

A FECUNDIDADE DAS MINAS GERAIS NOS ANOS 90: ESTABILIDADE E CONVERGÊNCIA NO NÍVEL DE REPOSIÇÃO

Laura Rodríguez Wong^{*}
Ignez H. Oliva Perpétuo^{*}

INTRODUÇÃO

Os dados disponíveis para as últimas três décadas indicam que a fecundidade brasileira, cuja transição iniciou-se nos anos 70, está próxima de se estabilizar, e que Minas Gerais acompanha de perto esta tendência. Entretanto, não existem estudos detalhados para o Estado.

O presente ensaio visa preencher esta lacuna, reunindo os elementos necessários para uma melhor compreensão do processo de transição da fecundidade mineira. O argumento central que o norteia é o de que a fecundidade no Estado está próxima do nível de reposição da população, isto é, da situação na qual, simplificando, os nascimentos são suficientes apenas para repor o estoque populacional. Nesse sentido, o trabalho detalha os níveis e tendências recentes da fecundidade, analisa as intenções reprodutivas da mulher e discute a forma como tais intenções estão sendo implementadas, ou seja, a disseminação de métodos contraceptivos. Ele mostra que na década de 90 houve a consolidação dos baixos níveis da fecundidade em Minas Gerais e que existem vários elementos que determinariam no médio prazo níveis ainda menores da mesma.

As fontes de referência foram basicamente, o Registro Civil, cujos dados estão disponíveis até 1996, e a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996. Estas fontes foram utilizadas de forma complementar, dada sua diferente natureza. O Registro Civil tem a grande vantagem de ser uma estatística contínua que teoricamente cobre toda a população, e por isto é passível de ser desagregado a vários níveis. Na prática, entretanto, apresenta graus de cobertura muito diferenciados (sobre o que se inclui uma nota no

* CEDEPLAR/Departamento de Demografia/FACE/UFMG. As autoras contaram, para a realização deste trabalho com o apoio do CNPq.

Anexo), e informação bastante limitada sobre o contexto em que a transição da fecundidade se dá. A PNDS, em contraste, oferece um quadro bastante completo deste contexto, permitindo desenvolver as hipóteses levantadas pelo estudo. No entanto, ela não permite grandes desagregações por se tratar de uma pesquisa amostral, uma limitação que é maior no caso de Minas Gerais que não foi uma das áreas superamostradas. Por esta razão foi necessário realizar alguns agrupamentos e re-classificações das respostas, que são detalhadas no Anexo. Em consequência destes desequilíbrios, os dados apresentados referem-se a diferentes períodos e diferentes níveis de desagregação, dependendo da fonte usada. A Região Metropolitana e ainda o município sede são objeto de um detalhamento por idade, no caso da estatísticas vitais. No caso da PNDS/96, são exploradas duas dimensões: o local de residência – usado como uma aproximação da classificação geopolítica que o Registro Civil permite – a educação da mulher e estrato social – usados como indicadores das condições de vida.

1 OS NÍVEIS RECENTES DA FECUNDIDADE

Com a finalidade de melhor compreender as tendências da fecundidade em Minas Gerais no período recente, apresenta-se neste item estimativas para o Estado e também um breve comentário sobre o processo no total do país.

1.1 O declínio da fecundidade no Brasil como contexto para Minas Gerais

Ao se encerrar a década de 90, já encontra-se fartamente documentado que a notável diminuição da fecundidade no Brasil apresenta características bastante peculiares em relação as de outros países que já passaram por este processo¹.

Conforme análise feita para fins de projeção da população, que sumariza este declínio como virtualmente generalizado e aparentemente irreversível Sawyer *et al.* (1999), são três as características do processo brasileiro que interessa salientar para se discutir o caso de Minas Gerais:

1 Veja-se, para este efeito, a série Anais dos Encontros de População da Associação Brasileira de Estudos de População (ABEP, 1996, 1998).

- a) O país, onde a redução de níveis superou 50% em pouco mais de duas décadas, estaria atingindo hoje níveis próximos da reposição. Isto quer dizer que o risco reprodutivo, traduzido num número médio de filhos por mulher ou 'taxa de fecundidade total' (TFT), estaria em torno de 2,5 no quinquênio 1995-2000, o que representa pouco mais do que o suficiente para repor o estoque populacional.
- b) Este processo, inicialmente assíncrono ao longo do vasto território, caracteriza-se por uma convergência igualmente rápida: já em 1991 apenas 4 Unidades da Federação (UF), representando menos de 5% da população total, tinham, decididamente, uma média superior a 4 filhos por mulher². Até o ano 2000 não haveria UF com taxas acima de 3,5 filhos; com exceção do Acre, a grande maioria dos estados situar-se-ia abaixo de 2,5. No nível nacional o TFT seria aproximadamente 2,4.
- c) Por último, embora tal declínio tenha ocorrido na ausência de políticas públicas de população que contemplassem programas de planejamento familiar, a prevalência de contracepção não somente é das maiores na América Latina, mas se sobressai pela marcada presença da contracepção dita 'moderna'. Privilegia-se apenas dois métodos: a pílula e a esterilização, cujo uso em 1996 alcançava 60,8% entre as 70,3% das mulheres que utilizavam algum tipo de anticoncepcional (Macro/BEMFAM, 1997).

O perfil do declínio da fecundidade mineira encaixa-se perfeitamente nesta caracterização, como será comprovado a seguir.

1. 2 A Fecundidade no Estado de Minas Gerais

Segundo Oliveira, Wong (1998), o ritmo de declínio no Estado de Minas Gerais assemelha-se ao do país, sendo apenas ligeiramente mais acentuado. No primeiro quinquênio dos anos 90, as mulheres mineiras tinham uma TFT inferior a 2,5 filhos, depois de terem reduzido sua fecundidade em aproximadamente 4 filhos durante os 25 anos anteriores. As mais velhas foram as maiores responsáveis por este processo: aquelas com mais 35 anos diminuíram

2 Segundo as estimativas do PRONEX/CEDEPLAR, trata-se de Acre, Amazonas, Amapá e Maranhão. Todos eles com uma TFT acima de 4,5 filhos.

sua fecundidade numa proporção superior a 75%. A década de 80 foi o período de maior declínio, continuando este processo nos anos 90.

Na Tabela 1 encontram-se as estimativas para os anos mais recentes, para Minas Gerais, o Município de Belo Horizonte, sua Região Metropolitana (RM) e o restante dos municípios que aqui será denominado como 'Interior de Minas'.

Tabela 1

MINAS GERAIS, MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE,
REGIÃO METROPOLITANA E INTERIOR DE MINAS (1992 A 1996):
TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT)
E INDICADORES SELECIONADOS DA SUA DISTRIBUIÇÃO POR IDADE

Estado de Minas Gerais e subdivisões	TFT		Idade Média	Contribuição à fecundidade nas idades indicadas (%)		
	Todas as idades ^(a)	Até a idade 35		Até 20	20 a 35	35 e mais
1992						
Minas Gerais	2,38	2,07	27,2	12,4	74,5	13,1
Região Metropolitana	2,04	1,80	27,2	11,9	76,1	12,0
Belo Horizonte (Munic.)	1,99	1,74	27,5	11,3	76,1	12,6
Interior de Minas	2,49	2,16	27,2	12,5	74,1	13,4
1994						
Minas Gerais	2,34	2,06	27,0	13,2	74,9	12,0
Região Metropolitana	2,11	1,86	27,1	12,9	75,4	11,7
Belo Horizonte (Munic.)	2,05	1,80	27,4	12,2	75,5	12,3
Interior de Minas	2,42	2,13	26,9	13,2	74,7	12,0
1996						
Minas Gerais	2,22	1,96	26,8	14,7	73,6	11,7
Região Metropolitana	2,05	1,81	26,9	14,3	73,9	11,8
Belo Horizonte (Munic.)	1,93	1,68	26,3	13,4	73,9	12,7
Interior de Minas	2,28	2,01	26,7	14,8	73,5	11,7

Fonte: Estimativas obtidas a partir das estatísticas vitais corrigidas tal como explicado no Anexo.

(a) No grupo etário 15 a 49 anos.

Considerando-se dimensão temporal, observa-se que o declínio na TFT continua como previsto pelo estudo antes citado, tudo indicando que o nível de reposição será atingido pelo Estado como um todo no quinquênio 1995/2000. Verifica-se em Minas Gerais sob vários aspectos a convergência dos níveis de fecundidade antes mencionada a propósito do total do país. O primeiro desses aspectos diz respeito às oscilações observadas seja no Município de BH, seja na RM. Nota-se que no Município a TFT oscila na casa de 2,0 filhos nas três datas consideradas, tendendo a situar-se abaixo desta marca no último período. Uma oscilação similar é observada na RM, num nível 5%

superior ao do Município. Isto significa que estas populações já teriam inaugurado um patamar definitivamente baixo e estável de reprodução. Constata-se ainda que a fecundidade do Interior de Minas estaria convergindo para os valores definidos nas outras populações (BH e RM). Assim, a tendência de queda no Estado como um todo está sendo determinada pelo comportamento reprodutivo do Interior, onde a queda da fecundidade tem sido relativamente maior, uma vez que na RM e em seu município sede não haveria espaço para ulteriores diminuições. De fato, o detalhamento por idade (que pode ser visto na Tabela A.2 em Anexo) mostra que a oscilação no valor total se deve, basicamente, aos aumentos ou constância da taxa nas idades cuja contribuição à fecundidade é crucial: 20-24 e 25-29 anos. Nestes grupos, a taxa oscila em torno de 115 por mil. Semelhante observação cabe para o grupo 15-19 anos.

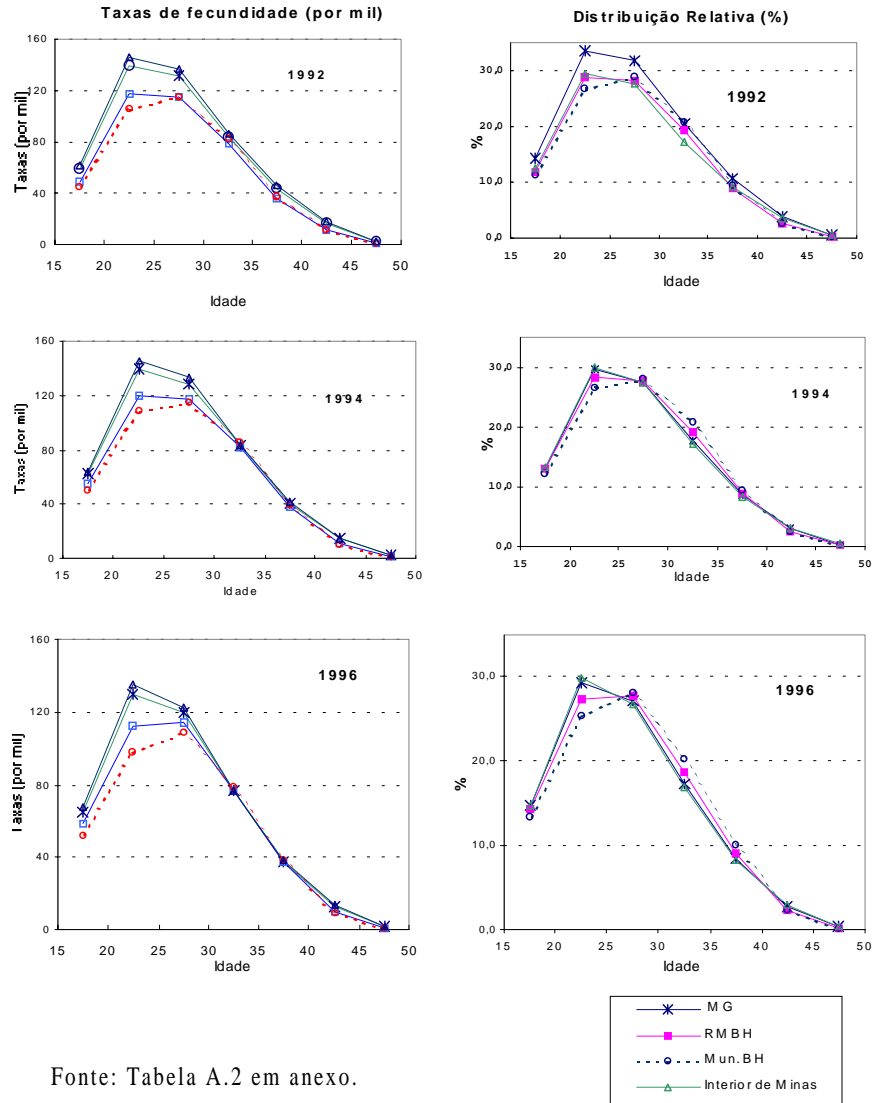
Em segundo lugar, a convergência é melhor percebida ao se considerar o número médio de filhos até a idade 35, quando, sempre de acordo à Tabela 1, pouco mais de 85% da fecundidade já teve lugar. Ao longo do período, a TFT da RM e seu município sede situa-se em torno de 1,7 a 1,8. Na prática, dadas as vicissitudes dos dados, não haveria divergências. O Interior de Minas, por sua vez, mostra tênue diminuição no período, passando de 2,1 para 2,0. Esta homogeneização sinaliza que as quedas mais significativas continuarão a se dar basicamente devido à diminuição da fecundidade, ainda relativamente alta, das mulheres do Interior de Minas nos grupos etários centrais.

Em terceiro lugar, a convergência é constatada, com poucas dúvidas, ao se observar a distribuição da fecundidade por idade, da qual a idade média é um bom indicador. Esta praticamente não difere nos universos considerados, embora apresente valores cada vez menores devido ao aumento da participação relativa das jovens com até 20 anos ao longo do tempo. No quinquênio 1995/2000 a idade média da fecundidade está ligeiramente abaixo de 27 anos, destacando-se uma única vez o município de Belo Horizonte com a menor idade média: 26,3 anos.

Finalmente, para enfatizar esta homogeneização, inclui-se o Gráfico 1 que ilustra o padrão por idade da fecundidade. As taxas específicas situadas no lado direito mostram a ligeira diferença de níveis. Sua correspondente distribuição relativa, no lado esquerdo, reitera, dentro das limitadas variações, o caminho à convergência: o papel de se aproximar do perfil das residentes na RM será das mulheres do Interior de Minas, nas idades centrais do período reprodutivo.

Gráfico 1

MINAS GERAIS, REGIÃO METROPOLITANA,
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE E INTERIOR (1992 A 1996)



Fonte: Tabela A.2 em anexo.

Alguns comentários adicionais em relação a esta convergência são necessários. Por um lado, Minas Gerais não é o primeiro Estado a trilhar a homogeneização no mapa brasileiro. Este fenômeno já foi assinalado para São Paulo, que precedeu a transição da fecundidade a níveis baixos³, e tem sido documentado também no conjunto da Região Centro-Oeste. Nesta região a convergência constata-se não apenas ao considerar agrupações geográficas, como também, socioeconômicas (Wong, 1999). Por outro lado, há que se considerar que a classificação ‘Interior de Minas’, inclui uma grande diversidade populacional, agrupando tanto a rica região agroindustrial do Sul de Minas, como o árido e pobre território Norte. A este propósito vale lembrar que estudos anteriores já apontaram a relativa pouca diversificação, inclusive em níveis menores de desagregação como são as meso-regiões⁴. Alerta-se, portanto, para a necessidade de melhor documentar o processo reprodutivo para as áreas que integram o aqui denominado ‘Interior de Minas’.

2 AS PREFERÊNCIAS REPRODUTIVAS

No intento de avaliar a consolidação dos baixos níveis de fecundidade em Minas Gerais e seus grandes aglomerados, considera-se aqui as preferências reprodutivas da mulher, para posteriormente avaliar suas possibilidades de implementação. Nesta linha, a PNDS/96 fornece vários indicadores, dentre os quais o número ideal de filhos, o desejo de ter (mais) filhos, a fecundidade desejada, *etc*⁵. Considerando os objetivos do presente estudo, feito ba-

3 Campanário e Yasaki (1994) analisando as 43 regiões de governo de São Paulo, mostraram a tendência de homogeneização das TFT nestes últimos anos. Ao se iniciar os anos 90, somente duas regiões de governo, apresentaram níveis superiores a 3,0 filhos. Nas outras regiões, esses valores já se encontravam inferiores aos níveis de reposição dos filhos, configurando um cenário de convergências das taxas a um nível realmente baixo, a curto e médio prazo.

4 Oliveira, Wong (1998), por exemplo, sugerem que, a despeito da polarização Norte-Sul do desenvolvimento, entre as décadas de 80 e 90 as meso-regiões ao Norte de Minas Gerais, tenderam a se aproximar, muito rapidamente, dos níveis de fecundidade das meso-regiões localizadas ao sul do mapa mineiro.

5 Existe vasta documentação sobre estes indicadores e sua confiabilidade para o estudo das perspectivas no comportamento reprodutivo, assim como também, sobre aplicações a dados brasileiros, razão pela qual não se detalha, aqui, aspectos metodológicos. As referências podem ser encontradas, por exemplo, nos relatórios científicos fruto dos projetos World Fertility Survey (Vários anos, International Statistical Institute- Netherlands) e Demographic and Health Survey (Vários anos, Macro International Inc. – Calverton, Maryland-USA). Entre os autores consultados para a presente aplicação, mencionam-se: Bongaarts, J. (1990) e Westoff, C., Moreno, L. (1996). Dentre as aplicações para dados brasileiros, veja, por exemplo, Perpétuo, Wong, L. L. R. (1999).

sicamente com dados de momento, são aqui considerados dois desses indicadores: a proporção de mulheres que não deseja ter mais filhos e os níveis correntes de fecundidade (não) desejada, ambos referentes às mulheres casadas.

2.1 Intenção de ter (mais) filhos

Uma das formas mais simples de avaliar as preferências reprodutivas deriva das respostas de mulheres casadas sobre sua intenção de ter (mais) filhos, o que inclui categorias com respostas concretas – afirmativa ou negativa – e também as indecisas, as infecundas e esterilizadas. A partir deste dado, foi elaborada a Tabela 2, que apresenta a proporção de mulheres com intenção de NÃO ter (mais) filhos segundo vários critérios de classificação. Ela mostra, em primeiro lugar, uma alta proporção de mulheres que não desejam ter mais filhos que praticamente coincide com a média do Brasil publicada no relatório geral da PNDS/96 (78%). Observa-se ao mesmo tempo que não existe diferença significativa por local de residência, o que é indicativo de um desejo generalizado de controlar a fecundidade. Vale a pena ressaltar que, guardadas as restrições amostrais, a maior proporção corresponde à Área Rural, onde algo mais de 80% das mulheres casadas não desejam ter (ou não terá) mais filhos.

Esta tabela inclui ademais estes dados segundo dois outros tipos de classificação: no painel esquerdo, critérios socioeconômicos, com o intuito de captar diversos estratos sociais, e no painel direito, critérios individuais ou demográficos. No primeiro caso, seja ao se considerar estratos sociais ou educação da mulher, registra-se, como no caso do local de residência, diferenciais relativamente pequenos, pois a proporção oscila entre 71% e 86%. Assim, embora os dados globais reiterem a existência generalizada do desejo de controlar a fecundidade, a desagregação por condição socioeconômica mostra proporções de certa forma maiores nos setores menos privilegiados, o que é coerente com a proporção encontrada na Área Rural, no pressuposto dela incluir, proporcionalmente mais população nos estratos sociais inferiores.

Em contraste, ao se considerar as características individuais, nota-se uma maior variação na proporção de mulheres que não têm a intenção de ter (mais) filhos. Entretanto, esta diferenciação sugere, tal como nos casos anteriores, a generalização do desejo de controlar a fecundidade. Com efeito, mesmo nas faixas jovens a proporção é bastante significativa: até a idade 25, uma de cada duas/três mulheres não pretende ter (mais) filhos. No caso de mulheres ainda mais jovens, os dados revelaram razões nada desprezíveis: uma em cada quatro jovens menores de 20 anos não deseja ter (mais) filhos. Novamente, em que pesem restrições amostrais, os valores não diferem da

média do Brasil. Ao aumentar a idade da mulher, a proporção aumenta vertiginosamente. No grupo central, onde a fertilidade/fecundidade são importantes, e onde quase toda a fecundidade tem lugar, este valor fica perto de 80%. Salienta-se que quase a totalidade das mulheres maiores de 35 anos não deseja ter mais filhos. O fato de pouco mais de dois terços deste universo estar constituído de esterilizadas e/ou infecundas traduz o controle eficaz da fecundidade e, conseqüentemente, os baixos níveis antes definidos, particularmente nas idades finais.

Tabela 2

MINAS GERAIS, 1995/96: PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS COM INTENÇÃO DE NÃO TER (MAIS) FILHOS SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA E OUTRAS CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS (*)

Minas Gerais		77,3	
Capital e grandes cidades		75,1	
Cidades médias e pequenos povoados		77,1	
Área rural		80,6	
a) Características Socioeconômicas		b) Características Individuais	
<i>a.1) Classe Social</i>		<i>b.1) Idade da mulher</i>	
Classes A e B	80,3	Até a idade 25	39,3
Classe C	71,4	Entre 25 e 35 anos	77,2
Classes D e E	80,5	35 e mais	92,2
<i>a.2) Educação da Mulher</i>		<i>b.2) Parturição</i>	
Sem Ins. ou Primário Inc.	86,0	Sem filhos	26,8
Primário Inc. ou Ginásial Inc.	74,5	1 ou 2 filhos	66,1
Ginásial Completo ou Superior	73,0	3 ou mais	96,1

Fonte: Micro-dados da PNDS.

(*) Inclui as mulheres casadas que, manifestamente, não desejam ter mais filhos e as infecundas. As esterilizadas foram incluídas, com base na virtualmente nula proporção de mulheres que se declaram arrependidas de ter sido esterilizadas (Veja o item 3). Exclui as mulheres indecisas.

Finalmente, o comportamento segundo o número de filhos nascidos vivos ou parturição, é diferenciado, mas, ao mesmo tempo, indica o desejo generalizado de controlar a fecundidade. Parturição e desejo de não ter mais filhos mostram-se estreitamente correlacionados. Apenas um terço das mulheres com um ou dois filhos desejaria ter mais filhos ou está indecisa ao respeito. Após o terceiro filho, virtualmente não há mulheres desejando ter mais filhos (96%), sendo possível que este seja o limiar da consolidação desta atitude. Nota-se, na tabela que a mesma proporção corresponde, às mulheres com mais de três filhos. Os resultados relativos às mulheres sem filhos devem ser tomados com cautela (26,8%). Por um lado, é certo que metade destas mulhe-

res declara expressamente não querer ter mais filhos, o que acredita-se ser um achado relevante, pois refere-se à Minas Gerais, uma sociedade onde a maternidade tenderia a ser um valor predominante. Por outro lado, não se pode esquecer que mais de um terço dos casos corresponde a mulheres declaradas infecundas; uma proporção que, de qualquer maneira, é similar à encontrada em contextos similares, dentro e fora do país⁶.

2.2 A fecundidade não desejada no Estado de Minas Gerais

A proporção de fecundidade (não) desejada é um indicador mais sofisticado sobre a preferência reprodutiva pois parte da informação sobre filhos já tidos, isto é, sobre a fecundidade efetivamente observada, e não, como no caso anterior, das intenções sobre ter (ou não) filhos⁷. Portanto, ela permite isolar possíveis efeitos de ‘racionalização’ e determinar qual seria o nível da fecundidade caso as mulheres pudessem implementar com sucesso suas preferências reprodutivas.

Os resultados para o Estado de Minas Gerais encontram-se na Tabela 3, que inclui dados para o total do país e a Região Sudeste, para fins comparativos. Eles mostram que o Estado pouco difere da média tanto do país quanto do Sudeste. Grosso modo, se as mulheres implementassem com sucesso suas preferências reprodutivas, o nível da fecundidade diminuiria, no curto prazo, em pouco mais de 30%. À semelhança do que ocorre com a intenção de não ter filhos, quanto maior a idade maior a proporção de fecundidade não desejada. Entretanto, os dados da Tabela 3 sugerem adicionalmente que haveria em Minas Gerais maior proporção de fecundidade não desejada nas idades mais velhas, relativamente ao Sudeste. Isto pode ser atribuído ao fato do controle da fecundidade (e conseqüentemente, seus menores níveis) terem sido alcançados há mais tempo nos outros Estados do Sudeste, basicamente São Paulo e Rio de Janeiro, que em Minas Gerais. Ou, em outras palavras, ao fato do processo de transição da fecundidade mineiro ser mais recente.

6 Veja por exemplo, relatórios similares aos da PNDS, entre eles, o da Encuesta de Prevalência, Demografía y Salud – Colômbia, 1990.

7 A chamada *fecundidade desejada* calcula-se de forma similar à TFT, isto é, considera os filhos tidos num determinado período segundo seu *status* de desejado ou não e por idade da mulher e inclui algumas correções para evitar eventuais vieses que tenderiam a definir o último filho nascido vivo, como efetivamente desejado. (Para mais detalhes, veja-se Bongaarts, 1990). Os indicadores, neste caso, referem-se, apenas, a mulheres casadas, uma vez que não há informação disponível para o resto das mulheres e referem-se aos filhos tidos nascidos vivos nos 24 meses anteriores à data da pesquisa.

Tabela 3

BRASIL, SUDESTE E MINAS GERAIS, 1995/96:
PROPORÇÃO DE FECUNDIDADE MARITAL NÃO DESEJADA (%),
TOTAL E PARA GRUPOS ETÁRIOS SELECIONADOS

Idades	Brasil	Sudeste	Minas Gerais
Total	32.16	37.57	33.5
15-19	17.4	20.3	-(*)
20-24	31.7	33.0	29,63
25-29	40.1	42.4	62,86
30 e mais	57.6	53.7	61,07

Fonte: Micro dados da PNDS/96 e Perpétuo e Wong, 1999 para o Sudeste e Brasil.

(*) Menos de 50 observações.

Este indicador foi estimado também para os diversos aglomerados e grupos socioeconômicos, na busca de elementos que permitam verificar se os baixos níveis de fecundidade estão consolidados e dizer se eles provavelmente não serão revertidos. Os resultados, representados nos Gráficos 2.1 e 2.3, indicam que o potencial para diminuição da fecundidade está presente praticamente no Estado todo.

Em primeiro lugar, a proporção de fecundidade não desejada é importante seja qual for o local de residência (Gráfico 2.1), assinalando-se que ela é superior a 60% nas idades 25 a 29 anos, conforme mostrado na tabela anterior, como resultado de uma proporção bastante homogênea nos diversos aglomerados (urbanos e rurais). Nas outras idades centrais a proporção de fecundidade não desejada é igualmente importante e, embora em menor grau, também bastante homogênea. Em segundo lugar, a insatisfação com a fecundidade real aumenta à medida que diminui o status social. Isto é evidenciado no Gráfico 2.2, no qual a maior proporção de fecundidade não desejada corresponde com bastante clareza às mulheres das áreas rurais, àquelas enquadradas nas Classes D e E e às que possuem os menores níveis de instrução.

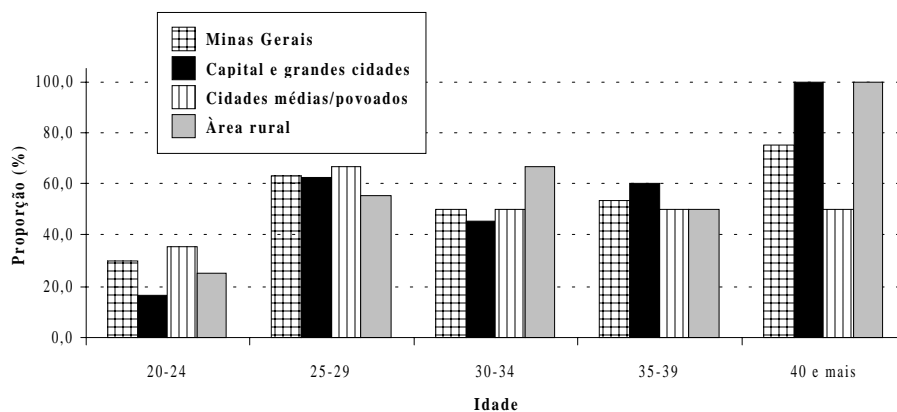
3 CONTROLE E PLANEJAMENTO DA FECUNDIDADE

Também os dados disponíveis sobre contracepção, além de não deixarem dúvidas de que o uso generalizado de métodos anticoncepcionais modernos teve papel fundamental na consecução de níveis tão baixos de fecundidade, fornecem fortes evidências a favor da hipótese de que a ela não voltará a aumentar e que caminha para uma convergência em nível baixo nos vários subgrupos populacionais.

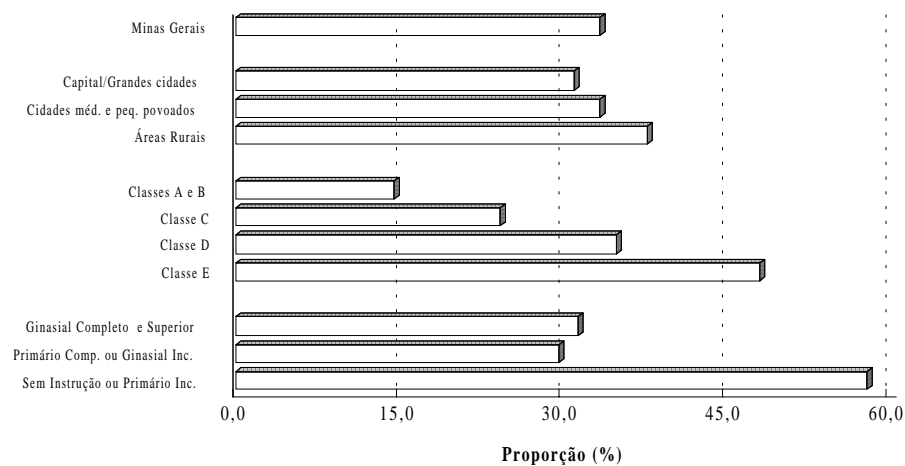
Gráfico 2

MINAS GERAIS, 1995/96: PROPORÇÃO DE FECUNDIDADE NÃO DESEJADA DAS MULHERES CASADAS

2.1 Segundo local de residência e grupos etários



2.2 Segundo local de residência, estrato social e educação



Fonte: Micro dados da PNDS/96.

Por um lado, eles mostram que o percentual das mulheres unidas de 15-49 anos que nunca usou algum método anticoncepcional é extremamente baixo: 6% no Estado. No entanto, persiste um significativo diferencial de acordo ao local de residência. Enquanto nas grandes cidades, incluída a RM, este percentual é praticamente desprezível, 5% das mulheres das cidades médias nunca usaram métodos e na área rural, 12%. Por outro lado, na data da pesquisa a prevalência anticoncepcional no Estado era de 76,1% e somente entre as mulheres jovens ou entre aquelas que nunca tiveram filhos a utilização de métodos deixa de ser o comportamento predominante (ver Tabela 4).

Tabela 4

MINAS GERAIS, 1996: PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS DE 15-49 ANOS QUE USANDO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS

Minas Gerais		76.1	
Capital e grandes cidades		79.8	
Cidades médias e pequenos povoados		75.9	
Área rural		71.8	
a) Características Socioeconômicas		b) Características da Mulher	
<i>a.1) Classe Social</i>		<i>b.1) Idade da mulher</i>	
Classes A e B	93.4	Até a idade 25	58.9
Classe C	77.0	Entre 25 e 35 anos	78.6
Classes D e E	72.4	35 e mais	78.6
<i>a.2) Educação da Mulher</i>		<i>b.2) Parturição</i>	
Sem Ins. ou Primário Incompleto	69.0	Sem filhos	33.9
Primário Inc. ou Ginásial Inc.	75.8	1 ou 2 filhos	76.6
Ginásial Completo ou Superior	82.8	3 ou mais	82.7

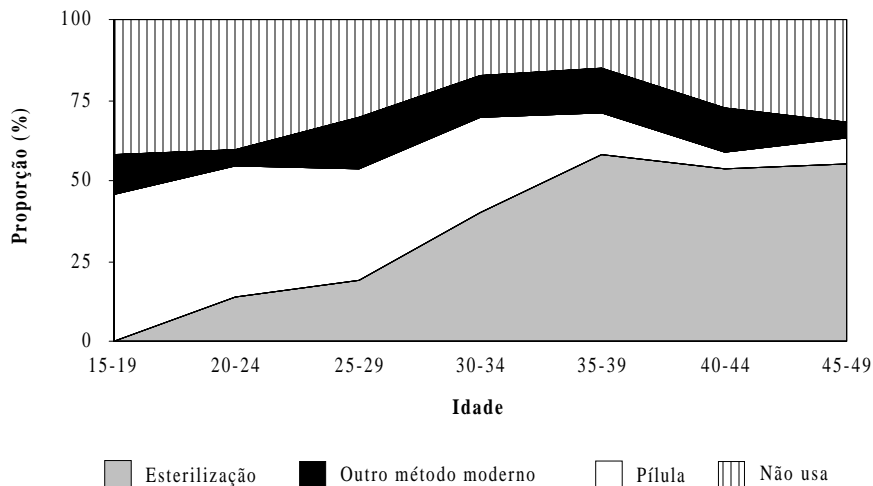
Fonte: Micro-dados da PNDS 1996.

O *mix* anticoncepcional (Gráfico 3), encontra-se fortemente concentrado em métodos modernos, especialmente esterilização feminina. Ela, juntamente com a pílula, é responsável por mais de 70% da contracepção em praticamente em todos os grupos populacionais. Mais de 10% das mulheres já se encontram esterilizadas aos 20-24 anos, 17% aos 25-29 anos, 37% aos 30-34 anos. Também se encontram esterilizadas: um terço das mulheres casadas com 2 filhos, 58,8% das que tiveram 3 filhos; 41,7% das moradoras em área rural. Em suma, uma parcela significativa das mulheres no Estado⁸ não pode ter mais filhos, pois a cirurgia de laqueadura tubária é praticamente irreversível.

8 A Tabela A.3 do anexo apresenta a prevalência anticoncepcional por tipo de método segundo diversos atributos da mulher.

Gráfico 3

MINAS GERAIS, 1996
PREVALÊNCIA ANTICONCEPCIONAL POR TIPO DE MÉTODO,
SEGUNDO A IDADE DA MULHER



Fonte: Micro dados da PNDS/96.

3.1 O perfil de não uso de métodos anticoncepcionais.

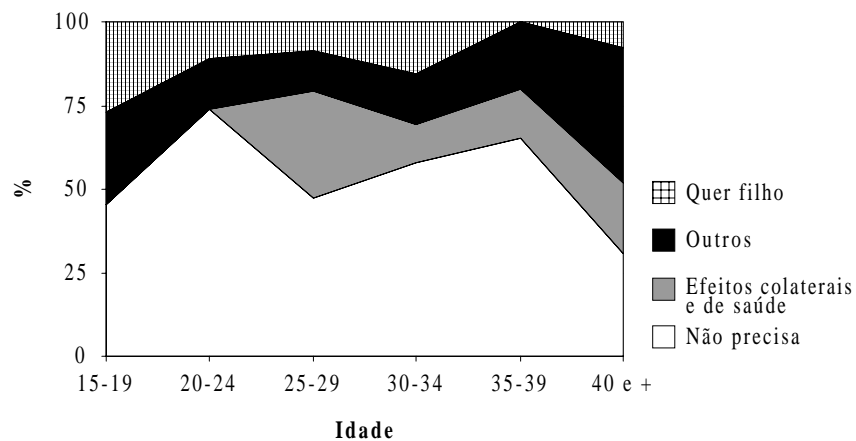
Uma vez que interessa considerar o contexto no qual o nível da fecundidade poderia oscilar no curto prazo, é importante examinar o perfil das mulheres que não usam métodos anticoncepcionais, para o qual, apresenta-se o Gráfico 4.

A maior parte das mulheres que não usavam anticoncepcionais não os achavam necessários, ou porque não se consideravam sob o risco de uma gravidez indesejada (51%) ou porque queriam engravidar (9%). Assim, apenas 12% das mulheres unidas poderiam ser classificadas como tendo necessidade insatisfeita por contracepção segundo o critério de Curtis e Blanc (1997). São àquelas que não utilizam métodos por medo de seus efeitos colaterais, preocupação de afetar sua saúde, por dificuldade de acesso ou por sofrer algum constrangimento de ordem religiosa ou familiar. Portanto, se houvesse um aumento do nível de informação e de acesso, de forma a diminuir este grupo, a contracepção no Estado poderia passar a ser quase universal.

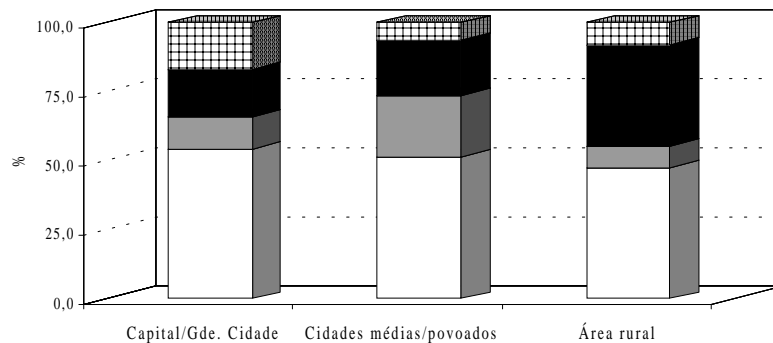
Gráfico 4

MINAS GERAIS, 1996
MOTIVO PARA NÃO USAR MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

4.1 Segundo grupos etários



4.2 Segundo local de residência



Fonte: Micro dados da PNDS/96.

Através dos Gráficos 4.1 e 4.2, que apresentam as justificativas para o não-uso segundo a idade da mulher e seu local de residência, verifica-se que a necessidade insatisfeita por contracepção é relativamente alta nos grupos de risco reprodutivo máximo e alta fecundidade não desejada. Por exemplo, cerca 30% das mulheres de 25-29 anos não usavam anticoncepcionais, mas quase a metade delas teria a necessidade de fazê-lo desde que justificaram o não-uso através de motivos outros que os de querer ficar ou estar grávida ou não ser fecunda, qual seja deram respostas relativas a impedimentos culturais, desacordos com o cônjuge, *etc.* Também estão na mesma situação quase 50% das unidas que moram em área rural, o dobro das que vivem na capital ou grandes cidades.

Em resumo, existiria um espaço significativo para declínios adicionais da fecundidade nestes grupos, que se materializaria se houvesse um aumento da prevalência e/ou mudança de padrão anticoncepcional.

3.2 O perfil da esterilização

A partir da existência de uma ‘*cultura da esterilização*’, expressão cunhada por Berquó (1993) a propósito da difusão da esterilização no país, e da grande importância deste método no *mix* anticoncepcional, como visto anteriormente, é interessante examinar o perfil das mulheres esterilizadas retratado na Tabela 5.

A regulação da fecundidade seria, ainda, bastante precária no Estado pois é relativamente alta a parcela de mulheres que se esterilizam com um número grande de filhos, e também das que se esterilizaram sem nunca ter usado algum método antes da esterilização. Isto é especialmente importante na área rural, que, como visto, o processo de transição da fecundidade é mais recente.

Outro aspecto interessante, do ponto de vista da discussão das tendências futuras da fecundidade, é que a maioria das esterilizadas escolheu a laqueadura em busca de um método seguro e permanente. Aliás, a crença de que a esterilização é o melhor método para quem não quer mais filhos, também se traduz no fato de que, no total do Estado, 26% das entrevistadas em 1996 disse pretender se esterilizar quando tiver alcançado o número desejado de filhos. O restante das mulheres unidas ou já está esterilizada (41%), não é fecunda (4%), ou pretende usar outros métodos modernos, basicamente a pílula (20%) sendo então apenas 2% o percentual das que não sabem ou não pretendem fazer nada para evitar filhos. De maneira geral, este é um quadro que se repete nos mais variados subgrupos, como se verifica através dos Gráficos 5.1 e 5.2 que apresentam esta informação segundo o local de moradia e a parturição.

Tabela 5

MINAS GERAIS, 1996:
PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS DE 15-49 ANOS
QUE SE ENCONTRAVAM ESTERILIZADAS NA DATA DA PESQUISA
SEGUNDO LOCAL DE RESIDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS

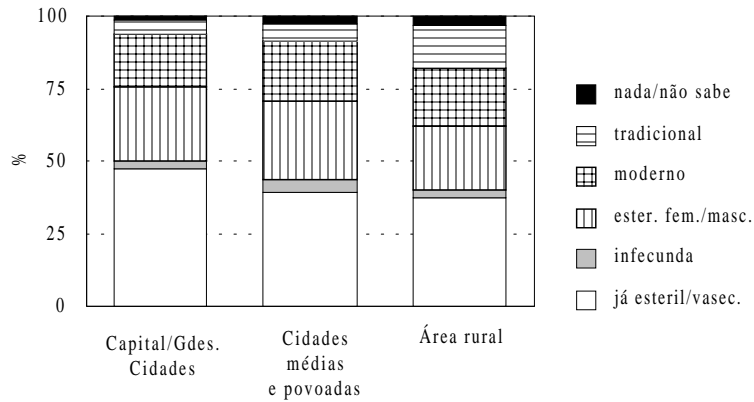
	Minas Gerais	Capital e grandes cidades	Cidades médias e povoados	Área rural
Número de filhos				
1	2,7	1,3	2,2	6,8
2	20,6	17,3	25,4	11,4
3 e mais	76,7	81,3	72,5	81,8
Primeiro método usado				
Esterilização	11,3	8,0	10,8	18,6
Outro moderno	79,0	76,0	81,3	76,7
Métodos tradicionais	9,7	16,0	7,9	4,7
Motivo para esterilizar-se				
Método permanente	54,1	54,1	55,5	50,0
Menor efeito colateral	11,0	17,6	8,0	9,1
Recomendação médica	29,4	27,0	29,2	34,1
Outro	5,5	1,4	7,3	6,8
Satisfeita com esterilização	99,6	100,0	99,2	100,0
Recomendaria esterilização	76,9	78,4	79,7	65,1

Fonte: Micro dados da PNDS/96.

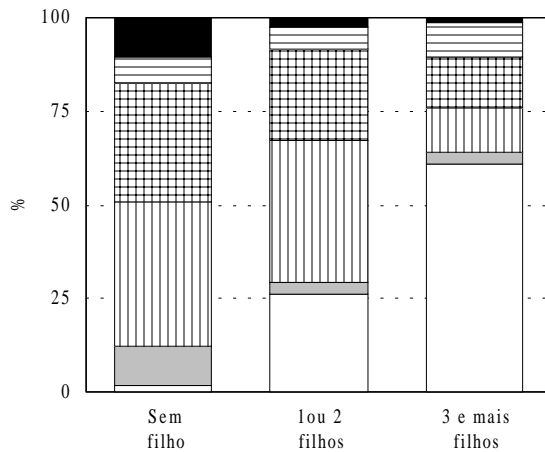
Gráfico 5

MINAS GERAIS, 1995/96: MÉTODO QUE A MULHER PRETENDE USAR QUANDO NÃO DESEJA MAIS FILHOS

5.1 Segundo local de residência



5.2 Segundo ordem de parturição



Fonte: Micro dados da PNDS/96.

Finalmente, com relação à chamada '*cultura da esterilização*', acredita-se que ela contribui para que o grau de satisfação com este meio de controle da fecundidade seja universal entre as esterilizadas. Destas, $\frac{3}{4}$ recomendam o método e dentre aquelas que não recomendam, a grande maioria não o faz simplesmente por considerar o assunto como algo de foro íntimo, o que sugere que mulheres esterilizadas realmente funcionem como um importante canal de difusão do método.

Em suma, o uso de métodos modernos e de alta eficácia é o comportamento predominante em Minas Gerais, e uma parcela importante de mulheres encontra-se privada definitivamente de sua capacidade reprodutiva. No entanto, para alguns subgrupos populacionais o acesso à contracepção ainda é precário, existindo um desequilíbrio entre demanda e oferta. Assim, qualquer aumento do nível de informação e da oferta de meios anticoncepcionais teria um impacto significativo, propiciando principalmente a integração de grupos marginalizados. Conseqüentemente, haveria uma diminuição nos diferenciais atualmente observados no uso e padrão anticoncepcional, o que obviamente concorreria para a convergência das taxas de fecundidade. Este é um cenário possível num futuro próximo, não apenas por causa de processos de caráter mais geral que estão em curso no Estado, como o aumento do nível de escolarização, mas também pela existência de processos específicos, entre os que valeria mencionar a inquietude por um sistema de saúde que atenda integralmente às necessidades reprodutivas da mulher. Por um lado, existe uma significativa pressão sobre secretarias de saúde por parte tanto de organizações da sociedade civil (grupos feministas, p.e.) quanto do próprio Ministério da Saúde em prol da implementação de programas de atenção integral a saúde da mulher (PAISM), contemplando a oferta de métodos reversíveis. Espera-se assim que neste novo milênio possam enfim ser suplantadas dificuldades que este programa encontrava ao finalizar os anos 90⁹ de modo que ele possa ser efetiva e eficazmente implementado.

Por outro lado, a nova lei da esterilização, que muito recentemente começou a ser implementada, pode vir a significar um aumento de oferta contracepção cirúrgica para mulheres dos estratos menos favorecidos. Neste caso, muito poucas seriam as possibilidades de a população de Minas Gerais não se incluir entre aquelas em nível de reposição da população num muito curto prazo.

9 Sobre as avaliações do PAISM, veja, por exemplo: Fernandes (1998). Veja, também: Ávila (1993), Berquó (1993) e SOF (1994). Citados em: Potter, Junqueira (1998).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de síntese, e com base nos elementos apresentados ao longo do presente ensaio, pode-se afirmar:

- a) O processo de transição da fecundidade em Minas Gerais teria entrado na fase de consolidação de níveis baixos e estáveis, não existindo elementos a sugerir reversão na tendência de queda. Ela se tornou mais lenta apenas porque a fecundidade está em níveis já bastante baixos e sua continuidade vai depender do comportamento do Interior de Minas, e neste universo, do comportamento das regiões menos privilegiadas. Entretanto, dado o peso relativo e o fato da fecundidade nas outras regiões já estar tão baixa e estável, o comportamento do Interior de Minas terá pouca repercussão no que tange a TFT total do Estado.
- b) Se o sistema de saúde vier oferecer um efetivo e eficaz programa de atenção à mulher, é provável que ocorram mudanças no *mix* contraceptivo com mínimas alterações no nível da fecundidade. Ao atender as demandas de saúde reprodutiva, métodos alternativos à esterilização seriam oferecidos e a população os usaria desde o início da vida reprodutiva diminuindo a fecundidade não desejada e permitindo a gravidez no momento mais adequado ao ciclo de vida de cada mulher/casal/família. Nisto, deverá ter papel importante a estrutura social, via melhor educação, maior independência da mulher, maior presença da mídia, *etc.* Acredita-se que a esterilização provavelmente não diminuiria substancialmente, tendo em vista a mencionada cultura da esterilização e a experiência de outros países, principalmente os desenvolvidos, onde a esterilização (inclusive a masculina) tende a marcar presença.
- c) Os elementos apresentados, sugerem às autoras, que, no binômio intenção reprodutiva/contracepção, o primeiro teria maior determinação na definição do comportamento reprodutivo, o segundo, apenas, tenderia a melhorar sua performance em função da capacidade das mulheres aumentarem o '*poder*' de implementar suas preferências reprodutivas.
- d) O nível de reposição anunciado por estas taxas, ou a capacidade de Minas continuar com um crescimento positivo da população poderá ser modificado em função do domínio dos níveis da mortalidade e do poder de atração ou expulsão de contingentes migratórios do Estado.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁVILA, M. B. *PAISM, um programa de saúde para o bem-estar de gênero*. Recife: SOS Corpo, 1993.
- BEMFAM-DHS (1997). *Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde*. Rio de Janeiro, 1996.
- BERQUÓ E. S. Brasil, um caso exemplar a espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. *Estudos feministas*, v. 1, n. 2, p. 366-381, 1993.
- BONGAARTS, J. The measurement of wanted fertility. *Population and Development Review*, v. 16, n. 3, p. 487-506, 1990.
- CAMPANÁRIO, P., YASAKI, L.M. Aspectos Teóricos e Empíricos da Transição da Fecundidade no Estado de São Paulo. In: A Fecundidade da Mulher Paulista. *Informe Demográfico*, São Paulo, Fundação SEADE, n. 25, 1994.
- CURTIS S. L., BLANC A. K. Determinants of Contraceptive Failure, Switching, and Discontinuation: an Analysis of DHS Contraceptive Histories. Demographic and Health Analytical Reports n. 6. Macro Int. Inc. Maryland USA, 1997.
- FERNADES, M. F. M. Planejamento Familiar em populações de baixa renda em Pernambuco: perfil das Instituições. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO, 11, 1998, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: ABEP, 1998. p. 183- 210.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Censos Demográficos de 1980 e 1991*. Rio de Janeiro. ----- . *Estatísticas do Registro Civil, 1990, 1994 e 1995*. Rio de Janeiro, [s.n.t.].
- MERCADO GLOBAL. São Paulo, jan./fev. 1984.
- HORTA, C. J. G. *Estimativas de sub-registro de nascimentos e óbitos infantis em Minas Gerais*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, 1995. (Dissertação).
- OLIVEIRA, B. V. *A fecundidade nas Minas Gerais*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1997. (Dissertação).

- POTTER, J. E., JUNQUEIRA, A. C. Clientelismo e Esterilização no Nordeste Brasileiro – 1986-1995). In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO, 11, 1998, Caxambu. *Anais...* Belo Horizonte: ABEP, 1998. p 151-182.
- SAWYER, D. O. *et al. Projeção Populacional, por Sexo e Grupos Quinquenais, das Unidades da Federação, Brasil, 1990-2020*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG/PRONEX, 1999. (Mimeogr.).
- OLIVEIRA, V. B., WONG, L. R. A Fecundidade nas Minas Gerais (1970-1995). In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 8, 1998, Diamantina. *Anais...* Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1998. v. 2, p. 341-380.
- PERPÉTUO, O. I. H: *Esterilização Feminina: A experiência da Região Nordeste, 1980-91*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/FACE/UFMG, 1996. (Tese).
- , WONG, L. L. R. *Long-Term Perspectives on Brazilian Fertility Levels*. 1999. (Paper elaborado para o painel sobre 'Limites inferiores da fecundidade' da National Academy of Sciences).
- SOF (Sempreviva Organização Feminista). *Esterilização feminina*. São Paulo: SOF, v. 1, 1994. (Série Saúde e Direitos Reprodutivos).
- WESTOFF, C., MORENO, L. Reproductive intentions and fertility in Latin America. In: GUZMÁN, J. M., SING, S., RODRÍGUEZ, G. (Orgs.). *The fertility transition in Latin America*. Oxford: Clarendon Press, 1996. p. 242-251.
- WONG, L. R. *Características do comportamento reprodutivo no Centro Oeste – Tendências recentes e perspectivas*. 1999. (Relatório Científico/CNPq).

ANEXOS

1 SOBRE AS ESTIMATIVAS DE NASCIDOS VIVOS COM BASE NO REGISTRO CIVIL E CORRESPONDENTES TAXAS DE FECUNDIDADE PARA MINAS GERAIS (PERÍODO 1992-1996)

O Registro Civil possui, atualmente uma cobertura razoável, mas ainda insuficiente para estimar confiavelmente indicadores demográficos básicos. No caso do registro de nascidos vivos em Minas Gerais existem vários estudos avaliando esta fonte e propondo fatores de correção¹⁰, os mesmos que foram utilizados como referência para estimar os nascimentos em Minas Gerais, tal como apresentado na Tabela A.1.

Tabela A.1

MINAS GERAIS, REGIÃO METROPOLITANA,
MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE E INTERIOR DE MINAS – 1992 A 1996
NASCIDOS VIVOS, CORRIGIDOS SEGUNDO GRUPOS DE IDADE DA MÃE

Lugar de Residência da mãe	Total	Grupos de idade da mãe na ocasião do parto									Fator de correção
		- de 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50 ou +	
1992											
Minas Gerais	326.828	915	48.156	102.051	91.367	52.735	23.534	7.172	826	73	1,12
Região Metropolitana	68.118	158	8.763	20.695	19.838	12.463	4.889	1.185	116	11	1,03
Município de Belo Horizonte	39.454	92	4.672	11.121	11.854	7.841	3.077	734	61	2	1,03
Interior de Minas	258.710	757	39.392	81.356	71.530	40.272	18.644	5.987	710	62	1,15
1993											
Minas Gerais	326.762	943	49.977	102.864	89.860	52.660	22.973	6.661	762	63	1,12
Região Metropolitana	71.088	164	9.676	21.606	20.401	12.778	5.171	1.162	116	13	1,03
Município de Belo Horizonte	40.521	93	5.078	11.723	11.763	7.868	3.234	693	61	8	1,03
Interior de Minas	255.675	779	40.301	81.258	69.459	39.882	17.801	5.498	646	50	1,15
1994											
Minas Gerais	330.256	1064	52.284	103.497	88.963	54.036	22.971	6.648	714	79	1,12
Região Metropolitana	73.204	186	10.627	21.880	20.300	13.460	5.396	1.228	117	10	1,03
Município de Belo Horizonte	40.779	94	5.455	11.457	11.564	8.143	3.281	723	61	2	1,03
Interior de Minas	257.051	878	41.657	81.617	68.664	40.575	17.575	5.420	597	68	1,15
1995											
Minas Gerais	314.371	1149	53.001	96.715	83.147	51.373	22.107	6.191	636	52	1,12
Região Metropolitana	65.269	195	10.247	19.364	17.649	11.829	4.774	1.103	95	12	1,03
Município de Belo Horizonte	32.167	79	4.568	8.938	8.906	6.451	2.606	573	39	6	1,03
Interior de Minas	249.102	954	42.754	77.351	65.498	39.544	17.333	5.088	541	39	1,15
1996											
Minas Gerais	321.376	1364	57.404	97.493	82.771	52.275	23.015	6.352	650	53	1,12
Região Metropolitana	74.138	281	12.377	21.210	19.807	13.314	5.783	1.262	95	9	1,03
Município de Belo Horizonte	38.752	141	5.921	10.351	10.530	7.647	3.412	699	45	5	1,03
Interior de Minas	247.238	1.082	45.027	76.282	62.964	38.961	17.233	5.090	555	44	1,15

Fonte: Dados básicos para 1992/94: IBGE: Registro Civil dos anos indicados. Para 1995/96: Tabelas do Registro Civil facilitadas pelo IBGE/DEPIS.

10 Entre os mais recentes, por exemplo, veja-se: Horta (1995) e Oliveira (1997).

Para o total do Estado, as estimativas de Horta (1995) e Oliveira (1997), sugerem uma cobertura destes eventos entre 70 e 80% para anos anteriores a 1991, com ligeira tendência temporal a diminuir. Assim, estabeleceu-se para os anos 90, em Minas Gerais uma cobertura aproximada nunca superior a 90%. Sabendo que esta cobertura é diferencial ao longo do território do Estado, considerou-se que, esta seria praticamente completa a RM Esta afirmação apóia-se nas avaliações feitas pelo segundo autor mencionado e pela evolução da cobertura de um outro sistema de captação de nascimentos: o SINASC, o que levou a estabelecer a cobertura para a RM em torno de 97%. Dado que não existem elementos firmes para diferenciar a RM do município sede, admitiu-se que este último, possui uma cobertura similar à obtida para a RM Como complemento deste diferencial, obteve-se a estimativa da cobertura para o resto de Estado, em torno de 85%.

Tabela A.2

MINAS GERAIS, REGIÃO METROPOLITANA, MUNICÍPIO SEDE E INTERIOR DE MINAS 1992 A 1996: TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL (TFT) E TAXAS ESPECÍFICAS POR IDADE (POR MIL)

Taxas	Minas Gerais	Região Metropolitana	Município de Belo Horizonte	Interior de Minas
1992				
TFT	2,38	2,04	1,99	2,49
15 a 19	59,14	48,59	44,94	62,16
20 a 24	138,74	117,21	106,08	145,56
25 a 29	131,70	114,60	114,45	137,38
30 a 34	84,21	78,66	83,09	86,10
35 a 39	43,60	36,47	38,00	45,95
40 a 44	16,36	11,13	11,12	18,04
45 a 49	2,35	1,42	1,17	2,62
1994				
TFT	2,34	2,11	2,05	2,42
15 a 19	61,82	54,56	50,01	64,02
20 a 24	139,32	120,01	108,95	145,63
25 a 29	128,66	117,08	115,34	132,54
30 a 34	82,80	81,32	84,90	83,31
35 a 39	40,10	37,51	38,87	40,98
40 a 44	14,05	10,52	10,28	15,21
45 a 49	1,89	1,30	1,09	2,07
1996				
TFT	2,22	2,05	1,93	2,28
15 a 19	65,34	58,83	51,74	67,39
20 a 24	129,95	112,67	98,13	135,74
25 a 29	120,11	114,05	108,50	122,16
30 a 34	76,86	76,99	78,45	76,82
35 a 39	37,87	37,46	38,80	38,01
40 a 44	12,44	9,85	9,32	13,30
45 a 49	1,60	0,96	0,76	1,81

Fonte: Ver texto neste Anexo.

Duas observações são necessárias com relação a esta proporção média. Em primeiro lugar, certamente ela inclui populações com diversos graus de cobertura. Para anos anteriores a 1990, o intervalo oscilava entre aproximadamente 50% (como exemplo, para Jequitinhonha e sua correspondente Macrorregião de Planejamento) e mais de 85% (correspondente à Macrorregião Metalúrgica e Sul de Minas). Em segundo lugar, considere-se, também, o pouco peso populacional das áreas com maior sub-registro: as regiões ao Norte de Minas, que é onde, no geral estão localizadas, representa, grosso modo, menos de 20 % do total da população mineira.

Finalmente, os dados assim corrigidos permitiram o cálculo das taxas por idade e da TFT tal como apresentadas na tabela A.2. A população feminina foi estimada a partir dos censitários de 1991 e da Contagem populacional de 1996.

2 SOBRE AS AGRUPAÇÕES FEITAS COM OS DADOS DA PNDS/96 PARA MINAS GERAIS

a) Sobre o local de residência: Está definido em função do tamanho do aglomerado no qual reside a mulher. Os dados são apresentados para três categorias:

- *Cidade capital e grandes cidades*: na amostra da PNDS compreende a região metropolitana de Belo Horizonte e cidades de 500.000 e mais habitantes.
- *Cidades médias, pequenas e povoados*: Compreende o resto de aglomerados urbanos. É uma agregação de duas categorias definidas na PNDS.
- Área rural.

b) Sobre a classificação socioeconômica utilizada

Como *proxy* do estrato social, foi utilizada uma escala socioeconômica desenvolvida pela Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado para o estudo do mercado consumidor no Brasil¹¹. Esta escala busca definir classes socioeconômicas segundo variáveis capazes de discriminar grupos sociais no processo de consumo. A idéia subjacente é que a aptidão

11 A metodologia utilizada pode ser vista em *Mercado Global*, jan./fev. 1984. Ela foi adaptada a fontes similares à PNDS/96, como a Pesquisa de Demografia e Saúde do Nordeste de 1991 (Perpétuo, 1995), mostrando resultados bastantes coerentes.

para o consumo implica não apenas em ter poder aquisitivo mas também condições culturais e de estilo de vida que predisponham ao consumo.

A escolha das variáveis para compor essa escala foi baseada numa pesquisa específica que coletou dados sobre a renda familiar, posse de determinados bens de consumo, condições de moradia e educação, entre outros. Estas variáveis foram submetidas a análises de regressão *stepwise*, para determinar sua correlação com a variável renda familiar. Para a presente aplicação, a escala socioeconômica foi constituída como a soma ponderada dessas variáveis, sendo o peso de cada uma delas proporcional ao seu coeficiente na regressão múltipla, conforme o quadro a seguir:

Sistema de pontos									
Grau de instrução do marido	Pontos	Posse de bens e/ou serviços no domicílio							
		Item	Não tem	Tem					
				1	2	3	4	5	6+
Analfabeto ou primário incompleto	0	Televisor	0	2	4	6	8	10	12
		Rádio	0	1	2	3	4	5	6
Primário completo/ginásial incompleto	3	Banheiro	0	2	4	6	8	10	12
Ginásial completo/colegial incompleto	5	Automóvel	0	4	8	12	16	16	16
Superior completo	10	Empregada	0	6	12	18	24	24	24
		Aspirador de pó	0	5	5	5	5	5	5
		Máquina de lavar	0	2	2	2	2	2	2

Foram estabelecidas 5 classes a partir da pontuação total do domicílio, tal como segue:

Classe A	35 ou mais pontos
Classe B	21 a 34 pontos
Classe C	10 a 20 pontos
Classe D	5 a 9 pontos
Classe E	0 a 4 pontos

Exemplificando: um domicílio no qual o marido tenha grau de instrução superior completo, que tenha uma empregada, dois aparelhos de televisão, dois rádios, um automóvel, uma máquina de lavar, um aspirador de pó e dois banheiros obtém 37 pontos, sendo classificado, portanto, como pertencendo à classe A.

Outro domicílio no qual o marido tenha grau de instrução ginásial, exista um banheiro, uma máquina de lavar, um aparelho de televisão e dois de rádio, obtém 9 pontos, sendo classificado na classe D.

3 TABELA RELATIVA AO USO DE CONTRACEPTIVOS EM MINAS GERAIS

DISTRIBUIÇÃO RELATIVA DA PREVALÊNCIA ANTICONCEPCIONAL
POR TIPO DE MÉTODO (MULHERES CASADAS DE 15 A 49 ANOS EM 1996)

	Tipo de método				
	Não usa	Esterilização	Pílula	Outro método moderno	Tradicional
Residência					
Capital e cidades grandes	20,1	43,1	19,0	13,2	4,6
Cidades médias e povoados	24,1	34,7	23,1	10,8	7,3
Áreas rural	28,2	32,8	17,6	7,6	13,7
Idade					
15-19	41,7	0,0	45,8	12,5	0,0
20-24	40,3	13,4	40,3	4,5	1,5
25-29	27,9	17,2	32,0	14,8	8,2
30-34	16,2	37,0	27,3	12,3	7,1
35-39	14,0	52,2	11,8	11,8	10,3
40-44	24,6	47,5	5,1	11,9	11,0
45-49	29,6	51,9	7,4	4,9	6,2
<i>Total</i>	<i>23,9</i>	<i>36,5</i>	<i>20,9</i>	<i>11,0</i>	<i>7,7</i>

	Mix dos métodos entre as mulheres que praticam contracepção					
	Esterilização	Pílula	Outro método moderno	Tradicional	Total	Esterilização e pílula
Residência						
Capital e cidades grandes	54,0	23,7	16,5	5,8	100,0	77,7
Cidades médias e povoados	45,7	30,5	14,2	9,6	100,0	76,2
Áreas rural	45,7	24,5	10,6	19,1	100,0	70,2
Idade						
15-19	0,0	78,6	21,4	0,0	100,0	78,6
20-24	22,5	67,5	7,5	2,5	100,0	90,0
25-29	23,9	44,3	20,5	11,4	100,0	68,2
30-34	44,2	32,6	14,7	8,5	100,0	76,7
35-39	60,7	13,7	13,7	12,0	100,0	74,4
40-44	62,9	6,7	15,7	14,6	100,0	69,7
45-49	73,7	10,5	7,0	8,8	100,0	84,2
<i>Total</i>	<i>47,9</i>	<i>27,5</i>	<i>14,4</i>	<i>10,1</i>	<i>100,0</i>	<i>75,5</i>

Fonte: Micro dados da PNDS/96.

Branca