Lima: usuárias de métodos modernos têm uma tendência a descontinuar por razões de saúde, enquanto que, usuárias de métodos, sobretudo tradicionais, a descontinuar na busca de um método mais eficaz.

$Q_{12(e)}$, segundo áreas de residência das regiões, não apresenta grandes diferenças, embora seja maior na área urbana. Por tanto, entre as regiões, constatar-se-ia, um padrão reprodutivo semelhante entre áreas de residência segundo descontinuação para engravidar, sugerindo que as diferenças no nível de desenvolvimento sócio-econômico segundo áreas de residência não influenciaria na $Q_{12(e)}$.

Em síntese, observa-se que a área de residência não influencia na descontinuação total. Haveria, sim, importante variação nas probabilidades de descontinuação segundo razões para fazê-lo, o que se aplica particularmente à falha do método. $Q_{12(t)}$

teria sempre menores valores na área rural e na medida em que a região é mais desenvolvida. Registram-se também, variações de importância em $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$, onde as probabilidades apresentariam, de forma diferente a $Q_{12(f)}$, uma relação positiva com o desenvolvimento da região; isto é, a maior desenvolvimento maior $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$. As interrupções para engravidar mostram-se bastante homogêneas entre as áreas de residência das regiões.

A relação entre área de residência e descontinuação resulta coerente na medida em que seria de esperar que na área urbana haveria, no geral, melhores condições para controlar o processo reprodutivo. Da mesma forma que nas regiões, o padrão de descontinuação que apresentam as áreas de residência, reflete os diferentes estágios em que encontra-se este contexto geográfico enquanto a mudanças no *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo.

Como indicado na proposta, fatores distantes, como área de residência, se relacionam com a descontinuação através de outros fatores. No próximo item, se analisa com maior detalhe esta relação.

7.1.2 Fatores Intermediários

Neste item, analisa-se a relação entre fatores intermediários e descontinuação. Com este motivo, apresenta-se na Tabela 22, valores de Q_{12j} segundo variáveis que representam características sócio-econômicas (estrato sócio-econômico e ocupação) e disponibilidade de serviços de planejamento familiar (acesso a serviços de planejamento familiar), para o país e regiões.

O valor de $Q_{12(T)}$ segundo estrato sócio-econômico, ocupação e acesso a serviços de planejamento familiar, em geral, não varia significativamente entre regiões e categorias das variáveis que representam fatores intermediários. A pouca variação nos valores de $Q_{12(T)}$ entre as regiões, indicaria que características sócio-econômicas,

ocupação e acesso ao planejamento familiar não afetariam o comportamento relativo à $Q_{12(T)}$. Haveria sim importantes diferenças na descontinuação total, segundo categorias das variáveis. Por exemplo, maiores valores de $Q_{12(T)}$ nas categorias “estrato médio” (exceto Selva), “não trabalham” e “sem acesso” a serviços de planejamento familiar (exceto na Selva). No entanto, independentemente, do estrato sócio-econômico, ocupação e acesso ao planejamento familiar, $Q_{12(T)}$ seria menor na Serra, vis-a-vis as outras regiões.

A seguir, destacam-se os aspectos principais do perfil da descontinuação considerando, por separado, as três variáveis que compõem este nível de influência.

Estrato Sócio-econômico

$Q_{12(e)}$ segundo estrato sócio-econômico apresenta pouca variação entre as regiões indicativo de que não influenciaria no padrão reprodutivo entre as regiões. Em geral $Q_{12(e)}$ tende a ser maior no estrato alto e menor no estrato baixo. Há pouca variação de $Q_{12(e)}$ nas categorias médio e baixo entre as regiões revelando um padrão semelhante de descontinuação entre as duas categorias da variável estrato sócio-econômico. Merece particular atenção a diferenciação interna no litoral: $Q_{12(e)}$ do estrato alto corresponde ao dobro de $Q_{12(e)}$ do estrato baixo.

Tabela 22

Peru e Regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores intermediários e razões de descontinuação (por cem)

Variáveis	Peru	Regiões			
		Lima	Litoral	Selva	Serra
Estrato sócio-econômico					
Todas as razões					
Alto	45,0	43,9	47,0	49,0	43,4
Médio	47,0	47,3	48,3	47,9	43,9
Baixo	43,7	43,4	45,5	47,9	40,5
Engravidar					
Alto	9,5	8,7	12,9	10,1	7,9
Médio	6,9	6,0	7,7	6,0	8,5
Baixo	6,0	5,5	6,2	7,0	5,6
Falha do método					
Alto	9,5	7,7	11,8	9,8	11,6
Médio	14,5	14,8	13,9	14,2	15,0
Baixo	20,3	18,0	16,8	19,6	24,2
Razões de saúde (1)					
Alto	14,3	14,0	14,2	23,7	12,8
Médio	15,4	13,8	19,5	19,7	13,2
Baixo	12,5	14,3	15,7	17,3	7,0
Razões do método (2)					
Alto	16,6	16,7	16,7	15,3	17,5
Médio	17,1	19,4	16,8	14,2	14,0
Baixo	11,7	12,0	14,9	12,7	9,0
Ocupação					
Todas as razões					
Trabalha	43,7	43,2	46,6	46,9	41,1
Não trabalha	46,7	47,7	47,1	49,3	43,4
Engravidar					
Trabalha	6,2	5,1	7,4	7,3	6,2
Não trabalha	7,8	7,9	8,1	6,8	7,4
Falha do método					
Trabalha	14,9	10,9	12,6	15,9	19,6
Não trabalha	18,9	17,9	17,4	19,9	22,0
Razões de saúde (1)					
Trabalha	13,7	13,4	17,0	18,0	9,6
Não trabalha	14,0	13,8	16,8	18,3	8,7
Razões do método (2)					
Trabalha	14,1	15,9	17,2	13,0	10,7
Não trabalha	14,9	17,1	14,5	13,6	12,2
Acesso a serv. de P.F.					
Todas as razões					
Com acesso	44,9	44,6	46,4	48,2	41,7
Sem acesso	45,4	47,8	48,0	47,9	42,1
Engravidar					
Com acesso	6,7	6,0	7,8	6,1	7,3
Sem acesso	7,3	8,4	7,4	8,1	6,0
Falha do método					
Com acesso	14,3	14,5	13,5	12,8	15,7
Sem acesso	21,1	13,9	18,7	23,2	24,8
Razões de saúde (1)					
Com acesso	14,7	13,4	17,1	21,3	10,9
Sem acesso	11,9	14,4	16,6	13,9	7,6
Razões do método (2)					
Com acesso	15,4	16,2	16,4	14,2	13,2
Sem acesso	12,4	17,9	14,4	11,4	9,1

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar

O perfil da descontinuação para engravidar segundo estrato sócio-econômico resulta bastante coerente, na medida em que a sociedade é mais moderna e os grupos sociais se localizam melhor no estrato social, a razão principal para descontinuar tenderia a ser o desejo de engravidar. Este pressuposto não explica o menor valor de $Q_{12(e)}$ em Lima principalmente na categoria “estrato alto” em Lima. Considera-se que pelo avanço desta região no processo de mudança no padrão reprodutivo, o menor valor de $Q_{12(e)}$ pode estar relacionado com o menor tamanho desejado de família prevalecente na região.

Com relação à descontinuação por falha do método, apresenta-se uma clara associação inversa entre estrato sócio-econômico e $Q_{12(f)}$ na medida em que quanto mais desenvolvida a região diminui o valor de $Q_{12(f)}$. Sistemáticamente, os menores valores de $Q_{12(f)}$ situam-se no estrato alto, aumentando à medida que se descende na categoria. Este resultado seria de esperar na medida em que a região é mais desenvolvida e os grupos sociais de estrato social mais elevados teriam melhores condições para controlar o processo reprodutivo.

O valor de $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ não revelam um padrão definido de descontinuação entre regiões. Haveria importantes diferenças segundo categorias da variável. Os maiores valores de $Q_{12(s)}$ encontram-se nas categorias “alto” em Lima e Selva e “médio” no Litoral e Serra; enquanto que os maiores valores de $Q_{12(m)}$ situam-se no estrato “médio” em Lima e no estrato “alto” no restante das regiões. O comportamento de $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ expressaria o processo diferenciado de mudança do padrão reprodutivo e comportamento contraceptivo existente nos estratos sócio-econômicos regionais do país.

Ocupação

$Q_{12(e)}$ segundo condição de ocupação não mostra importante variação entre regiões constatando-se que o padrão de descontinuação para engravidar independe da

condição de ocupação entre as regiões. $Q_{12(e)}$ tende a ser ligeiramente menor na categoria “trabalha”, com exceção da Selva. A pouca diferença nos valores das $Q_{12(e)}$ entre as regiões e categorias da variável resultaria o comportamento esperado, considerando que quando a participação feminina no mercado de trabalho localiza-se, principalmente, no setor de serviços primários, agrícola e auto-emprego, haveria maiores possibilidades de compatibilizar os roles produtivo e reprodutivo das mulheres. Isto aplica-se, por exemplo, à Serra.

A razão falha do método, apresenta um perfil diferente da razão anterior. Diferenças importantes entre regiões (principalmente na categoria “trabalha”). Observa-se maiores diferenças nos valores de $Q_{12(f)}$ entre as categorias “trabalha vs não trabalha” nas regiões Lima e Litoral e maiores valores de $Q_{12(f)}$, entre a categoria “não trabalha” regiões Selva e Serra. Uma vez que entre as regiões o custo de oportunidade seria menor para uma mulher que não trabalha, este seria o padrão esperado. Há uma clara associação entre a condição de ocupação e $Q_{12(f)}$ com o grau de desenvolvimento da região: na medida em que a região é economicamente mais desenvolvida aumenta o custo de oportunidade e portanto, o valor de $Q_{12(f)}$ tenderia a ser menor, principalmente, na categoria “trabalha”.

As razões de saúde e relacionadas com o método, embora existam variações entre regiões e categorias da variável sem revelam um padrão claro de comportamento, parecem estar associadas com o nível de desenvolvimento sócio-econômico. Da mesma forma que para o estrato sócio-econômico, este comportamento em $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ seria expressão dos diferentes estágios no processo de mudança do padrão reprodutivo e comportamento contraceptivo em que encontram-se as regiões. Isto é, que na procura do método mais adequado a suas necessidades, descontinuaram tantas vezes quanto seja necessário, devido justamente, a um processo de implementação de serviços de saúde reprodutiva mas que ainda está longe de ter uma cobertura ideal.

Acesso a serviços de planejamento familiar

De acordo com o acesso a serviços de planejamento familiar, quando se trata de engravidar, os maiores valores de $Q_{12(e)}$, embora sem grandes diferenças, correspondem à categoria “sem acesso” em Lima e Selva e com acesso no Litoral e Serra. Tal como no caso das médias nacionais, não há grandes variações entre as categorias da variável, evidenciando que o acesso a serviços de planejamento familiar não influenciaria no padrão reprodutivo de descontinuação para engravidar entre regiões e áreas de residência.

Enquanto á descontinuação por falha do método, as maiores $Q_{12(f)}$ apresentam-se na categoria “sem acesso” ao planejamento familiar (excluindo Lima). Considerando que as mulheres sem acesso não teriam condições adequadas para controlar o processo reprodutivo e que portanto, utilizariam métodos menos eficazes como tradicionais, este seria o padrão esperado. Entretanto, esta observação não é válida para Lima, dado que $Q_{12(f)}$ é quase similar entre as categorias (14,0). Entre regiões, $Q_{12(f)}$ mostra importantes variações entre a categoria “sem acesso” (por exemplo, 11, 0 pontos entre Serra e Lima); quando comparada com a categoria “com acesso” (3,0 pontos entre Serra e Selva), revelando efeito diferencial do nível de desenvolvimento das regiões sobre a $Q_{12(f)}$ segundo acesso ao planejamento familiar. Conseqüentemente, na categoria “sem acesso” haveria uma relação inversa entre o nível de desenvolvimento das regiões e descontinuação por falha do método.

Entre as probabilidades relacionadas com razões de saúde ou método reflete-se o seguinte comportamento: em geral, variações significativas entre regiões e categorias, principalmente na categoria “sem acesso” ao planejamento familiar. Nesta categoria $Q_{12(m)}$ mostra uma tendência a aumentar quanto maior o nível sócio-econômico das regiões, revelando uma relação positiva entre a razão mencionada e o nível de desenvolvimento das regiões; isto é, que nas regiões mais desenvolvidas

as mulheres teriam melhores condições na busca do método mais eficaz ou adequado a suas necessidades reprodutivas.

Nota-se em geral, que $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ são maiores na categoria “com acesso”. Uma explicação a este fato teria que ver com as conseqüências de ter maior informação e acesso a serviços de planejamento familiar. Na medida em que a mulher é mais informada e conhece fontes de fornecimento, procuraria mais, obter o melhor método tantas vezes quando fosse necessário, de tal forma que teriam maiores probabilidades de Q_{12} . Isto não é válido no caso de Lima.

Em resumo, entre fatores intermediários, não haveria importantes variações na probabilidade total de descontinuar, sugerindo a importância da análise segundo razões de descontinuação. As diferenças mais notáveis surgem na análise da falha do método. Esta apresenta uma relação inversa com o nível de desenvolvimento entre as regiões para as três variáveis intermediárias; de forma contrária, esta relação é positiva e mais notável no caso de acesso a serviços de planejamento familiar. Com efeito, a maior probabilidade registrada na Tabela 22, corresponde á descontinuação por falha do método na Serra na categoria “sem acesso” ao planejamento familiar ($Q_{12(f)} = 24,8$). Visto desde outro angulo, nesta região, que a menos desenvolvida, 60,0% da descontinuação por falha do método se apresenta entre as mulheres que não têm acesso ao planejamento familiar.

Os resultados apresentados relacionam de forma direta fatores intermediários com a descontinuação. No entanto, da mesma forma que para fatores distantes, a proposta assume que esta relação atua em conjunto com fatores distantes e próximos, cuja análise será feita no próximo item.

7.1.3 Fatores Próximos

Neste item analisa-se a relação entre fatores próximos relacionados com a conduta reprodutiva (*status* reprodutivo e comportamento contraceptivo) e descontinuação. Com tal fim, apresenta-se duas tabelas:

- Tabela 23A, segundo as variáveis que representam o *status* reprodutivo (número de filhos e idade da mulher).
- Tabela 23B, segundo as variáveis que representam o comportamento contraceptivo (intenção contraceptiva, tipo de método usado e experiência contraceptiva).

No geral, as probabilidades totais de descontinuação variam pouco entre regiões indicando que as variáveis que representam fatores relacionados com a conduta reprodutiva não influenciariam na $Q_{12(T)}$. Contrariamente aos achados anteriores, há notáveis variações nas categorias de cada variável. No que ao *status* reprodutivo se refere, $Q_{12(T)}$ claramente diminui em todas as regiões segundo o número de filhos e/ou a idade da mulher. Há também, importantes variações em $Q_{12(T)}$ em relação às três variáveis do comportamento contraceptivo. Estes resultados contrastam com os achados encontrados precedentemente para os fatores distantes e intermediários.

A seguir, considera-se o perfil apresentado por cada uma das cinco variáveis que compõem os denominados fatores próximos.

Tabela 23A

Peru e Regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores próximos e descontinuação (por cem)

Variáveis	Peru e regiões				
	Peru	Lima	Litoral	Selva	Serra
Número de filhos					
Todas as razões					
<2 filhos	55,4	55,3	57,7	55,8	53,2
2-3 filhos	38,4	34,5	40,1	47,6	37,8
>3 filhos	36,2	32,8	37,6	39,8	34,4
Engravidar					
<2 filhos	12,9	11,3	15,1	12,9	14,0
2-3 filhos	3,7	2,2	4,1	5,5	4,6
>3 filhos	2,1	1,3	1,9	2,9	2,2
Falha do método					
<2 filhos	20,4	17,5	20,0	21,4	25,2
2-3 filhos	12,8	9,6	11,4	15,2	16,8
>3 filhos	16,6	16,1	12,4	15,5	19,7
Razões de saúde (1)					
<2 filhos	15,7	15,5	19,8	17,9	11,2
2-3 filhos	13,8	12,4	16,1	20,5	10,0
>3 filhos	10,9	9,6	14,0	16,9	6,6
Razões do método (2)					
<2 filhos	17,9	20,6	19,1	14,4	13,3
2-3 filhos	13,1	13,2	13,7	14,8	11,8
>3 filhos	10,8	10,9	14,2	10,3	8,7
Idade da mulher					
Todas as razões					
<25 anos	52,9	52,9	55,3	53,4	50,6
25-34 anos	41,8	42,6	43,1	46,3	37,7
>34 anos	31,9	30,3	34,0	32,5	31,9
Engravidar					
<25 anos	9,9	9,2	11,2	10,0	11,0
25-34 anos	5,7	5,5	6,4	6,3	4,8
>34 anos	3,0	3,9	2,7	1,2	2,6
Falha do método					
<25 anos	21,2	18,2	20,4	20,6	25,9
25-34 anos	14,8	13,3	12,5	15,8	18,0
>34 anos	10,5	6,9	8,9	12,4	15,1
Razões de saúde (1)					
<25 anos	15,2	14,3	19,3	19,0	11,0
25-34 anos	13,8	14,5	16,3	19,6	8,8
>34 anos	10,1	10,0	12,7	11,4	7,3
Razões do método (2)					
<25 anos	17,3	20,6	18,9	14,2	12,5
25-34 anos	13,1	13,9	14,7	13,1	10,7
>34 anos	11,0	12,3	11,7	8,8	9,5

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar

Número de filhos

Os maiores valores da descontinuação para engravidar encontram-se sempre na categoria “<2 filhos”, mas sem variações significativas entre as regiões, revelando que para esta categoria, o padrão de $Q_{12(e)}$, segundo número de filhos, seria semelhante entre as regiões. O valor de $Q_{12(e)}$, diminui consideravelmente em todas as regiões para mulheres com maior número de filhos.

O padrão de reprodução encontrado resulta coerente na medida que espera-se que as mulheres conforme atingem o número desejado de filhos descontinuassem menos para engravidar. $Q_{12(e)}$ mostra uma tendência a diminuir entre as regiões, principalmente para a categoria “>3filhos” sugerindo uma relação inversa entre nível de desenvolvimento e número de filhos; isto é, que nas regiões mais desenvolvidas indivíduos e/ou casais tenderiam a ter menor número de filhos.

Com relação a $Q_{12(f)}$ pode-se observar que varia entre regiões e categorias da variável. Os menores valores encontram-se na categoria “2-3 filhos”. Este comportamento poderia estar relacionado com o efeito “racionalização” uma vez que, atribuir uma gravidez à falha do método implicaria aceitar que a gravidez foi não desejada. Por outro lado, é verdade também que muitas mulheres provavelmente encontram-se nas idades economicamente ativas, onde o custo de oportunidade de uma falha seria maior. Assim, haveria uma tendência a evitar falhas no uso da contracepção. Haveria uma clara associação inversa entre falha do método e desenvolvimento regional, indicativo que nas regiões mais desenvolvidas as mulheres seriam mais eficientes no controle do processo contraceptivo resultando menor $Q_{12(f)}$, principalmente, para aquelas nas categorias “<2” e “>3 filhos”.

Finalmente, $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ não definem um padrão claro de comportamento, entre regiões. Os maiores valores correspondem à categoria “<2 filhos” tendendo a diminuir na categoria “>3 filhos” (exceto na Selva). Esta tendência seria coerente na medida em que as mulheres atingem o número de filhos, e que provavelmente tenham mais idade, tornar-se-iam mais experientes no uso dos métodos, $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ tenderiam a diminuir.

Idade da mulher

$Q_{12(e)}$, segundo idade da mulher, varia pouco entre as regiões, evidenciando pouca influência nas decisões de descontinuação para engravidar. $Q_{12(e)}$ é maior na

categoria “< 25 anos”, e tende a ser menor na categoria “>34 anos”. O valor de $Q_{12(e)}$ na categoria “>34 anos”, evidencia um padrão reprodutivo que tende a se encerrar mais tardiamente na região de Lima. Este padrão de reprodução seria esperado na medida em que as mulheres conforme avançam no período reprodutivo e alcançam o número desejado de filhos, o valor de $Q_{12(e)}$ deveria diminuir. Destaca-se, relativamente, os menores valores de $Q_{12(e)}$ nas categorias “25-34 anos” e “>35 anos” na Serra, comparados com as mesmas categorias em Lima e Litoral, que em contrapartida teria maiores valores de $Q_{12(f)}$.

$Q_{12(f)}$ apresenta um perfil diferente da descontinuação para engravidar. Diferenças entre as regiões e menores valores na categoria “>34 anos”. Uma vez que o custo de uma falha seria maior entre mulheres com mais idade, que provavelmente trabalham ou tenham atingido o número desejado de filhos, este seria o padrão esperado. Contrariamente à descontinuação para engravidar, a Serra apresenta maiores $Q_{12(f)}$. O valor de $Q_{12(f)}$ revela uma clara associação entre idade da mulher e nível de desenvolvimento, particularmente para as categorias extremas da variável. Este fato sugere que nas regiões mais desenvolvidas as mulheres com mais idade controlariam melhor o processo reprodutivo da perspectiva da descontinuação por falha do método.

Enquanto às razões de saúde e relacionadas com o método, haveria consideráveis variações entre regiões segundo idade da mulher. Para ambas razões, Q_{12} é geralmente maior na categoria “<25 anos” e diminuem na categoria “>34 anos”, particularmente na Selva e Serra. Na medida em que com a idade as mulheres tornam-se mais eficientes na escolha e uso dos métodos, este seria o padrão esperado. Da mesma forma que falha do método, a idade, revelaria uma associação positiva com o nível de desenvolvimento da região, dado que nas regiões mais desenvolvidas as mulheres teriam melhores recursos disponíveis de planejamento

familiar, existindo por tanto, uma tendência a procurar mais, proporcionalmente, o método mais adequado.

Intenção contraceptiva

Na análise da intenção contraceptiva, por definição não há descontinuação para engravidar quando se quer limitar o tamanho da família. Os valores de $Q_{12(e)}$ para espaçar não apresentam variação significativa entre regiões, sugerindo um padrão reprodutivo semelhante, principalmente, no Litoral, Selva e Serra. Observa-se que Lima apresenta, relativamente, o menor valor ($Q_{12(e)} = 11,4$) ao passo que as outras regiões se aproximam de 15,0.

Com relação às probabilidades por falha do método estas são sempre maiores na categoria “espaçar”. No entanto, há pouca variação entre regiões e categorias, já que a diferença de $Q_{12(f)}$ entre limitar vs espaçar variam de 3 pontos na Selva para ao redor de 6 pontos no restante de regiões. Considerando que o custo de uma gravidez não desejada é alto para mulheres que usam contraceptivos para limitar, os menores valores de $Q_{12(f)}$ para esta categoria constituiria o padrão esperado. No entanto, além da relação entre $Q_{12(f)}$ para espaçar ou limitar, merece ressaltar a alta $Q_{12(f)}$ para a categoria “limitar” em todas as regiões, principalmente, Selva e Serra. Independentemente da intenção contraceptiva $Q_{12(f)}$ relaciona-se positivamente com o nível de desenvolvimento das regiões.

Enquanto às razões de saúde e relacionadas com o método Q_{12} é em geral alto; haveria consideráveis variações entre regiões dependendo pouco da intenção contraceptiva, embora na categoria limitar os valores sejam ligeiramente menores em relação à categoria “espaçar”, perfil que é determinado basicamente por Lima e Litoral. Haveria, sim, uma relação com o nível de desenvolvimento das regiões, especialmente se a descontinuação se dá por razões de saúde e relacionadas com o método entre as mulheres que desejam espaçar.

Tabela 23B

Peru e Regiões 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores próximos e descontinuação (por cem)

Variáveis	Peru e regiões				
	Peru	Lima	Litoral	Selva	Serra
Intenção contraceptiva					
Todas as razões					
Limitar	36,0	33,3	38,7	42,1	34,0
Espaçar	53,3	53,5	53,6	53,9	51,1
Engravidar					
Limitar	--	--	--	--	--
Espaçar	13,6	11,4	14,8	14,6	14,8
Falha do método					
Limitar	14,3	11,7	11,3	16,2	18,0
Espaçar	19,1	16,5	18,4	18,9	23,7
Razões de saúde (1)					
Limitar	12,6	12,5	15,3	18,4	8,4
Espaçar	14,9	14,6	18,2	18,6	10,4
Razões do método (2)					
Limitar	12,4	11,6	15,9	13,2	10,4
Espaçar	16,4	20,2	16,0	12,9	12,3
Tipo de método usado					
Moderno					
Todas as razões					
Moderno	43,5	43,2	44,2	48,3	40,0
Tradicional	46,7	48,5	50,5	47,6	42,9
Engravidar					
Moderno	5,3	6,1	4,9	4,6	4,7
Tradicional	8,7	7,2	11,7	9,7	7,9
Falha do método					
Moderno	6,1	6,0	6,2	6,4	5,8
Tradicional	27,3	25,9	26,2	28,7	28,5
Razões de saúde (1)					
Moderno	23,7	20,8	26,4	30,6	21,4
Tradicional	--	--	--	--	--
Razões do método (2)					
Moderno	13,0	14,0	12,4	12,5	12,2
Tradicional	16,0	20,1	20,9	14,0	10,5
Exp. contraceptiva					
Todas as razões					
Usou método	50,7	50,4	52,9	50,5	48,5
Não usou método	43,3	43,7	44,0	47,8	40,8
Engravidar					
Usou método	7,7	7,3	8,3	6,2	8,9
Não usou método	6,8	6,2	8,0	7,2	6,5
Falha do método					
Usou método	15,6	14,6	16,7	15,2	16,2
Não usou método	17,7	14,7	14,7	18,8	22,1
Razões de saúde (1)					
Usou método	19,6	18,2	23,4	22,8	15,6
Não usou método	11,5	11,0	14,7	17,3	7,6
Razões do método (2)					
Usou método	18,1	18,9	18,1	18,4	16,9
Não usou método	12,6	15,7	13,2	11,6	9,4

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tipo de método usado

De forma geral, $Q_{12(e)}$ é maior na categoria “tradicional”, mas sem variações significativas entre as regiões, evidenciando a pouca influência do tipo de método usado sobre o padrão de descontinuação para engravidar. Uma análise mais desagregada permite observar poucas diferenças na categoria “tradicional” vs “moderno” (7,2 e 6,1 respectivamente) em Lima sugerindo que, nesta região, o tipo de método usado não influenciaria na descontinuação por falha do método. No restante das regiões, haveria uma maior influência do tipo de método usado na $Q_{12(e)}$, dado que as diferenças entre método moderno e tradicional variam, por exemplo, de 4,9 para 11,7 no Litoral e de 4,7 para 7,9 na Serra.

Com relação à descontinuação por falha do método, $Q_{12(f)}$ não varia significativamente entre regiões, igual que no caso anterior, o tipo de método no interior de cada região, sim, resulta em marcadas diferenças. Menores valores de $Q_{12(f)}$ encontram-se na categoria “moderno”, e aumentam consideravelmente na categoria “tradicional”, resultado esperado uma vez que métodos tradicionais têm alto índice de falha. $Q_{12(f)}$ mostra pouca variação entre regiões sugerindo que a influência do tipo de método usado, moderno quanto tradicional, sobre $Q_{12(f)}$ independe do nível de desenvolvimento das regiões.

Com relação às razões de saúde, na Tabela 23B, não considera-se estimativas de $Q_{12(s)}$ para a categoria “tradicional”. Além da literatura sobre o tema não ser conclusiva sobre os efeitos colaterais derivadas do uso dos métodos tradicionais, o pequeno número de episódios de uso descontinuados por esta razão, reportados na ENDES-86, não permite obter estimativas suficientemente confiáveis¹⁶.

¹⁶ CURTIS & HAMMERSLOUGH (1995) sugerem um mínimo de 150 episódios de uso para cada tabela de vida; entretanto, o calendário da ENDES-96 reporta 74 episódios de uso de métodos tradicionais descontinuados por razões de saúde.

Entre as probabilidades relacionadas com razões de saúde ou com o método não define-se um padrão de comportamento entre regiões. Vale destacar os valores extremadamente altos que $Q_{12(s)}$ atinge quando a mulher usa contracepção moderna. Assim como no caso dos métodos tradicionais, a principal razão para descontinuar é falha do método, no caso dos métodos modernos, as conseqüências na saúde e os efeitos colaterais constituem, claramente, a principal razão de descontinuação; grosso modo, esta agrupa mais da metade da descontinuação, sendo Selva e Serra onde $Q_{12(s)}$ representa mais de 60,0% do total da descontinuação.

Experiência contraceptiva

Os valores de $Q_{12(e)}$, embora levemente maiores para quem tem e não tem experiência contraceptiva, são praticamente iguais entre regiões e variam entre 6,2 e 8,9 e entre 6,2 e 8,0 nas duas categorias da variável. Da mesma forma que as outras variáveis que medem o *status* reprodutivo ou comportamento contraceptivo, a experiência contraceptiva não se mostra diferenciada no processo de descontinuação para engravidar segundo regiões.

$Q_{12(f)}$, embora com níveis maiores, apresenta um perfil semelhante a $Q_{12(e)}$; isto é, pequenas diferenças entre regiões e categorias (ao redor de 2 pontos neste último caso), com exceção da Serra, sugerindo que a experiência contraceptiva não influenciaria na descontinuação por falha do método. O valor de $Q_{12(f)}$ entre regiões, sugere sua relação inversa com o nível de desenvolvimento.

Por último, $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ refletiriam variações entre regiões e, principalmente, entre a categoria “não usou” algum método previamente. De forma geral, haveria diferenças significativas nos valores de $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ que se apresentam maiores na categoria “usou” mostrando a importância da experiência contraceptiva na $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$. Entre as categorias, o valor de $Q_{12(s)}$ e $Q_{12(m)}$ tende a aumentar entre as regiões, sugerindo uma relação positiva entre as razões mencionadas e o

desenvolvimento. Este padrão sugere que na medida em que as mulheres vão adquirindo experiência contraceptiva estariam mais propensas a continuar procurando o método mais adequado as suas necessidades.

7.1.4 Conclusões relativas aos resultados da análise univariada

A análise feita na primeira parte deste capítulo pode se concluir como segue:

- É de grande importância o estudo da descontinuação segundo as diversas razões, antes que a descontinuação total;
- Surgem marcadas diferenças quando se analisa as variáveis do nível intermediário e aparecem mais marcantes ao considerar o nível próximo;
- Uma constatação importante no conjunto de indicadores considerados foi o extremadamente alto valor de Q_{12} em dois grupos de razões bem definidos:
 - a) Falha entre usuárias de métodos tradicionais;
 - b) Motivos de saúde e efeitos colaterais entre usuárias de métodos modernos.
- Nestes grupos, estas razões representam mais da metade do valor obtido para $Q_{12(T)}$. Este fato constitui elemento indicativo de referência para o desenvolvimento de eventuais linhas de pesquisa e atuação na empreitada de dar à mulher todos os elementos para exercer seus direitos e garantir seu acesso à plena saúde reprodutiva;
- A descontinuação para engravidar, apresenta-se praticamente invariável qualquer que seja o grupo de fatores considerados.

7.2 Análise de modelos multivariados

A análise realizada no item anterior constitui uma primeira fase na aplicação da proposta aos dados do Peru. Nela, no entanto, assume-se que a relação entre fatores distantes, intermediários e próximos com a descontinuação define-se através de três níveis diferenciados de atuação. Para analisar esta relação, entre os níveis, utiliza-se, na segunda parte deste capítulo, a análise de tipo multivariado.

Nesta análise avalia-se o comportamento dos coeficientes β entre as categorias das variáveis que representam fatores distantes, intermediários e próximos. No Anexo 4, apresenta-se os valores dos $P > |z|$ dos β estimados. Persegue-se dois objetivos:

1. Estabelecer o efeito dos diferentes fatores sobre a probabilidade de descontinuação (Q), como segue:
 - a) O efeito direto ou “bruto” de fatores distantes (geográficos ou de residência) sobre Q e a forma em que este opera através de fatores intermediários (sócio-econômicos e de planejamento familiar) e próximos (relacionados com a conduta reprodutiva);
 - b) O efeito de fatores intermediários sobre Q, associado com fatores distantes e a forma em que este efeito opera através de fatores próximos;
 - c) O efeito de fatores próximos sobre Q, associado com fatores distantes e intermediários.
2. Definir o modelo final que explique a descontinuação contraceptiva no país, regiões e para cada grupo de razões de descontinuação.

7.2.1 Os coeficientes β e a influência dos fatores distantes, intermediários e próximos na descontinuação contraceptiva.

Neste item analisa-se a relação entre os fatores mencionados e descontinuação, considerando, em primeiro lugar, a totalidade das razões, e em segundo lugar, cada grupo de razões, por separado.

A descontinuação segundo a totalidade de razões

Na Tabela 24 apresenta-se, para o país e regiões, o valor dos coeficientes β das equações de regressão estimadas segundo fatores distantes, intermediários e próximos para a descontinuação total ($Q_{(T)}$). Como indicado no pé da Tabela, o valor dos coeficientes β , em negrito, indica significância estatística ao nível de 5,0%.

Em primeiro lugar, atendendo à área de residência e para o total do país, a estimativa da equação 1 revela efeito direto ou “bruto” significativo deste fator sobre a descontinuação, todavia, o valor positivo ($\beta = 0,099$) indica maiores probabilidades de descontinuação na área rural considerando a área urbana que é a categoria de referência. Quando consideradas as regiões, no entanto, unicamente na Serra haveria efeito significativo, o mesmo que, como se verá em seguida, perderá significância.

Na equação 2, a inclusão de variáveis intermediárias, não modifica substancialmente os resultados anteriores no que se refere a $Q_{(T)}$. A diferença com a equação 1, está no fato de, a relação ser significativa unicamente para o total do país; ao desagregar por regiões na Serra, o efeito da área de residência perde a significância anterior e em nenhuma outra região se registram valores significativos. A aparente incongruência com o total do país deve-se a inclusão, no total, de Lima Metropolitana, que não possui área rural.

Na equação 3, a incorporação das variáveis próximas conduz aos mesmos resultados: a influência da área de residência sobre a $Q_{(T)}$ sem discriminação das razões, aparece somente no total do país. Quando medida nas regiões, ela continua resultando não significativa.

Observa-se que a inclusão de fatores intermediários e próximos nas equações 2 e 3, não modifica substancialmente o valor dos coeficientes β e conseqüentemente o efeito da área de residência sobre $Q_{(T)}$ no país. A pouca variação dos coeficientes não permite concluir se o efeito da área de residência sobre $Q_{(T)}$ opera independentemente ou através de fatores intermediários ou próximos. Deve frisar-se, novamente, que isto é válido para o país como um todo, onde, como se observou ,

no início do trabalho, Lima, que é por definição urbana, tem uma representação proporcional bastante alta.

Tabela 24

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação total

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,099	0,111	0,108	--	--		0,098	0,081	0,099	0,064	0,102	0,109	0,118	0,132	0,122
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio	-0,014	-0,006		0,039	0,084		0,010	0,041		-0,188	-0,166		-0,041	-0,073	
Baixo	-0,044	0,114		0,024	0,193		-0,034	0,157		-0,216	-0,068		-0,103	0,051	
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha	0,149	0,105		0,295	0,313		0,149	0,119		0,144	0,078		0,065	0,001	
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não	0,031	0,019		0,005	-0,020		0,061	0,048		0,037	0,037		0,051	0,033	
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos		-0,334		-0,531			-0,368			-0,256			-0,282		
>3 filhos		-0,179		-0,386			-0,253			-0,157			-0,121		
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos		-0,222		-0,216			-0,247			-0,154			-0,217		
>34 anos		-0,630		-0,565			-0,628			-0,589			-0,601		
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar		0,476		0,419			0,506			0,412			0,518		
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional		0,279		0,457			0,356			0,103			0,312		
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou		-0,071		-0,143			-0,048			-0,001			-0,108		
Intercepto	-0,778	-0,830	-0,856	-0,995	-0,984	-0,776	-0,849	-0,916	-0,634	-0,541	-0,587	-0,861	-0,841	-0,897	
Qui-quadrado	13	46	1229	21	308	2	13	408	2	11	196	7	11	373	
Graus de liberdade	1	5	12	4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

Na primeira parte do capítulo julgava-se que pela pouca variação de $Q_{12(T)}$ segundo as área de residência das regiões, esta não influenciaria a descontinuação total. Os resultados da análise multivariada confirmam estes achados pois a pouca variação de $Q_{12(T)}$ se reflete em coeficientes β não significativos, isto é, o fato de residir em uma área urbana ou rural não influenciaria na descontinuação total.

Em segundo lugar, atendendo ao papel dos fatores intermediários, as estimativas da equação 2 revelam que, entre estes, somente a ocupação é significativa em todas as regiões, exceto na Serra. Isto último provavelmente se deva à estrutura econômica da região orientada principalmente à atividade agropecuária e de serviços não qualificados. Dado que, no geral, este tipo de ocupações na maior parte dos casos não requer que a mulher deixe a moradia para trabalhar, a relação entre condição de ocupação e descontinuação total, tornaria irrelevante a relação

Na equação 3, incorporando fatores próximos, o valor do coeficiente da ocupação em Lima se mantém muito semelhante, o que se reflete no total do país através da diminuição do coeficiente β . O valor do coeficiente da ocupação nas outras regiões diminui, inclusive na Selva, região na qual torna-se não significativo, e Serra.

O valor decrescente do coeficiente β da variável ocupação na equação 3 com relação à 2, indicaria que em Lima o efeito sobre $Q_{(T)}$ persiste, controlado o efeito dos fatores distantes. No país e restante de regiões, o efeito operaria através de fatores próximos, controlado o efeito de fatores distantes. O comportamento do valor dos coeficientes β indicariam que nas regiões de maior desenvolvimento relativo como Lima, a condição de ocupação constitui um fator importante cujo efeito opera independentemente sobre $Q_{(T)}$. Na medida em que a região é menos desenvolvida, a condição de ocupação perde influência sobre $Q_{(T)}$, o que se observa nas regiões Selva e Serra.

Em terceiro lugar, com respeito a variáveis próximas, os resultados da equação 3, sugerem que estas variáveis, associadas com variáveis distantes e intermediárias, teriam forte efeito sobre a descontinuação total. Além do efeito das variáveis próximas sobre $Q_{(T)}$, sua importância expressa-se também na influência que tem sobre o efeito das variáveis distantes e intermediárias sobre a descontinuação total. Como observou-se na análise da equação 3 com relação à 2, a incorporação de

fatores próximos afeta o comportamento dos coeficientes da variável ocupação; por exemplo, diminui o efeito da ocupação sobre $Q_{(T)}$.

Além disso, com a finalidade de analisar o efeito direto das variáveis próximas sobre $Q_{(T)}$, estimou-se uma variante da equação 3 (resultados não apresentados). Nesta variante, variáveis distantes e intermediárias foram omitidas. Os resultados confirmam o efeito significativo das variáveis próximas. O valor de β não sofreu importantes variações, evidenciando que o efeito destas sobre a $Q_{(T)}$ resulta significativo, associada ou independente, das variáveis distantes e intermediárias.

Em resumo, os resultados da análise multivariada sobre $Q_{(T)}$, da mesma forma que na análise univariada, indica que o fator distante área de residência não influenciaria $Q_{(T)}$. Entre fatores intermediários, apenas a variável ocupação seria importante, fato mais marcante na área litorânea (Lima e Litoral). Paralelamente, todas as variáveis próximas apresentam efeitos significativos sobre a descontinuação total, associados ou independentemente de fatores distantes e intermediários.

Os resultados, além de confirmar os achados da análise univariada, reforçam a importância de analisar a descontinuação segundo as diversas razões, tal como se apresenta a seguir.

A descontinuação para engravidar

Na Tabela 25 apresenta-se o valor do coeficiente β correspondente à descontinuação quando esta é feita para engravidar, segundo fatores distantes, intermediários e próximos. Como mencionado no item 3.2 do capítulo 3, a descontinuação para engravidar constitui uma decisão voluntária dos indivíduos e/ou casais. Quando comparada com os outros grupos de razões, estima-se que este tipo de decisões está basicamente em função do padrão reprodutivo mais do que consequência de problemas derivados ou agravados pelo uso dos métodos.

Tabela 25

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximo e descontinuação para engravidar

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	-0,048	0,118	0,173				-0,025	0,061	0,277	0,155	0,291	0,326	-0,165	0,093	0,095
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio	-0,350	-0,304		-0,495	-0,238		-0,391	-0,333		-0,482	-0,465		-0,158	-0,235	
Baixo	-0,622	-0,183		-0,542	0,044		-0,596	-0,121		-0,829	-0,468		-0,606	-0,163	
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha	0,291	0,279		0,501	0,651		0,274	0,305		0,220	0,075		0,251	0,210	
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		0,101	0,074	0,346	0,306		0,067	0,074		0,257	0,188		-0,016	-0,037	
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos		-1,386		-1,984			-1,491			-1,101			-1,260		
>3 filhos		-1,855		-2,846			-2,295			-1,427			-1,650		
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos		-0,182		-0,070			-0,188			-0,193			-0,262		
>34 anos		-0,884		-0,424			-0,702			-1,359			-0,910		
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			--		--			--			--			--	
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional		0,795		0,681			0,875			0,791			0,861		
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou		-0,136		-0,228			0,085			-0,141			-0,259		
Intercepto	-2,467	-2,251	-1,823	-2,479	-2,068	-2,402	-2,167	-1,895	-2,458	-2,070	-1,612	-2,504	-2,312	-1,844	
Qui-quadrado	1	67	1050	22	182	2	21	339	2	20	212	3	24	324	
Graus de liberdade	1	5	11	4	10	1	5	11	1	5	11	1	5	11	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

Primeiro, com relação à área de residência, a estimativa da equação 1, não evidencia significativo efeito direto ou “bruto” sobre a descontinuação para engravidar $Q_{(e)}$. O sinal dos coeficientes sugere menores níveis de descontinuação na área rural, exceto na Selva.

Na equação 2, a incorporação de variáveis intermediárias não modifica a falta de significância do efeito da área de residência sobre a $Q_{(e)}$ no país, mesmo incorporando a informação para Lima aparece significativo no entanto, na Selva.

Desta vez a área de residência associada com variáveis intermediárias modifica o sentido do efeito sobre $Q_{(e)}$, resultando positivo em todas as regiões.

A equação 3 (incorporadas as variáveis próximas) torna significativo o coeficiente da área de residência no país, conseqüência, do que acontece em Lima e em parte, do coeficiente da área rural da Selva. A incorporação destas variáveis evidencia que a influência da área de residência sobre $Q_{(e)}$ somente torna-se significativo se associado com fatores próximos e incorporando na categoria Urbana, a região de Lima. Todavia na Selva, fatores intermediários (especificamente, o estrato sócio-econômico) também contribuiriam para acentuar a influência da área de residência sobre $Q_{(e)}$.

Estes resultados confirmam, em geral, os achados da análise univariada, novamente, a pouca variação de $Q_{(e)}$ entre as áreas de residência das regiões se expressa na falta de significância da relação entre área de residência e $Q_{(e)}$ na análise multivariada. A influência da área de residência sobre a descontinuação para engravidar resulta significativa se Lima é incorporada, e associada-se com fatores intermediários e próximos, respectivamente.

Segundo o sinal e valor do coeficiente das variáveis intermediárias como estrato sócio-econômico indica a influência do estrato sócio-econômico sobre $Q_{(e)}$. Considerando as regiões, os valores são, sempre negativos. Assim, $Q_{(e)}$ seria sempre maior no estrato alto, que é a categoria de referência. Este comportamento resulta coerente com os achados da análise univariada no sentido que mulheres de estrato sócio-econômico mais alto teriam melhores condições de controlar o processo reprodutivo, tendo, portanto, maior $Q_{(e)}$. Entre as categorias da variável o valor dos coeficientes diminui sugerindo que conforme as mulheres encontram-se no estrato social mais desfavorável teriam menores condições de controlar sua reprodução.

No caso da ocupação, de forma contrária, o efeito positivo do coeficiente na categoria “não trabalha” indica que a descontinuação para engravidar seria maior entre estas mulheres. Merece destacar a significância, inclusive, para a Serra, que no caso de $Q_{(T)}$ não mostrou relevância. Estes resultados são coerentes com os resultados na análise univariada, sugerindo que mulheres que trabalham teriam maior cuidado no controle do processo reprodutivo, principalmente, em Lima e Litoral. No entanto, na Selva e Serra, a relação entre ocupação e $Q_{(e)}$ resulta, em geral, irrelevante, fato que pode-se interpretar, como consequência das características de inserção das mulheres no mercado de trabalho nestas regiões.

A redução do valor de β na equação 3 com relação à 2 revelaria que o efeito do estrato sócio-econômico sobre $Q_{(e)}$ diminui na presença dos fatores próximos. Isto é, que as decisões de descontinuar para engravidar se produzem levando em consideração primariamente o *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo das mulheres, controlado o efeito dos fatores distantes. No pressuposto de que mulheres melhor posicionadas na estratificação social dominam melhor o processo reprodutivo, seria de esperar que a interrupção do uso contraceptivo, para deliberadamente engravidar, seja mais importante.

Enquanto à variável ocupação, o valor de β na equação 3 com relação à 2, aumenta em Lima e no Litoral e diminui na Selva e Serra. Assim, na região Litoral o efeito da ocupação sobre $Q_{(e)}$ se manifestaria na presença de fatores próximos. Na Selva e Serra, no entanto, estes fatores perdem importância e significância. Novamente, os resultados mostram que na medida em que a região é menos desenvolvida, a ocupação deixa de ser fator significativo na decisão final das mulheres de descontinuar para engravidar, os quais como no caso da Serra, se definiriam em função de características relacionadas com o *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo.

Adicionalmente é de salientar que em Lima, a incorporação de fatores próximos torna não significativo o efeito da variável acesso a serviços de planejamento familiar. Em geral, a falta de significância dos coeficientes β da variável mencionada revelariam que as decisões das mulheres de descontinuar para engravidar processam-se independentemente do acesso a serviços de planejamento familiar.

Terceiro, as variáveis próximas, principalmente, parturição, idade da mulher e tipo de método usado, mostram claramente sua importância sobre $Q_{(e)}$. Esta importância das variáveis relacionadas com fatores próximos expressa-se nos altos valores positivos e negativos dos coeficientes β entre as categorias das variáveis, quando comparados com fatores distantes e intermediários. O sentido dos coeficientes β das variáveis número de filhos e idade da mulher indica $Q_{(e)}$ sempre maior para as mulheres ao início do ciclo reprodutivo igual que $Q_{(T)}$. Com relação ao tipo de método usado, $Q_{(e)}$ entre mulheres que usam algum método tradicional seria maior em relação aquelas que usam métodos modernos. Pela literatura existente sobre o assunto e na medida em que as mulheres, segundo idade, conseguem implementar suas preferências reprodutivas as decisões de descontinuar para engravidar diminuiriam, resultando menores $Q_{(e)}$.

Em síntese, conclui-se que, no geral, a área de residência não influenciaria sobre $Q_{(e)}$, este efeito surge ao incorporar as variáveis intermediárias e próximas. De forma geral, pode-se afirmar que $Q_{(e)}$ está influenciado por fatores intermediários (principalmente, estrato sócio-econômico e condição de ocupação) e por fatores próximos principalmente com a parturição.

A descontinuação por falha do método

A Tabela 26 apresenta o valor dos coeficientes β relacionados com a descontinuação por falha do método $Q_{(T)}$. Ao invés da descontinuação para

engravidar, este tipo de descontinuação não constitui uma decisão voluntária. Diante da falha do método indivíduos e/ou casais não têm outra alternativa mais do que descontinuar.

Em primeiro lugar, a equação 1 revela significativo efeito direto ou “bruto” da área de residência sobre $Q_{(t)}$ nas regiões Selva e Serra. Este resultado se reflete no total do país, que, ademais, como mencionado inclui Lima Metropolitana.

Com a inclusão das variáveis intermediárias (equação 2) e próximas (equação 3), o valor do coeficiente β da área de residência diminui, sendo este perfil determinado, basicamente, pelo comportamento do coeficiente β da Serra. A introdução destas variáveis diminui o poder explicativo da área de residência sobre $Q_{(t)}$ sem afetar sua significância, revelando que o efeito da área de residência sobre $Q_{(t)}$ opera através de variáveis intermediárias e próximas.

Os resultados da análise multivariada confirmam os achados da análise univariada. Baseado no pressuposto que na área urbana haveria melhores condições para controlar o processo reprodutivo, $Q_{(t)}$ encontrado na área rural resultaria o valor esperado.

Em segundo lugar, considerando as variáveis intermediárias a equação 2 revela efeito significativo diferenciado das três variáveis. O efeito do estrato sócio-econômico resulta significativo em Lima, a ocupação em todas as regiões, excluindo Serra; e o acesso ao planejamento familiar em todas as regiões, com exceção de Lima. No total nacional, todas as variáveis resultam significativas.

Tabela 26

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos por falha do método

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,557	0,371	0,261				0,191	0,093	0,194	0,478	0,383	0,282	0,549	0,324	0,277
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio	0,179	0,136		0,399	0,384		0,121	0,053		-0,177	-0,054		0,185	0,030	
Baixo	0,322	0,391		0,591	0,592		0,199	0,352		-0,226	-0,018		0,426	0,425	
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha	0,173	0,163		0,463	0,483		0,283	0,292		0,313	0,221		0,014	-0,039	
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não	0,259	0,106		-0,051	-0,079		0,196	0,019		0,433	0,303		0,214	0,074	
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos		-0,341			-0,435			-0,283			-0,324			-0,313	
>3 filhos		-0,075			-0,096			-0,062			-0,183			-0,040	
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos		-0,365			-0,537			-0,509			-0,170			-0,335	
>34 anos		-1,085			-1,443			-1,455			-0,855			-0,946	
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar		0,405			0,278			0,586			0,329			0,395	
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional		1,703			1,948			1,707			1,556			1,718	
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou		-0,130			-0,281			-0,196			-0,027			-0,077	
Intercepto	-1,869	-2,234	-2,878		-2,492	-2,959	-1,971	-2,296	-2,913	-1,863	-1,965	-2,679	-1,750	-2,095	-2,901
Qui-quadrado	195	285	1673		36	332	3	26	435	30	62	351	75	103	524
Graus de liberdade	1	5	12		4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

Na equação 3, a incorporação de variáveis próximas não modifica substancialmente o efeito das variáveis intermediárias apresentadas na equação 2; estas operariam de diferentes formas sobre $Q_{(t)}$. Por exemplo, o fato de pertencer a um outro estrato tem um papel determinante sobre $Q_{(t)}$ independentemente da presença de fatores próximos somente em Lima. No restante das regiões, grosso modo, $Q_{(t)}$ é fortemente influenciada por fatores próximos somente se a mulher está no estrato baixo. Por sua vez, a variável ocupação mostra efeito sobre $Q_{(t)}$ com ou sem a presença de fatores próximos (exceto na Serra).

O valor dos coeficientes β das variáveis intermediárias sugerem uma relação diferencial entre características sócio-econômicas e de acesso a serviços de planejamento familiar e $Q_{(t)}$ segundo o nível de desenvolvimento das regiões. Conforme o nível de desenvolvimento relativo da região diminui, o estrato sócio-econômico perde importância, enquanto a ocupação continua relevante no Litoral e Selva e perde significância na Serra, paralelamente o acesso ao planejamento familiar torna-se significativo no Litoral, Selva e perde significância na Serra.

Em terceiro lugar, as variáveis próximas são, no geral, determinantes de $Q_{(t)}$. O efeito revela-se, principalmente, através da idade da mulher, intenção contraceptiva e tipo de método usado, controlado o efeito de fatores distantes e intermediários. O valor e significância estatística dos coeficientes β das variáveis mencionadas revela uma forte influência de fatores próximos sobre $Q_{(t)}$. Entre estes deve-se ressaltar o valor do coeficiente β da variável tipo de método usado na descontinuação por falha do método. Além, a pouca variação no valor dos coeficientes entre regiões, indicaria que o padrão de descontinuação por falha do método segundo o tipo de método usado seria semelhante entre as regiões.

Como resumo, quanto à descontinuação por falha do método, conclui-se que o comportamento dos coeficientes β correspondente à área de residência revela efeito significativo no país, Selva e Serra, os quais se manifestam através de fatores intermediários e próximos. Fatores intermediários revelam efeito significativo em Lima (principalmente estrato sócio-econômico e ocupação) e na Serra. Seu comportamento não sugere com clareza que o efeito operaria através de fatores próximos. Da mesma forma que para as razões analisadas previamente, $Q_{(T)}$ e $Q_{(e)}$, as variáveis próximas revelam efeito significativo sobre a descontinuação por falha do método, principalmente, idade da mulher, intenção contraceptiva e tipo de método usado.

A descontinuação por razões de saúde

Na Tabela 27 apresenta-se o valor dos coeficientes β ligados à descontinuação por razões de saúde $Q_{(s)}$. Lembre-se que neste grupo de razões de descontinuação, a diferença das descontinuações para engravidar ou por falha do método, resulta como consequência da presença de problemas de saúde e/ou efeitos colaterais derivados ou agravados pelo uso dos métodos. Descontinuar, se adaptar ou tolerar o efeito dos métodos estão em função, entre outros, da magnitude dos problemas e/ou efeitos e do conceito de saúde dos indivíduos e/ou casais.

Na Tabela mencionada não apresenta-se coeficientes β para a variável tipo de método usado dadas as considerações feitas sobre a não relevância de problemas de saúde relativos ao uso de métodos tradicionais ficando assim, prejudicadas as comparações com uma categoria de referência, devendo voltar a este aspecto mais adiante.

Primeiro, a equação 1, mostra significativo efeito direto ou “bruto” da área de residência sobre a descontinuação por razões de saúde. Quando consideradas as regiões, a diferença das outras razões previamente analisadas, o efeito direto ou “bruto” manifesta-se também em todas as regiões em estudo.

Os resultados da equação 2, ao incorporar as variáveis intermediárias, fazem com que diminua o efeito da área de residência sobre $Q_{(s)}$ tornando-se não significativo na Selva, mantendo, no entanto, o sentido do efeito da área de residência sobre $Q_{(s)}$. Na equação 3, incorporando variáveis próximas, a área de residência perde influência sobre $Q_{(s)}$ na Serra, o que se reflete na perda de influência da área de residência sobre $Q_{(s)}$ no total do país.

Tabela 27

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos por razões de saúde

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	-0,216	-0,112	-0,089				0,218	0,208	0,207	-0,219	-0,088	-0,078	-0,421	-0,239	-0,202
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		0,070	0,030		-0,006	0,007		0,188	0,199		-0,246	-0,309		0,116	0,104
Baixo		-0,022	0,052		0,074	0,182		-0,006	0,138		-0,251	-0,226		-0,141	-0,030
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,160	0,121		0,193	0,211		0,146	0,121		0,112	0,070		0,062	0,014
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		-0,177	-0,141		-0,021	-0,031		0,096	0,123		-0,256	-0,220		-0,192	-0,148
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			-0,110			-0,512			-0,137			0,005			-0,096
>3 filhos			-0,034			-0,401			-0,058			0,149			0,033
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			-0,273			-0,174			-0,218			-0,266			-0,263
>34 anos			-0,758			-0,554			-0,602			-0,788			-0,718
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			0,397			0,146			0,475			0,410			0,336
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional															
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			-0,188			-0,426			0,017			-0,058			-0,408
Intercepto	-1,756	-1,809	-1,625		-2,003	-1,449		-1,768	-1,933	-1,972		-1,367	-1,151	-1,134	-2,022
Qui-quadrado	20	55	358		5	82		5	16	116		7	23	87	22
Graus de liberdade	1	5	11		4	10		1	5	11		1	5	11	1

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

O comportamento dos coeficientes β entre as equações de regressão mostra uma paulatina perda do efeito da área de residência sobre $Q_{(s)}$ quando associada com fatores intermediários e próximos, respectivamente, revelando que o efeito da área de residência sobre $Q_{(s)}$ opera a através de fatores intermediários e próximos. Este comportamento resultaria esperado dado que, pela racionalidade implícita neste grupo de razões de descontinuação, esta se produziria, basicamente, em função da idade das mulheres, do tipo de método usado e da magnitude e tolerância dos problemas de saúde e efeitos colaterais, independentemente do lugar de residência, estrato sócio-econômico ou acesso a serviços de planejamento familiar.

Segundo, considerando variáveis intermediárias não evidencia-se, em geral, efeito significativo sobre $Q_{(s)}$. Na equação 3, a incorporação de variáveis próximas não modifica substancialmente a relação apresentada na equação 2. Este resultado confirma o achado da equação 2, enquanto que fatores intermediários, em geral, não influenciariam na descontinuação por razões de saúde.

Terceiro, com relação ao efeito de variáveis próximas sobre $Q_{(s)}$, nota-se efeito significativo da variável idade da mulher e intenção contraceptiva. Os valores dos coeficientes β refletem uma forte influência das variáveis quando comparadas com fatores distantes e intermediários. Este resultado seria esperado na medida em que os problemas de saúde e efeitos colaterais derivados do uso de métodos modernos tendem, sabidamente a aumentar com a idade.

Adicionalmente a este aspecto, a revisão da literatura sobre o assunto, desenvolvida no item 2.1.2 do capítulo 2, mostra que existe uma forte relação entre o tipo de método usado e descontinuação por razões de saúde. Para avaliar esta relação desenvolveu-se uma variante da descontinuação por razões de saúde. Nesta variante, a variável tipo de método usado foi categorizada da seguinte maneira: métodos hormonais e DIU, como categoria de referência, e outros métodos modernos (de barreira e implante). Os coeficientes β das equações de regressão considerando a variável tipo de método usado recategorizada, apresenta-se na Tabela 27A.

A importância do tipo de método usado sobre $Q_{(s)}$ pode-se observar na equação 3. A inclusão desta variável, em geral, diminui e/ou torna não significativo o efeito dos fatores distantes e intermediários sobre $Q_{(s)}$. A inclusão da variável também afeta a influência das outras variáveis próximas, por exemplo torna significativo o efeito da categoria “2-3 filhos” da variável número de filhos menos na Selva; contrariamente torna não significativo o efeito da idade da mulher, que encontrar-se-ia relacionada com a descontinuação por razões de saúde. No entanto, a julgar pelo valor dos

coeficientes β a influência do tipo de método usado sobre $Q_{(s)}$ seria diferencial entre as regiões, por exemplo, muito forte em Lima Metropolitana até não significativa na Selva.

Tabela 27A

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos por razões de saúde

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Area de residência															
(Urbana)															
Rural	-0,216	-0,112	0,041	--	--		0,218	0,208	0,183	-0,219	-0,088	0,026	-0,421	-0,239	-0,128
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio	0,070	0,048		-0,006	-0,125		0,188	0,330		-0,246	-0,375		0,116	0,187	
Baixo	-0,022	0,092		0,074	0,120		-0,006	0,230		-0,251	-0,255		-0,141	0,092	
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha	0,160	0,039		0,193	0,141		0,146	-0,016		0,112	0,066		0,062	-0,041	
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não	-0,177	-0,002		-0,021	-0,002		0,096	0,290		-0,256	-0,139		-0,192	-0,001	
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos		-0,290			-0,614			-0,285			-0,206			-0,334	
>3 filhos		-0,172			-0,350			-0,210			-0,107			-0,272	
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos		-0,109			-0,036			-0,027			-0,187			-0,072	
>34 anos		-0,251			-0,191			-0,113			-0,366			-0,175	
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar		0,412			0,214			0,456			0,490			0,321	
Tipo de método usado															
(Hormonais+DIU)															
Outros modernos		-0,642			-1,016			-0,362			-0,335			-0,743	
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			0,032		-0,192			0,227			0,044				-0,130
Intercepto	-1,756	-1,809	-1,338	-2,003	-1,131	-1,768	-1,933	-1,795	-1,367	-1,151	-0,790	-2,022	-1,989	-1,229	
Qui-quadrado	20	55	237	5	71	5	16	93	7	23	81	22	34	48	
Graus de liberdade	1	5	12	4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

Estes resultados sugerem utilizar no estudo da descontinuação contraceptiva a variável tipo de método usado recategorizada. No entanto, pela importância dos métodos tradicionais no mix contraceptivo e sua relação com a falha do método (que como sabe-se constitui uma das principais razões de descontinuação no país), estimou-se conveniente continuar com a categorização inicial, incluindo na

definição do modelo final uma variante alternativa. De qualquer maneira, considera-se importante o estudo da descontinuação por razões de saúde desde a perspectiva dos métodos modernos, os resultados encontrados indicam esta problemática, como um trabalho importante de desenvolver.

Em síntese, fatores distantes e intermediários, em geral, não revelam efeito significativo sobre $Q_{(s)}$. Da mesma forma que para as outras razões estudadas, fatores próximos, principalmente tipo de método usado (modernos), influenciariam significativamente sobre $Q_{(s)}$.

A descontinuação por razões relacionadas com o método

A Tabela 28 apresenta o valor dos coeficientes β ligados às razões relacionadas com o método $Q_{(m)}$. A descontinuação devido a este tipo de razões, contrariamente à descontinuação por falha do método mas da mesma forma que razões de saúde, depende da racionalidade das mulheres frente aos problemas ou inconveniências derivadas do uso dos métodos e dos recursos disponíveis.

Em primeiro lugar, considerando à área de residência, a estimativa da equação 1 mostra efeito significativo direto ou “bruto” sobre $Q_{(m)}$ unicamente no país como um todo. Uma vez que nas regiões, esta variável não mostra significância, o resultado nacional explica-se pelo papel de Lima.

Na equação 2, quando agrega-se variáveis intermediárias perde-se a significância do efeito da área de residência sobre $Q_{(m)}$ no país. Na equação 3, a incorporação de variáveis próximas confirma a nula influência da área de residência sobre $Q_{(m)}$. Considerando a racionalidade deste grupo de razões de descontinuação, resultaria esperada a falta de significância da relação entre área de residência e $Q_{(m)}$. Da mesma forma que para a descontinuação por razões de saúde, a decisão de descontinuar por razões relacionadas com o método se produziria fundamentalmente em função da

magnitude dos problemas ou inconveniência derivadas do uso dos métodos, independentemente do contexto geográfico.

Tabela 28

Peru e regiões 1996: Coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos relacionadas com o método

Fatores/Variáveis	Regiões														
	Peru			Lima			Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	-0,181	-0,042	-0,046	--	--	--	-0,015	-0,007	0,074	-0,068	0,051	0,044	-0,129	0,148	0,139
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		-0,043	-0,080		0,099	0,183		0,053	-0,050		-0,186	-0,195		-0,343	-0,383
Baixo		-0,159	-0,078		-0,234	-0,023		0,065	0,097		-0,207	-0,111		-0,586	-0,499
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,127	0,106		0,276	0,377		-0,018	-0,017		0,141	0,084		0,097	0,045
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		-0,181	-0,208		-0,016	-0,072		-0,085	-0,161		-0,203	-0,215		-0,194	-0,205
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			-0,272			-0,476			-0,210			-0,325			-0,139
>3 filhos			-0,119			-0,514			-0,125			-0,219			0,048
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			-0,395			-0,426			-0,579			-0,219			-0,267
>34 anos			-0,810			-0,651			-0,991			-0,687			-0,637
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			0,260			0,472			0,155			0,112			0,372
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional			0,591			0,869			0,923			0,408			0,336
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			-0,240			-0,174			-0,383			-0,098			-0,141
Intercepto	-1,826	-1,763	-1,577	-1,918	-2,027	-1,759	-1,781	-1,503	-1,712	-1,563	-1,369	-2,091	-1,723	-1,692	
Qui-quadrado	12	41	451	13	171	2	1	198	1	8	70	2	25	80	
Graus de liberdade	1	5	12	4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

Os valores em negrito indicam significância estatística a nível de 5,0%.

Em segundo lugar, a Tabela 28 não mostra, em geral, efeito significativo de variáveis intermediárias sobre $Q_{(m)}$, não considerando estas variáveis a nível do país, a ocupação em Lima e estrato sócio-econômico na Serra. Na equação 3, incorporando variáveis próximas não se modifica substancialmente o panorama anteriormente descrito. A única diferença está no fato que o efeito do estrato sócio-econômico no país, torna-se não significativo. Da mesma forma que na relação entre

área de residência e $Q_{(s)}$, em geral, a falta de significância de fatores intermediários seria esperado, dado que diante de problemas ou inconveniência relacionadas com o uso dos métodos as mulheres têm duas alternativas: suportam os problemas ou inconveniências ou descontinuam.

Em terceiro lugar, com relação a variáveis próximas, no geral, mostram-se significativas. Variáveis próximas relacionados com o número de filhos, idade da mulher e tipo de método usado explicariam este padrão de descontinuação. No entanto, a importância destas variáveis resulta diferencial entre as regiões. Assim, o valor dos coeficientes β , indicariam uma forte relação entre variáveis próximas e $Q_{(m)}$ em Lima e das variáveis idade da mulher e tipo de método usado no restante das regiões.

Em resumo, conclui-se que, no geral, fatores distantes e intermediários não influenciam na descontinuação por motivos relacionados ao método. De forma contrária, e como acontece para a maioria das razões de descontinuação, fatores próximos relacionados com o número de filhos e idade da mulher e tipo de método usado, sugerem efeito significativo sobre $Q_{(m)}$.

Da mesma forma que para $Q_{(r)}$, se analisou o efeito direto das variáveis próximas sobre cada um dos quatro grupos de razões de descontinuação (resultados não apresentados). Nesta variante, o valor dos coeficientes β não sofreu modificações importantes, confirmando a influência destas sobre a descontinuação, associada ou independentemente, de fatores distantes e intermediários.

7.2.2 O Modelo final

Define-se um “modelo final” para cada grupo de razões de descontinuação para o país e regiões, a partir das variáveis e categorias que resultaram estatisticamente significativas no item anterior. Cada modelo final define: a) os fatores que afetam os

diferentes grupos de razões de descontinuação; e, b) as chances de descontinuar dos subgrupos de mulheres que com diferentes características geográficas, sócio-econômicas e de acesso ao planejamento familiar, de *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo, usam métodos contraceptivos com objetivo de implementar suas preferências reprodutivas.

Utilizando os coeficientes expressados em valores absolutos e razões de chance (RC) interpreta-se cada modelo final segundo os fatores que melhor explicariam ou descreveriam a descontinuação dos subgrupos representados nas categorias das variáveis em estudo. No Anexo 5, apresenta-se os valores $P > |z|$ dos coeficientes β estimados.

A partir destas considerações gerais interpreta-se cada modelo final segundo os grupos de razões de descontinuação em estudo.

A Tabela 29 apresenta o modelo final que melhor explicaria a descontinuação total ($Q_{(T)}$). A nível nacional esta define-se por fatores distantes, intermediários (exceto acesso a serviços de planejamento familiar) e próximos. Em Lima e Litoral, por fatores intermediários (excluindo estrato socio-econômico em Lima e acesso ao planejamento familiar nas duas regiões) e por fatores próximos (exceto experiência contraceptiva). Já na Selva e Serra, a diferença de Lima e Litoral, fatores distantes e intermediários não explicariam $Q_{(T)}$, fatores de ordem individual relacionados com a conduta reprodutiva, exceto experiência contraceptiva, definiriam $Q_{(T)}$.

Tabela 29

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação total(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes										
Área de residência										
Rural	0,113	1,120								
Fatores intermediários										
Estrato Socio-econômico										
Médio										
Baixo	0,122	1,130			0,144	1,154				
Ocupação										
Não trabalha	0,105	1,110	0,338	1,403	0,129	1,138				
Acesso a serv. de PF										
Não										
Fatores próximos										
Número de filhos										
2-3 filhos	-0,335	0,716	-0,503	0,605	-0,362	0,696	-0,204	0,815	-0,233	0,792
>3 filhos	-0,178	0,837	-0,331	0,718	-0,226	0,798				
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,222	0,801	-0,223	0,800	-0,255	0,775	-0,213	0,809	-0,258	0,773
>34 anos	-0,629	0,533	-0,578	0,561	-0,634	0,530	-0,649	0,522	-0,644	0,525
Intenção contraceptiva										
Espaçar	0,476	1,610	0,420	1,522	0,513	1,700	0,450	1,568	0,520	1,682
Tipo de método usado										
Tradicional	0,280	1,324	0,446	1,562	0,355	1,427			0,311	1,393
Exper. contraceptiva										
Não usou método	-0,070	0,932								
Intercepto (2)	-0,858		-0,987		-0,906		-0,594		-0,916	
Qui-quadrado	1228		294		400		182		351	
Graus de liberdade	10		7		8		4		5	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

O valor dos coeficientes β varia entre as categorias das variáveis que representam fatores intermediários e próximos refletindo diferentes graus de influência sobre $Q_{(T)}$ e, conseqüentemente, diferentes chances de descontinuação. Entre variáveis intermediárias salienta-se o coeficiente positivo da variável ocupação em Lima (0,338) e razão de chance ($RC_{(T)}$) igual a 1,40. Este último valor significa que não trabalhar, comparada com categoria de referência trabalhar, aumenta a chance de $Q_{(T)}$ em 40,0%. Este valor reflete o alto poder discriminatório da variável ocupação na região economicamente mais desenvolvida do país. Vis-a-vis com a $RC_{(T)}$ da região Litoral sugere que a discriminação desta variável varia, inclusive, entre as regiões economicamente mais desenvolvidas do país.

Entre variáveis próximas a intenção contraceptiva e tipo de método usado afetam positivamente $Q_{(T)}$. Em termos de razões de chance, isto significa que espaçar ou utilizar um método tradicional, comparada com a respectiva categoria de referência, aumenta a chance de $Q_{(T)}$. As variáveis mencionadas apresentam um alto valor de $RC_{(T)}$ (principalmente espaçar no Litoral e tradicional em Lima) e pouca variação entre as regiões indicando que a influência sobre $Q_{(T)}$ independe do nível de desenvolvimento das regiões; isto é, que resulta igual entre as regiões.

Assim mesmo, ter 2-3 e >3 filhos ou ter 25-34 anos e >34 anos, comparada com a respectiva categoria de referência, diminui a chance de $Q_{(T)}$; isto é, quanto maior o número de filhos ou a idade da mulher menor a chance de $Q_{(T)}$. Da mesma forma que para o número de filhos ou idade das mulheres, observa-se que o valor das $RC_{(T)}$ para as variáveis mencionadas resulta similar entre as regiões mais e menos desenvolvidas indicando que a descontinuação total independe do nível de desenvolvimento sócio-econômico.

A Tabela 30 apresenta o modelo final para a descontinuação para engravidar ($Q_{(e)}$). A nível nacional $Q_{(e)}$ define-se nas três instâncias: distante, intermediária (exceto acesso ao planejamento familiar) e próximos. Em Lima e Litoral, as regiões mais desenvolvidas e mais avançadas nos processos de transição da fecundidade e mudança do padrão reprodutivo e contraceptivo, fatores intermediários (excluindo estrato sócio-econômico em Lima e acesso ao planejamento familiar nas duas regiões) e próximos definem $Q_{(e)}$. Na Selva e Serra, que como sabe-se constituem as regiões sócio-econômicamente menos desenvolvidas e menos avançadas nos processos de mudança mencionados, $Q_{(e)}$, além de área de residência na Selva, define-se basicamente por fatores próximos (exceto experiência contraceptiva na Selva).

O valor dos coeficientes β em termos de RC revelam três fatos importantes. As $RC_{(e)}$ segundo categorias de ocupação em Lima e Litoral sugerem que mulheres que não trabalham teriam o dobro e 40.0% da $RC_{(e)}$ das mulheres que trabalham (1,98 e 1,39); de outra forma, mulheres que trabalham teriam aproximadamente a metade da chance de descontinuar para engravidar das mulheres que não trabalham. O comportamento das $RC_{(e)}$ constitui indicativo da importância da ocupação na descontinuação para engravidar nestas regiões que como sabe-se caracterizam-se por uma relativa maior relação formal no mercado de trabalho quando comparadas com Selva e Serra.

A diminuição no valor das $RC_{(e)}$ correspondente às variáveis número de filhos e idade da mulher resulta esperado na medida em que as mulheres atingem o número desejado de filhos, ou são mais velhas a chance de descontinuar para engravidar tenderia a diminuir; no entanto, o valor das $RC_{(e)}$ na categoria >3 filhos da variável número de filhos, indicaria um padrão diferencial de descontinuação para engravidar no final do período reprodutivo entre Lima e Litoral vis-a-vis Selva e Serra. O alto valor da $RC_{(e)}$ para a variável tipo de método usado, e semelhança entre as regiões, sugere que o tipo de método usado afeta por igual a $Q_{(e)}$ independentemente do desenvolvimento.

Levando em consideração a racionalidade voluntária da descontinuação para engravidar justificaria que, no geral, as maiores RC, encontrem-se entre as mulheres que usam métodos tradicionais. Com efeito, tendo intenções claras de aumentar o número de filhos, não arriscariam usar métodos modernos, culturalmente, menos aceitáveis. Os resultados deste modelo final podem assim, constituir elemento de referência no planejamento das políticas de saúde reprodutiva e planejamento familiar.

Tabela 30

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação para engravidar(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes										
Área de residência										
Rural	0,155	1,168					0,328	1,389		
Fatores intermediários										
Estrato Socio-econômico										
Médio	-0,191	0,826			-0,267	0,766				
Baixo										
Ocupação										
Não trabalha	0,265	1,304	0,683	1,980	0,336	1,399				
Acesso a serv. de PF										
Não										
Fatores próximos										
Número de filhos										
2-3 filhos	-1,408	0,245	-2,048	0,129	-1,562	0,210	-1,170	0,310	-1,244	0,288
>3 filhos	-1,904	0,149	-3,011	0,049	-2,353	0,095	-1,571	0,208	-1,619	0,198
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,156	0,856							-0,275	0,759
>34 anos	-0,850	0,427			-0,574	0,563	-1,204	0,300	-0,929	0,395
Intenção contraceptiva										
Espaçar	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Tipo de método usado										
Tradicional	0,794	2,212	0,639	1,894	0,871	2,389	0,785	2,193	0,850	2,341
Exper. contraceptiva										
Não usou método	-0,134	0,875							-0,255	0,775
Intercepto(2)	-1,913		-2,266		-1,941		-2,044		-1,899	
Qui-quadrado	1053		180		329		213		315	
Graus de liberdade	9		4		6		5		6	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

A Tabela 31 apresenta o modelo final que explicaria a descontinuação por falha do método ($Q_{(f)}$). Para Lima e Litoral, $Q_{(f)}$, da mesma forma que $Q_{(e)}$, define-se por fatores intermediários (exceto acesso ao planejamento familiar) e próximos, menos intenção contraceptiva em Lima. Na Selva e Serra diferentemente $Q_{(f)}$ dependeria também da área de residência.

Tabela 31

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por falha do método(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes										
Área de residência										
Rural	0,259	1,295					0,276	1,318	0,292	1,340
Fatores intermediários										
Estrato Socio-econômico										
Médio										
Baixo	0,275	1,317	0,233	1,262	0,336	1,400			0,414	1,513
Ocupação										
Não trabalha	0,167	1,182	0,477	1,611	0,298	1,347	0,238	1,269		
Acesso a serv. de PF										
Não	0,107	1,113					0,305	1,357		
Fatores próximos										
Número de filhos										
2-3 filhos	-0,307	0,735	-0,437	0,646	-0,267	0,765	-0,240	0,786	-0,290	0,748
>3 filhos										
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,398	0,672	-0,673	0,510	-0,524	0,593			-0,348	0,706
>34 anos	-1,132	0,322	-1,705	0,182	-1,470	0,300	-0,810	0,445	-0,961	0,383
Intenção contraceptiva										
Espaçar	0,421	1,524			0,601	1,824	0,454	1,574	0,404	1,498
Tipo de método usado										
Tradicional	1,705	5,503	1,959	7,094	1,708	5,520	1,565	4,781	1,718	5,576
Exper. contraceptiva										
Não usou método	-0,129	0,879	-0,302	0,740	-0,196	0,822				
Intercepto(2)	-2,793		-2,429		-2,870		-2,957		-2,942	
Qui-quadrado	1667		317		430		347		515	
Gráus de liberdade	10		7		8		7		7	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística a nível de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

Estes resultados são coerentes com os achados na análise univariada sobre as variáveis estrato socio-econômico e ocupação que revelaram altas $Q_{12(t)}$ e na multivariada, onde, os efeitos destas duas variáveis permaneciam quando associados a fatores próximos; adicionalmente, a experiência contraceptiva influenciaria na $Q_{(t)}$ em Lima e Litoral, regiões na qual a descontinuação, por esta razão é menor.

Nas regiões Selva e Serra, as $RC_{(t)}$ indicam que residir na área urbana vs na rural aumenta a chance de $Q_{(t)}$; entre tanto esta chance não varia entre área de residência e regiões. Da mesma forma $Q_{(e)}$, destaca-se a importância da variável na ocupação na $Q_{(t)}$. O valor das $RC_{(t)}$ diminui entre a região relativamente mais desenvolvida Lima

(1,61) para uma menos desenvolvida Selva (1,26), relevando a importância da ocupação nas regiões de maior desenvolvimento sócio-econômico, caracterizadas por maior mercado formal de trabalho.

O valor das $RC_{(t)}$ entre as categorias da variável idade da mulher diminui significativamente sugerindo que com a idade elas tornam-se mais eficientes no controle reprodutivo; paralelamente, o uso de algum método tradicional, como esperado, aumenta a $RC_{(t)}$. Sobre estas duas variáveis WONG (2002) expressa que as diferenças nas $RC_{(t)}$ segundo idade das mulheres indicaria um longo e inexplicável aprendizado. Cita, por exemplo, o caso de Lima na qual as diferenças de cinco vezes na $RC_{(t)}$ entre a categoria superior e inferior da variável mencionada sugere sérias deficiências nos serviços de saúde reprodutiva. Enquanto ao tipo de método usado, destaca o valor extremadamente alto da $RC_{(t)}$ para quem usa métodos tradicionais vis-a-vis os modernos; valores, aliás, que são semelhantes entre regiões. Numa população na qual os métodos tradicionais, como a tabela, têm significativa preferência, este fato, na opinião da autora, constitui um importante problema que deve se considerar do desenho das políticas relacionadas com saúde reprodutiva.

A Tabela 32 apresenta o modelo que melhor descreveria a descontinuação por razões de saúde ($Q_{(s)}$). Para o país, $Q_{(s)}$ define-se por fatores intermediários (excluindo estrato sócio-econômico) e próximos (exceto número de filhos). Em Lima $Q_{(s)}$ dependeria basicamente de fatores próximos; já no Litoral, além da área de residência, fatores próximos como idade da mulher e intenção contraceptiva definiriam $Q_{(s)}$. Na Selva e Serra $Q_{(s)}$ define-se por fatores próximos, excluindo experiência contraceptiva na Selva.

Tabela 32

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação por razões de saúde(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes										
Área de residência										
Rural					0,257	1,293				
Fatores intermediários										
Estrato Socio-econômico										
Médio										
Baixo										
Ocupação										
Não trabalha	0,130	1,139								
Acesso a serv. de PF										
Não	-0,147	0,863					-0,245	0,782		
Fatores próximos										
Número de filhos										
2-3 filhos			-0,487	0,621						
>3 filhos										
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,275	0,759			-0,283	0,754	-0,194	0,824	-0,244	0,783
>34 anos	-0,726	0,484	-0,697	0,492	-0,665	0,514	-0,679	0,507	-0,705	0,494
Intenção contraceptiva										
Espaçar	0,407	1,502			0,473	1,606	0,392	1,480	0,409	1,506
Tipo de método usado										
Tradicional	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Exper. contraceptiva										
Não usou método	-0,187	0,829	-0,417	0,659					-0,442	0,643
Intercepto(2)	-1,658		-1,453		-1,769		-1,377		-1,851	
Qui-quadrado	346		57		102		79		83	
Graus de liberdade	8		4		4		4		4	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

O modelo final sugere, em geral, que características relacionadas com o lugar de residência, sócio-econômicas ou de acesso ao planejamento familiar não definem a descontinuação por razões de saúde, as quais seriam basicamente definidas por características relacionadas com o *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo definiriam basicamente $Q_{(s)}$. Estes resultados seriam esperados considerando que no item 3.2 do capítulo 3 se fez referência á racionalidade deste grupo de razões de descontinuação. Isto é, que as decisões das mulheres de descontinuar por problemas de saúde definem-se, principalmente, em função da magnitude e/ou tolerância frente aos problemas de saúde e efeitos colaterais derivados ou agravados pelo uso dos métodos, independentemente do seu lugar de residência, sócio-econômico ou de acesso ao planejamento familiar.

Finalmente, na análise multivariada indicou-se que o tipo de método usado constitui um fator importante na descontinuação por razões de saúde, desenvolvendo-se uma variante para analisar o efeito dos métodos modernos sobre este tipo de razões de descontinuação (Tabela 27A). A partir desta variante alternativa definiu-se o modelo final para a descontinuação por razões de saúde.

O modelo final, apresentado na Tabela 32A, sugere que fatores próximos relacionados a intenção contraceptiva e tipo moderno de método usado definiriam basicamente $Q_{(s)}$ as regiões (excluindo Litoral, região na qual o estrato sócio-econômico e ocupação também definem $Q_{(s)}$). Os resultados, em geral, seriam esperados na medida em que na revisão da literatura observou-se que $Q_{12(s)}$ ocorria geralmente entre as mulheres que usam métodos modernos, principalmente, hormonais orais e injetáveis. Chama atenção que a idade da mulher não apresente efeitos significativos sobre $Q_{(s)}$, contrariamente ao pressuposto indicado sobre a relação entre idade e $Q_{(s)}$; isto é, que com o aumento da idade aumentariam os problemas de saúde.

Entre estes fatores ressalta-se o alto valor da $RC_{(s)}$ da variável intenção contraceptiva e tipo de método usado entre as regiões. Mulheres que usam um método para espaçar estão expostas a uma maior chance de descontinuar que mulheres que usam um método para limitar (em torno de 1,7 entre as regiões). Paralelamente, e em coerência com a literatura sobre o assunto e achados encontrados no primeiro capítulo, usuárias de métodos modernos como hormonais e DIU teriam maior $RC_{(s)}$ quando comparadas com usuárias de métodos de barreira e vaginais (em torno de 0,500). Entretanto, a pouca variação do valor de $RC_{(s)}$ das variáveis mencionadas entre as regiões sugere que as diferenças no nível de desenvolvimento não influenciam $Q_{(s)}$.

Tabela 32A

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para intermediários e próximos e descontinuação por razões de saúde(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes-										
Área de residência										
Rural										
Fatores intermediários-										
Estrato Socio-econômico										
Médio					0,183	1,201				
Baixo										
Ocupação										
Não trabalha					0,329	1,390				
Acesso a serv. de PF										
Não										
Fatores próximos-										
Número de filhos										
2-3 filhos	-0,219	0,803	-0,607	0,545	-0,210	0,810				
>3 filhos										
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,166	0,847								
>34 anos	-0,341	0,711								
Intenção contraceptiva										
Espaçar	0,443	1,557			0,532	1,703	0,626	1,871	0,521	1,683
Tipo de método usado										
Outros modernos	-0,645	0,525	-1,039	0,354	-0,404	0,668			-0,681	0,506
Exper. contraceptiva										
Não usou método					0,230	1,260				
Intercepto	-1,279		-1,167		-1,758		-1,353		-1,639	
Qui-quadrado	227		48		80		59		38	
Graus de liberdade	5		2		6		1		2	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

No entanto, independentemente das diferenças nas RC(s) entre os dois grupos de métodos modernos em análise, deve-se lembrar que as taxas de descontinuação dos métodos modernos por razões de saúde são altas no país (23,7); estas taxas variam entre as regiões, de 30,6 na Selva para 20,8 em Lima.

A Tabela 33 apresenta o modelo que melhor definiria a descontinuação por razões relacionadas com o método ($Q_{(m)}$). Em geral, entre as regiões, fatores distantes e intermediários não influenciariam $Q_{(m)}$ (exceto ocupação em Lima e estrato sócio-econômico na Serra). Consequentemente, $Q_{(m)}$ estaria definida basicamente por

fatores próximos: o número de filhos, idade da mulher e tipo de método usado, constituiriam fatores importantes.

A definição do modelo final, em base a fatores próximos, explica-se pela racionalidade deste grupo de razões de descontinuação. Isto é que, diante dos problemas apresentados pelo uso dos métodos, principalmente tradicionais, as decisões de descontinuar se definiriam basicamente em função da magnitude ou tolerância frente a estes problemas e na procura de um método mais eficaz, independentemente das características de lugar de residência e/ou sócio-econômicas das mulheres.

Fatores próximos apresentam diferente influência sobre $Q_{(m)}$, principalmente idade da mulher e tipo de método usado. As $RC_{(m)}$ seguem o comportamento esperado: diminuem conforme aumenta a idade da mulher e aumentam segundo o tipo de método usado. Esta relação resultaria esperada considerando que mulheres mais velhas tornam-se mais eficientes no uso dos métodos diminuindo a $RC_{(m)}$. Da mesma forma, mulheres que usam métodos tradicionais teriam maior $RC_{(m)}$, devido a problemas associados a este tipo de métodos e a que procurariam o método mais eficiente segundo suas necessidades.

Destaca-se, as menores chances das mulheres com >34 anos (aproximadamente 50,0% com relação à categoria de referência), chance que não varia entre as regiões, sugerindo que esta independe do nível de desenvolvimento das regiões. Entre as $RC_{(m)}$ correspondente à variável tipo de método usado, ressalta-se o alto valor da $RC_{(m)}$ em Lima e Litoral (2,3 e 2,5) vis-a-vis as $RC_{(e)}$ da Selva e Litoral (1,6 e 1,4), sugerindo que o tipo de método usado influenciaria sobre $Q_{(m)}$ segundo o nível de desenvolvimento das regiões.

Tabela 33

Peru e regiões 1996, Modelo Final: Coeficientes β e razões de chance (RC) das equações de regressão para fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação relacionadas com o método(1)

Fatores/Variáveis	Regiões									
	Peru		Lima		Litoral		Selva		Serra	
	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC	β	RC
Fatores distantes										
Área de residência										
Rural										
Fatores intermediários										
Estrato Socio-econômico										
Médio									-0,367	0,693
Baixo									-0,484	0,616
Ocupação										
Não trabalha	0,098	1,030	0,377	1,458						
Acesso a serv. de PF										
Não	-0,243	0,784								
Fatores próximos										
Número de filhos										
2-3 filhos	-0,214	0,807	-0,453	0,636	-0,200	0,819	-0,218	0,804		
>3 filhos			-0,531	0,588						
Idade da mulher										
25-34 anos	-0,419	0,658	-0,422	0,656	-0,641	0,527			-0,248	0,780
>34 anos	-0,855	0,425	-0,629	0,533	-1,128	0,324	-0,742	0,476	-0,572	0,565
Intenção contraceptiva										
Espaçar	0,313	1,367	0,499	1,648					0,390	1,477
Tipo de método usado										
Tradicional	0,591	1,806	0,836	2,307	0,918	2,504	0,439	1,551	0,320	1,377
Exper. contraceptiva										
Não usou método	-0,246	0,782			-0,383	0,682				
Intercepto(2)	-1,670		-2,068		-1,423		-1,746		-1,864	
Qui-quadrado	443		160		188		45		71	
Graus de liberdade	9		7		5		3		6	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

(2) Somente para o coeficiente β

7.2.3 Conclusões relativas aos resultados da análise multivariada

Os resultados da análise multivariada sugerem que fatores distantes, intermediários e próximos afetam de forma diferenciada o processo uso-descontinuação. O efeito dos fatores mencionados varia entre as regiões segundo razões de descontinuação. Este comportamento diferencial resulta esperado na medida em que as regiões apresentam diferentes níveis de desenvolvimento sócio-econômico, encontram-se em diferentes estágios no processo de mudança no padrão reprodutivo e comportamento contraceptivo e devido à racionalidade implícita existente entre cada grupo de razões de descontinuação.

Fatores distantes como a área de residência afetam o processo de descontinuação principalmente em duas situações: a) efeito direto ou “bruto” sobre $Q_{(t)}$ no país e regiões (excluindo litoral) que persiste quando associado com fatores intermediários e próximos; b) efeito direto ou “bruto” da área de residência sobre $Q_{(s)}$ no país e regiões, que torna-se não significativo, quando associado com fatores intermediários e próximos.

Fatores intermediários como estrato sócio-econômico e ocupação afetam a descontinuação para engravidar de diferente forma. O estrato socio-econômico afeta $Q_{(s)}$ em todas as regiões (menos Serra) e ocupação em Lima e Litoral. O efeito das variáveis opera de forma diferente: o primeiro através de fatores próximos enquanto que o segundo expressa-se na presença de fatores próximos. No entanto, o acesso a serviços de planejamento familiar, praticamente, não afeta significativamente nenhum grupos de razões de descontinuação. Este resultado pode ser atribuído, em parte, a uma deficiência das variáveis utilizadas para captar o efeito do acesso ao planejamento familiar sobre $Q_{(t)}$. De qualquer maneira, identificação dos canais através dos quais as mulheres informam-se sobre as vantagens e desvantagens dos contraceptivos e principalmente dos problemas e efeitos colaterais derivados do uso dos métodos e sua relação com a descontinuação deve ser mais estudado. Sua importância seria maior se, como no caso do Peru, trata-se de uma população com permanentemente escassos recursos, onde o acesso à informação, não é, ainda, prioritário.

Fatores próximos afetam sistematicamente, associados ou independentemente de fatores distantes ou intermediários, todos os grupos de razões de descontinuação (excetuando a experiência contraceptiva). Da mesma forma que a variável acesso ao serviços de planejamento familiar, a falta de significância estatística desta variável pode sugerir que o uso prévio de um método contraceptivo não reflete ou capta o

efeito da experiência contraceptiva sobre os diferentes grupos de razões de descontinuação.

Nos modelos finais, excetuando o nível nacional que constitui uma média regional, em geral, apresenta-se dois padrões de descontinuação. Por um lado, em Lima e Litoral, as regiões de maior desenvolvimento sócio-econômico e mais avançadas no processo de mudança no padrão reprodutivo e contraceptivo, fatores intermediários como estrato sócio-econômico e ocupação e próximos (exceto experiência contraceptiva) definiriam a descontinuação para engravidar e por falha do método. Na Selva e Serra, contrariamente, as regiões menos desenvolvidas e avançadas nos processos de mudança antes mencionados, fatores distantes, intermediários (ocupação na Selva e estrato sócio-econômico na Serra) definiriam a descontinuação por falha do método e fatores próximos, definiriam, basicamente, o restante grupo de razões de descontinuação.

Os coeficientes de regressão expressos em termos de RC confirmam os resultados da análise univariada e são coerentes com pressupostos indicados na literatura demográfica sobre a descontinuação. Em geral, residir na área rural, encontrar-se na estrato sócio-econômico menos favorável e não trabalhar, comparada com a respectiva categoria de referência, significa aumentar a chance de descontinuar. Diferenças importantes surgem nas RC entre as categorias das variáveis relacionadas com fatores próximos. Em geral, ter >3 filhos, >34 anos significa menor RC que mulheres consideradas na respectiva categoria de referência. Contrariamente, mulheres que usam um método tradicional teriam maior RC que mulheres que usam uno moderno, considerada como categoria de referência.

Estes resultados constituem um elemento importante no planejamento das políticas de saúde reprodutiva e planejamento familiar ao definir, entre as regiões, os fatores que influenciam nos diferentes grupos de descontinuação. Especificamente, o

conhecimento da chance de descontinuar dos diferentes subgrupos de mulheres, pode contribuir ao desenho de políticas focais para subgrupos prioritários de atenção nas diferentes regiões do país.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo apresentam-se as considerações finais derivadas da proposta de análise e aplicação aos dados do Peru. Estas, formulam-se, basicamente, como elementos de referência para a formulação de ações de política de saúde reprodutiva e mas especificamente planejamento familiar no Peru. Além disso, faz-se referência sobre o desenvolvimento de trabalhos futuros.

8.1 Descontinuação contraceptiva e direitos reprodutivos

Como indicado na parte introdutória do estudo, nas últimas décadas, o uso de métodos modernos de contracepção, têm se tornado, progressivamente, o principal meio de controle do processo reprodutivo.

No entanto, em países subdesenvolvidos, ou com recursos escassos, devido a limitações relativas, principalmente, à informação que permita a escolha e uso adequado dos métodos e pela inexistência, no estado atual da tecnologia contraceptiva, do método ideal, indivíduos e/ou casais que utilizam contracepção colocam-se numa situação que pode-se denominar de “armadilha da contracepção”. Isto é, se utilizam métodos tradicionais, expõem-se a descontinuar por falha do método e/ou problemas derivados do uso dos métodos; se usam métodos modernos, expõem-se a descontinuar por problemas de saúde e efeitos colaterais.

Esta “armadilha” conseqüentemente, limita o direito à saúde reprodutiva que redunde na capacidade plena dos indivíduos e/ou casais de controlar o processo reprodutivo e implementar suas preferências reprodutivas. Assim, o direito à saúde reprodutiva implica também, a minimização do risco de descontinuar por razões alheias ao desejo de engravidar ou por não precisar de contracepção.

8.2 Principais considerações sobre a descontinuação contraceptiva no Peru

Uma primeira consideração, de ordem operacional, deriva-se da utilização dos dados do calendário para o estudo da descontinuação. Embora, susceptível de erro, considera-se uma técnica adequada de coleta de dados retrospectivos quando comparada com outras técnicas disponíveis. Devido a esta vantagem, e a que o calendário das PNDS, em geral, contém informações que abrangem diferentes eventos do processo reprodutivo, constitui um instrumento importante cuja potencialidade, pode e deve ser adequadamente explorada em outros estudos, além, da descontinuação.

As probabilidades de descontinuação aqui apresentadas constituem a primeira estimativa realizada com o objetivo de estudar a descontinuação contraceptiva nos contextos regionais do país. A nível global os resultados permitem constatar que:

- a) a descontinuação para engravidar constitui uma pequena percentagem da descontinuação total que, praticamente, não varia entre regiões;
- b) a descontinuação é extremadamente alta em dois grupos de razões bem definidas: falha do método entre mulheres que usam método tradicional e razões de saúde e efeitos colaterais entre mulheres que usam contracepção moderna;
- c) a região de residência não afetaria o comportamento contraceptivo, seja total ou para cada grupo de razões de descontinuação.

Estos resultados confirmam por um lado, que as ações de política sobre saúde reprodutiva, especificamente, planejamento familiar, deve-se orientar, principalmente, a diminuir os níveis da descontinuação por falha do método e por razões de saúde. Por outro, não sustentam o pressuposto estabelecido de que diferenças sócio-econômicas e de comportamento reprodutivo e contraceptivo existentes entre as regiões implicaria diferenças na descontinuação e, portanto, a necessidade de formular e executar ações de política de caráter regional.

A análise da relação entre fatores distantes, intermediários e próximos com a descontinuação sugere que: a) resulta de interesse o estudo da descontinuação segundo razões, tanto do ponto de vista acadêmico quanto do planejamento familiar, antes que a descontinuação total; b) fatores distantes não influenciam, em geral, a descontinuação, diferenças surgem quando se analisa fatores intermediários e aparecem mais marcantes ao considerar fatores próximos; c) os três grupos de fatores aqui considerados teriam uma relação diferencial com a descontinuação que, em geral, pode-se resumir da seguinte maneira:

- a área de residência influenciaria a descontinuação por falha do método exceto no Litoral e sobre a descontinuação por razões de saúde (exceto Selva). O papel da área de residência, no obstante, operaria através de fatores intermediários e próximos.
- fatores intermediários como estrato sócio-econômico influenciariam principalmente a descontinuação para engravidar no país e regiões (excluindo Serra) e descontinuação por falha do método em Lima; e ocupação evidenciaria influência significativa sobre a descontinuação para engravidar e por falha do método no país e regiões, respectivamente. Estes efeitos operariam, em geral, através de fatores próximos. Enquanto que, o acesso a serviços de planejamento familiar, não afetaria nenhum grupo de razões de descontinuação.
- fatores próximos influenciariam significativamente a descontinuação, associados ou independentemente, de fatores distantes e intermediários, exceto experiência contraceptiva.

Estos resultados sugerem, primeiro, que as ações de política devem ser formuladas e executadas de forma desagregada por grupos de razões de descontinuação privilegiando dos grupos de razões: falha do método e razões de saúde; segundo, abonam em favor da proposta sugerida no estudo de analisar a descontinuação segundo os diferentes níveis do processo através dos quais os fatores influenciariam na descontinuação.

Os fatores que definem a descontinuação contraceptiva no Peru apresentam dois padrões de descontinuação, claramente definidos, os quais podem subsidiar políticas de planejamento familiar:

- a) em Lima e Litoral, as regiões de maior desenvolvimento sócio-econômico e mais avançadas no processo de mudança no padrão reprodutivo e contraceptivo, fatores intermediários como estrato sócio-econômico e ocupação e próximos (exceto experiência contraceptiva) definiriam a descontinuação para engravidar e por falha do método;
- b) na Selva e Serra, contrariamente, as regiões menos desenvolvidas e avançadas nos processos de mudança antes mencionados, por um lado, o fator distante área de residência, intermediários (ocupação na Selva e estrato sócio-econômico na Serra) definiriam a descontinuação por falha do método, e por outro, fatores próximos, definiriam, basicamente, o restante grupo de razões de descontinuação.

Os modelos finais, em geral, residir na área rural, encontrar-se no estrato sócio-econômico menos favorável e não trabalhar, comparada com a respectiva categoria de referência, significa aumentar a chance de descontinuar. Enquanto que entre variáveis próximas, ter mais filhos ou mais idade claramente significa menor chance de descontinuar. Contrariamente, usar um método tradicional implica numa maior chance de descontinuar quando comparada com usar um método moderno.

8.3 Implicações de políticas

A revisão bibliográfica sobre a descontinuação contraceptiva e resultados da análise univariada e multivariada sugere priorizar quatro grandes linhas e ações de política:

- a) diminuir os níveis da descontinuação por falha do método, principalmente, entre o subgrupo de usuárias que alcançaram seu objetivo reprodutivo e utilizam métodos tradicionais para limitar os nascimentos;

- b) diminuir os níveis da descontinuação por razões de saúde, basicamente, entre o subgrupo de usuárias que alcançaram seu objetivo reprodutivo e encontram-se no início ou final do período reprodutivo.
- c) aumentar os níveis da prevalência de métodos modernos, principalmente, no subgrupo de mulheres que usam métodos tradicionais para limitar os nascimentos, que não conhecem adequadamente o período reprodutivo e que não desejam ter mais filhos.
- d) aumentar o acesso a serviços de planejamento familiar entre as mulheres que encontram-se no início do período reprodutivo e que em algum momento descontinuarão para engravidar e que usam métodos tradicionais para controlar do processo reprodutivo.

De forma geral, usuárias com estas características estariam revelando limitações enquanto a informação, acesso e/ou disponibilidade de métodos adequados de contracepção. Neste contexto, surge a necessidade: a) de enfatizar e priorizar as atividades do componente de informação, comunicação e aconselhamento dos programas de saúde reprodutiva e planejamento familiar; b) ampliar as escolhas alternativas contraceptiva das usuárias.

Diante da falta de significância da relação entre área de residência e descontinuação, as ações de política deveriam priorizar o desenvolvimento de suas atividades através de fatores intermediários, principalmente, relacionadas com o estrato sócio-econômico e condição de ocupação e, basicamente, operar através de fatores próximos, tanto relacionados com o *status* reprodutivo e comportamento contraceptivo, excluindo experiência contraceptiva.

Finalmente, a definição dos modelos finais, em termos das razões de chance a que estão expostos os diferentes subgrupos de mulheres, permite desenhar ações de

política focais, específicas para determinados subgrupos prioritários de atenção nas diferentes regiões do país.

8.3 Trabalhos futuros

O Peru, é um dos poucos países latino-americanos que formularam políticas e programas de planejamento familiar e que encontram-se em processo de execução. A tabela é o método mais utilizado e a falha do método e problemas de saúde, além de constituir as principais razões de descontinuação, constituem um problema social e de saúde pública. Diante destes resultados urge desenvolver e/ou aprofundar trabalhos, basicamente, nas seguintes três grandes linhas de pesquisa:

- a) fatores e mecanismos relacionados com a permanência e vigência de altas taxas de uso de métodos tradicionais nas regiões do país, incluindo Lima, região na qual constitui o segundo método mais utilizado pelas mulheres. Este tipo de trabalho de caráter mais específico, além de considerar aspectos geográficos, sócio-econômicos e planejamento familiar e do comportamento reprodutivo e contraceptivo relacionados com a descontinuação deveria incorporar aspectos sociológicos, antropológicos e culturais;
- b) o papel dos serviços de planejamento familiar, principalmente, enquanto à relação entre informação e acesso a serviços de planejamento familiar na descontinuação e basicamente os mecanismos através dos quais usuárias recebem ou informam-se sobre as vantagens ou desvantagens dos métodos e principalmente, sobre os problemas e/ou efeitos colaterais derivados do seu uso; da mesma forma, a relação entre experiência contraceptiva e descontinuação, considerando que ambos fatores não mostraram uma relação significativa na análise multivariada;
- c) considerando a importância que tem o uso de métodos modernos na descontinuação por razões de saúde, resulta de interesse pesquisar a relação entre fatores distantes, intermediários e próximos sobre a descontinuação por razões de saúde.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANCHES, A.D. G. Planejamento familiar; métodos anticoncepcionais. In: CAETANO, João Pedro Junqueira, et. Al. (Ed.) *Ginecologia e Obstetrícia: Manual para o TEGO*. Rio de Janeiro: Medse, 1997. cap. 30, p. 302-320.

ANTECEDENTES de la política peruana de población. Lima: Consejo Nacional de Población, 1984.

ALDRICHI, J.; HALBE, H.; FREITAS, G. Planejamento familiar –classificação dos métodos: indicações e contra-indicações. In: HALBE, H.. *Tratado de Ginecologia*. 2.ed. São Paulo: Roca, 1994.

ALI, M.; CLELAND, J. Contraceptive discontinuation in six developing countries: a cause-specific analysis. *International Family Planning Perspectives*, New York, v.21, n.3, p.92-97, sept. 1995.

ALI, M.; CLELAND, J. *Determinants of contraceptive discontinuation in six developing countries: a discrete event history analysis approach*. London: School of Hygiene and Tropical Medicine Center for Population Studies, 1996.

ALLISON, P. D. Discrete-time methods for the analysis of event histories. In LEINHARDT, S. (Ed.) *Sociological Methodology*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982, p 61-98. apud STEELE; CURTIS; , S. CHOE, M. The impact of family planning service provision on contraceptive-use dynamics in Morocco. *Studies in Family Planning*. New York, v.30, n.1. p.28-42, mar. 1999.

ARAMBURÚ, C. E; FERRANDO, D. La transición de la fecundidad en el Peru. *Notas de Población*, Santiago de Chile, n. 56, p. 173-202, dic. 1992.

ARAMBURÚ, C. E. Tendencias demográficas recientes en el Perú: consecuencias económicas y sociales. SEMINARIO DE POBLACIÓN Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN EM EL PERU. AMIDEP. 1982.

ARAMBURÚ, C. E; LÍ, D. La anticoncepción em cinco ciudades del Perú: mito y realidad. *En Lugar de Encuentro*. v.3, n.1-2, ene.-abr. apud ARAMBURÚ, C. E., FERRANDO, D. La transición de la fecundidad en el Peru. *Notas de Población*, Santiago de Chile, n. 56, p. 108-141, dic. 1992.

ARAÚJO, A.R. L de. *Diferenciais regionais da mortalidade infantil e seus possíveis determinantes sócio-demográficos em Moçambique 1992-1997*. 1999. 98 f. Dissertação (Mestrado em Demografia)- Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1999.

BIBLIOTECA digital del INEI, INFONEI. Publicações sobre Estatística. Emprego e Ingreso. Item 9: Estimaciones e Projeções de População Economicamente Ativa 1950-2015. www.inei.gov.pe/biblioinei. Acessado em: 14-12-2001.

BONGAARTS, J. A framework for analyzing the proximate determinants of fertility. *Population and Development Review*, New York, v.4, n.1, p. 105-132, mar. 1978.

BULATAO, R. A. Toward a framework for understanding contraceptive method choice. In: BULATAO, R. A.; PALMORE, J. A.; WARD, S. E. (Ed.). *Choosing a contraceptive: method choice in Asia and the United States*. Boulder: Westview, 1989. p. 277-304.

BULATAO, R. A.; PALMORE, J. A.; WARD, S. E. *Choosing a contraceptive: method choice in Asia and United States*. Boulder: Westview, 1989.

CÁCERES URENA, F.I. *Determinantes da mortalidade infantil e o papel da assistência pré-natal e ao parto na República Dominicana*. 1994. 293. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1994.

CENSO de Infraestructura y Recursos Humanos del Sector Salud de 1996, II. Lima: Ministerio de Salud, 1996.

CENSO nacional de población de 1961. Lima: Instituto Nacional de Estadística y Informática del Perú, 1962.

CENSO nacional de población de 1993. Lima: Instituto Nacional de Estadística y Informática del Peru, 1994.

COMPENDIO de estadísticas sociodemográficas 1997-98. Lima: Instituto Quanto, 1998.

CASTERLINE. J. B. et. al. Household income and child survival in Egypt. *Demography*, Chicago, v, 26, n. 1, p. 15-34, feb. 1989.

CUENTAS nacionales del Peru de 1997. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú, 1998.

CURTIS, S. L.; BLANC, A. K. *Determinants of contraceptive failure, switching, and discontinuation: an analysis of DHS contraceptive histories*. Calverton: Macro International, 1997. (Analytical Reports,n.6)

CURTIS, S. L.; HAMMERSLOUGH, C.H. *Model further analysis plan; contraceptive use dynamics*. Calverton: Macro Internacional, 1995.

DAVIS, K. & BLAKE, J. Social structure and fertility: an analytic framework. *Economic Development and Cultural Change*, Chicago, v.4. n.3. p. 211-235, 1956.

DIGGLE, P. J., LIANG, K-Y, ZEGER, S. L. Analysis of longitudinal data. Oxford: Oxford. University Press. 1994.

DIREITOS reprodutivos e saúde reprodutiva. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994, Cairo. *Resumo do programa de ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Brasília, Fundo de População das Nações Unidas, [1995].

ENCUESTA nacional de demografía y salud de 1994: informe general. La Paz: Instituto Nacional de Estadística de Bolívia, 1998.

ENCUESTA demográfica y de salud familiar (ENDES): 1986: Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1988.

ENCUESTA demográfica y de salud familiar (ENDES): 1991-92: Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1993.

ENCUESTA demográfica y de salud familiar (ENDES) de 1996. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997.

ENCUESTA demográfica y de salud familiar (ENDES) de 1996. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001.

ESTADO de la población peruana: 1997, salud reproductiva. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 1997.

FACTORS affecting contraceptive use in Sub-Saharan Africa. Washington: National Academy, 1993.

GOLDMAN, N; MORENO, L; WESTOFF, C.H. *Peru experimental study; an evaluation of fertility and child health information*. Princeton: Office of Population Research, Princeton University, Columbia: Institute for Resource Development/Macro Systems, 1989. apud CURTIS, S. L.; HAMMERSLOUGH, CH. *Model further analysis plan; contraceptive use dynamics*. Calverton: Macro Internacional, 1995.

HAMMERSLOUGH, CH. Overview. In: measuring the dynamics of contraceptive use. New York: United Nations, 1991. p. 1-10.

HENRY, L. Fondements théoriques des mesures de la fécondité naturelle. Review Institut International of Statistique, v. 21, n.3, p. 135-151, 1953. Apud. LERIDON,

H.; MENKEN, J. (Ed.) *Natural Fertility*, Patterns and determinants of natural fertility. Liege: Ordina, IUSSP, 1979.

HORTON; LIPSITZ Review of software to fit generalized estimating equation regression models. American Statistical Association. v. 53, p. 160-169, may 1999.

INFORME nacional sobre la implementación del programa de acción de el Cairo. Lima: Presidencia de la República, 1999.

JAIN, A. K. Determinants of regional variations in infant mortality in rural India. *Population Studies*, v. 39, n. 39, p. 407-424, 1985.

JEJEEBHOY, S. Measuring contraceptive use failure and continuation: An overview of new approaches. In measuring the dynamics of contraceptive use. New York: United Nations, 1991.

KALBFLEISCH, J. D. PRENTICE, R. L. *The Statistical analysis of failure time data*. New York: Wiley, 1980. apud PADILLA, A. La dinamica del uso de la anticoncepción en el Perú: un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida. In: SEMINARIO SOBRE LA DINÁMICA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA. Calverton: Macro, 1994.

KOST, K. The dynamics of contraceptive use in Peru. *Studies in Family Planning*, New York, v. 24, n. 2, p. 109-119, Mar. 1993. apud PADILLA, A. La dinamica del uso de la anticoncepción en el Perú: un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida. In: SEMINARIO SOBRE LA DINÁMICA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA. Calverton: Macro, 1994.

KOST, K. The dynamics of contraceptive use in Peru. *Studies in Family Planning*, New York, v. 24, n. 2, p. 109-119, mar. 1993.

LA SALUD en las Américas. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud. 1998. 2 v. (Publicación Científica n. 569).

LEITE, I da costa. *Contraceptive dynamics in northeast Brasil*. 1998. 248 f. Tese (Doutorado em Filosofia). Faculty of Social Sciences, University of Southampton, 1998.

LEVELS and trends of contraceptive use an assessed in 1998. New York: United Nations, 2000.

LIANG, K-Y.; ZEGER, S. L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*. n. 73, p. 13-22, 1986.

MCCARTHY, J.; MAINE, D. A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. *Studies in Family Planning*, New York, v.23, n.1, p.23-33, jan/feb. 1992.

MCCULLAGH, P.; NELDER, J. A. *Generalized linear models*. 2. Ed. London: Chapman & Hall, 1989.

MENKEN, J. Introduction. In: LERIDON, H.; MENKEN, J. (Ed.) *Natural Fertility: Patterns and determinats of natural fertility*. Liege, IUSSP, 1979.

MORENO, L. Diferences by residence and education in contraceptive failure rates in developing countries. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 19, n. 2, p 54-60, june 1993.

MOSLEY, W. H.; CHEN, L. An analytical framework for study of child survival in developing countries. *Population and Development Review*, New York. v. 10, p. 25-45, 1979. Supplement.

PADILLA, A. La dinamica del uso de la anticoncepción en el Perú: un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida. In: SEMINARIO SOBRE LA DINÁMICA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA. Calverton: Macro, 1994.

PALMORE, J. A.; BULATAO, R. A. The contraceptive method mix: an overview. In: BULATAO, R. A.; PALMORE, J. A.; WARD.S. E. (Ed.). *Choosing a contraceptive: method choice in Asia and the United States*: Boulder: Westview, 1989. p. 3-25.

PERU: hechos y cifras demográficas. Lima: Consejo Nacional de Población, 1995.

PERPÉTUO, I. H.O. *Esterilização feminina: a experiência da região Nordeste, 1980-91*. 1996. 198 f. Tese (Doutorado em Demografia) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1996.

PESQUISA nacional sobre demografia e saúde de 1996. Rio de Janeiro: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil, BENFAM, 1996.

PLAN nacional de población 1998-2002. Lima: Presidencia de la República, 1998.

POTTER, R. Application of life table techniques to measurement of contraceptive effectiveness. *Demography*, Chicago. v. 3, p. 297-304, 1966.

PROGRAMA nacional de población 1996-2000. Lima: Consejo Nacional de Población, 1996.

PROYECCIONES DE POBLACION 1950-2050. Boletín Demográfico, Santiago de Chile, v. 30, n. 59, ene. 1997.

REUNIÓN DE POBLACIÓN Y DESARROLLO, 5, 1995, Ica. *Informe general*. Lima: Asociación Multidisciplinaria de Investigación em Población y Desarrollo, 1995.

ESCOBEDO RIVERA, J. *Níveis e diferenciais de mortalidade infantil e seus determinantes sócio-econômicos e biológicos no Peru e na Bolívia*. 1994. 201 F. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 1994.

SINGH, S.; WULF, D. Clandestine abortion: a Latin American reality. *International Family Planning Perspectives*, New York, v. 14, n. 20, p. 68-74, 1994.

STEELE, et al. The determinants of the duration of contraceptive use in China: a multilevel multinomial discrete-hazards modeling approach. *Demography*, Chicago, v 33, n. 1, p. 12-23, feb. 1996.

STEELE, F; CURTIS, S; CHOE, M. The Impact of family planning service provision on contraceptive-use dynamics in Morocco. *Studies in Family Planning*. New York, v.30, n.1. p.28-42. mar. 1999.

TRUSSELL, J.; KOST, K. Contraceptive failure in the United States: a critical review of the literature. *Studies in Family Planning*, New York, v. 18, n. 2, p. 109-119, Mar. 1987. apud PADILLA, A. La dinamica del uso de la anticoncepción en el Perú: un análisis de discontinuación, falla, y cambio de métodos con tablas de vida. In: SEMINARIO SOBRE LA DINÁMICA ANTICONCEPTIVA EN AMÉRICA LATINA. Calverton: Macro, 1994.

TRUSSELL, J.; MENKEN, J. Life table analysis of contraceptive failure. In: Role of surveys in the analysis of family program. In: HERMALIN, A. i.; ENTWISLE, B. (Ed.). *Role of surveys in the analysis of family program*. Liège: Ordina, 1982, p. 537-571.

VIAGEM ao mundo da contracepção: um guia sobre métodos anticoncepcionais. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1991.

VARILLAS, A.; MOSTAJO, P. *La situación poblacional peruana: balance y perspectivas*. Lima: Instituto Andino de Estudios em Población y Desarrollo, 1990.

WESTOFF, C.F.; GOLDMAN, N.; MORENO, L. *Dominican Republic experimental study: an evaluation of fertility and child health information*. Princeton: Office of Population Research, Princeton University; Columbia: Institute for Resource Development /Macro Systems, 1990. apud CURTIS, S. L.;

HAMMERSLOUGH, CH. *Model further analysis plan; contraceptive use dynamics*. Calverton: Macro Internacional, 1995.

WONG L. L. *Notas sobre os resultados do modelo final de descontinuação por falha do método no Peru*. jan. 2002. Nota técnica.

ZAVALA DE COSÍO M. E., La transición demográfica en América Latina y en Europa. *Notas de Población*, Santiago de Chile, n. 56, p. 11-32. dic. 1992.

ZEGER, S. L.; LIANG, K-Y. L. Longitudinal data analysis for discrete and continuous outcomes. *Biometrics*. n. 42, p. 121-130, 1986.

ANEXOS

Anexo 1

Definição das variáveis intermediárias estrato sócio-econômico e acesso a serviços de planejamento familiar

1. Estrato sócio-econômico

Este indicador foi constituído a partir de características das mulheres segundo educação, bens existentes e características do domicílio atribuindo a cada categoria das mencionadas variáveis a seguinte pontuação:

Pontuação								
Anos de estudo			Bens no domicílio			Caraterísticas do domicílio		
0-6	7-11	12-16	Item	Não tem	Tem	Item	Não	Sim
0	4	10	banheiro	0	2	piso acabado	0	1
			rádio	0	1			
			televisão	0	2			
			geladeira	0	2			
			carro	0	4			

A partir da pontuação total foram estabelecidos critérios para definir três estratos. Como resultado, os episódios de uso foram distribuídos tal como apresentado no quadro adjunto:

Peru 1996: Episódios de uso classificados segundo estrato sócio-econômico

Estrato	Pontuação	Episódios de uso
Alto	16-22	2802
Médio	9 -15	6639
Baixo	'0 - 8	9036

2. Acesso a serviços de planejamento familiar

O indicador acesso a serviços de planejamento familiar foi constituído a partir das respostas sobre exposição a mensagens sobre planejamento familiar e conhecimento de fonte de obtenção de métodos.

A primeira delas refere-se a se a entrevistada tem ouvido acerca de planejamento familiar através da rádio, televisão e jornal nos 12 meses anteriores à data da entrevista. A partir destas respostas construíram-se dois níveis de informação: a) não conhece, constituída pelas mulheres que não ouviram acerca de planejamento familiar; e b) conhece, na qual incluem-se as mulheres que ouviram acerca de planejamento familiar através de alguma das três fontes de informação mencionadas. A segunda, se a entrevistada conhece alguma fonte de fornecimento de métodos no momento da entrevista. Da mesma forma construíram-se dois níveis de informação: a) não conhece, constituída por mulheres que não conhecem alguma fonte de fornecimento de métodos; e b) conhece fonte, conformada por mulheres que conhecem alguma fonte de fornecimento de métodos

A partir destes dois grupos de níveis de informação foi construído o indicador acesso a serviços de planejamento familiar, como segue: a) sem acesso a serviços de planejamento familiar (mulheres que não ouviram acerca de planejamento familiar e não conhecem fonte de fornecimento de métodos) 6,2 mil episódios; e b) com acesso (mulheres que ouviram acerca de planejamento familiar e/ou conhecem alguma fonte de fornecimento de métodos) 12,2 mil episódios de uso.

Anexo 2

A Técnica das tabelas de vida para estimar probabilidades acumuladas de descontinuação por falha do método no Peru

Com objeto de ilustrar a técnica da tabela de vida de decremento simples associado apresenta-se na Tabela A, a informação básica para estimar a probabilidade bruta anual de descontinuação por falha do método no Peru.

Tabela A

Peru 1996: Duração em meses, número de segmentos e razões de descontinuação

Duração (Em meses)	Número de segmentos			Razões de descontinuação				
	Observados	Em uso	Descontín.	Para engrv	Falha	Saúde	Relac. Met.	Outras
1	1554	422	1132	60	190	340	386	156
2	1121	334	787	65	190	227	247	58
3	1481	350	1131	113	249	412	306	51
4	945	326	619	76	206	133	177	27
5	849	321	528	83	211	103	107	24
6	1105	295	810	90	241	228	197	54
7	635	223	412	51	154	79	91	37
8	666	259	407	66	124	77	110	30
9	684	264	420	57	148	100	92	23
10	622	250	372	58	168	54	75	17
11	453	172	281	37	109	41	79	15
12	695	169	526	78	164	127	123	34
13	7668	4226	3442	577	1129	882	623	231
	18478	7611	10867	1411	3283	2803	2613	757

Fonte: Elaborado a partir dos dados do calendário da ENDES-96.

No desenvolvimento dos aspectos metodológicos foi esclarecido que a tabela de vida de decremento simples associado é utilizada para calcular a probabilidade de descontinuar por uma particular razão de descontinuação na ausência de outras razões de descontinuação para o qual deve-se recorrer ao artifício de considerar todas as descontinuações por outras razões como observações censuradas.

Na Tabela B apresenta-se os dados da Tabela A rearranjados na forma de uma tabela de vida. Utilizando as formulas (1) até (5) descritas no item 6.2 do capítulo 6, apresenta-se na Tabela B em referência, a estimativa das probabilidades acumuladas de descontinuação por falha do método. Neste tipo de estimativas a medida resumo maiormente utilizada é a probabilidade acumulada de descontinuar nos doze meses.

Expressadas em termos de taxas, representam as percentagens de usuárias que descontinuem no transcurso dos doze primeiros meses de uso. No exemplo, no Peru, segundo dados da ENDES-96, 17 de cada 100 mulheres descontinuem o uso por falha do método, no transcurso dos doze primeiros meses de uso.

Tabela B
Peru 1996: Probabilidades brutas e acumuladas de descontinuar por falha do método nos doze primeiros meses de uso

Inic. do Interv (Meses)	Número de segmentos			Em Risco (1)	Probabilidade bruta de		Probabilidade acumulada	
	Observados	Em uso	Desc./Falha		Descont.	Continuar	Continuar(a)	Descontinuar(a)
					(2)	(3)	(4)	(5)
0	18478	1364	190	17796,0	0,0107	0,9893	0,9893	0,0107
1	16924	931	190	16458,5	0,0115	0,9885	0,9779	0,0221
2	15803	1232	249	15187,0	0,0164	0,9836	0,9619	0,0381
3	14322	739	206	13952,5	0,0148	0,9852	0,9477	0,0523
4	13377	638	211	13058,0	0,0162	0,9838	0,9324	0,0676
5	12528	864	241	12096,0	0,0199	0,9801	0,9138	0,0862
6	11423	481	154	11182,5	0,0138	0,9862	0,9012	0,0988
7	10788	542	124	10517,0	0,0118	0,9882	0,8906	0,1094
8	10122	536	148	9854,0	0,0150	0,9850	0,8772	0,1228
9	9438	454	168	9211,0	0,0182	0,9818	0,8612	0,1388
10	8816	344	109	8644,0	0,0126	0,9874	0,8503	0,1497
11	8363	531	164	8097,5	0,0203	0,9797	0,8331	0,1669
12	7668	6539	1129	4398,5	0,2567	0,7433	0,6193	0,3807
13	0						0,0000	1,0000

Fonte: Elaborado a partir dos dados do calendário da ENDES-96 .

a) a probabilidade acumulada de continuar para o primeiro mês (mês 0) é igual à probabilidade bruta de continuar no primeiro mês. Assim, a formula aplica-se a partir do segundo mês (mês 1).

Os números entre parêntesis representam as formulas descritas no item 6,2 do capítulo 6.

Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem). Erros padrão e intervalo de confiança das probabilidades acumuladas

Tabela 2.1

Peru 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo segundo fatores distantes intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	45,0	6,9	16,7	13,8	14,4
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	45,2	7,0	14,5	14,8	12,5
Rural	44,6	6,6	23,1	10,7	11,6
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	45,0	9,5	9,5	14,3	16,6
Medio	47,0	6,9	14,5	15,4	17,1
Baixo	43,7	6,0	20,3	12,5	11,7
Ocupação					
Trabalha	43,7	6,2	14,9	13,7	14,1
Não trabalha	46,7	7,3	21,1	11,9	12,4
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	44,9	6,7	14,3	14,7	15,4
Sem acesso	45,4	7,8	18,9	14	12,9
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	55,4	12,9	20,4	15,7	17,9
2-3 filhos	38,4	3,7	12,8	13,6	13,1
>3 filhos	36,2	2,1	16,6	10,9	10,8
Idade da mulher					
<25 anos	52,9	9,9	21,2	15,2	17,3
25-34 anos	41,8	5,7	14,8	13,8	13,1
>34 anos	31,9	3,0	10,5	10,1	11,0
Intenção contraceptiva					
Limitar	36,0	-	14,3	12,6	12,4
Espacar	53,3	13,6	19,1	14,9	16,4
Tipo de método usado					
Moderno	43,5	5,3	6,1	23,7	13,0
Tradicional	46,7	8,7	27,3	--	16,0
Exp. contraceptiva					
Usou método	50,7	7,7	15,6	19,6	18,1
Não usou método	43,3	6,8	17,7	11,5	12,6

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.1.1

Peru 1996: Erro padrão das probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	0,0039	0,0024	0,0034	0,0031	0,0031
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	0,0045	0,0027	0,0037	0,0036	0,0035
Rural	0,0080	0,0047	0,0075	0,0054	0,0058
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	0,0100	0,0069	0,0068	0,0077	0,0083
Medio	0,0066	0,0040	0,0053	0,0053	0,0055
Baixo	0,0057	0,0032	0,0052	0,0042	0,0041
Ocupação					
Trabalha	0,0052	0,0030	0,0043	0,0040	0,0040
Não trabalha	0,0060	0,0038	0,0054	0,0046	0,0048
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	0,0048	0,0029	0,0039	0,0038	0,0039
Sem acesso	0,0068	0,0042	0,0063	0,0049	0,0051
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	0,0061	0,0051	0,0059	0,0052	0,0054
2-3 filhos	0,0065	0,0029	0,0050	0,0049	0,0049
>3 filhos	0,0079	0,0027	0,0067	0,0055	0,0055
Idade da mulher					
<25 anos	0,0061	0,0045	0,0059	0,0050	0,0053
25-34 anos	0,0060	0,0033	0,0049	0,0045	0,0045
>34 anos	0,0097	0,0039	0,0069	0,0066	0,0069
Intenção contraceptiva					
Limitar	0,0056	--	0,0045	0,0041	0,0041
Espacar	0,0054	0,0045	0,0050	0,0044	0,0046
Tipo de método usado					
Moderno	0,0053	0,0028	0,0030	0,0049	0,0040
Tradicional	0,0059	0,0039	0,0057	--	0,0048
Exp. contraceptiva					
Usou método	0,0074	0,0048	0,0063	0,0066	0,0064
Não usou método	0,0050	0,0030	0,0043	0,0035	0,0037

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96 e Tabela 2.1.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

+

Tabela 2.1.2

Peru 1996: Intervalo de confiança para as probabilidades acumuladas para os doze primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem) (3)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação									
	Total		engravidar		falha		saúde (1)		método (2)	
	min	máx	min	máx	min	máx	min	máx	min	máx
Total	45,022	45,038	6,885	6,895	16,683	16,697	13,774	13,786	14,404	14,416
Fatores distantes										
Área de residência										
Urbana	45,161	45,179	6,985	6,995	14,443	14,457	14,743	14,757	12,513	12,527
Rural	44,604	44,636	6,611	6,629	23,125	23,155	10,679	10,701	11,539	11,561
Fatores intermediários										
Estrato sócio-econômico										
Alto	44,930	44,970	9,456	9,484	9,517	9,543	14,295	14,325	16,584	16,616
Medio	46,967	46,993	6,932	6,948	14,460	14,480	15,340	15,360	17,129	17,151
Baixo	43,679	43,701	6,034	6,046	20,280	20,300	12,522	12,538	11,732	11,748
Ocupação										
Trabalha	43,700	43,720	6,204	6,216	14,892	14,908	13,692	13,708	14,092	14,108
Não trabalha	46,698	46,722	7,263	7,277	21,089	21,111	11,891	11,909	12,391	12,409
Acesso a serv. de PF										
Com acesso	44,891	44,909	6,694	6,706	14,292	14,308	14,693	14,707	15,392	15,408
Sem acesso	45,387	45,413	7,792	7,808	18,888	18,912	13,990	14,010	12,890	12,910
Fatores próximos										
Número de filhos										
<2 filhos	55,388	55,412	12,890	12,910	20,388	20,412	15,690	15,710	17,889	17,911
2-3 filhos	38,387	38,413	3,694	3,706	12,790	12,810	13,590	13,610	13,090	13,110
>3 filhos	36,185	36,215	2,095	2,105	16,587	16,613	10,889	10,911	10,789	10,811
Idade da mulher										
<25 anos	52,888	52,912	9,891	9,909	21,188	21,212	15,190	15,210	17,290	17,310
25-34 anos	41,788	41,812	5,694	5,706	14,790	14,810	13,791	13,809	13,091	13,109
>34 anos	31,881	31,919	2,992	3,008	10,486	10,514	10,087	10,113	10,986	11,014
Intenção contraceptiva										
Limitar	35,989	36,011	--	--	14,291	14,309	12,592	12,608	12,392	12,408
Espacar	53,289	53,311	13,591	13,609	19,090	19,110	14,891	14,909	16,391	16,409
Tipo de método usado										
Moderno	43,490	43,510	5,295	5,305	6,094	6,106	23,690	23,710	12,992	13,008
Tradicional	46,688	46,712	8,692	8,708	27,289	27,311	--	--	15,991	16,009
Exp. contraceptiva										
Usou método	50,685	50,715	7,691	7,709	15,588	15,612	19,587	19,613	18,087	18,113
Não usou método	43,290	43,310	6,794	6,806	17,692	17,708	11,493	11,507	12,593	12,607

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96, Tabela 2.2 e 2.1.1.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, quer método mais eficaz e inconveniente de usar.

(3) 5,0% de significância.

Tabela 2.2

Lima Metropolitana 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	45,3	6,4	14,4	13,6	16,5
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	45,3	6,4	14,4	13,6	16,5
Rural					
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	43,9	8,7	7,7	14,0	16,7
Medio	47,3	6,0	14,8	13,0	19,4
Baixo	43,4	5,5	18,0	14,3	12,0
Ocupação					
Trabalha	43,2	5,1	10,9	13,4	15,9
Não trabalha	47,7	7,9	17,9	13,8	17,1
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	44,6	6,0	14,5	13,4	16,2
Sem acesso	47,8	8,4	13,9	14,4	17,9
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	55,3	11,3	17,5	15,5	20,6
2-3 filhos	34,5	2,2	9,6	12,4	13,2
>3 filhos	32,8	1,3	16,1	9,6	10,9
Idade da mulher					
<25 anos	52,9	9,2	18,2	14,3	20,6
25-34 anos	42,6	5,5	13,3	14,5	13,9
>34 anos	30,3	3,9	6,9	10,0	12,3
Intenção contraceptiva					
Limitar	33,3	--	11,7	12,5	11,6
Espacar	53,5	11,4	16,5	14,6	20,2
Tipo de método usado					
Moderno	43,2	6,1	6,0	20,8	14,0
Tradicional	48,5	7,2	25,9	--	20,1
Exp. contraceptiva					
Usou método	50,4	7,3	14,6	18,2	18,9
Não usou método	43,7	6,2	14,7	11,0	15,7

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.2.1

Lima Metropolitana 1996: Erro padrão das probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	0,0066	0,0038	0,0054	0,0050	0,0054
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	0,0066	0,0038	0,0054	0,0050	0,0054
Rural					
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	0,0139	0,0093	0,0088	0,0105	0,0117
Medio	0,0097	0,0056	0,0079	0,0074	0,0085
Baixo	0,0117	0,0061	0,0105	0,0091	0,0084
Ocupação					
Trabalha	0,0091	0,0047	0,0067	0,0070	0,0073
Não trabalha	0,0096	0,0062	0,0084	0,0074	0,0081
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	0,0074	0,0042	0,0060	0,0056	0,0060
Sem acesso	0,0145	0,0094	0,0119	0,0113	0,0124
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	0,0092	0,0072	0,0085	0,0078	0,0085
2-3 filhos	0,0107	0,0038	0,0073	0,0074	0,0081
>3 filhos	0,0173	0,0045	0,0147	0,0116	0,0121
Idade da mulher					
<25 anos	0,0100	0,0066	0,0091	0,0080	0,0092
25-34 anos	0,0101	0,0056	0,0080	0,0080	0,0076
>34 anos	0,0162	0,0097	0,0075	0,0111	0,0124
Intenção contraceptiva					
Limitar	0,0098	--	0,0074	0,0073	0,0072
Espacar	0,0086	0,0067	0,0076	0,0070	0,0078
Tipo de método usado					
Moderno	0,0084	0,0047	0,0046	0,0075	0,0065
Tradicional	0,0107	0,0066	0,0105	--	0,0094
Exp. contraceptiva					
Usou método	0,0114	0,0073	0,0095	0,0099	0,0100
Não usou método	0,0087	0,0049	0,0071	0,0061	0,0070

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96 e Tabela 2.2.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.2.2

Lima Metropolitana 1996: Intervalo de confiança das probabilidades acumuladas para os doze primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem) (3)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação									
	Total		engravidar		falha		saúde (1)		método (2)	
	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx
Total	45,287	45,313	6,393	6,407	14,389	14,411	13,590	13,610	16,489	16,511
Fatores distantes										
Área de residência										
Urbana	45,287	45,313	6,393	6,407	14,389	14,411	13,590	13,610	16,489	16,511
Rural										
Fatores intermediários										
Estrato sócio-econômico										
Alto	43,873	43,927	8,682	8,718	7,683	7,717	13,979	14,021	16,677	16,723
Medio	47,281	47,319	5,989	6,011	14,785	14,815	12,985	13,015	19,383	19,417
Baixo	43,377	43,423	5,488	5,512	17,979	18,021	14,282	14,318	11,984	12,016
Ocupação										
Trabalha	43,182	43,218	5,091	5,109	10,887	10,913	13,386	13,414	15,886	15,914
Não trabalha	47,681	47,719	7,888	7,912	17,884	17,916	13,785	13,815	17,084	17,116
Acesso a serv. de PF										
Com acesso	44,585	44,615	5,992	6,008	14,488	14,512	13,389	13,411	16,188	16,212
Sem acesso	47,772	47,828	8,382	8,418	13,877	13,923	14,378	14,422	17,876	17,924
Fatores próximos										
Número de filhos										
<2 filhos	55,282	55,318	11,286	11,314	17,483	17,517	15,485	15,515	20,583	20,617
2-3 filhos	34,479	34,521	2,193	2,207	9,586	9,614	12,385	12,415	13,184	13,216
>3 filhos	32,766	32,834	1,291	1,309	16,071	16,129	9,577	9,623	10,876	10,924
Idade da mulher										
<25 anos	52,880	52,920	9,187	9,213	18,182	18,218	14,284	14,316	20,582	20,618
25-34 anos	42,580	42,620	5,489	5,511	13,284	13,316	14,484	14,516	13,885	13,915
>34 anos	30,268	30,332	3,881	3,919	6,885	6,915	9,978	10,022	12,276	12,324
Intenção contraceptiva										
Limitar	33,281	33,319	--	--	11,685	11,715	12,486	12,514	11,586	11,614
Espacar	53,483	53,517	11,387	11,413	16,485	16,515	14,586	14,614	20,185	20,215
Tipo de método usado										
Moderno	43,184	43,216	6,091	6,109	5,991	6,009	20,785	20,815	13,987	14,013
Tradicional	48,479	48,521	7,187	7,213	25,879	25,921	--	--	20,082	20,118
Exp. contraceptiva										
Usou método	50,378	50,422	7,286	7,314	14,581	14,619	18,181	18,219	18,880	18,920
Não usou método	43,683	43,717	6,190	6,210	14,686	14,714	10,988	11,012	15,686	15,714

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96, Tabela 2.2 e 2.2.1.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, quer método mais eficaz e inconveniente de usar.

(3) 5,0% de significância.

Tabela 2.3

Resto do Litoral 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	46,8	7,8	15,0	16,9	15,9
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	46,4	8,0	14,4	16,4	13,2
Rural	49,0	7,4	17,2	18,8	16,8
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	47,0	12,9	11,8	14,2	16,7
Medio	48,3	7,7	13,9	19,5	16,8
Baixo	45,5	6,2	16,8	15,7	14,9
Ocupação					
Trabalha	46,6	7,4	12,6	17,0	17,2
Não trabalha	47,1	8,1	17,4	16,8	14,5
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	46,4	7,8	13,5	17,1	16,4
Sem acesso	48,0	7,4	18,7	16,6	14,4
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	57,7	15,1	20,0	19,8	19,1
2-3 filhos	40,1	4,1	11,4	16,1	13,7
>3 filhos	37,6	1,9	12,4	14,0	14,2
Idade da mulher					
<25 anos	55,3	11,2	20,4	19,3	18,9
25-34 anos	43,1	6,4	12,5	16,3	14,7
>34 anos	34,0	2,7	8,9	12,7	11,7
Intenção contraceptiva					
Limitar	38,7	-	11,3	15,3	15,9
Espaçar	53,6	14,8	18,4	18,2	16,0
Tipo de método usado					
Moderno	44,2	4,9	6,2	26,4	12,4
Tradicional	50,5	11,7	26,2	--	20,9
Exp. contraceptiva					
Usou método	52,9	8,3	16,7	23,4	18,1
Não usou método	44,0	8,0	14,7	14,7	13,2

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.3.1

Resto do Litoral 1996: Erro padrão das probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	método	saúde (1)	método (2)
Total	0,0081	0,0051	0,0067	0,0067	0,0066
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	0,0089	0,0057	0,0073	0,0074	0,0071
Rural	0,0186	0,0113	0,0162	0,0159	0,0165
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	0,0207	0,0166	0,0152	0,0161	0,0174
Medio	0,0132	0,0084	0,0108	0,0115	0,0113
Baixo	0,0117	0,0065	0,0101	0,0095	0,0093
Ocupação					
Trabalha	0,0112	0,0070	0,0086	0,0093	0,0094
Não trabalha	0,0116	0,0073	0,0102	0,0093	0,0094
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	0,0094	0,0060	0,0075	0,0078	0,0078
Sem acesso	0,0155	0,0093	0,0139	0,0128	0,0127
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	0,0125	0,0111	0,0123	0,0117	0,0118
2-3 filhos	0,0132	0,0062	0,0097	0,0106	0,0101
>3 filhos	0,0163	0,0054	0,0125	0,0125	0,0126
Idade da mulher					
<25 anos	0,0127	0,0099	0,0124	0,0116	0,0117
25-34 anos	0,0118	0,0067	0,0090	0,0095	0,0095
>34 anos	0,0139	0,0073	0,0103	0,0103	0,0103
Intenção contraceptiva					
Limitar	0,0117	--	0,0086	0,0093	0,0095
Espaçar	0,0109	0,0093	0,0101	0,0095	0,0094
Tipo de método usado					
Moderno	0,0103	0,0052	0,0059	0,0090	0,0076
Tradicional	0,0127	0,0097	0,0125	--	0,0117
Exp. contraceptiva					
Usou método	0,0143	0,0095	0,0129	0,0138	0,0124
Não usou método	0,0106	0,0068	0,0086	0,0082	0,0081

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96 e Tabela 2.3.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.3.2

Resto do Litoral 1996: Intervalo de confiança para as probabilidades acumuladas para os doze primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem) (3)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação									
	Total		engravidar		falha		saúde (1)		método (2)	
	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx
Total	46,784	46,816	7,790	7,810	14,987	15,013	16,887	16,913	15,887	15,913
Fatores distantes										
Área de residência										
Urbana	46,383	46,417	7,989	8,011	14,386	14,414	16,385	16,415	13,186	13,214
Rural	48,964	49,036	7,378	7,422	17,168	17,232	18,769	18,831	16,768	16,832
Fatores intermediários										
Estrato sócio-econômico										
Alto	46,959	47,041	12,867	12,933	11,770	11,830	14,168	14,232	16,666	16,734
Medio	48,274	48,326	7,684	7,716	13,879	13,921	19,477	19,523	16,778	16,822
Baixo	45,477	45,523	6,187	6,213	16,780	16,820	15,681	15,719	14,882	14,918
Ocupação										
Trabalha	46,578	46,622	7,386	7,414	12,583	12,617	16,982	17,018	17,182	17,218
Não trabalha	47,077	47,123	8,086	8,114	17,380	17,420	16,782	16,818	14,482	14,518
Acesso a serv. de PF										
Com acesso	46,382	46,418	7,788	7,812	13,485	13,515	17,085	17,115	16,385	16,415
Sem acesso	47,970	48,030	7,382	7,418	18,673	18,727	16,575	16,625	14,375	14,425
Fatores próximos										
Número de filhos										
<2 filhos	57,676	57,725	15,078	15,122	19,976	20,024	19,777	19,823	19,077	19,123
2-3 filhos	40,074	40,126	4,088	4,112	11,381	11,419	16,079	16,121	13,680	13,720
>3 filhos	37,568	37,632	1,889	1,911	12,376	12,425	13,976	14,025	14,175	14,225
Idade da mulher										
<25 anos	55,275	55,325	11,181	11,219	20,376	20,424	19,277	19,323	18,877	18,923
25-34 anos	43,077	43,123	6,387	6,413	12,482	12,518	16,281	16,319	14,681	14,719
>34 anos	33,973	34,027	2,686	2,714	8,880	8,920	12,680	12,720	11,680	11,720
Intenção contraceptiva										
Limitar	38,677	38,723	--	--	11,283	11,317	15,282	15,318	15,881	15,919
Espaçar	53,579	53,621	14,782	14,818	18,380	18,420	18,181	18,219	15,982	16,018
Tipo de método usado										
Moderno	44,180	44,220	4,890	4,910	6,188	6,212	26,206	26,594	12,385	12,415
Tradicional	50,475	50,525	11,681	11,719	26,176	26,225	--	--	20,877	20,923
Exp. contraceptiva										
Usou método	52,872	52,928	8,281	8,319	16,675	16,725	23,373	23,427	18,076	18,124
Não usou método	43,979	44,021	7,987	8,013	14,683	14,717	14,684	14,716	13,184	13,216

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96, Tabela 2.3 e 2.3.1.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, quer método mais eficaz e inconveniente de usar.

(3) 5,0% de significância.

Tabela 2.4

Serra 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	41,8	6,7	20,5	9,3	11,2
Fatores distantes					
Área de residência (7)					
Urbana	41,9	7,4	15,1	12,0	10,7
Rural	41,9	6,0	25,4	6,3	9,6
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	43,4	7,9	11,6	12,8	17,5
Medio	43,9	8,5	15,0	13,2	14,0
Baixo	40,5	5,6	24,2	7,0	9,0
Ocupação					
Trabalha	41,1	6,2	19,6	9,6	10,7
Não trabalha	43,4	7,4	22,0	8,7	12,2
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	41,7	7,3	15,7	10,9	13,2
Sem acesso	42,1	6,0	24,8	7,6	9,1
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	53,2	14,0	25,2	11,2	13,3
2-3 filhos	37,8	4,6	16,8	10,0	11,8
>3 filhos	34,4	2,2	19,7	6,6	8,7
Idade da mulher					
<25 anos	50,6	11,0	25,9	11,0	12,5
25-34 anos	37,7	4,8	18,0	8,8	10,7
>34 anos	31,9	2,6	15,1	7,3	9,5
Intenção contraceptiva					
Limitar	34,0	-	18,0	8,4	10,4
Espacar	51,1	14,8	23,7	10,4	12,3
Tipo de método usado					
Moderno	40,0	4,7	5,8	21,4	12,2
Tradicional	42,9	7,9	28,5	--	10,5
Exp. contraceptiva					
Usou método	48,5	8,9	16,2	15,6	16,9
Não usou método	40,8	6,5	22,1	7,6	9,4

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.4

Serra 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	41,8	6,7	20,5	9,3	11,2
Fatores distantes					
Área de residência (7)					
Urbana	41,9	7,4	15,1	12,0	10,7
Rural	41,9	6,0	25,4	6,3	9,6
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	43,4	7,9	11,6	12,8	17,5
Medio	43,9	8,5	15,0	13,2	14,0
Baixo	40,5	5,6	24,2	7,0	9,0
Ocupação					
Trabalha	41,1	6,2	19,6	9,6	10,7
Não trabalha	43,4	7,4	22,0	8,7	12,2
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	41,7	7,3	15,7	10,9	13,2
Sem acesso	42,1	6,0	24,8	7,6	9,1
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	53,2	14,0	25,2	11,2	13,3
2-3 filhos	37,8	4,6	16,8	10,0	11,8
>3 filhos	34,4	2,2	19,7	6,6	8,7
Idade da mulher					
<25 anos	50,6	11,0	25,9	11,0	12,5
25-34 anos	37,7	4,8	18,0	8,8	10,7
>34 anos	31,9	2,6	15,1	7,3	9,5
Intenção contraceptiva					
Limitar	34,0	-	18,0	8,4	10,4
Espacar	51,1	14,8	23,7	10,4	12,3
Tipo de método usado					
Moderno	40,0	4,7	5,8	21,4	12,2
Tradicional	42,9	7,9	28,5	--	10,5
Exp. contraceptiva					
Usou método	48,5	8,9	16,2	15,6	16,9
Não usou método	40,8	6,5	22,1	7,6	9,4

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.4.2

Serra 1996: Intervalo de confiança para as probabilidades acumuladas para os doze primeiros meses de uso segundo razões segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem) (3)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação									
	Total		engravidar		falha		saúde (1)		método (2)	
	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx	mín	máx
Total	-40,128	123,728	-6,432	19,832	-19,680	60,680	-8,928	27,528	-10,752	33,152
Fatores distantes										
Área de residência										
Urbana	-40,205	123,965	-7,104	21,904	-14,496	44,696	-11,520	35,520	-10,272	31,672
Rural	-40,195	123,935	-5,760	17,760	-24,384	75,184	-6,048	18,648	-9,216	28,416
Fatores intermediários										
Estrato sócio-econômico										
Alto	-41,664	128,464	-7,584	23,384	-11,136	34,336	-12,288	37,888	-16,800	51,800
Medio	-42,144	129,944	-8,160	25,160	-14,400	44,400	-12,672	39,072	-13,440	41,440
Baixo	-38,880	119,880	-5,376	16,576	-23,232	71,632	-6,720	20,720	-8,640	26,640
Ocupação										
Trabalha	-39,456	121,656	-5,952	18,352	-18,816	58,016	-9,216	28,416	-10,272	31,672
Não trabalha	-41,664	128,464	-7,104	21,904	-21,120	65,120	-8,352	25,752	-11,712	36,112
Acesso a serv. de PF										
Com acesso	-40,032	123,432	-7,008	21,608	-15,072	46,472	-10,464	32,264	-12,672	39,072
Sem acesso	-40,416	124,616	-5,760	17,760	-23,808	73,408	-7,296	22,496	-8,736	26,936
Fatores próximos										
Número de filhos										
<2 filhos	-51,072	157,472	-13,440	41,440	-24,192	74,592	-10,752	33,152	-12,768	39,368
2-3 filhos	-36,288	111,888	-4,416	13,616	-16,128	49,728	-9,600	29,600	-11,328	34,928
>3 filhos	-33,024	101,824	-2,112	6,512	-18,912	58,312	-6,336	19,536	-8,352	25,752
Idade da mulher										
<25 anos	-48,576	149,776	-10,560	32,560	-24,864	76,664	-10,560	32,560	-12,000	37,000
25-34 anos	-36,192	111,592	-4,608	14,208	-17,280	53,280	-8,448	26,048	-10,272	31,672
>34 anos	-30,624	94,424	-2,496	7,696	-14,496	44,696	-7,008	21,608	-9,120	28,120
Intenção contraceptiva										
Limitar	-32,640	100,640	--	--	-17,280	53,280	-8,064	24,864	-9,984	30,784
Espaçar	-49,056	151,256	-14,208	43,808	-22,752	70,152	-9,984	30,784	-11,808	36,408
Tipo de método usado										
Moderno)	-38,400	118,400	-4,512	13,912	-5,568	17,168	-20,544	63,344	-11,712	36,112
Tradicional	-41,184	126,984	-7,584	23,384	-27,360	84,360	--	--	-10,080	31,080
Exp. contraceptiva										
Usou método	-46,560	143,560	-8,544	26,344	-15,552	47,952	-14,976	46,176	-16,224	50,024
Não usou método	-39,168	120,768	-6,240	19,240	-21,216	65,416	-7,296	22,496	-9,024	27,824

FONTE: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96, Tabela 2.4 e 2.4.1.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, quer método mais eficaz e inconveniente de usar.

(3) 5,0% de significância.

Tabela 2.5

Selva 1996: Probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	47,9	6,9	17,4	18,3	13,2
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	48,0	6,4	13,7	21,1	11,3
Rural	47,9	7,9	21,8	15,0	12,6
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	49,0	10,1	9,8	23,7	15,3
Medio	47,9	6,0	14,2	19,7	14,2
Baixo	47,9	7,0	19,6	17,3	12,7
Ocupação					
Trabalha	46,9	7,3	15,9	18,0	13,0
Não trabalha	49,3	6,8	19,9	18,3	13,6
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	48,2	6,1	12,8	21,3	14,2
Sem acesso	47,9	8,1	23,2	13,9	11,4
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	55,8	12,9	21,4	17,9	14,4
2-3 filhos	47,6	5,5	15,2	20,5	14,8
>3 filhos	39,8	2,9	15,5	16,9	10,3
Idade da mulher					
<25 anos	53,4	10,0	20,6	19,0	14,2
25-34 anos	46,3	6,3	15,8	19,6	13,1
>34 anos	32,5	1,2	12,4	11,4	8,8
Intenção contraceptiva					
Limitar	42,1	-	16,2	18,4	13,2
Espacar	53,9	14,6	18,9	18,6	12,9
Tipo de método usado					
Moderno	48,3	4,6	6,4	30,6	12,5
Tradicional	47,6	9,7	28,7	--	14,0
Exp. contraceptiva					
Usou método	50,5	6,2	15,2	22,2	18,4
Não usou método	47,8	7,2	18,8	17,3	11,6

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela Nº 2.5.1

Selva 1996: Erro padrão das probabilidades acumuladas para os 12 primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximos e razões de descontinuação

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação				
	Total	engravidar	falha	saúde (1)	método (2)
Total	0,0112	0,0069	0,0098	0,0096	0,0084
Fatores distantes					
Área de residência					
Urbana	0,0153	0,0091	0,0154	0,0138	0,0115
Rurala	0,0164	0,0107	0,0154	0,0131	0,0121
Fatores intermediários					
Estrato sócio-econômico					
Alto	0,0387	0,0283	0,0268	0,0365	0,0317
Medio	0,0227	0,0135	0,0184	0,0203	0,0181
Baixo	0,0136	0,0083	0,0124	0,0114	0,0100
Ocupação					
Trabalha	0,0145	0,0091	0,0123	0,0123	0,0109
Não trabalha	0,0175	0,0107	0,0162	0,0153	0,0135
Acesso a serv. de PF					
Com acesso	0,0148	0,0087	0,0115	0,0135	0,0116
Sem acesso	0,0170	0,0111	0,0164	0,0130	0,0120
Fatores próximos					
Número de filhos					
<2 filhos	0,0187	0,0161	0,0185	0,0166	0,0150
2-3 filhos	0,0255	0,0147	0,0218	0,0245	0,0221
>3 filhos	0,0163	0,0068	0,0135	0,0133	0,0112
Idade da mulher					
<25 anos	0,0161	0,0122	0,0155	0,0144	0,0127
25-34 anos	0,0225	0,0131	0,0187	0,0196	0,0172
>34 anos	0,0210	0,0089	0,0169	0,0169	0,0148
Intenção contraceptiva					
Limitar	0,0156	--	0,0131	0,0133	0,0117
Espacar	0,0158	0,0139	0,0147	0,0140	0,0121
Tipo de método usado					
Moderno	0,0149	0,0078	0,0086	0,0149	0,0109
Tradicional	0,0169	0,0117	0,0167	--	0,0131
Exp. contraceptiva					
Usou método	0,0218	0,0130	0,0184	0,0202	0,0189
Não usou método	0,0137	0,0085	0,0123	0,0115	0,0098

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96 e Tabela 2.5.

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) esposo/companheiro não gosta, custo, disponibilidade, método mais eficaz e inconveniente de usar.

Tabela 2.5.2

Selva 1996: Intervalo de confiança (95%) para as probabilidades acumuladas para os doze primeiros meses de uso segundo fatores distantes, intermediários e próximo e razões de descontinuação (por cem)

Fatores/Variáveis	Razões de Descontinuação									
	Total		engravidar		falha		saúde (1)		método (2)	
	min	máx	min	máx	min	máx	min	máx	min	máx
Total	47,878	47,922	6,886	6,914	17,381	17,419	18,281	18,319	13,184	13,216
Fatores distantes										
Área de residência										
Urbana	47,970	48,030	6,382	6,418	13,670	13,730	21,073	21,127	11,277	11,323
Rural	47,868	47,932	7,879	7,921	21,770	21,830	14,974	15,026	12,576	12,624
Fatores intermediários										
Estrato sócio-econômico										
Alto	48,924	49,076	10,045	10,155	9,747	9,853	23,628	23,772	15,238	15,362
Medio	47,856	47,944	5,974	6,026	14,164	14,236	19,660	19,740	14,165	14,235
Baixo	47,873	47,927	6,984	7,016	19,576	19,624	17,278	17,322	12,680	12,720
Ocupação										
Trabalha	46,872	46,928	7,282	7,318	15,876	15,924	17,976	18,024	12,979	13,021
Não trabalha	49,266	49,334	6,779	6,821	19,868	19,932	18,270	18,330	13,574	13,626
Acesso a serv. de PF										
Com acesso	48,171	48,229	6,083	6,117	12,777	12,823	21,274	21,326	14,177	14,223
Sem acesso	47,867	47,933	8,078	8,122	23,168	23,232	13,875	13,925	11,376	11,424
Fatores próximos										
Número de filhos										
<2 filhos	55,763	55,837	12,868	12,932	21,364	21,436	17,867	17,933	14,371	14,429
2-3 filhos	47,550	47,650	5,471	5,529	15,157	15,243	20,452	20,548	14,757	14,843
>3 filhos	39,768	39,832	2,887	2,913	15,474	15,526	16,874	16,926	10,278	10,322
Idade da mulher										
<25 anos	53,368	53,432	9,976	10,024	20,570	20,630	18,972	19,028	14,175	14,225
25-34 anos	46,256	46,344	6,274	6,326	15,763	15,837	19,562	19,638	13,066	13,134
>34 anos	32,459	32,541	1,183	1,217	12,367	12,433	11,367	11,433	8,771	8,829
Intenção contraceptiva										
Limitar	42,069	42,131	--	--	16,174	16,226	18,374	18,426	13,177	13,223
Espaçar	53,869	53,931	14,573	14,627	18,871	18,929	18,573	18,627	12,876	12,924
Tipo de método usado										
Moderno	48,271	48,329	4,585	4,615	6,383	6,417	30,571	30,629	12,479	12,521
Tradicional	47,567	47,633	9,677	9,723	28,667	28,733	--	--	13,974	14,026
Exp. contraceptiva										
Usou método	50,457	50,543	6,175	6,225	15,164	15,236	22,160	22,240	18,363	18,437
Não usou método	47,773	47,827	7,183	7,217	18,776	18,824	17,277	17,323	11,581	11,619

Fonte: Elaborado a partir do arquivo de dados da ENDES-96. Tabela 2.5 e 2.5.1

(1) efeitos colaterais e problemas de saúde; (2) cônjuge não gosta, custo, disponibilidade, quer método mais eficaz e inconveniente de usar.

(3) 5,0% de significância.

Anexo 4

Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1)

Fatores/Variáveis	Peru			Lima Metropolitana			Resto do Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,000	0,001	0,001	--	--	--	0,147	0,245	0,158	0,228	0,101	0,080	0,010	0,017	0,029
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		0,752	0,894		0,673	0,375		0,894	0,604		0,058	0,103		0,653	0,431
Baixo		0,322	0,014		0,809	0,064		0,644	0,049		0,029	0,513		0,246	0,591
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,000	0,000		0,000	0,000		0,003	0,019		0,009	0,161		0,179	0,983
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		0,304	0,544		0,952	0,809		0,293	0,415		0,541	0,543		0,336	0,541
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
>3 filhos			0,000			0,008			0,008			0,102			0,167
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			0,000			0,007			0,000			0,020			0,000
>34 anos			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional			0,000			0,000			0,000			0,065			0,000
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			0,010			0,035			0,351			0,990			0,039
Intercepto	-0,778	-0,830	-0,856	-0,995	-0,984	-0,776	-0,849	-0,916	-0,634	-0,541	-0,587	-0,861	-0,841	-0,897	
Qui-quadrado	13	46	1229	21	308	2	13	408	2	11	196	7	11	373	
Graus de liberdade	1	5	12	4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1)

Fatores/Variáveis	Engravidar														
	Peru			Lima Metropolitana			Resto do Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,440	0,103	0,020	--	--	--	0,859	0,675	0,065	0,203	0,036	0,025	0,101	0,445	0,449
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		0,000	0,000	0,005	0,192		0,004	0,021		0,016	0,028			0,327	0,167
Baixo		0,000	0,044	0,006	0,826		0,000	0,422		0,000	0,036			0,000	0,371
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,000	0,000	0,001	0,000		0,008	0,005		0,078	0,559			0,017	0,052
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		0,123	0,268	0,040	0,081		0,580	0,561		0,053	0,171			0,890	0,754
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			0,000		0,000			0,000			0,000				0,000
>3 filhos			0,000		0,000			0,000			0,000				0,000
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			0,011		0,671			0,145			0,250				0,040
>34 anos			0,000		0,229			0,004			0,000				0,000
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			--		--			--			--				--
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional			0,000		0,000			0,000			0,000				0,000
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			0,034		0,129			0,460			0,293				0,033
Intercepto	-2,467	-2,251	-1,823	-2,479	-2,068	-2,402	-2,167	-1,895	-2,458	-2,070	-1,612	-2,504	-2,312	-1,844	
Qui-quadrado	1	67	1050	22	182	2	21	339	2	20	212	3	24	324	
Graus de liberdade	1	5	11	4	10	1	5	11	1	5	11	1	5	11	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1)

Fatores/Variáveis	Falha do método																
	Peru			Lima Metropolitana			Resto do Litoral			Selva			Serra				
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3		
Fatores distantes																	
Área de residência																	
(Urbana)																	
Rural	0,000	0,000	0,000	--	--	--	0,080	0,407	0,104	0,000	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000		
Fatores intermediários																	
Estrato Socio-econômico																	
(Alto)																	
Médio		0,020	0,104		0,014	0,034		0,364	0,717		0,368	0,804		0,210	0,853		
Baixo		0,000	0,000		0,000	0,002		0,126	0,016		0,236	0,933		0,003	0,007		
Ocupação																	
Trabalha																	
Não trabalha		0,000	0,000		0,000	0,000		0,001	0,001		0,000	0,021		0,821	0,561		
Acesso a serv. de PF																	
(Sim)																	
Não		0,000	0,027		0,688	0,571		0,035	0,851		0,000	0,004		0,003	0,328		
Fatores próximos																	
Número de filhos																	
(<2 filhos)																	
2-3 filhos			0,000			0,006			0,022			0,018			0,001		
>3 filhos			0,342			0,680			0,729			0,292			0,753		
Idade da mulher																	
(<25 anos)																	
25-34 anos			0,000			0,000			0,000			0,155			0,000		
>34 anos			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000		
Intenção contraceptiva																	
(Limitar)																	
Espaçar			0,000			0,070			0,000			0,017			0,000		
Tipo de método usado																	
(Moderno)																	
Tradicional			0,000			0,000			0,000			0,000			0,000		
Exper. contraceptiva																	
(Usou método)																	
Não usou			0,005			0,016			0,038			0,792			0,305		
Intercepto	-1,869	-2,234	-2,878		-2,492	-2,959		-1,971	-2,296	-2,913		-1,863	-1,965	-2,679	-1,750	-2,095	-2,901
Qui-quadrado	195	285	1673		36	332		3	26	435		30	62	351	75	103	524
Graus de liberdade	1	5	12		4	11		1	5	12		1	5	12	1	5	12

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1)

Fatores/Variáveis	Razões de saúde														
	Peru			Lima Metropolitana			Resto do Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,000	0,046	0,110	--	--	--	0,030	0,043	0,046	0,007	0,342	0,401	0,000	0,036	0,072
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		0,304	0,664		0,967	0,960		0,104	0,092		0,081	0,031		0,450	0,507
Baixo		0,749	0,474		0,634	0,258		0,958	0,256		0,078	0,124		0,376	0,859
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,000	0,005		0,064	0,046		0,052	0,109		0,163	0,388		0,523	0,882
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		0,001	0,005		0,873	0,809		0,264	0,151		0,006	0,017		0,078	0,166
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			0,054			0,000			0,171			0,964			0,434
>3 filhos			0,675			0,066			0,689			0,308			0,850
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			0,000			0,153			0,017			0,006			0,016
>34 anos			0,000			0,006			0,000			0,000			0,000
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			0,000			0,275			0,000			0,000			0,003
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional			--			--			--			--			--
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			0,000			0,000			0,822			0,480			0,000
Intercepto	-1,756	-1,809	-1,625	-2,003	-1,449	-1,768	-1,933	-1,972	-1,367	-1,151	-1,134	-2,022	-1,989	-1,661	
Qui-quadrado	20	55	358	5	82	5	16	116	7	23	87	22	34	99	
Graus de liberdade	1	5	11	4	10	1	5	11	1	5	11	1	5	11	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores P>|z| dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1)

Fatores/Variáveis	Relacionadas com o método														
	Peru			Lima Metropolitana			Resto do Litoral			Selva			Serra		
	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3	Equ.1	Equ.2	Equ.3
Fatores distantes															
Área de residência															
(Urbana)															
Rural	0,000	0,477	0,440	--	--	--	0,897	0,944	0,517	0,475	0,640	0,688	0,159	0,188	0,214
Fatores intermediários															
Estrato Socio-econômico															
(Alto)															
Médio		0,544	0,269		0,490	0,222		0,645	0,679		0,286	0,280		0,022	0,013
Baixo		0,028	0,302		0,140	0,892		0,570	0,430		0,232	0,546		0,000	0,002
Ocupação															
Trabalha															
Não trabalha		0,006	0,024		0,011	0,001		0,818	0,839		0,140	0,387		0,324	0,648
Acesso a serv. de PF															
(Sim)															
Não		0,001	0,000		0,909	0,611		0,383	0,101		0,066	0,053		0,077	0,065
Fatores próximos															
Número de filhos															
(<2 filhos)															
2-3 filhos			0,000			0,001			0,039			0,014			0,292
>3 filhos			0,177			0,037			0,401			0,224			0,788
Idade da mulher															
(<25 anos)															
25-34 anos			0,000			0,001			0,000			0,065			0,020
>34 anos			0,000			0,002			0,000			0,000			0,000
Intenção contraceptiva															
(Limitar)															
Espaçar			0,000			0,001			0,111			0,364			0,001
Tipo de método usado															
(Moderno)															
Tradicional			0,000			0,000			0,000			0,000			0,001
Exper. contraceptiva															
(Usou método)															
Não usou			0,000			0,132			0,000			0,337			0,202
Intercepto	-1,826	-1,763	-1,577	-1,918	-2,027	-1,759	-1,781	-1,503	-1,712	-1,563	-1,369	-2,091	-1,723	-1,692	
Qui-quadrado	12	41	451	13	171	2	1	198	1	8	70	2	25	80	
Graus de liberdade	1	5	12	4	11	1	5	12	1	5	12	1	5	12	

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência.

(1) Nível de significância estatística de 5,0%.

Anexo 5

Valores $P > |z|$ dos coeficientes Beta das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação correspondente ao modelo final

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1) correspondente ao modelo final

Fatores/Variáveis	Descontinuação total				
	Peru	L Metrop.	R Litoral	Selva	Serra
Fatores distantes					
Área de residência					
(Urbana)					
Rural	0,000				
Fatores intermediários					
Estrato Socio-econômico					
(Alto)					
Médio					
Baixo	0,000		0,007		
Ocupação					
Trabalha					
Não trabalha	0,000	0,000	0,010		
Acesso a serv. de PF					
(Sim)					
Não					
Fatores próximos					
Número de filhos					
(<2 filhos)					
2-3 filhos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
>3 filhos	0,000	0,019	0,017		
Idade da mulher					
(<25 anos)					
25-34 anos	0,000	0,005	0,000	0,000	0,000
>34 anos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Intenção contraceptiva					
(Limitar)					
Espaçar	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Tipo de método usado					
(Moderno)					
Tradicional	0,000	0,000	0,000		0,000
Exper. contraceptiva					
(Usou método)					
Não usou	0,011				
Intercepto	-0,858	-0,987	-0,906	-0,594	-0,916
Qui-quadrado	1228	307	400	182	351
Graus de liberdade	10	7	8	4	5

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1) correspondente ao modelo final

Fatores/Variáveis	Para engravidar				
	Peru	L Metrop.	R Litoral	Selva	Serra
Fatores distantes					
Área de residência					
(Urbana)					
Rural	0,022			0,010	
Fatores intermediários					
Estrato Socio-econômico					
(Alto)					
Médio	0,002		0,014		
Baixo					
Ocupação					
Trabalha					
Não trabalha	0,000	0,000	0,001		
Acesso a serv. de PF					
(Sim)					
Não					
Fatores próximos					
Número de filhos					
(<2 filhos)					
2-3 filhos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
>3 filhos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Idade da mulher					
(<25 anos)					
25-34 anos	0,026				0,026
>34 anos	0,000		0,010	0,000	0,000
Intenção contraceptiva					
(Limitar)					
Espaçar	--	--	--	--	--
Tipo de método usado					
(Moderno)					
Tradicional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Exper. contraceptiva					
(Usou método)					
Não usou	0,036				0,034
Intercepto	-1,913	-2,266	-1,941	-2,044	-1,899
Qui-quadrado	1053	180	329	213	315
Graus de liberdade	9	4	6	5	6

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1) correspondente ao modelo final

Fatores/Variáveis	Falha do método				
	Peru	L Metrop.	R Litoral	Selva	Serra
Fatores distantes					
Área de residência					
(Urbana)					
Rural	0,000			0,007	0,000
Fatores intermediários					
Estrato Socio-econômico					
(Alto)					
Médio					
Baixo	0,000	0,047	0,000		0,000
Ocupação					
Trabalha					
Não trabalha	0,000	0,000	0,001	0,012	
Acesso a serv. de PF					
(Sim)					
Não	0,026			0,003	
Fatores próximos					
Número de filhos					
(<2 filhos)					
2-3 filhos	0,000	0,001	0,006	0,021	0,000
>3 filhos					
Idade da mulher					
(<25 anos)					
25-34 anos	0,000	0,000	0,000		0,000
>34 anos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Intenção contraceptiva					
(Limitar)					
Espaçar	0,000		0,000	0,000	0,000
Tipo de método usado					
(Moderno)					
Tradicional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Exper. contraceptiva					
(Usou método)					
Não usou	0,005	0,009	0,038		
Intercepto	-2,793	-2,429	-2,870	-2,957	-2,942
Qui-quadrado	1667	317	430	347	515
Graus de liberdade	10	7	8	7	7

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1) correspondente ao modelo final

Fatores/Variáveis	Razões de saúde				
	Peru	L Metrop.	R Litoral	Selva	Serra
Fatores distantes					
Área de residência					
(Urbana)					
Rural			0,011		
Fatores intermediários					
Estrato Socio-econômico					
(Alto)					
Médio					
Baixo					
Ocupação					
Trabalha					
Não trabalha	0,002				
Acesso a serv. de PF					
(Sim)					
Não	0,001			0,003	
Fatores próximos					
Número de filhos					
(<2 filhos)					
2-3 filhos		0,000			
>3 filhos					
Idade da mulher					
(<25 anos)					
25-34 anos	0,000		0,000	0,022	0,013
>34 anos	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Intenção contraceptiva					
(Limitar)					
Espaçar	0,000		0,000	0,000	0,000
Tipo de método usado					
(Moderno)					
Tradicional	--	--	--	--	--
Exper. contraceptiva					
(Usou método)					
Não usou	0,000	0,000			0,000
Intercepto	-1,658	-1,453	-1,769	-1,377	-1,851
Qui-quadrado	346	57	102	79	83
Graus de liberdade	8	4	4	4	4

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística de 5,0%.

Peru e regiões 1996: Valores $P > |z|$ dos coeficientes β das equações de regressão entre fatores distantes, intermediários e próximos e descontinuação (1) correspondente ao modelo final

Fatores/Variáveis	Relacionadas com o método				
	Peru	L Metrop.	R Litoral	Selva	Serra
Fatores distantes					
Área de residência					
(Urbana)					
Rural					
Fatores intermediários					
Estrato Socio-econômico					
(Alto)					
Médio					0,016
Baixo					0,001
Ocupação					
Trabalha					
Não trabalha	0,034	0,001			
Acesso a serv. de PF					
(Sim)					
Não	0,000			0,047	
Fatores próximos					
Número de filhos					
(<2 filhos)					
2-3 filhos	0,000	0,002	0,015	0,000	
>3 filhos		0,029			
Idade da mulher					
(<25 anos)					
25-34 anos	0,000	0,001	0,000		0,014
>34 anos	0,000	0,003	0,000	0,001	0,000
Intenção contraceptiva					
(Limitar)					
Espaçar	0,000	0,001			0,000
Tipo de método usado					
(Moderno)					
Tradicional	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001
Exper. contraceptiva					
(Usou método)					
Não usou	0,000		0,000		
Intercepto	-1,670	-2,068	-1,423	-1,746	-1,864
Qui-quadrado	443	160	188	45	71
Graus de liberdade	9	7	5	3	6

O grupo entre parêntesis representa a categoria de referência

(1) Nível de significancia estatística de 5,0%.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)