

Juliana Vasconcelos de Souza Barros

**Medindo a saúde reprodutiva segundo o
tipo de união na América Latina:
indicadores sintéticos para Brasil e México**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2012

Juliana Vasconcelos de Souza Barros

Medindo a saúde reprodutiva segundo o tipo de união na América Latina: indicadores sintéticos para Brasil e México

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Demografia 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 Mestre em Demografia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Laura Lúcia Rodríguez Wong

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2012

Folha de Aprovação

Ao Diogo

À minha família

O senhor... Mire e veja: o mais importante e bonito, no mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão.

*João Guimarães Rosa – Grande Sertão:
Veredas*

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos que estiveram presente durante a realização do meu mestrado, tão importante para mim. Fazer o mestrado exigiu alguns sacrifícios, mas trouxe consigo inúmeras conquistas, ensinamentos e amigos.

Agradeço, primeiramente, a querida professora Laura Wong. Ela foi fundamental para a minha formação. Coube a ela a tarefa de me orientar tanto na graduação como no mestrado e o fez com grande sabedoria. Sempre disponível, disposta a me ajudar qualquer que fosse o momento em que a procurasse, me ensinou muito sobre Demografia. Seus conselhos tornaram esta dissertação muito melhor e, mesmo longe, ela não deixou de me orientar em nenhum instante. Laura, te agradeço imensamente pelo cuidado, pelo carinho e pela amizade. Levarei seus ensinamentos por toda vida.

Agradeço também às professoras Paula Miranda-Ribeiro, Ana Paula Verona e Andréa Branco Simão por aceitarem participar da banca examinadora e contribuir, com seus comentários, para a melhoria desta dissertação.

Não posso me esquecer de agradecer ao corpo docente do Cedeplar, pela competência e disponibilidade. Aos professores de Demografia, muito obrigada por compartilharem seus conhecimentos e se dedicarem de forma tão bela à docência. Agradeço ainda a todos os funcionários da Secretária de Pós-Graduação, pela presteza e disponibilidade para fornecer informações e resolver os problemas, e aos funcionários da FACE.

Agradeço também aos meus colegas da Coorte 2010, Alane, Angelita, Breno, Bruna, Charles, Daniane, Ingrid, Márcia, Marília, Roberta e Tatiana, e à Gabriela, pelos momentos compartilhados. Pelos estudos conjuntos, pelo apoio nos momentos mais difíceis do mestrado, pela ajuda nos exercícios e trabalhos, pelas alegrias, saídas e amigos oculto. Agradeço também aos demais colegas de Cedeplar que contribuíram de algum modo para minha formação.

Agradeço aos velhos e novos amigos, simplesmente por serem companheiros. Mesmo que a vida mude, que não estejamos mais tão próximos, a alegria dos momentos compartilhados sempre me acompanharão.

A meus pais, José e Fanny, meus irmãos, Manuela e Rafael, Rodrigo e meus sobrinhos Victor Henrique e Maria Luisa, muito obrigada pelo amor incondicional mesmo nos momentos em que os estudos consumiram grande parte do meu tempo. Obrigada por sempre me apoiarem e me incentivarem em minha vida acadêmica. Aos meus avós, tios e primos, agradeço pelo incentivo.

Agradeço ao meu amor, Diogo. Obrigada pela presença, compreensão, conselhos e apoio durante o mestrado. Pelo amor, amizade, carinho, cuidado e companheirismo em todos esses anos. Obrigada por tudo, por sempre.

Obrigada, Deus, por colocar pessoas tão especiais em minha vida e por me ajudar em todos os momentos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ASPECTOS CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 A nupcialidade na América Latina	19
2.1.1 A nupcialidade no Brasil	26
2.1.2 A nupcialidade no México	29
2.2 Saúde reprodutiva	31
2.3 Indicadores de saúde reprodutiva	37
2.3.1 Saúde materna	38
2.3.2 Fecundidade adolescente	39
2.3.3 Prevalência contraceptiva	41
2.3.4 Demanda insatisfeita por planejamento familiar, implementação das preferências reprodutivas e fecundidade não desejada	42
3 DADOS E MÉTODOS	45
3.1 Dados	45
3.1.1 Fonte de dados	45
3.1.2 Variáveis	47
3.2 Método	48
3.2.1 Análise descritiva	48
3.2.2 Indicador síntese	49
4 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES E INDICADORES DE SAÚDE REPRODUTIVA SEGUNDO O TIPO DE UNIÃO	50
4.1 Perfil das mulheres em cada tipo de união	50
4.2 Indicadores de saúde reprodutiva	56
4.2.1 Saúde materna	57
4.2.2 Fecundidade adolescente	59

4.2.3 Prevalência contraceptiva	62
4.2.4 Demanda insatisfeita por planejamento familiar.....	66
4.2.5 Implementação das preferências reprodutivas.....	70
4.2.6 Fecundidade não desejada	72
4.3 Considerações sobre o perfil de saúde reprodutiva segundo o tipo de união .	73
5 INDICADOR SÍNTESE	76
5.1 Sistema de pontos.....	77
5.2 Resultados	79
5.2.1 Saúde materna.....	79
5.2.2 Fecundidade adolescente	80
5.2.3 Capacidade de implementação das preferências reprodutivas	82
5.3 Ponderação e indicador síntese	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXOS	101

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – Percentual de mulheres por nível de escolaridade e número médio de anos de estudo, por tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009	51
GRÁFICO 1 – Distribuição percentual por idade das mulheres segundo o tipo de união, com indicação da idade média, por nível de escolaridade. Brasil, 2006	52
GRÁFICO 2 – Distribuição percentual por idade das mulheres segundo o tipo de união, com indicação da idade média, por nível de escolaridade. México, 2009.....	52
TABELA 2 – Percentual de mulheres segundo relação de parentesco com o responsável pelo domicílio, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	54
GRÁFICO 3 – Percentual de mulheres que trabalham, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009	55
TABELA 3 – Indicadores selecionados de acesso a serviços de atenção pré-natal, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009	58
TABELA 4 – Proporção de mulheres entre 15 e 19 anos que tiveram filho, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	60
TABELA 5 – Percentual de mulheres entre 15 e 19 que não utilizou método contraceptivo na primeira relação sexual e idade mediana à primeira relação sexual de mulheres entre 15 e 19 anos, 25 e 29 anos e 45 e 49 anos, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	61
GRÁFICO 4 – Método contraceptivo que a mulher usa atualmente, por escolaridade e tipo de união	64
FIGURA 1 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres casadas, por nível de escolaridade. Brasil, 2006	67
FIGURA 2 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres em união consensual, por nível de escolaridade. Brasil, 2006	67

FIGURA 3 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres casadas, por nível de escolaridade. México, 2009.....	68
FIGURA 4 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres em união consensual, por nível de escolaridade. México, 2009.....	68
GRÁFICO 5 – Demanda insatisfeita por contracepção, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	69
TABELA 7 –Número médio de filhos sobreviventes e número ideal médio de filhos para mulheres entre 40 e 49 anos e diferença absoluta e relativa entre sobreviventes e ideal, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	71
GRÁFICO 6 – Percentual de mulheres com gravidez não desejada, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	73
TABELA 8 – Componentes do indicador síntese e pontuação atribuída.....	77
TABELA 9 – Pontuação relativa aos indicadores de saúde materna, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009.....	79
TABELA 10 – Pontuação relativa aos indicadores de fecundidade adolescente, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009.....	81
TABELA 11 – Pontuação relativa aos indicadores de prevalência contraceptiva, demanda insatisfeita por planejamento familiar e fecundidade não desejada, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009.....	82
TABELA 12 – Pontuação média ponderada e indicador síntese, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009.....	84

RESUMO

Na América Latina, reconhecia-se, até muito recentemente, dois tipos de união: casamento formal e união consensual, sendo esse último tradicionalmente mais prevalente entre grupos menos favorecidos social e economicamente. No entanto, atualmente co-existiria na região um certo tipo de união semelhante às denominadas coabitações, comum em contextos de Segunda Transição Demográfica, muito embora elas ainda apareçam como uniões consensuais nas estatísticas latino-americanas. Esta dissertação avalia a situação dos diversos tipos de união com relação à saúde e direitos reprodutivos, utilizando dois países da América Latina: Brasil e México. A hipótese central assume que as mulheres em união consensual não estariam sempre em desvantagem em comparação às mulheres casadas formalmente. Aquelas que se aproximam mais do padrão das coabitações teriam melhor acesso à saúde reprodutiva e melhores condições de exigir respeito aos direitos reprodutivos. Utiliza-se como referência os indicadores propostos na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: saúde materna, fecundidade adolescente, prevalência contraceptiva e demanda insatisfeita por planejamento familiar. Primeiramente, realiza-se a descrição do perfil de mulheres em cada tipo de união e dos indicadores de saúde reprodutiva, com base em dados de pesquisas nacionais de demografia e saúde, realizadas em 2006 e 2009 no Brasil e México, respectivamente. Propõe-se, ainda, um indicador síntese para facilitar a comparação entre os países. Optou-se por um recorte segundo a escolaridade para controlar os efeitos socioeconômicos. Os resultados apontam a educação como principal fator determinante das diferenças no acesso à saúde reprodutiva. Entretanto, alguns achados sugerem que, entre as mulheres mais educadas, aquelas que se encontram em união consensual parecem se encaixar no perfil de mulheres que pertenceriam à Segunda Transição Demográfica, demonstrando um perfil relativamente melhor de acesso à saúde reprodutiva e com maior capacidade de exigir respeito aos direitos reprodutivos.

Palavras-chave: indicadores de saúde reprodutiva, direitos reprodutivos, tipo de união.

ABSTRACT

In Latin America, until recently, it was recognized two types of union: formal marriage and consensual union, the latter being traditionally more prevalent among socio-economically disadvantaged groups. However, currently co-exist in the region a certain type of union similar to the so-called cohabitation, which is a common pattern in the context of the Second Demographic Transition, although they remain labeled as consensual unions in Latin American statistics. This Master's thesis assesses the status of the types of union with regard to health and reproductive rights, using two Latin American countries: Brazil and Mexico. The central hypothesis assumes that women in consensual union would not be always at a disadvantage compared to formally married women. Those who are closer to the pattern of cohabitation would have better access to reproductive health and be able to demand respect for reproductive rights. It is used as a reference the indicators proposed at the International Conference on Population and Development and the Millennium Development Goals: maternal health, adolescent fertility, contraceptive prevalence and unmet demand for family planning. First, we make a statistical description of the profile of women in each type of union and a description of the reproductive health indicators, with data of national demographic and health surveys conducted in 2006 and 2009 for Brazil and Mexico, respectively. It is also proposed a synthetic indicator to facilitate comparison between countries. We chose to select according to women's educational level in order to control the socio-economic effects on access to reproductive health. The results suggest that education is the main factor to determine differences in access to reproductive health. However, among more educated women, those who are in consensual unions seem to fit in the profile of women who belong to the Second Demographic Transition, showing a profile of relatively better access to reproductive health and greater ability to demand respect to reproductive rights.

Keywords: Reproductive health indicators, reproductive rights, type of union.

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação realiza uma análise dos diferenciais de saúde reprodutiva segundo o tipo de união, utilizando dois países latino-americanos como exemplo, Brasil e México. Como marco de referência, utiliza-se as determinações propostas na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (1994) e nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para avaliar o grau de acesso universal à saúde reprodutiva e o cumprimento dos direitos reprodutivos. Assim, pretende-se verificar se há diferença no acesso à saúde reprodutiva e no exercício dos direitos reprodutivos entre mulheres casadas formalmente e em união consensual, e, principalmente, dentro do grupo de mulheres em união consensual. O interesse em identificar perfis diferenciados nesse último grupo justifica-se pelo fato de que haveria um novo perfil de mulheres adotando a união consensual, semelhante ao dos países que vivenciarão a chamada Segunda Transição Demográfica, contrário ao daquelas que tradicionalmente adotam uniões consensuais na América Latina.

Na América Latina, as uniões consensuais seriam mais comuns entre as camadas menos favorecidas da população, representando uma opção aos custos e aos trâmites burocráticos relacionados à formalização da união (CASTRO MARTÍN, 2001). Assim, as uniões consensuais na região têm uma conotação distinta das uniões não formalizadas existentes nos países que estariam vivenciando a Segunda Transição Demográfica. Nesses países, esse tipo de arranjo nupcial é denominado coabitação e resultaria de mudanças na forma de pensar e agir engendradas por valores modernos como o individualismo, secularismo, autonomia e emancipação feminina, sendo adotado pelos setores com melhores condições socioeconômicas.

Captar esses dois perfis diferenciados de mulheres em união consensual, no entanto, é uma tarefa difícil. A dificuldade reside no fato de que, nas estatísticas disponíveis sobre nupcialidade, essas uniões “modernas”, similares à coabitação, ainda aparecem como a união consensual “tradicional”, comum na América Latina. Ou seja, elas se confundem com as uniões consensuais propriamente

ditas, se tornando difícil distingui-las. No entanto, a emergência desse outro perfil de mulheres em união consensual seria uma realidade nos países latino-americanos e teria uma origem similar às mudanças observadas na Europa, como aponta a literatura sobre o assunto (Quilodrán, 1999; Castro Martín, 2001; CEPAL/CELADE, 2002; Garcia e Rojas, 2002; Rodríguez, 2005).

Nesta dissertação, o tipo de união e o perfil duplo identificado entre as mulheres vivendo em união consensual são discutidos em interface com a saúde reprodutiva. O objetivo é analisar os diferenciais de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, acompanhando as discussões a propósito de ações e compromissos estabelecidos em documentos como o Plano de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, e no projeto Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), entre as mulheres casadas formalmente e as mulheres em união consensual no Brasil e no México. Ademais, como haveria um novo perfil de mulheres aderindo a um tipo de união que não passa pela formalização do casamento, e que nas estatísticas aparece como união consensual, é preciso que se analise, ainda, os diferenciais dentro do grupo de mulheres em união consensual. Nesse sentido, para se verificar se as possíveis diferenças se devem de fato ao tipo de união, faz-se um recorte das mulheres por escolaridade. A escolaridade é um importante diferencial entre as mulheres em cada tipo de união e mesmo dentro dela. As mulheres casadas formalmente possuem maior escolaridade do que aquelas em união consensual e, entre as mulheres consideradas em união consensual, aquelas que adotariam uma união não formal devido a um comportamento moderno são mais escolarizadas do que as que adotam uma união consensual tradicional (Quilodrán, 1999; Garcia e Rojas, 2002; Rodríguez, 2005). O nível educacional, dessa forma, funciona como uma variável de controle das características socioeconômicas dessas mulheres e que estão fortemente associadas com o tipo de união que elas adotam.

A hipótese deste trabalho é de que a união consensual se apresentaria como uma forma de união mais comum para mulheres menos favorecidas, refletindo o caráter tradicional desse tipo de união na América Latina. Essas mulheres, portanto, teriam menores condições de exigir o respeito aos seus direitos

reprodutivos, uma vez que possuiriam menor conhecimento de seus direitos, falta de informação sobre onde conseguir serviços de saúde reprodutiva, menor empoderamento, etc. Por outro lado, a união consensual seria ainda uma opção para mulheres com comportamentos de vanguarda na sociedade, com perfil próximo ao modelo europeu de coabitação. Elas, portanto, teriam maior capacidade de exigir o respeito a seus direitos reprodutivos, devido ao maior conhecimento sobre saúde e direitos reprodutivos e ao maior empoderamento dessas mulheres. Já entre as mulheres casadas, o diferencial intragrupo seria menor, pois, por possuírem um perfil mais escolarizado e menos vulnerável socialmente do que as mulheres em união consensual tradicional, teriam maior acesso e conhecimento sobre saúde reprodutiva, além de serem mais empoderadas para exigirem seus direitos. Nesse sentido, para validar tal hipótese, é necessário que se compare os subgrupos criados pelo nível de escolaridade tanto entre as casadas como entre as unidas, para se verificar se as supostas diferenças na saúde reprodutiva se relacionam ao tipo de união ou aos diferenciais socioeconômicos. Para efeitos práticos, nesta dissertação optou-se por denominar *unidas* mulheres que declararam estar em união consensual e *casadas* aquelas que estavam em um casamento formal.

A análise é feita com base nos dados provenientes de pesquisas sobre demografia e saúde realizadas nos dois países. No caso do Brasil, os dados são da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, e, no caso do México, da Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID), realizada em 2009. Ambas as pesquisas contêm questões semelhantes sobre fecundidade, intenções reprodutivas, gestação e parto, saúde materno-infantil, contracepção e outros aspectos relacionados à saúde reprodutiva. Em primeiro lugar, delinea-se o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres em cada tipo de união, para ambos os países. Após essa caracterização, é feita a análise do acesso à saúde reprodutiva e, em certa medida, do exercício dos direitos reprodutivos, segundo os indicadores propostos pelo Plano de Ação da Conferência do Cairo e pelas metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Com base nesses indicadores, é construído um indicador síntese, o qual agrega as variáveis que constituem cada um dos indicadores anteriores em uma única medida, de forma a facilitar a comparação entre ambos os tipos de união,

segundo a escolaridade, para os dois países. Esse indicador síntese não é o objetivo central da dissertação, porém, acredita-se que ele pode trazer grandes contribuições para melhor compreender os diferenciais em saúde reprodutiva.

O Brasil e o México foram escolhidos por representarem um bom exemplo das transformações demográficas vivenciadas no mundo e das dualidades existentes no quadro descrito anteriormente. Ambos os países passaram por um rápido processo de transição demográfica e hoje apresentam uma fecundidade bastante baixa¹ Trata-se, ainda, de dois dos maiores países da América Latina, tanto em população como em território, e que exercem grande influência econômica e política no continente e no mundo. Além disso, são ainda marcados por grandes desigualdades sociais, regionais e econômicas. A trajetória e os acontecimentos históricos em ambos os países também possuem raízes comuns. Não obstante tamanha semelhança, Brasil e México possuem aspectos culturais e costumes significativamente diferentes. A sociedade mexicana está mais atrelada a certos rituais mais tradicionais, como o casamento (Quilodrán, 1999), além de possuir uma grande tradição católica mais forte do que a brasileira, onde o sincretismo religioso é maior. Esse fato faz com que os dois países, apesar de muito semelhantes em aspectos demográficos, se distanciem em alguns sentidos. Dessa forma, a análise comparativa da saúde reprodutiva segundo o tipo de união nos dois países é importante no sentido de acrescentar a influência de aspectos da tradição e cultura sobre a forma de união e seu impacto na saúde reprodutiva.

A definição de saúde reprodutiva e de direitos reprodutivos utilizada nesta dissertação é aquela consolidada na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994. Nessa Conferência, estabeleceu-se que os indivíduos devem possuir meios de exercer controle sobre sua sexualidade e vida reprodutiva. Os cuidados referentes à saúde reprodutiva devem incluir informações sobre planejamento familiar, educação e serviços para pré-natais, partos seguros e cuidados pós-neonatais, aconselhamentos sobre aleitamento materno e cuidados materno-infantil, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis ou relacionadas ao aparelho reprodutivo, informação

¹ A taxa de fecundidade total era, aproximadamente, 1,9 e 2,0 filhos por mulher no Brasil e no México, respectivamente, em 2010 (fonte: www.ibge.org.br e www.inegi.org.mx).

e educação acerca da sexualidade e saúde reprodutiva (UNFPA, 2005; FLÓREZ E SOTO, 2008). Um importante reforço para a consolidação das recomendações da CIPD foi a inclusão do acesso universal à saúde reprodutiva como uma das metas do quinto Objetivo Desenvolvimento do Milênio. As metas estabelecidas pela CIPD e os ODM se complementam e se reforçam, estimulando os países a promoverem políticas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Como bem estabelece a Conferência do Cairo, não pode haver desenvolvimento sem que os indivíduos possuam amplo acesso à saúde reprodutiva de qualidade. Este trabalho se justifica, pois, por realizar uma avaliação do acesso aos direitos reprodutivos estabelecidos em um contexto em que mudanças demográficas importantes vêm ocorrendo. O acesso a tais direitos está, em grande parte, relacionado ao contexto socioeconômico em que as mulheres estão inseridas e, se por um lado, o tipo de união que elas contraem está interligado a esse cenário e, por outro, o perfil das mulheres em cada tipo de união parece estar se modificando, torna-se imprescindível que se estude e se conheça como fica a saúde reprodutiva e o exercício dos direitos reprodutivos nesse novo cenário. Além disso, o baixo nível de fecundidade que se atingiu na América Latina merece ser vislumbrado segundo a ótica dos direitos reprodutivos, com vistas a verificar se os ideais de fecundidade das mulheres estão sendo atendidos ou se há algum tipo de demanda insatisfeita.

A saúde reprodutiva da mulher está intimamente ligada à sua qualidade de vida. Entender a relação entre saúde reprodutiva e qualidade de vida é extremamente importante para avaliar o impacto que a saúde pode ter no bem-estar dos indivíduos. O planejamento da fecundidade proporcionado pelo acesso à saúde reprodutiva e pelos direitos reprodutivos traz benefícios relacionados à liberdade da mulher. Poder realizar seu ideal de fecundidade abre portas para planejar o futuro e permite crescimento econômico (tanto individual como comunitário), redução da pobreza e maior qualidade de vida. A ausência de saúde e direitos reprodutivos está associada a outros problemas como violência de gênero, HIV/AIDS, mortalidade materna, gravidez na adolescência, gestações indesejadas, desconhecimento e falta de acesso a métodos contracepção e

aborto inseguro (CAETANO, 2006). Isto posto, entender os diferenciais no acesso à saúde reprodutiva e aos direitos reprodutivos, segundo o tipo de união, torna-se um importante insumo para orientar políticas voltadas para a saúde da mulher e para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos indivíduos.

A dissertação se constitui de mais cinco capítulos, além deste primeiro capítulo de introdução. O segundo capítulo apresenta uma revisão bibliográfica a respeito da história das uniões na América Latina, com vistas a consolidar a relevância de cada tipo de união na região e nos países em estudo. Apresenta-se, ainda, uma revisão acerca da evolução do conceito de saúde reprodutiva, buscando demonstrar como se chegou a noção de saúde e de direitos reprodutivos que se tem atualmente e que está sendo utilizada neste trabalho. O capítulo três discute os aspectos metodológicos desta dissertação, como as fontes de dados de cada país, as técnicas empregadas para manusear os dados, a descrição estatística dos indicadores propostos na CIPD e nos ODM e a construção do indicador síntese proposto nesta dissertação. O capítulo quatro apresenta uma análise descritiva do perfil das mulheres em cada tipo de união, por escolaridade, e dos indicadores da CIPD/ODM utilizados. Por fim, o quinto capítulo apresenta os resultados referentes ao indicador síntese formulado nesta dissertação, enquanto o sexto capítulo apresenta as considerações finais acerca do trabalho realizado.

2 ASPECTOS CONCEITUAIS: REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta uma discussão teórica acerca dos aspectos abordados nesta dissertação: os arranjos nupciais latino-americanos e o conceito de saúde reprodutiva.

Dada a hipótese de perfis de acesso diferenciado à saúde reprodutiva entre os tipos de união e dentro da união consensual, é importante revisar os aspectos relacionados ao padrão de nupcialidade na América Latina. Desse modo, entender-se-á melhor como se dão esses diferenciais na atualidade e como eles se associam a diferentes graus de acesso à saúde reprodutiva.

É necessário, ainda, considerar as transformações nos conceitos de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos, de maneira a entender o atual sentido holístico e a importância desses dois conceitos para o desenvolvimento e o bem-estar dos indivíduos. Espera-se também que a revisão dos tópicos acima mencionados facilite o entendimento da relação entre nupcialidade – via tipos de união e as diferenças nos perfis de mulheres em cada tipo – e a saúde reprodutiva – via o conceito de acesso aos serviços de saúde reprodutiva e exercício dos direitos reprodutivos.

Este capítulo se divide em três partes. A primeira contempla um apanhado sobre o padrão de nupcialidade latino-americano, com ênfase no Brasil e no México. Já a segunda trata das transformações ocorridas no conceito de saúde reprodutiva. A terceira apresenta os indicadores de saúde reprodutiva utilizados nesta dissertação, os quais foram definidos na mudança de perspectiva sobre a saúde reprodutiva introduzida pela CIPD.

2.1 A nupcialidade na América Latina

A nupcialidade é uma variável demográfica de grande importância, porém, ainda pouco explorada. Em geral, como destacam Goldani Altmann e Wong (1980), os aspectos relacionados à nupcialidade são analisados com vistas a contemplar as

dimensões da fecundidade, como seu padrão, nível e o tempo de exposição ao risco de conceber. Por outro lado, os casamentos formais sempre ocuparam lugar de destaque nas análises sobre nupcialidade, em parte porque as uniões consensuais ainda não são reconhecidas, por muitas instituições, como um status marital propriamente dito. Em relação a esse fato, Lazo (2002) chama atenção para a escassez de questões nas pesquisas brasileiras a respeito da nupcialidade, principalmente sobre recasamentos e uniões consensuais – o que pode, em certa medida, ser estendido para outros países latino-americanos.

Entretanto, o crescimento das uniões informais e as mudanças que vêm ocorrendo nessa esfera merecem ser estudadas e compreendidas pelo impacto que causam em diversas áreas, principalmente na fecundidade. Nesse sentido, pretende-se aqui abordar a história das uniões na América Latina, ilustrando-a com os casos de Brasil e México, com o objetivo de esclarecer como se deu o processo de formação das uniões na região, suas características e perfis associados a cada uma delas. Como união informal, entende-se um casal que vive junto, de maneira permanente, sem que essa união seja reconhecida pelas leis e dispositivos legais ou pela Igreja (Quilodrán, 1999). Os termos união consensual e união livre (tradução livre de “unión libre”, utilizada na literatura de língua espanhola) aparecem como sinônimos na literatura e possuem a mesma definição. A partir dessa diferenciação, é possível dar um passo em direção ao objetivo desta dissertação, qual seja avaliar os diferenciais de saúde reprodutiva segundo o tipo de união.

O padrão nupcial latino-americano é peculiar e se distancia dos demais existentes no mundo (Quilodrán, 1999; Castro Martín, 2001; Garcia e Rojas, 2002; Rodríguez, 2005). Ele se diferencia pela presença marcante das uniões informais como um tipo de união reconhecida e amplamente adotada na formação da família. Ao contrário dos países desenvolvidos, em que esse tipo de união ganhou notoriedade apenas recentemente, devido às transformações que seriam fruto de uma Segunda Transição Demográfica, as uniões consensuais sempre estiveram presentes na formação das famílias latino-americanas.

As uniões consensuais na América Latina ocorrem na região muito antes de se manifestar nos países europeus. Elas têm raízes históricas, ligadas à formação da

sociedade colonial e escravista. Ainda que os antecedentes históricos não sejam exatamente os mesmos em todos os países latino-americanos, eles possuem grandes similitudes que permitem traçar um modelo nupcial com aspectos comuns a todos eles (Quilodrán, 1999). A chegada dos colonizadores vindos da Europa aos países latino-americanos foi marcada por uma tentativa de imposição da cultura e costumes europeus sobre os povos nativos. Destaca-se, assim, a imposição de práticas religiosas cristãs, inclusive do casamento segundo os preceitos da Igreja Católica, com o objetivo de evangelizar os povos nativos. Entretanto, esse projeto teve sucesso apenas parcial, ao menos no que diz respeito ao casamento com anuência eclesiástica (Quilodrán, 2001a).

Os colonizadores, na ausência de mulheres brancas, acabavam por se unir às mulheres indígenas e negras presentes na região. Como muitos já eram casados em sua terra de origem e, segundo as normas religiosas, não poderiam se casar novamente, a solução encontrada foi justamente viver em união informal com essas mulheres. Outros, no entanto, de fato se casavam com as nativas e as negras. As complexas relações oriundas da convivência de indígenas nativos, colonizadores europeus e, posteriormente, escravos negros africanos trouxe maior flexibilidade e tolerância acerca de alguns ritos e tradições católicas. A Igreja teve que se adaptar e fazer concessões diante das particularidades do novo mundo. Houve, assim, a emergência de um padrão dual de nupcialidade, marcado pela coexistência das uniões informais e dos casamentos religiosos, e que sobrevive até os dias atuais (Quilodrán, 1999; Quilodrán, 2001a; Costa, 2004). Apesar do casamento formal ser preferido por grande parte dos indivíduos, apresentando maior proporção de pessoas nesse tipo de união, a quantidade de pessoas em união consensual é bastante significativa e se aproxima, em vários países, ao montante de casadas – alguns países da região, inclusive, possuem maior proporção de pessoas em união consensual.

Não existem dúvidas, assim, da importância das uniões consensuais como tipo de união na América Latina e sua relevância na formação das famílias ainda hoje. Entretanto, apesar de amplamente adotada e reconhecida, as uniões informais nunca desfrutaram do mesmo prestígio dos casamentos formais. Isso se deve, em parte, ao fato da união consensual estar relacionada às condições

socioeconômicas. Esse tipo de união é mais comum entre as camadas mais desfavorecidas da população, principalmente por não requerer nenhum tipo de trâmite legal e por implicar menores custos a curto e longo prazo. As dificuldades impostas pelos trâmites burocráticos exigidos pelo casamento formal e as barreiras no acesso às instituições responsáveis por tal processo, bem como os custos relacionados à celebração e às responsabilidades financeiras associadas a uma separação, por exemplo, estimulam a adoção das uniões informais por parte dos setores menos favorecidos (Castro Martín, 2001).

Segundo Rodríguez (2005), outros fatores contribuem para o padrão nupcial diferenciado da América Latina e para a maior adoção das uniões consensuais entre as camadas populares, além das fraturas associadas à colonização e à escravidão e das restrições econômicas. Para o autor, a cultura ambivalente de responsabilidade familiar feminina e masculina, a debilidade do Estado e as burocracias contribuem sobremaneira para a manutenção de um tipo alternativo de união. Assim, a união consensual é um tipo de união diferente do casamento, cujas divergências implicam em desvantagens para os indivíduos em união consensual. Essas desvantagens podem ser de natureza institucional, com diferenças no tratamento da união livre por instituições oficiais e legislação, como o não reconhecimento de direitos, exclusão de programas assistenciais e invisibilidade da situação conjugal em certas situações, ou de natureza familiar, com relações mais frágeis e inseguras, menos estimulantes e enriquecedoras, de menor duração e estabilidade, menor capacidade de acumulação e proteção e menor bem-estar e desempenho dos membros da família (Rodríguez, 2005).

As uniões consensuais na América Latina se caracterizam, ainda, por uma distinção relevante entre o perfil socioeconômico das mulheres que aderem a cada tipo de união. Em geral, as mulheres em união consensual possuem menor idade média ao se unir do que aquelas que se casam formalmente. Desse modo, é um tipo de união característico de pessoas mais jovens, de forma que a proporção de mulheres unidas diminui conforme aumenta a idade – o que não impede que sejam também verificadas entre mulheres em idades mais avançadas (Quilodrán, 1999; Costa, 2004). Esse fato reflete, em parte, a tendência de formalização das uniões consensuais após certo tempo. A legalização da união

está relacionada, em grande medida, ao desprestígio social e à desvalorização das uniões informais frente ao casamento. A união informal apresenta, ainda, menor estabilidade e grande tendência à dissolução, mesmo quando há a presença de filhos na união (Rodríguez, 2005). Esse acontecimento tem sérias implicações na conformação das famílias, principalmente para o aumento de domicílios chefiados por mulheres, o que compromete o bem-estar e se relaciona a reprodução da pobreza (Castro Martín, 2001).

As mulheres unidas também possuem menor nível de escolaridade, o que as coloca, mais uma vez, em maior situação de vulnerabilidade em relação às casadas. Em relação ao comportamento reprodutivo, parece não haver diferenciais significativos de acordo com a união (Quilodrán, 1999; Castro Martín, 2001; Rodríguez, 2005). A fecundidade das mulheres unidas é praticamente a mesma das mulheres casadas; entretanto as primeiras apresentam uma proporção maior de filhos antes da união. As uniões consensuais são também significativas entre as mulheres que se unem mais de uma vez. Como, em geral, a primeira união tende a ser o casamento formal para a maior parte das mulheres, caso haja uma segunda união (ou mais), essa tende a ser uma união consensual. A inserção no mercado de trabalho também é semelhante entre as mulheres nos dois tipos de união. Entretanto, a natureza da atividade exercida pelas mulheres em união consensual é muito mais precária e com menores salários do que aquelas exercidas por mulheres casadas (Quilodrán, 2001b).

O que se verifica, portanto, é que a união consensual na América Latina constitui um refúgio para casais com condições econômicas e sociais desfavoráveis. Associa-se, ainda, conforme destaca Rodríguez (2005), à menor autonomia da mulher e à cultura machista e tradicional existente na região. No entanto, em períodos recentes, tem-se observado o crescimento da união consensual em países e estratos sociais em que ela era menos frequente, especialmente entre os mais escolarizados. Mesmo entre os países marcados por elevada proporção de indivíduos em união consensual, houve aumento na frequência desse tipo de união em todos os grupos socioeconômicos, principalmente naqueles com maior educação. Assim, vários trabalhos que discutem o padrão nupcial da América Latina têm focado, também, na força motriz por trás do aumento na proporção de

uniões consensuais e da modificação no perfil de indivíduos nesse tipo de união que estariam ocorrendo na região (ver, por exemplo, Quilodrán, 1999; Castro Martín, 2001; Quilodrán, 2001a; CEPAL/CELADE, 2002; Garcia e Rojas, 2002; Garcia e Rojas, 2004; Rodríguez, 2005).

A maioria desses estudos se propõe discutir se a força por trás das mudanças observadas na América Latina seria a mesma que estaria atuando na Europa. A partir de 1960, uma série de mudanças nos padrões de formação da união e conformação da família foi observada em diversos países europeus. Entre essas mudanças, destaca-se a presença crescente das coabitações como uma alternativa para substituir os casamentos, o adiamento das uniões, a procriação pré-marital e o aumento no número de divórcios e de famílias reconstituídas. Por trás dessas modificações, estariam atuando mecanismos de resposta ao autoritarismo e ao controle social exercido pelo Estado e pela religião, bem como uma busca pela auto-realização e pela autonomia individual, o aumento do individualismo e do secularismo e o abandono de normas (como as que regem o casamento, por exemplo). Mudanças no papel da mulher na sociedade também contribuíram de maneira relevante para as transformações observadas na Europa. A maior autonomia, a emancipação econômica e a crescente participação feminina no mercado de trabalho reduziram as desigualdades de gênero e conduziram a aspirações individuais, em relação ao consumo e padrões de vida, cada vez maiores (Van de Kaa, 1987; Lesthaeghe, 1995; Lesthaeghe e Neels, 2002).

Nos países europeus e nos Estados Unidos, deve-se esclarecer, a união consensual é tradicionalmente denominada como coabitação. Segundo Costa (2004), a coabitação nesses locais se assemelha a um casamento experimental, ou seja, antes de se casarem formalmente, as pessoas moram juntas, como um teste. Assim, a coabitação precederia o casamento formal (Smock, 2000; Costa, 2004). Smock (2000) e Xie et al (2003), no entanto, destacam que a coabitação pode assumir outras conotações além de um prelúdio ao casamento, como vem ocorrendo principalmente nos Estados Unidos. Ela tem se tornado uma alternativa ao casamento, no sentido de que a coabitação tem substituído a formalização das uniões – similar ao que ocorre na América Latina.

As mudanças descritas anteriormente constituem o arcabouço teórico da Segunda Transição Demográfica (Van de Kaa, 1987). Essa teoria, no entanto, ainda é controversa, visto que existem diversos estudiosos que contestam se essas mudanças constituiriam de fato uma segunda transição (ver Cliquet, 1991; Coleman, 2004). Entretanto, independente do fato de se poder designar esse conjunto de características diferenciadas como uma segunda transição ou não, tais mudanças existem e trouxeram consigo uma nova forma de pensar, a qual tem influenciado especialmente a nupcialidade. Nesse sentido, diversos estudos sobre o caso latino-americano se apóiam no conjunto de características do que seria uma Segunda Transição Demográfica para tentar elucidar se, na América Latina, as mudanças observadas no perfil de mulheres aderindo à união consensual teriam a mesma natureza das transformações observadas na Europa.

As “uniões consensuais” européias, portanto, teriam um caráter moderno, uma vez que estão relacionadas com mudanças na forma de pensar e agir (influenciadas pelo individualismo, secularismo, autonomia e emancipação feminina). Seriam fruto de uma escolha reflexiva e de um contexto de características socioeconômicas favoráveis – como uma maior escolaridade (Garcia e Rojas, 2002). O aumento da proporção de uniões consensuais entre mulheres de alta escolaridade, observado recentemente na América Latina, poderia, portanto, ser um reflexo da difusão do modelo europeu e da chamada Segunda Transição Demográfica – a qual, apesar de ainda estar circunscrita aos países desse continente, conforme destaca CEPAL/CELADE (2002), não é impossível que chegue a outras regiões, como já aconteceu com outros fenômenos. Garcia e Rojas (2002) argumentam que as diversas transformações pelas quais grande parte dos países latino-americanos passaram, como a queda da mortalidade e fecundidade, o aumento da escolaridade, da participação feminina no mercado de trabalho e da urbanização, podem ter contribuído para uma mudança nas ideias e valores, perda de importância da Igreja, crescimento de um processo de individuação e autonomia feminina e separação entre vida sexual e reprodutiva. Esse fato, por sua vez, em consonância com o que vem ocorrendo na Europa, teria influenciado o aumento da união consensual entre as camadas mais favorecidas da população latino-americana.

Entretanto, quando se trata de América Latina, em que as transformações no perfil de indivíduos em união consensual são recentes e ainda estão em curso, torna-se difícil distinguir entre comportamento tradicional e novas formas de viver de uma parcela privilegiada da população. Entre essas duas esferas, existem limites difusos, onde a substituição do casamento pela união consensual não necessariamente representa um comportamento moderno (Rodríguez, 2005). Conforme destaca Quilodrán (1999), é a possibilidade de escolher, de maneira reflexiva, contrair uma união consensual (e não adotá-la por falta de opção) que distingue a união livre moderna da tradicional.

O que se conclui, assim, é que alguns países latino-americanos começam a acenar com algumas mudanças em direção ao que seria uma Segunda Transição Demográfica, sendo difícil, no entanto, que essas mudanças estejam de fato em curso devido a fatores como autonomia e emancipação feminina (Garcia e Rojas, 2002). A presença secular da união consensual na América Latina e sua grande aceitação social, segundo Quilodrán (2001a), facilitam a adoção, na região, de um padrão de uniões similar ao modelo europeu. Assim, ainda se tem a coexistência de uma união consensual tradicional, associada à pobreza e à subordinação feminina na região, com alguns indícios que apontam na direção oposta de emergência de uma união moderna.

Serão apresentadas, a seguir, características do padrão nupcial existente nos dois países que são objetos de estudo desta dissertação, Brasil e México.

2.1.1 A nupcialidade no Brasil

No Brasil, assim como na América Latina, as uniões consensuais sempre foram uma forma de união comum e de grande relevância (Greene e Rao, 1992). A história de colonização e escravidão brasileira está diretamente ligada à emergência das uniões consensuais no país. Elas surgiram como uma alternativa ao casamento formal imposto pela evangelização católica, ao qual muitos negros e muitos brancos que se casavam com índias e negras não tinham acesso devido às restrições da própria Igreja (Greene e Rao, 1992; Costa, 2004).

O casamento religioso, no entanto, sempre fez parte da tradição do país, devido à cultura católica que se estabeleceu com a colonização portuguesa. A união unicamente religiosa desfrutava de grande prestígio na época colonial. Entretanto, a instituição do casamento civil, em 1890, como único com validade legal, trouxe uma inversão dos valores. O casamento civil passou, então, a ser valorizado pelos setores mais ricos da população, como forma de proteção do patrimônio e da herança. Além disso, pesava sobre as camadas mais ricas o componente moral associado ao casamento formal (Quinteiro, 1988). Já o casamento unicamente religioso e a união consensual passaram a ser a opção dos setores mais pobres, como forma de evitar os custos e a burocracia do casamento formal. Greene e Rao (1992) destacam que outros fatores contribuíram para a expansão das uniões informais, além das condições socioeconômicas, como questões ligadas à raça e à distância do local de residência de cartórios e registros civis. Ademais, a ausência de uma regulamentação legal a respeito de dissolução dos vínculos maritais até 1977, quando o divórcio foi instituído, favoreceu a formação de uniões consensuais nos casos de novas uniões (Goldani Altmann e Wong, 1980; Costa, 2004).

Apesar dessa tendência histórica, apenas no Censo Demográfico de 1960 foi incluída a categoria união consensual. Antes dessa data, as categorias “solteira” e “união consensual” eram agrupadas em uma só, impedindo saber corretamente a proporção de mulheres em cada tipo de união. Entretanto, o que se observou, a partir desse Censo, foi o aumento, a cada ano, da proporção de mulheres se declarando em união consensual (Berquó, 1989; Greene e Rao, 1992).

O padrão das uniões no Brasil segue a mesma tendência descrita para a América Latina. As uniões consensuais sempre estiveram associadas aos estratos mais pobres da população. Entretanto, em estudo realizado em 1989, Berquó já chamava atenção para uma parcela significativa de pessoas em união consensual que se distanciava desse perfil – jovens de classes mais favorecidas que viviam em grandes centros urbanos, indicando uma possível ruptura de normas e valores. Quinteiro (1988), da mesma forma, indica que as maiores proporções de pessoas em união consensual pertencem às classes mais pobres e menos escolarizadas, mas o aumento da frequência dessas uniões entre as camadas

médias merece destaque. A autora atribui aos movimentos feministas e à maior troca de informação com países do exterior a responsabilidade pela emergência de novos valores, como o individualismo e o questionamento de normas.

Assim, no Brasil, desde finais dos anos 1980, há indícios de um perfil diferenciado surgindo dentro das uniões que não passaram pelo processo de formalização. Entretanto, conforme demonstram Berquó e Loyola (1984), apud Costa (2004), há preferência pelo casamento formal, uma vez que ele fornece maior segurança econômica, legitimação social e proteção legal. Por outro lado, Quilodrán (2001a) mostra que, nos países em que o casamento é a norma, como no caso brasileiro, tem-se presenciado um aumento do número de uniões consensuais (uma espécie do que ela denominou de “desinstitucionalização” do casamento).

O perfil de mulheres em cada tipo de união, no Brasil, também se assemelha bastante àquele observado na América Latina. A união consensual se associa a um perfil socioeconômico desfavorável em comparação às casadas formalmente. Assim, é entre as mulheres de baixa escolaridade que se verifica a maior incidência de uniões consensuais, o que pode muitas vezes estar correlacionado com seu baixo poder de barganha dentro da união (Greene e Rao, 1992; Costa, 2004). Nas regiões mais pobres do país (Norte e Nordeste) se encontram as maiores proporções de mulheres vivendo em união informal. Miranda-Ribeiro (1993) destaca que as uniões consensuais no Brasil são mais instáveis, de forma que as mulheres nesse tipo de união têm maior risco de descasar. As uniões informais são mais comuns entre mulheres jovens. Quilodrán (2001a) constata que houve, no país, uma diminuição da idade média à primeira união informal. Além disso, a presença de filhos antes do casamento está positivamente associada à união consensual.

Outras evidências, por outro lado, apontam para um duplo perfil de mulheres em união consensual, distante do perfil tradicional. Verifica-se, assim, que as uniões informais possuem maior prevalência na área urbana do que na área rural (Greene e Rao, 1992; Costa, 2004). Greene e Rao (1992) destacam que a maior participação feminina no mercado de trabalho aumenta a probabilidade delas contraírem uma união informal, pois há uma tendência de enfraquecimento das regras do casamento formal, de modo que as mulheres podem optar pela união

consensual. Entre as mais escolarizadas, da mesma forma, parece ser cada vez maior a proporção de mulheres adotando esse tipo de união.

Assim, no Brasil se observa um aumento na nupcialidade devido principalmente ao aumento das uniões consensuais (Quilodrán, 2001a). Entretanto, como no caso da América Latina, não há evidências suficientes para se afirmar que as mudanças observadas seriam parte da chamada Segunda Transição Demográfica. Não obstante, alguns indícios apontam uma mudança no perfil das mulheres em união consensual, o que levaria a coexistência das uniões tradicionais e modernas.

2.1.2 A nupcialidade no México

A história das uniões no México também tem raízes históricas, datadas da época colonial. O modelo matrimonial imposto pelos colonizadores espanhóis seguia as normas católicas e os preceitos da cultura ocidental. A imposição do casamento católico rompeu com a cultura indígena e forçou toda a população a se adaptar a outro estilo de vida, como relações monogâmicas e escolha livre do parceiro. Apesar dos esforços da Coroa e da Igreja para evitar casamentos mistos, as uniões entre espanhóis, indígenas e, posteriormente, negros, eram cada vez mais numerosas. Assim, emergiram inúmeros arranjos nupciais no formato de uniões consensuais, os quais, também no México, estão ligados ao período de colonização (Quilodrán, 2001b).

A presença da cultura católica, ainda hoje, é muito forte no México. Assim, é uma sociedade que valoriza muito os rituais, como o casamento. O casamento religioso, inclusive, exibe maior importância que o civil (Quilodrán, 1999). Apesar de não ser possível afirmar que a união consensual estigmatiza o indivíduo, maior credibilidade está associada ao casamento dentro das leis civis e religiosas.

As uniões consensuais começaram a ser registradas no Censo de 1930, apesar de ocorrerem desde a época colonial. Segundo Garcia e Rojas (2002), as uniões consensuais são menos relevantes no México do que em muitos países da América Central, se assemelhando muito mais aos países do cone Sul da região, onde as uniões informais são menos comuns que nos outros países da parte

central. Entretanto, se observa que a proporção de casamentos já começa a diminuir em favor do aumento das uniões consensuais. De fato, Quilodrán (1999 e 2001) aponta para uma expansão das uniões livres no país.

Um estudo do CONAPO (Consejo Nacional de Población de México), de 1999, apontou mudanças importantes no papel da mulher na sociedade e na família e nas expectativas de realização individual de homens e mulheres. Essas transformações, por sua vez, estariam afetando diversas esferas, inclusive a nupcialidade. A proporção de uniões livres, por exemplo, havia aumentado nos anos anteriores ao estudo. Entretanto, parece haver uma tendência de legalização de parte dessas uniões, conforme observado também na América Latina. Esse estudo aponta, ainda, que as uniões livres são observadas, atualmente, em todos os estratos sociais; porém, a maior incidência desse tipo de união é entre os grupos menos favorecidos da população.

O perfil de mulheres em cada tipo de união no México é bastante similar àquele verificado na América Latina e no Brasil. De forma geral, as mulheres em união consensual apresentam piores condições socioeconômicas em relação às casadas formalmente. Apesar de inseridas no mercado de trabalho, bem como as casadas, as mulheres unidas trabalham mais horas, ocupam cargos de menor prestígio e recebem menores salários. Esse fato pode ser um reflexo da menor escolaridade das mulheres unidas, em comparação com as casadas. As uniões consensuais ocorrem, ademais, mais cedo que os casamentos, de forma que a idade média das mulheres unidas é menor do que a idade média das casadas à primeira união (CONAPO, 1999; Quilodrán, 2001b). As uniões consensuais apresentam, ainda, menor estabilidade que os casamentos, de modo que as mulheres unidas apresentam maior probabilidade de se separarem e se unirem novamente (Quilodrán, 2001b).

O que se conclui é que, no México, o casamento representa a principal forma de união, reunindo maior proporção de mulheres que as uniões consensuais. Entretanto, um aumento das uniões livres começa a alterar o cenário mexicano. Quilodrán (2001a) destaca que houve aumento desse tipo de união em todos os grupos de escolaridade; porém, entre as mulheres mais escolarizadas, esse crescimento foi maior. No caso do México, Garcia e Rojas (2004) constatam que

ainda persiste, na maioria da população, uniões consensuais do tipo tradicional, associadas a um perfil de pobreza, ruralidade e baixa escolaridade. Não obstante, parece estar crescendo a convivência de dois tipos de união consensual: por um lado, a união informal como (falta de) opção frente ao matrimônio, comum entre mulheres de baixa escolaridade, e a união consensual como um prelúdio ou mesmo substituto ao casamento, entre as mulheres mais escolarizadas. Essa coexistência, no entanto, parece estar em estágio menos avançado do que no Brasil.

2.2 Saúde reprodutiva

O conceito de saúde reprodutiva sofreu profundas transformações até meados dos anos 1990 e, desde então, vem se tornando cada vez mais complexo e multidimensional. A importância do acesso pleno à saúde reprodutiva, do mesmo modo, é atualmente bastante discutida e alcança dimensões além da esfera unicamente reprodutiva. Saúde reprodutiva está associada ao bem-estar e qualidade de vida e essa representação vem ganhando mais espaço nas discussões recentes, de forma que o acesso a ela significa melhorar diversos aspectos da vida dos indivíduos.

Entretanto, antes de ser assim reconhecida, a saúde reprodutiva possuía um conceito restrito ao planejamento familiar. O medo da explosão demográfica, entre os anos de 1960 e 1970, causado pela brusca queda da mortalidade e pelos altos níveis de fecundidade, gerou uma grande preocupação com as consequências do rápido crescimento populacional. Surgiram, assim, inúmeros defensores de políticas controlistas, visando à redução da fecundidade. Países desenvolvidos se uniram para defender que políticas de controle da natalidade eram necessárias para que os países do Terceiro Mundo pudessem alcançar o desenvolvimento econômico (sobre o assunto, ver, por exemplo, Berquó, 1998; Corrêa et al, 2003; Caetano, 2006).

A Conferência Mundial de População realizada em Bucareste, no ano de 1974, expressou a preocupação, por parte dos países do Primeiro Mundo, com o crescimento desenfreado da população. Esses países defendiam o

estabelecimento de políticas de planejamento familiar e a difusão de métodos contraceptivos. Nessa época, no entanto, os países do Terceiro Mundo adotaram, muito frequentemente, uma posição pró-natalista, acreditando que o controle da fecundidade imposto pelos países ricos era uma forma de dominação. Eles defendiam que crescimento populacional era uma forma de afirmação da soberania dos países mais pobres e o desenvolvimento econômico viria a partir disso. E o próprio desenvolvimento seria responsável por conter o crescimento (sobre o assunto, ver, por exemplo, Berquó, 1998; Corrêa et al, 2003; Flórez e Soto, 2008).

Nos anos 1980, a preocupação com o crescimento populacional continuou. A Conferência Mundial de População do México, no ano de 1984, defendeu a estabilização da população mundial, como forma de permitir a melhoria das condições de vida nos países em desenvolvimento. Mais uma vez, o planejamento familiar foi colocado como forma de incentivar o desenvolvimento econômico e reduzir a pobreza nesses países. A mulher, nesse contexto, ganhou destaque como promotora do planejamento familiar, influenciando positivamente a vida da família e seu tamanho (Berquó, 1998; Corrêa et al, 2003). Segundo Flórez e Soto (2007), emergiram, nessa época, programas de atenção materno-infantil, os quais atuavam paralelamente ao planejamento familiar.

É nos anos de 1990, no entanto, que ocorre uma profunda transformação no debate existente, quebrando o paradigma que envolvia a questão do crescimento populacional. As visões anteriores sobre crescimento populacional foram superadas e uma nova forma de pensar a díade população–desenvolvimento emerge, articulando essas duas dimensões como processos de “mão dupla” (Berquó, 1998). A Conferência Internacional de Desenvolvimento e População (CIPD), realizada no Cairo em 1994, é, nesse sentido, um marco no que concerne à elaboração e promoção de um novo conceito de saúde reprodutiva. Nessa conferência, os 179 países participantes concordaram que população e desenvolvimento estão intrinsecamente ligados.

Foram discutidas, na CIPD, estratégias para a promoção do bem-estar dos indivíduos e o respeito aos direitos humanos, considerados essenciais para o desenvolvimento das nações. Definiram-se metas a serem atingidas em relação

ao desenvolvimento e consumo sustentável, empoderamento da mulher e igualdade entre os sexos, família, crescimento e estrutura da população, saúde (incluindo prevenção e controle do HIV/AIDS), migração internacional e interna, educação e tecnologia (Nações Unidas, 1995). Entretanto, uma das maiores transformações ideológicas ocorridas nessa conferência foi a mudança do foco puramente econômico que existia sobre o crescimento populacional para a abordagem da questão reprodutiva sob uma ótica mais ampla, voltada para a pauta dos direitos (Corrêa et al, 2003). Como consequência, o planejamento familiar, conforme defendido anteriormente, perde espaço para a promoção dos direitos reprodutivos.

Segundo acordado na CIPD, saúde reprodutiva se refere a um

“[...] state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. Implicit in this last condition are the right of men and women to be informed and to have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of family planning of their choice, as well as other methods of their choice for regulation of fertility which are not against the law, and the right of access to appropriate health-care services that will enable women to go safely through pregnancy and childbirth and provide couples with the best chance of having a healthy infant. In line with the above definition of reproductive health, reproductive health care is defined as the constellation of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health problems [...]” (parágrafo 7.2, Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas. United Nations, 1994).

Ainda na CIPD, acordou-se que todos os indivíduos deveriam ter direito à saúde reprodutiva plena e ter garantidos seus direitos reprodutivos. Os direitos reprodutivos correspondem ao direito do indivíduo decidir o número, o momento e o espaçamento entre os filhos, ao direito de casar voluntariamente e estabelecer família e ainda ao direito de possuir o mais alto padrão de saúde. Assim:

“[...] reproductive rights embrace certain human rights that are already recognized in national laws, international human rights documents and other consensus documents. These rights rest on

the recognition of the basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence, as expressed in human rights documents [...]” (parágrafo 7.3, Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento das Nações Unidas. United Nations,1994).

Os indivíduos devem possuir, portanto, meios de exercer o controle sobre sua vida sexual e reprodutiva². Os cuidados referentes à saúde reprodutiva, segundo as recomendações dispostas na CIPD, devem incluir informações sobre planejamento familiar, educação e serviços para pré-natais, partos seguros e cuidados pós-neonatais, aconselhamentos sobre aleitamento materno e cuidado materno-infantil, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis ou relacionadas ao aparelho reprodutivo, informação e educação acerca da sexualidade e saúde reprodutiva (Nações Unidas, 1995; UNFPA, 2005; Flórez e Soto, 2008). Todas essas definições e recomendações marcaram o Plano de Ação da Conferência do Cairo. Esse documento inclui metas que deveriam ser alcançadas em até vinte anos após a CIPD.

Um importante reforço para a consolidação desse conceito mais abrangente de saúde reprodutiva foi a inclusão do acesso universal à saúde reprodutiva como uma das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Os ODM foram estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000, com o intuito de melhorar as condições de vida, saúde e desenvolvimento, em um prazo de 15 anos, nos países em desenvolvimento (United Nations, 2000; Flórez e Soto, 2007; CEPAL, 2010). No entanto, no compromisso firmado em 2000, entre as metas e os objetivos estabelecidos, nenhum se relacionava com a saúde

² É importante esclarecer que, apesar dos termos “sexual” e “reprodutivo” aparecem quase sempre juntos, eles representam dimensões distintas. É dizer, a atividade sexual não necessariamente implica em reprodução. Ficou definido na CIPD que os indivíduos também têm direito a uma vida sexual segura e satisfatória. Entretanto, nesta dissertação, a dimensão dos direitos sexuais não será abordada por fugir do escopo deste trabalho e também pela insuficiência de dados. Portanto, será considerada exclusivamente a dimensão da saúde e dos direitos reprodutivos para verificar diferenciais no acesso e no respeito a ambos.

reprodutiva de forma mais ampla. O que mais se aproximava era o quinto objetivo, relacionado com a saúde materna, o qual estabelece que a taxa de mortalidade materna deve ser reduzida em três quartos até 2015. Somente em 2006 as Nações Unidas incluíram uma nova meta nesse objetivo, relacionada à saúde reprodutiva, qual seja, garantir acesso universal à saúde reprodutiva até 2015.

Assim, a inclusão dessa nova meta veio corroborar as definições da CIPD de 1994, de forma que ambas se complementam e se reforçam, impelindo os países a promoverem políticas que garantam o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. De fato, as propostas das agendas da CIPD e dos ODM são bastante similares e até se sobrepõem, de modo que não se pode tratar de uma sem abordar a outra (Rios-Neto, 2009). Na realidade, a CIPD possui uma perspectiva mais ampla, de forma que o cumprimento de sua proposta facilita o alcance das metas do milênio.

Os países latino-americanos vêm apresentando progressos em relação à meta de acesso universal à saúde reprodutiva e respeito aos direitos reprodutivos. A maioria implementou políticas e programas nacionais de saúde sexual e reprodutiva que levam em consideração os direitos reprodutivos e as disposições da Conferência do Cairo (Patriota, 2004; CEPAL, 2010; Jiménez et al, 2011). Entretanto, os avanços obtidos ainda não foram suficientes para eliminar os diferenciais históricos de acesso aos serviços de saúde reprodutiva entre os grupos sociais. Muitos países não levaram em consideração, na formulação de suas políticas, as necessidades específicas de cada grupo (Patriota, 2004; Jiménez et al, 2011).

Patriota (2004) destaca que um dos progressos mais significativos em relação à agenda da CIPD, em grande parte dos países da América Latina, foi a revisão dos marcos legais e a adoção de uma legislação que assegura o exercício dos direitos reprodutivos. Não obstante, outros desafios se colocam mesmo para esses países que criaram leis específicas para regulamentar a saúde e os direitos reprodutivos. Por exemplo, a falta de conhecimento e de informação, tanto por parte da população quanto daqueles que devem aplicar as normas, impedem que

o acesso aos serviços de saúde e o respeito aos direitos reprodutivos ocorra de maneira plena, mesmo que existam mecanismos para tal.

Desse modo, em que pesem os progressos feitos pelos países latino-americanos para melhorar a condição da saúde reprodutiva, muito ainda deve ser feito para alcançar as metas fixadas pelo Plano de Ação da CIPD de 1994. É muito provável que o prazo determinado para o cumprimento das metas não seja cumprido. A América Latina apresenta particularidades que interferem na relação entre população e desenvolvimento e, portanto, na realização das metas estabelecidas. Destacam-se, assim, a grande e persistente desigualdade econômica e social vivenciada por todos os países; o avanço desigual de processos demográficos de longa duração, como a transição demográfica e urbana; as diferenças culturais e o tradicionalismo, principalmente em relação a temas como sexualidade, gênero e reprodução; e a debilidade institucional, com papel irregular do Estado em garantir os direitos (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009, p.11).

Sem dúvidas, a CIPD de 1994 e os ODM representam um avanço no que diz respeito às ações voltadas para a saúde reprodutiva. Apesar dos progressos vivenciados na América Latina nesse plano, a persistência das iniquidades entre os diversos grupos é reflexo da violação dos direitos reprodutivos desses segmentos. A região é marcada por fortes desigualdades sociais e econômicas, as quais se reproduzem no acesso aos serviços de saúde. Portanto, não é possível obter grandes avanços nas dimensões da saúde e dos direitos reprodutivos se persistirem os diferenciais entre grupos, sejam essas diferenças econômicas, sociais, demográficas ou regionais. O acesso universal à saúde reprodutiva como direito implica que qualquer pessoa que dele necessite possua meios para fazê-lo. Acesso universal significa acesso equitativo, isto é, pessoas com mesmas necessidades devem possuir o mesmo acesso aos serviços de saúde reprodutiva.

O que se observa é uma grande semelhança entre o perfil de mulheres que apresentam menor acesso à saúde reprodutiva e menor exercício dos direitos reprodutivos e o perfil de mulheres em união consensual descrito no item anterior. Nesse sentido, uma análise mais aprofundada da relação entre saúde reprodutiva

e tipos união pode contribuir com novos elementos para a discussão sobre esse tema na América Latina.

2.3 Indicadores de saúde reprodutiva

Avaliar os avanços em termos da universalização do acesso à saúde reprodutiva é uma tarefa complexa, especialmente pela escolha de quais indicadores utilizar para tal. A saúde reprodutiva, como visto, é um conceito complexo que envolve diversas facetas, de forma que seus indicadores devem contemplar essa especificidade.

Nesse sentido, os órgãos envolvidos no projeto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio propuseram um conjunto de indicadores para mensurar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, referente à redução da mortalidade materna e ao acesso universal à saúde reprodutiva. Esses indicadores são a fecundidade adolescente, saúde materna, prevalência contraceptiva e demanda não satisfeita por planejamento familiar.

Wong e Perpétuo (2011) e Jiménez et al (2011) destacam algumas vantagens e desvantagens desses indicadores. Entre as vantagens, encontra-se a facilidade de se obter esses indicadores para os países latino-americanos, devido à existência de pesquisas de demografia e saúde reprodutiva que contêm tais dados. Entre as desvantagens, tem-se a insuficiência desses indicadores para descrever o quadro mais amplo dos avanços na saúde sexual, uma vez que eles se direcionam mais especificamente para a saúde reprodutiva. No entanto, à luz de tais colocações, julgou-se que tal desvantagem não compromete este trabalho, uma vez que a saúde sexual não é objeto de análise. Assim, tais indicadores são bastante úteis para atender ao objetivo desta dissertação, qual seja, avaliar os diferenciais de saúde reprodutiva segundo o tipo de união.

A seguir, é apresentada uma breve contextualização desses indicadores, sua importância e situação na América Latina.

2.3.1 Saúde materna

A saúde materna está relacionada à atenção e ao cuidado à gravidez e ao parto seguro. Ela deve ser analisada, portanto, sob a ótica do acesso aos serviços de pré-natal (consultas e exames), os quais são, em grande medida, responsáveis pela prevenção e detecção precoce de doenças relacionadas à mortalidade materna. O parto seguro, realizado por profissionais qualificados e em local adequado, também deve ser considerado indicador de saúde materna.

De forma geral, as proporções de cobertura pré-natal têm aumentado em toda a América Latina e essas são maiores nos países com transição demográfica avançada (Flórez e Soto, 2008). Do mesmo modo, houve aumento no número de atendimentos por profissionais qualificados e de partos institucionais. Entretanto, quando se analisa por indicadores mais rigorosos – como um número de consultas mais elevado – ainda se observa um déficit em relação à cobertura pré-natal (CEPAL, 2010).

Os diferenciais de acesso aos serviços de pré-natal estão associados às condições socioeconômicas das mulheres. Tem-se observado, no entanto, uma recente redução nas brechas entre os grupos sociais (Flórez e Soto, 2008; CEPAL, 2010). Assim, a atenção pré-natal adequada, a primeira visita pré-natal realizada nos meses iniciais, o parto institucionalizado e a presença de profissionais qualificados no parto evidenciam que as condições de saúde materna são melhores nos países com transição demográfica avançada e entre as mulheres urbanas e com ensino superior (Flórez e Soto, 2008).

Nesse sentido, existem importantes diferenciais de saúde materna associados às condições socioeconômicas que aumentam se a informação é desagregada por tipo de união, uma vez que essas também têm relação com os atributos socioeconômicos. A gestação e o parto seguros são direitos universais e devem ser respeitados igualmente.

A mortalidade materna, no entanto, ainda é um problema grave que atinge a América Latina. Segundo a Organização Mundial de Saúde, 92% dos casos de mortalidade materna poderiam ser evitados (OMS, 2003). O Objetivo do Milênio

para redução da mortalidade materna é, inclusive, aquele que menor avanço apresentou na América Latina (CEPAL, 2010). Não obstante os esforços empreendidos pela maior parte dos países no que se refere à saúde, ainda há um hiato entre os grupos sociais que tem acesso aos serviços.

A mortalidade materna, conforme aponta a literatura, está vinculada às condições socioeconômicas das mulheres (Flórez e Soto, 2008; CEPAL, 2010; Pitanguy et al, 2010; Jiménez et al, 2011). Dentre as principais causas de mortalidade materna no continente, pode-se citar hipertensão, hemorragias infecções pós-parto e o aborto inseguro (Pitanguy et al, 2010). O aborto inseguro é, de fato, um dos graves problemas relacionados à saúde materna no continente. Muitas mulheres se submetem a procedimentos arriscados para interromper uma gravidez indesejada e acabam falecendo pela precariedade do serviço realizado. Entretanto, o número de abortos realizados e as mortes decorrentes dele são desconhecidos, pois, por ser um procedimento ilegal na maioria dos países, não se tem dados confiáveis ou registros que permitam a mensuração desse fenômeno. Na realidade, todas as causas de mortalidade materna citadas são de difícil mensuração. A indisponibilidade de dados ou sua baixa qualidade tornam complexa a mensuração do real nível da mortalidade materna na América Latina e das causas associadas a ela (Pitanguy et al, 2010; Luizaga et al, 2010). Nesse sentido, este trabalho não abordará tais dimensões.

2.3.2 Fecundidade adolescente

A fecundidade adolescente ainda é uma temática relevante quando se trata de América Latina. A adolescência marca o início do período reprodutivo e de inúmeras transformações na vida da mulher. O acesso à saúde reprodutiva e às informações relativas a essa fase são essenciais para que esse não seja um início traumático e com consequências inesperadas.

A proporção de jovens entre 15 e 19 anos que tem filhos ainda é alta na América Latina e apresenta um comportamento diferenciado em relação à fecundidade total na região. Enquanto as taxas de fecundidade sofreram grande queda em todas as idades, na maioria dos países latino-americanos o ritmo de queda dessa

taxa foi bem menor nas idades entre 15 e 19 anos, aumentando o peso relativo da fecundidade adolescente em relação à fecundidade total (CEPAL, 2010; Rodríguez, 2008).

Uma gravidez nessa fase da vida tem importantes impactos, principalmente quando não desejada, podendo levar uma jovem nessa situação a abandonar os estudos, não conseguir um emprego, ser discriminada pela família e pela sociedade ou mesmo precipitar uma união. A gravidez na adolescência ocorre em maior proporção entre as adolescentes pobres, estando associada à precariedade social, iniquidades de gênero e à reprodução intergeracional da pobreza (Pitanguy et al, 2010). Rodríguez (2008) demonstra que houve uma mudança no perfil das adolescentes grávidas, desvinculando-se daquele da jovem de área rural e sem nenhum grau de educação. Entretanto, ainda há um viés socioeconômico atuando sobre essas adolescentes. Dessa forma, a gravidez continua sendo mais intensa entre os grupos menos favorecidos da população.

Nesse sentido, CEPAL/CELADE/UNFPA (2009) destacam que as mulheres adolescentes possuem maior dificuldade que as adultas para articular seu papel reprodutivo. Assim, as políticas direcionadas para assegurar os direitos reprodutivos das adolescentes não podem ser as mesmas que aquelas destinadas às mulheres de outras faixas etárias. Conforme Rodríguez (2008), ações voltadas para lidar com as altas taxas de fecundidade e gravidezes não desejadas devem, no curto prazo, estar voltadas para o empoderamento dessas adolescentes para que elas possam tomar suas decisões reprodutivas de maneira responsável, através da informação e educação sexual e acesso aos serviços de saúde reprodutiva. No longo prazo, as ações devem ser voltadas para a ampliação das oportunidades educacionais e laborais.

As adolescentes também têm direito a escolher quando e quantos filhos querem ter, bem como acesso aos meios para tal, de forma que elas devem possuir informações e instrumentos para realizar suas escolhas. A garantia dos direitos reprodutivos e do acesso aos serviços de saúde reprodutiva é essencial para o empoderamento dessas jovens.

2.3.3 Prevalência contraceptiva

O indicador de prevalência contraceptiva está relacionado ao conhecimento, uso e acesso aos métodos de contracepção. Os contraceptivos são, atualmente, o determinante próximo da fecundidade que mais contribui para a queda da fecundidade na América Latina (Flórez e Soto, 2008; Wong e Perpétuo, 2011). Isso significa que os contraceptivos são a principal forma de controle da fecundidade utilizada pelos indivíduos. Em 2005, por exemplo, aproximadamente 75% das mulheres casadas na América Latina utilizavam métodos contraceptivos (CEPAL, 2010; Wong e Perpétuo, 2011). Desse modo, é o indicador que apresenta menor diferenciação segundo a escolaridade, a renda e outras características que marcam os outros indicadores – apesar dela ainda existir.

O processo de urbanização e modernização, bem como a emergência de meios de comunicação em massa, contribuíram sobremaneira para a difusão desses métodos e para a ampliação de seu uso por todas as camadas sociais (Flórez e Soto, 2008; Pitanguy et al, 2010). Entretanto, não obstante o acesso quase generalizado, ainda há muitas gravidezes indesejadas. Nesse sentido, apenas o uso de contraceptivo não garante que se está usando o método mais adequado, que ele está sendo utilizado de maneira correta ou que ele é eficaz.

Os tipos de métodos utilizados apresentam variações conforme o país e, por vezes, o estrato social que se analisa. Assim, os países latino-americanos mais atrasados na transição demográfica (principalmente os andinos) e as classes mais pobres tendem a utilizar majoritariamente métodos tradicionais em detrimento aos modernos (CEPAL, 2010; Jiménez et al, 2011). O tipo de método também varia segundo o estado civil. O preservativo masculino é preferido pelas mulheres solteiras, enquanto as casadas e unidas preferem a esterilização e a pílula.

Flórez e Soto (2008) destacam que o conhecimento de métodos anticoncepcionais é quase universal em todos os países da região, com diferenciais por zona de residência e nível escolar. Nos países de transição demográfica avançada, o conhecimento de locais onde é possível obter métodos de planejamento familiar é generalizado em todas as classes sociais. Já entre os

de transição atrasada, esse conhecimento não é homogêneo, com importantes diferenciais por escolaridade. O setor público é a principal fonte onde as mulheres obtêm o método nos países mais atrasados na transição da fecundidade e entre os grupos menos educados e rurais.

O aborto também deve ser considerado quando se fala de prevalência contraceptiva. A falta de acesso a métodos contraceptivos pode levar a gravidezes não desejadas. Essas, por sua vez, podem ser interrompidas por meio do abortamento, na maioria das vezes, inseguro. Porém, como no caso da mortalidade materna, não há dados disponíveis para uma análise mais aprofundada. No entanto, é importante chamar atenção para essa questão.

O que se conclui, desse modo, é que os métodos contraceptivos são amplamente conhecidos e utilizados na América Latina, com diferenciais socioeconômicos menos acentuados do que nos demais indicadores. Entretanto, elas não deixam de existir e estão associadas à menor educação.

2.3.4 Demanda insatisfeita por planejamento familiar, implementação das preferências reprodutivas e fecundidade não desejada

O indicador de demanda insatisfeita por planejamento familiar indica a proporção de mulheres que necessitam de contracepção. Trata-se das mulheres que, apesar de desejarem espaçar ou evitar uma gravidez, não usam contraceptivos, e daquelas mulheres grávidas ou amenorréicas cuja gravidez não foi desejada.

Esse indicador é complementar ao de prevalência contraceptiva, pois o cenário de contracepção pode fornecer uma dimensão da demanda insatisfeita. Mulheres que desejem espaçar ou limitar o número de filhos devem ter acesso aos métodos contraceptivos para tal. Elevadas taxas de prevalência contraceptiva podem, no entanto, não refletir as intenções de fecundidade. Por conseguinte, somente a provisão de métodos contraceptivos, sem se considerar as preferências de fecundidade, não é suficiente dentro do marco de direitos reprodutivos (Jiménez et al, 2011).

A maioria dos países latino-americanos tem diminuído a proporção de demanda insatisfeita por planejamento familiar. O hiato entre os grupos sociais, tanto em relação à zona de residência como à escolaridade, também tem se reduzido na região (CEPAL/CELADE/UNFPA, 2009). Entretanto, as mulheres pertencentes a grupos menos favorecidos economicamente ainda apresentam maior demanda insatisfeita que as demais. A demanda insatisfeita também é maior entre as mulheres de países com fecundidade alta, sendo comum a todos os grupos de idade. Já naqueles países onde o nível de fecundidade é menor, a demanda insatisfeita é maior entre as mais jovens (Flórez e Soto, 2008; Jiménez et al, 2011). Desse modo, mesmo que a proporção de demanda insatisfeita por contracepção esteja diminuindo, a persistência de níveis relativamente altos de necessidade insatisfeita apontam para barreiras no acesso aos serviços de planejamento familiar, especialmente entre as mulheres menos favorecidas socioeconomicamente de países de fecundidade alta.

À essa discussão, está associada a questão da fecundidade não desejada e da implementação das preferências reprodutivas. As estimativas de fecundidade não desejada indicam a extensão na qual se poderia ter, potencialmente, aumento ou redução na fecundidade se as mulheres tivessem sucesso em implementar suas preferências reprodutivas (Wong e Bonifácio, 2009). A diferença entre número ideal de filhos e aquele de fato tido é um importante indicador da realização das preferências reprodutivas. Segundo Hagewen e Morgan (2005), o número ideal corresponde ao número preferido de filhos de uma “família hipotética”.

Deve-se destacar, no entanto, que o indicador de número ideal de filhos é passível de críticas. Hagewen e Morgan (2005) ressaltam que o conceito de família hipotética pode variar conforme as circunstâncias. Por exemplo, a respondente pode tomar como referência de família hipotética uma “família típica”, com dois filhos, e não o número que realmente considera como ideal. Outra crítica diz que esse indicador não seria interessante por não apresentar grandes variações ao longo do tempo. Assim, as respostas sobre ideal de filhos seriam pouco confiáveis. Entretanto, os autores rebatem as críticas, mostrando que existem mudanças no indicador e mesmo sua estabilidade traz contribuições importantes. Da mesma forma, pode-se assumir que a resposta dada sobre o

número ideal é sim o tamanho desejado pela mulher de “família hipotética”. Nesse sentido, não obstante às críticas, há indícios de que o número ideal de filhos é um bom indicador e, portanto, será utilizado nesta dissertação.

De maneira geral, o número de filhos desejado vem diminuindo em todos os países, especialmente naqueles de transição da fecundidade avançada. Entretanto, esse fato não ocorre homogeneamente entre os grupos sociais, de modo que aqueles de alta escolaridade e urbanizados possuem um ideal de filhos menor. Na América Latina, tem-se, de modo geral, uma fecundidade não desejada por excesso, ou seja, o número de filhos tidos é maior do que o desejado. Entre os países com níveis altos de fecundidade e entre os estratos sociais menos favorecidos, a fecundidade não desejada é maior (Flórez e Soto, 2008). Não obstante, muitas mulheres, principalmente aquelas mais escolarizadas, têm fecundidade não desejada por falta, ou seja, elas não estariam conseguindo ter o número de filhos que desejam. Esse fato pode ocorrer pela maior inserção dessas mulheres no mercado de trabalho, os custos de oportunidade de se ter um filho, entre outros.

O direito de ter quantos filhos desejar e quando achar melhor coloca em pauta a questão do acesso aos meios de planejamento familiar para realizar as intenções reprodutivas. Nesse sentido, diminuir as necessidades insatisfeitas ainda é um desafio posto na América Latina, sem o qual o acesso pleno a saúde reprodutiva e o exercício dos direitos reprodutivos são impossíveis.

3 DADOS E MÉTODOS

Este capítulo apresenta os materiais e o método nos quais se basearam as análises desta dissertação. Em primeiro lugar, caracteriza-se as fontes de dados e as variáveis utilizadas para cumprir o objetivo deste trabalho, qual seja, avaliar os diferenciais de saúde reprodutiva segundo o tipo de união. Posteriormente, apresenta-se o método utilizado para realizar tal análise.

3.1 Dados

Nesta seção, apresenta-se uma breve referência sobre os bancos de dados do Brasil e do México, dos quais foram retiradas as variáveis utilizadas neste trabalho. Essas variáveis delimitam o perfil de mulheres em cada tipo de união e compõem os indicadores de saúde reprodutiva analisados nesta dissertação.

3.1.1 Fonte de dados

Os dados utilizados nesta dissertação são provenientes da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) e da Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID)³, fontes de dados que têm por objetivo fornecer dados para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países analisados. Nesse sentido, são relativamente comparáveis entre si, permitindo que as análises transcendam o âmbito nacional.

Os dados para o Brasil foram retirados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada no ano de 2006. A PNDS é uma pesquisa de

³ Informações sobre as pesquisas e download dos bancos de dados e questionários podem ser encontradas, para o Brasil, em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/index.php>> e http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/banco_dados.php e, para o México, em <http://www.inegi.org.mx/sistemas/microdatos2/encuestas.aspx?c=15276&s=est>.

representatividade nacional, cujas entrevistas foram realizadas com mulheres de 15 a 49 anos de idade, das zonas rurais e urbanas das cinco regiões brasileiras, e permite traçar o perfil da população feminina em idade fértil e dos filhos menores de cinco anos dessas mulheres. Ela reúne informações de 14.617 domicílios, com entrevistas de 15.575 mulheres de 15 a 49 anos. Existem 27.477 registros de filhos na história de nascimentos e 6.833 registros na história de gravidezes e perdas. As informações disponíveis nessa base de dados permitem analisar a fecundidade e intenções reprodutivas, atividade sexual e anticoncepção, assistência à gestação e ao parto, morbidade feminina, estado nutricional das crianças, acesso a medicamentos, os micronutrientes e a segurança alimentar nos domicílios (Ministério da Saúde/CEBRAP, 2008). Para esta dissertação, serão utilizados os dados das bases de mulheres, domicílios e história de nascimentos.

Os dados do México, por sua vez, foram retirados da Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada em 2009. A pesquisa possui representatividade nacional (rural e urbano) e por entidade federativa e está dividida em dois módulos: um sobre os domicílios e outro sobre as mulheres, sendo este último dirigido para a população feminina com idade entre 15 e 54 anos. É uma fonte de dados que permite extrair informações sobre o nível e o comportamento dos componentes da dinâmica demográfica – fecundidade, mortalidade e migração. A ENADID 2009 capta informações sobre as características sociodemográficas da população, comportamento da fecundidade, contracepção e preferências reprodutivas das mulheres em idade fértil, história de nascimentos, perfil da mortalidade infantil, saúde materno-infantil, nupcialidade, migração e principais características dos domicílios e famílias mexicanas. Foram entrevistadas 100.515 mulheres de 15 a 54 anos (Instituto Nacional De Estadística y Geografía/INEG, 2009c).

Por se tratar de duas pesquisas que investigam dimensões relativas à saúde reprodutiva, incluindo aspectos sobre preferências e comportamentos reprodutivos, saúde materna e outros, ambas possuem questões semelhantes acerca dessas características. Nesse sentido, é possível selecionar variáveis que

são similares e, portanto, comparáveis, uma vez que mensuram as mesmas dimensões, e realizar as análises propostas.

3.1.2 Variáveis

As variáveis escolhidas permitem caracterizar o perfil das mulheres em cada tipo de união, bem como os indicadores de saúde reprodutiva. Ambos os bancos de dados possuem variáveis semelhantes, o que permite, na maior parte das vezes, comparar os dois países estudados.

Para delinear o perfil das mulheres em cada tipo de união, as variáveis selecionadas referem-se à idade, aos anos de estudo, relação de parentesco com o responsável pelo domicílio e condição de ocupação (se trabalha ou não).

A escolha das variáveis que permitem qualificar os indicadores de saúde reprodutiva que norteiam este trabalho baseia-se no que aponta a literatura a respeito da mensuração desses indicadores. Em relação à saúde materna, as variáveis utilizadas se referem ao acesso ao pré-natal e procedimentos clínicos que permitam um acompanhamento da gravidez para que essa transcorra de maneira segura, sem acarretar em morbidades ou mesmo mortalidade para a mulher e o filho. Assim, as variáveis são relativas ao número de consultas pré-natais, o número de meses de gravidez na primeira consulta e a realização de exames e procedimentos básicos como exame de sangue e urina, medição de pressão e uso de comprimidos de suplemento de ferro.

Para o indicador de fecundidade adolescente, as variáveis selecionadas correspondem ao número de filhos tidos, idade à primeira relação sexual e uso de métodos contraceptivos na primeira relação. Já para o indicador de prevalência contraceptiva são utilizadas variáveis de uso atual e uso passado de métodos contraceptivos, tipo de método utilizado atualmente e número de métodos conhecido (espontaneamente ou estimulada).

O indicador de demanda insatisfeita por planejamento familiar é estimado a partir de variáveis que revelam se a gravidez foi planejada, se a mulher queria esperar mais ou se não queria mais ter filhos e variáveis sobre o número de filhos

sobreviventes e o número ideal de filhos, as quais serviram de base para estimar a demanda insatisfeita por contracepção. A implementação das preferências reprodutivas é mensurada a partir das variáveis sobre número de filhos sobreviventes e número ideal de filhos. Já a fecundidade desejada é estimada a partir de variáveis sobre o desejo ou não de uma gravidez.

3.2 Método

A manipulação dos dados corresponde a duas etapas. A primeira diz respeito a uma análise descritiva das variáveis descritas anteriormente, enquanto a segunda representa um esforço de apresentar, de forma sintética, o perfil de saúde reprodutiva que esta dissertação busca caracterizar.

3.2.1 Análise descritiva

A análise descritiva é realizada segundo o tipo de união, para dois níveis de escolaridade. Em primeiro lugar, selecionou-se do banco de dados somente as mulheres que se declaram casadas formalmente ou em união consensual, com idade entre 15 e 49 anos. A amostra brasileira passou a ser composta de 9.989 mulheres, entre as quais 55,9% estão casadas formalmente e 44,1% estão em união consensual. Já a amostra mexicana passou a ter 92.558 mulheres, das quais 72,9% estão casadas formalmente e 27,1% estão em união consensual.

Além disso, a variável anos de estudo foi transformada de modo a obter-se duas categorias: baixo nível de escolaridade, correspondendo às mulheres com até oito anos de estudo, no Brasil, e até nove, no México, e alto nível de escolaridade, composta por mulheres com nove anos ou mais de estudo, no Brasil, e, no México, com mais de nove anos.

Primeiramente, a análise descreve o perfil de mulheres em cada tipo de união, segundo a escolaridade. Verificou-se a distribuição dessas mulheres por níveis de escolaridade, segundo a idade, e a média de anos de estudo por escolaridade e tipo de união. A descrição do perfil contempla, ainda, uma análise das relações de

parentesco no domicílio e da condição de trabalho das mulheres, como uma aproximação da sua situação de vulnerabilidade.

3.2.2 Indicador síntese

O indicador síntese procura sintetizar todos os indicadores de saúde reprodutiva propostos pela CIPD e pelos ODM e utilizados nessa dissertação.

Ele é formado por três componentes, a saber, saúde materna, fecundidade adolescente e capacidade de implementação das preferências reprodutivas. Cada um desses componentes resulta em uma pontuação média, a qual é atribuída pesos diferenciados conforme as ações existentes ou o grau de esforços necessários para sua implementação. A soma dessas médias ponderadas produz um indicador síntese para cada tipo de união, segundo a escolaridade. De forma geral, pontuações altas refletem maior acesso à saúde reprodutiva e respeito aos direitos reprodutivos.

4 PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MULHERES E INDICADORES DE SAÚDE REPRODUTIVA SEGUNDO O TIPO DE UNIÃO

Este capítulo apresenta uma breve descrição do perfil socioeconômico das mulheres em cada tipo de união e uma avaliação de importantes aspectos da saúde reprodutiva da população em estudo, especificamente os indicadores monitorados pelas agências internacionais de desenvolvimento que advogam por um acesso pleno e universal à saúde reprodutiva.

4.1 Perfil das mulheres em cada tipo de união

Em primeiro lugar, apresenta-se uma descrição aproximada das características socioeconômicas das mulheres em cada tipo de união. Deve-se destacar que o banco de dados mexicano apresenta pequena variabilidade de variáveis socioeconômicas, como renda e raça, de forma que foi necessária a utilização de proxies que permitissem uma aproximação dessas características.

A Tabela 1 apresenta o perfil das mulheres segundo o nível de escolaridade. No Brasil, foram consideradas de baixa escolaridade mulheres com até oito anos de estudo e, de alta escolaridade, aquelas com nove anos ou mais. No México, o baixo nível de escolaridade corresponde às mulheres com até nove anos de estudo, enquanto o alto nível é composto pelas mulheres com mais de nove anos de estudo (sobre o sistema educacional mexicano, ver Anexo A).

TABELA 1 – Percentual de mulheres por nível de escolaridade e número médio de anos de estudo, por tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

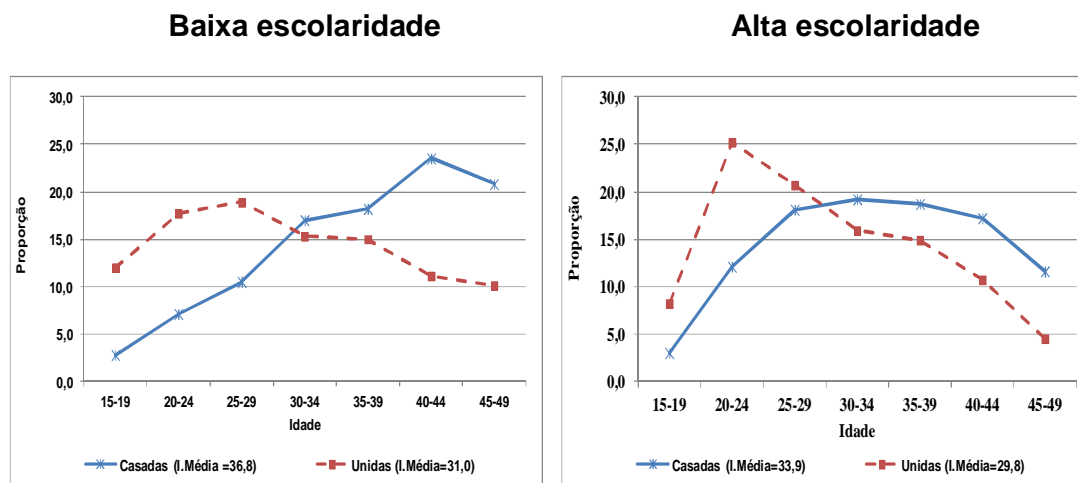
Nível de educação	Brasil		México	
	Proporção (%)	Número médio de anos de estudo	Proporção (%)	Número médio de anos de estudo
Casadas				
Baixo	50,5	5,3	61,0	6,6
Alto	48,5	11,1	38,8	13,6
Total	99,0	8,5	99,8	9,5
Unidas				
Baixo	63,2	5,2	74,7	6,4
Alto	35,7	10,7	25,1	12,7
Total	98,9	7,4	99,8	8,2

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

Há uma certa diferenciação segundo o nível educacional, de acordo com o tipo de união. De forma geral, ambos os tipos de união apresentaram grandes proporções de mulheres com baixa escolaridade, refletindo a composição da população total. Entretanto, essa proporção foi ainda maior entre as mulheres em união consensual. Os anos médios de estudo em cada tipo de união mostram que as mulheres casadas têm, em média, mais anos de estudo que aquelas em união consensual.

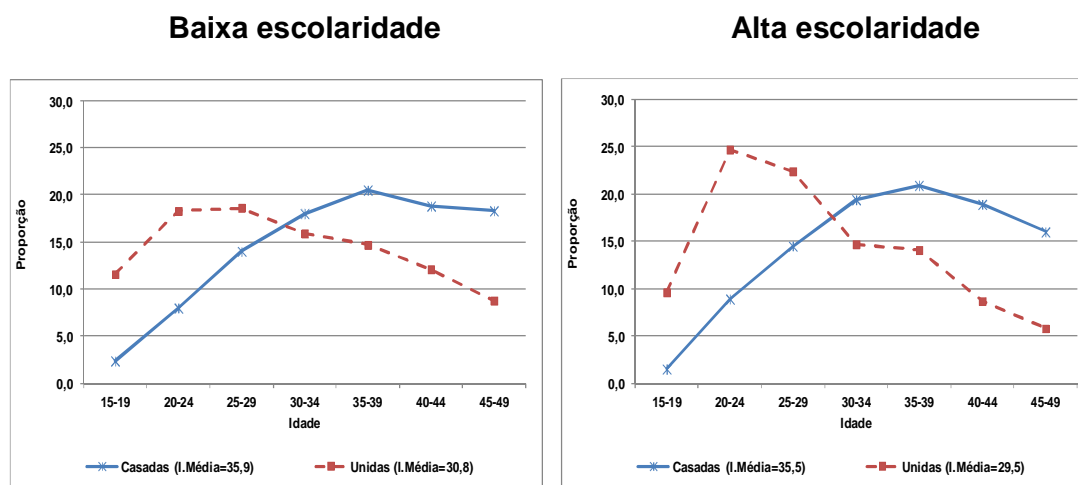
Os Gráficos 1 e 2 apresentam a distribuição das mulheres por idade e escolaridade, de acordo com o tipo de união em que se encontravam. De forma geral, as mulheres em união consensual apresentam uma menor média de idade do que as mulheres casadas, nos dois países. Há maior proporção de mulheres concentradas nas idades mais jovens (até 29 anos) dentre aquelas que se declaram como unidas. Já nas idades mais avançadas, observa-se maior proporção de mulheres casadas.

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual por idade das mulheres segundo o tipo de união, com indicação da idade média, por nível de escolaridade. Brasil, 2006



Fonte: PNDS, 2006.

GRÁFICO 2 – Distribuição percentual por idade das mulheres segundo o tipo de união, com indicação da idade média, por nível de escolaridade. México, 2009



Fonte: ENADID, 2009.

Em relação à escolaridade, entre as mulheres jovens unidas, observam-se significativas diferenças no percentual de mulheres de alta e baixa escolaridade. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, há predominância de mulheres de baixa escolaridade. Entretanto, principalmente entre 20 e 24 anos, há maior proporção de mulheres unidas de alta escolaridade, tanto no Brasil como no México. Nas idades mais avançadas, essa diferenciação torna-se menos relevante, por vezes

se invertendo. Entre as casadas, a diferenciação por escolaridade, segundo a idade, não é tão marcada.

Há relativa semelhança entre o perfil por idade das mulheres em cada tipo de união nos dois países. Há maior proporção de mulheres jovens vivendo em união consensual, a qual tende a declinar com a idade. Já a proporção de mulheres casadas tende a aumentar conforme aumenta a idade, em ambos os países. Esse fato pode ser resultado da tendência de formalização da união consensual com a idade, conforme visto na revisão da literatura. Outra razão para essa queda no percentual de mulheres em união consensual pode ser uma maior proporção de rupturas desse tipo de união, devido a sua maior instabilidade, também apontada na literatura. Observa-se, no entanto, uma tendência de arrefecimento da queda nas curvas das mulheres em união consensual com o aumento da idade entre as mulheres de alta escolaridade em ambos os países. Isso poderia significar a presença de uniões de ordem superior a um (segundas ou mais uniões), ou seja, a emergência da união consensual como uma opção de recasamento.

Com vistas a obter uma aproximação da situação de vulnerabilidade socioeconômica das mulheres em cada tipo de união, uma vez que o banco de dados mexicano não possui grande variedade de informações, utilizou-se as relações de parentesco com o responsável pelo domicílio e a condição de trabalho como uma proxy da vulnerabilidade. Assim, arranjos domiciliares complexos, compostos por indivíduos além da família nuclear, e mulheres que não trabalham estariam em situação menos favorável que mulheres em condições opostas.

Em relação ao parentesco com o responsável pelo domicílio, a Tabela 2 mostra que a maior parte das mulheres, seja em união consensual, seja em casamento formal, se declararam como cônjuges nos dois países. No entanto, no casamento formal há uma maior tendência das mulheres se declararem como cônjuges. Mesmo a diferença entre países é muito significativa, sendo a proporção de mulheres brasileiras se declarando como cônjuges maior para as duas categorias. Analisando-se por escolaridade, o que se percebe é que há maior proporção de mulheres de alta escolaridade se declarando responsáveis pelo domicílio, em comparação com as de baixa escolaridade (exceto pelas casadas mexicanas).

TABELA 2 – Percentual de mulheres segundo relação de parentesco com o responsável pelo domicílio, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Responsável	1,1	1,3	3,1	4,8	5,1	4,0	7,0	8,8
Cônjuge	95,5	93,1	88,1	78,5	82,2	80,9	67,2	58,6
Filha	1,6	3,8	3,4	9,5	4,5	8,1	8,8	15,1
Outro parente	1,8	1,7	5,5	6,4	8,3	7,1	16,1	17,6
Amostra	2.891	2.773	2.685	1.516	23.206	14.786	11.112	3.733

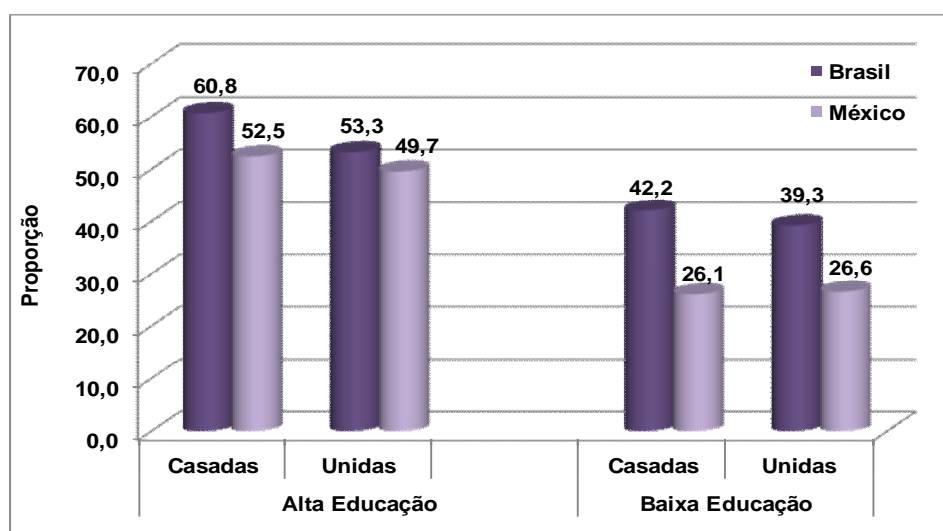
Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

Analisando-se conjuntamente as categorias responsável pelo domicílio e cônjuge, o que se observa é que, na união consensual, a presença de um casal (somando-se as duas categorias) como responsável pelo domicílio é sempre menor que no casamento formal. Esse fato pode indicar maior vulnerabilidade dos indivíduos nesse tipo de união. É importante observar que há uma maior proporção de mulheres em união consensual se declarando como a própria responsável pelo domicílio, especialmente no México. Em contextos marcados por igualdade nas relações de gênero, por exemplo, esse fato pode indicar maior empoderamento da mulher, em que ela assume a responsabilidade do domicílio frente ao companheiro – o que poderia ser mais frequente entre as mulheres de alta escolaridade. Entretanto, em contextos marcados pelas desigualdades de gênero e pelo machismo, esse fato, antes de empoderamento da mulher, pode significar maior vulnerabilidade.

A união consensual parece ser marcada, ainda, por uma maior pluralidade dos arranjos familiares, devido à maior presença de outros parentes convivendo no mesmo domicílio – a qual ocorre, em menor medida, nos casamentos formais. O caso do México chama atenção pelo grande percentual observado de outros parentes, tanto entre as unidas como entre as casadas, sendo esse muitas vezes maior que o percentual de filhos. Isso pode indicar a existência de arranjos familiares plurais, com famílias conviventes. No Brasil, as proporções são menores, mas ainda sim relevantes.

Trabalhar ou não também diferencia as mulheres em cada tipo de união, conforme aponta o Gráfico 3. Mais uma vez, é possível verificar similaridades entre os dois países. De forma geral, a proporção de mulheres que estavam trabalhando, em cada país, é maior entre aquelas casadas formalmente. Entretanto, a escolaridade parece ser a grande diferenciadora entre estar ou não trabalhando. Em ambos os tipos de união, nos dois países, há maior proporção de mulheres com alto nível de escolaridade trabalhando, em relação àquelas com baixa escolaridade.

GRÁFICO 3 – Percentual de mulheres que trabalham, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009



Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

A revisão da literatura mostrou que o perfil das mulheres em união consensual, na América Latina, está associado à pobreza, à baixa idade e às limitações socioeconômicas, em contraste às mulheres casadas formalmente. O perfil traçado neste capítulo de mulheres mexicanas e brasileiras nos dois tipos de união corrobora, em grande medida, a literatura sobre o assunto.

As mulheres em união consensual são, em geral, mais jovens que as casadas e possuem menor escolaridade e menor média de anos de estudo. Além disso, as mulheres unidas se encontram em arranjos familiares que contam com a presença de outras pessoas que não os cônjuges e os filhos, diferentemente das casadas. A literatura sugere que arranjos familiares múltiplos e famílias extensas estão associados a características socioeconômicas desfavoráveis, o que

confirmaria a situação mais vulnerável das mulheres em união consensual, comparadas àquelas casadas formalmente. Maior proporção de mulheres casadas trabalha, o que pode significar maior empoderamento e maior renda auferida pelas mulheres (e pelas famílias) nesse tipo de união. As mulheres de alta escolaridade, nos dois tipos de união, aparecem com maior inserção no mercado de trabalho.

Pode-se dizer, portanto, que as mulheres em união consensual apresentam, em comparação às casadas, indicadores socioeconômicos menos favoráveis tanto no Brasil como no México, aproximando-se do perfil descrito na literatura. Entretanto, ao se considerar a educação, as diferenças são menores quando se considera as mais educadas.

4.2 Indicadores de saúde reprodutiva

Esta seção apresenta os resultados referentes aos indicadores utilizados para avaliar o acesso à saúde reprodutiva. A análise dos indicadores será feita segundo o tipo de união em que a mulher se encontrava no momento da pesquisa. Entretanto, para se verificar se as possíveis diferenças se devem de fato ao tipo de união, ou se estão mediadas por melhores condições socioeconômicas, será mantido o recorte por escolaridade, pois, conforme visto no item anterior, ela é um importante diferencial entre as mulheres em cada tipo de união e mesmo dentro dela. Assim, será usada como uma espécie de controle para as características socioeconômicas.

A hipótese deste trabalho é de que a união consensual pode ser uma opção para mulheres menos favorecidas, refletindo o papel tradicional desse tipo de união na América Latina, e que, portanto, teriam menores condições de exigir o cumprimento de seus direitos reprodutivos. Por outro lado, a união consensual seria ainda uma opção para mulheres com comportamentos de vanguarda na sociedade, com perfil próximo, por exemplo, ao das mulheres de países que estariam no que se denomina de Segunda Transição Demográfica, e que, portanto, teriam menor risco de violação dos direitos reprodutivos. Já as mulheres casadas teriam maior empoderamento, conhecimento e acesso à saúde

reprodutiva, apresentando, portanto, uma maior observância dos direitos reprodutivos e menores diferenciais intragrupo.

Nesse sentido, se as diferenças estiverem relacionadas ao tipo de união, é esperado que os indicadores das mulheres casadas de alta e baixa escolaridade devem ser semelhantes, enquanto os indicadores de mulheres unidas de alta escolaridade se distanciariam daqueles das de baixa escolaridade. Entretanto, se houver divergências dentro do grupo das casadas, há fortes indícios de que as diferenças entre os indicadores não estejam relacionadas ao tipo de união, mas sim às características socioeconômicas das mulheres, as quais, é sabido, limitam o acesso aos serviços. Não obstante, esse fato não impede que o tipo de união implique em diferenciais importantes.

4.2.1 Saúde materna

A saúde materna, no âmbito dos direitos reprodutivos, está relacionada ao acesso a uma gravidez e a um parto seguros, possíveis pelo acesso aos serviços de pré-natal. Os resultados apresentados a seguir são referentes, no caso do Brasil, à gravidez de mulheres com filhos de até três anos de idade no momento da pesquisa e, no caso do México, se referem à última gravidez ocorrida nos cinco anos anteriores à pesquisa. As variáveis utilizadas concernem ao número médio de consultas pré-natais realizadas, número médio de meses de gravidez na primeira consulta e à realização de exames e procedimentos básicos para as gestantes (exames de sangue e urina, medição de pressão e uso de comprimidos contendo ferro). A Tabela 3 apresenta essas informações⁴.

⁴ É importante destacar que ignora-se se houve transição entre a união consensual e o casamento formal. Esse fato poderia causar alguma interferência nos resultados, uma vez que o que se achou para mulheres casadas poderia se referir, por exemplo, ao período em que a mulher esteve unida. Para minimizar esse efeito, calculou-se os indicadores apresentados na Tabela 06 também para mulheres com até 30 anos, idade na qual começaria a ocorrer, em média, uma diminuição da proporção de unidas. Os resultados para essas mulheres foram bastante similares aos calculados para o total da amostra considerada. Isso sugere que, caso haja essa passagem da união consensual para o casamento formal, aparentemente ela não produziria grandes diferenças entre os resultados encontrados nesse indicador.

TABELA 3 – Indicadores selecionados de acesso a serviços de atenção pré-natal, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

		Brasil				México			
		Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
		Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Média de consultas		8,1	9,4	7,1	8,5	7,4	8,6	7,0	8,0
Meses na 1ª consulta		2,1	1,7	2,4	2,2	2,2	1,8	2,5	2,1
Realização de procedimentos básicos*	Todos	71,3	70,2	63,2	63,7	77,7	87,5	73,3	82,3
	Pelo menos um	100,0	100,0	99,9	100,0	97,9	99,0	97,3	98,5
Amostra		184	464	425	292	9.081	5.836	5.735	2.007

*exames de sangue e urina, medição de pressão e uso de comprimidos contendo ferro.

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

As consultas pré-natais são de extrema importância para o acompanhamento tanto da mãe como do filho, permitindo a prevenção e detecção precoce de qualquer mal que possa acometê-los e resultar em óbito. A recomendação é de que pelo menos quatro consultas sejam realizadas. O que se observa, a partir da Tabela 03, é que todas as mulheres apresentam, em média, um número satisfatório de consultas nos dois países analisados. O número médio está bem acima do recomendado. As mulheres casadas apresentam número médio de consultas mais elevado do que as unidas. A escolaridade, entretanto, parece ser o fator mais importante na distinção. Qualquer que seja o tipo de união, aquelas que apresentam maior escolaridade possuem uma média maior do que aquelas mulheres com baixa escolaridade.

Quanto a primeira consulta pré-natal, é recomendável que ela ocorra logo nos primeiros meses, para o que acompanhamento seja realizado desde o início da gravidez e ocorra por um período mais longo. De maneira geral, o número médio de meses na primeira consulta indica que ela ocorre logo nos primeiros meses de gravidez. As diferenças entre os tipos de união são pequenas, bem como as diferenças por escolaridade. Entretanto, as mulheres casadas realizam a primeira consulta antes do que as unidas, assim como as de alto nível de escolaridade apresentam menor média em comparação às de baixa escolaridade. Novamente a educação parece exercer maior influência.

Outra variável de grande importância no que concerne à saúde materna é a realização de procedimentos básicos, como exames de sangue e urina, medição da pressão e prescrição de complemento de ferro para evitar anemia. O que se conclui é que praticamente todas as mulheres realizaram pelo menos um dos procedimentos. Entretanto, ao se utilizar um critério de qualidade, por exemplo, a realização de pelo menos quatro procedimentos, o percentual decresce. No caso do Brasil, a diferença por tipo de união é mais marcada: a qualidade da atenção pré-natal é muito mais precária entre as mulheres em união consensual independentemente da educação. No caso mexicano, é o efeito escolaridade, antes que o tipo de união, que define a melhor qualidade da atenção pré-natal.

4.2.2 Fecundidade adolescente

A fecundidade adolescente é um indicador importante no contexto da América Latina, principalmente no que concerne ao rejuvenescimento da fecundidade observado em grande parte dos países da região. Ele reflete, portanto, o comportamento reprodutivo das adolescentes dos países analisados.

Como adolescentes, considerou-se as mulheres na faixa etária entre 15 e 19 anos. O tipo de união pode representar, nesse indicador, um confundimento, no sentido de que uma gravidez na adolescência costuma precipitar uma união e não o tipo de união determinar a fecundidade. Nesse sentido, optou-se por medidas mais simples as quais minimizassem esse efeito. Além disso, a ausência de questões específicas acerca da fecundidade adolescente limitaram a análise.

Não obstante a simplicidade das medidas aqui utilizadas, é importante destacar que a análise da fecundidade adolescente é de extrema relevância. Apesar da fecundidade adolescente estar decrescendo na América Latina, seu ritmo de queda é consideravelmente menor do que o das outras faixas etárias, tornando seu peso relativo na fecundidade total maior. Ademais, a fecundidade adolescente é marcadamente desigual, de um ponto de vista socioeconômico. É provável que a queda observada nesse indicador tenha ocorrido entre as adolescentes de melhores condições socioeconômicas, com mais recursos para acessar serviços de saúde reprodutiva, enquanto entre as menos favorecidas, a fecundidade

manteve-se alta (CEPAL, 2010). Portanto, estudos que apontem para dimensões da fecundidade adolescentes são de grande importância.

À luz dessas colocações, foi estimada, em primeiro lugar, a proporção de adolescentes que tiveram filhos, em cada faixa etária. A Tabela 4 apresenta essa informação.

TABELA 4 – Proporção de mulheres entre 15 e 19 anos que tiveram filho, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

Idade	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
15 a 17*	25,6	11,9	16,7	4,8	14,5	2,3	24,1	6,7
18	24,4	3,6	16,7	14,5	21,1	14,2	16,5	14,8
19	13,4	15,5	20,4	20,2	30,9	41,7	23,4	21,8
Total	63,4	31,0	53,9	39,5	66,5	58,3	64,0	43,3
Amostra	82	84	323	124	553	218	1.289	358

*A agrupação de 15 a 17 anos procura minimizar o efeito na variação nos pequenos números.
Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

O que se observa é que, entre as adolescentes, a maior proporção de mulheres com filhos se encontra na última idade do grupo etário, exceto pelas mulheres brasileiras casadas de baixa escolaridade. Entretanto, a educação se mostra como um importante diferenciador. As mulheres de baixa escolaridade, nos dois tipos de união, representam uma maior proporção entre aquelas que tiveram filhos. Esse fato é mais marcante entre as mais jovens, com idade entre 15 e 17 anos.

Analisando-se a proporção total de adolescentes que já tiveram filhos, mais uma vez aquelas de baixa escolaridade são as que representam o maior percentual, tanto no Brasil como no México. No entanto, são as casadas de baixa escolaridade que apresentam maior proporção de filhos tidos na adolescência. As adolescentes de alta escolaridade representam uma proporção menor, sendo que no Brasil ela é ainda menor que no México.

Deve-se destacar que a base de dados do México não oferece grande número de variáveis que permitam investigar o comportamento reprodutivo das jovens, como idade da mãe à primeira gravidez e ao primeiro filho nascido vivo. Nesse sentido,

buscou-se uma forma indireta do risco das adolescentes terem uma gravidez e um filho nessa fase da vida. Assim, analisou-se a idade mediana à primeira relação sexual e o uso de métodos contraceptivos nessa relação. A idade mediana à primeira relação sexual aponta o início da exposição das adolescentes ao risco de ter filhos. Quanto mais precoce for essa iniciação, maiores são as chances de uma gravidez ainda na adolescência. O uso de métodos contraceptivos, no entanto, pode influenciar esse risco. Aliada a uma iniciação sexual precoce, a ausência de método na primeira relação aumenta ainda mais a chance de uma gravidez na adolescência.

Esses indicadores, no entanto, além do fator de confundimento citado anteriormente, podem ser ainda afetados pela composição etária do grupo de jovens. Nesse sentido, procurou-se indicadores similares em coortes mais velhas para dimensionar seu comportamento reprodutivo na adolescência. Como uma aproximação do comportamento reprodutivo dessas coortes, utilizou-se a idade mediana à primeira relação sexual. A Tabela 5 apresenta esses dados.

TABELA 5 – Percentual de mulheres entre 15 e 19 que não utilizou método contraceptivo na primeira relação sexual e idade mediana à primeira relação sexual de mulheres entre 15 e 19 anos, 25 e 29 anos e 45 e 49 anos, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Não usou método	26,2	18,0	36,5	18,4	82,9	58,2	78,4	57,3
Idade mediana								
15-19	16,0	16,0	14,3	15,0	16,0	17,0	15,0	17,0
25-29*	16,0	18,0	15,0	17,0	18,0	19,0	17,0	19,0
45-49*	18,0	21,0	17,0	21,0	18,0	21,0	17,0	20,0

*Os dois grupos etários (25-29 e 45-49) foram escolhidos por estarem suficientemente distanciados, permitindo identificar eventuais mudanças comportamentais no tempo. Além disso, não serão apresentados os valores para todos os grupos etários para evitar problemas de inconsistência.
Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

Quanto ao uso de métodos contraceptivos na primeira relação sexual, é elevada a proporção de adolescentes que respondeu negativamente, sobretudo no México. A escolaridade parece ser o fator mais relevante no que diz respeito a diferenciar as adolescentes mexicanas. Nesse país, as mulheres de baixa escolaridade estão

em situação menos favorável, nos dois tipos de união considerados. O Brasil apresenta menores proporções de jovens que não utilizaram contraceptivos na primeira relação, em comparação ao México, mas ainda assim consideráveis. Também no México a educação é mais relevante que o tipo de união, com as mulheres de baixa escolaridade, tanto casadas como unidas, representando as que menos usaram métodos para evitar gravidez na primeira relação sexual.

As jovens mexicanas aparentam ter maior idade mediana à primeira relação do que as brasileiras. As adolescentes unidas de baixa escolaridade do Brasil são aquelas que apresentam menor idade mediana, indicando uma iniciação sexual mais precoce. As mulheres de alta escolaridade têm sua primeira relação mais tarde do que as de baixa escolaridade. No México, as idades medianas são bastante semelhantes, tanto se analisando pela escolaridade quanto pelo tipo de união. Já no Brasil, o tipo de união parece influenciar mais.

Analisando-se as coortes mais velhas, de forma geral, as mulheres de baixa escolaridade, em ambos os tipos de união, apresentam menor idade mediana à primeira relação. As casadas, em comparação às unidas, apresentam maior idade mediana. No México, as mulheres parecem iniciar sua vida sexual mais tardiamente do que as mulheres brasileiras.

4.2.3 Prevalência contraceptiva

A prevalência contraceptiva é mensurada a partir do conhecimento e do uso de métodos para evitar uma gravidez. Esse indicador está ligado ao direito de implementar as preferências reprodutivas, uma vez que o uso de métodos contraceptivos tem como finalidade justamente limitar ou espaçar o número de filhos. A Tabela 6 mostra o número médio de métodos conhecidos⁵ pelas

⁵ Para mensurar o conhecimento sobre métodos contraceptivos, estimou-se um contador de métodos, computando pontos se a mulher conhecia determinado método. Após a soma desses pontos, realizou-se a média por tipo de união e escolaridade. As pesquisas de ambos os países tem uma lista de quatorze métodos contraceptivos, incluindo a categoria outros.

mulheres, a proporção delas que já utilizou método contraceptivo alguma vez e a proporção que está utilizando atualmente.

Tabela 6 – Número médio de métodos conhecidos, percentual de mulheres que já utilizou método contraceptivo alguma vez e percentual que utiliza atualmente, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Média de métodos conhecidos	9,4	11,4	9,3	11,0	9,4	11,7	8,8	11,6
Usou	95,8	99,3	97,1	99,1	84,5	89,3	81,2	86,6
Usa	82,6	83,4	76,6	79,0	73,4	77,2	65,3	69,9
Amostra	2.891	2.773	2.685	1.516	22.781	14.777	10.769	3.730

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

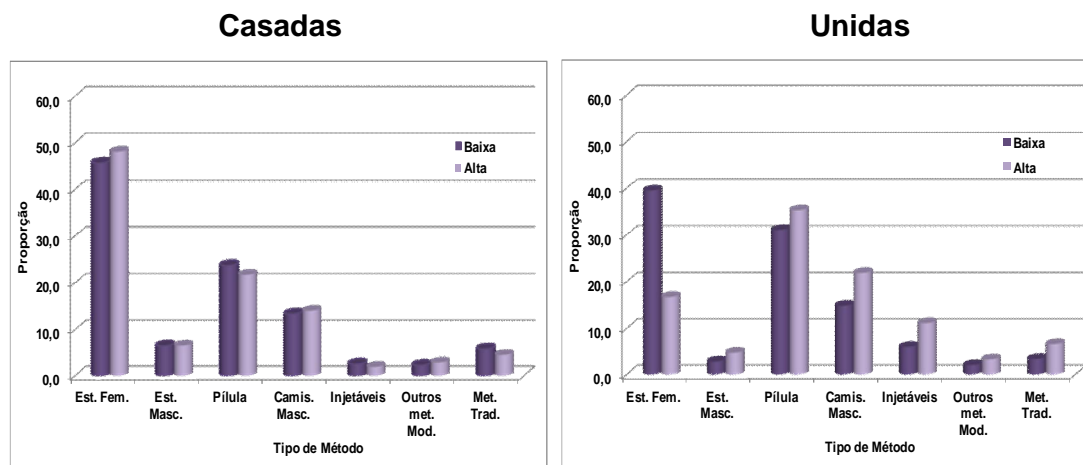
O conhecimento de métodos contraceptivos é de grande importância; saber sobre eles favorece a escolha de um método que seja mais adequado para controlar a fecundidade quando esse controle é desejado. De forma geral, a média de métodos conhecidos foi bastante elevada e semelhante nos dois países. Não há grandes diferenças por tipo de união, mas a escolaridade se mostra como um relevante diferenciador. As mulheres de baixa escolaridade, especialmente as unidas mexicanas, são aquelas que apresentam o menor número médio de métodos conhecidos.

Observa-se, ainda, que a maioria das mulheres já utilizou método alguma vez para evitar uma gravidez. No Brasil, essa proporção está próxima de 100%. Há pouca diferença quanto ao tipo de união e à escolaridade, nos dois países. A prevalência contraceptiva é maior no Brasil, em comparação ao México. Nesse caso, o tipo de união diferencia as mulheres quanto ao uso de métodos, nos dois países. Aquelas que estão unidas apresentam menor uso de métodos do que as casadas, sendo que as de baixa escolaridade apresentam um percentual de uso ainda menor. As mulheres casadas de alta escolaridade, tanto no Brasil como no México, são aquelas que apresentam maior uso, enquanto as unidas de baixa escolaridade são as que menos usam métodos.

O tipo de método utilizado também é relevante na análise da implementação das preferências reprodutivas, pois sua eficácia está relacionada ao fato dele ser um método moderno ou tradicional, definitivo ou não, etc. O Gráfico 4 apresenta o percentual de mulheres utilizando cada método⁶.

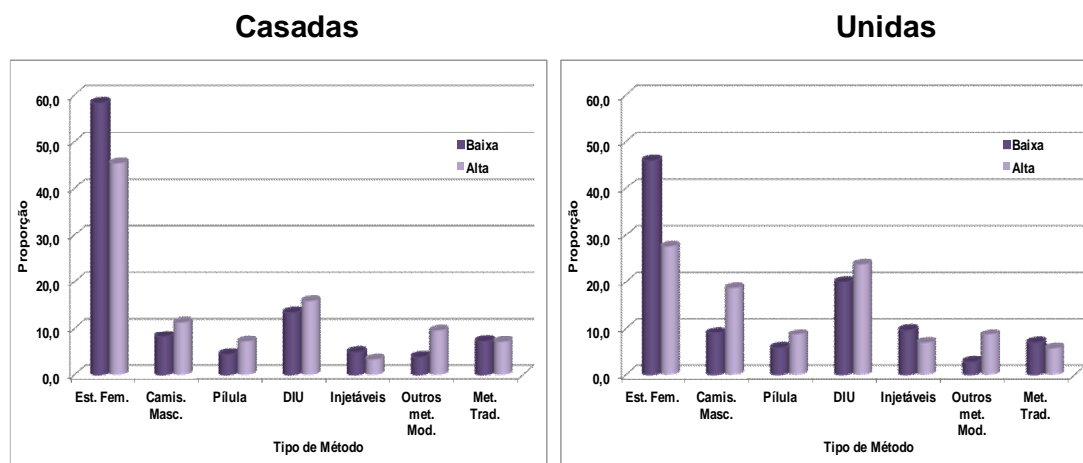
Gráfico 4 – Método contraceptivo que a mulher usa atualmente, por escolaridade e tipo de união

a) Brasil, 2006



Fonte: PNDS, 2006.

b) México, 2009



Fonte: ENADID, 2009.

⁶ Os métodos modernos que apresentaram pequena proporção de uso (até 5% de mulheres utilizando) foram agregados em uma única categoria, outros métodos modernos. No Brasil, esses métodos correspondiam ao DIU, implantes, camisinha feminina, diafragma, creme/óvulo, pílula do dia seguinte e outros métodos contraceptivos. No México, correspondiam à esterilização masculina, implante, adesivo, camisinha feminina, creme/óvulo, pílula do dia seguinte e outros métodos contraceptivos.

No Brasil, a esterilização feminina é o principal método utilizado pelas mulheres de baixa escolaridade, independente do tipo de união, sendo que a maior proporção corresponde às casadas, especificamente às de alta escolaridade. Entre as casadas, por sua vez, há maior proporção de mulheres de alta escolaridade utilizando tal método. O segundo método mais utilizado pelas casadas e unidas de baixa escolaridade é a pílula anticoncepcional, cuja proporção de uso é maior entre as mulheres unidas. A camisinha masculina também é um dos métodos mais utilizados.

Chama atenção o caso das mulheres unidas de alta escolaridade, em que a esterilização aparece apenas como o terceiro tipo de método mais utilizado, com uma prevalência de 16,4%. A pílula é o principal método utilizado por essas mulheres, seguida da camisinha. Esse fato merece destaque por se opor à prevalência da esterilização apontada pela literatura. É importante se pesquisar porque entre elas a prevalência é tão baixa. Uma hipótese é de que essas mulheres teriam maiores opções de contracepção em relação às demais. Além disso, elas aparentam ter comportamento semelhante às mulheres européias, em que os contraceptivos orais, como a pílula, apresentam maior prevalência de uso (SKOUBY, 2004). É importante lembrar que há importante diferença na estrutura etária conforme o tipo de união, o que pode também ter influência nos resultados.

No México, a situação apresenta algumas diferenças em relação ao Brasil. A esterilização feminina também é o principal método utilizado pelas mulheres nos dois tipos de união, em ambos os níveis de escolaridade analisados. No entanto, a proporção de uso é maior entre as mulheres casadas de baixa escolaridade. Ela é menor entre as unidas de baixa escolaridade, apesar de esse ainda ser o método mais usado por elas.

O segundo método mais utilizado no México é o DIU, principalmente entre as mulheres unidas. A proporção de mulheres utilizando esse método é maior entre aquelas de alta escolaridade, em relação às de baixa escolaridade, nos dois tipos de união. A camisinha masculina é o terceiro tipo de método mais utilizado pelas mulheres mexicanas, com maior proporção entre as unidas e entre as mulheres de alta escolaridade nos dois tipos de união. A pílula é um método pouco utilizado nesse país.

O uso de métodos tradicionais, como a tabelinha e o coito interrompido, é pequeno, apesar de uma proporção relevante de mulheres optar por esses métodos. No Brasil, essa proporção é maior entre as unidas de alta escolaridade e entre as casadas de baixa escolaridade. No México, o uso desse tipo de método é maior entre as mulheres casadas de alta e baixa escolaridade.

4.2.4 Demanda insatisfeita por planejamento familiar

A demanda insatisfeita por planejamento familiar está relacionada ao êxito em se implementar as preferências reprodutivas. Ela ocorre quando uma mulher deseja espaçar ou limitar a fecundidade, porém não usa métodos contraceptivos para tal.

A demanda insatisfeita por planejamento familiar foi calculada para mulheres unidas e casadas, não grávidas, e que declararam não estar usando métodos contraceptivos, mesmo não querendo ter mais filhos ou querendo esperar pelo menos dois anos até a próxima gravidez. Também foram incluídas mulheres grávidas cuja gravidez (última ou atual) não tenha sido desejada ou tenha ocorrido antes do esperado (Westoff e Ochoa, 1991; Lacerda, 2005).

Nesse sentido, as Figuras 1 a 4 mostram a demanda insatisfeita segundo o tipo de união e a escolaridade das mulheres, para o Brasil e o México. Como mulheres em idade fértil e sexualmente ativas, considerou-se todas as mulheres que se declararam unidas ou casadas na pesquisa, com idade entre 15 e 49 anos, visto que a união está relacionada à vida sexual, em grande medida. As mulheres inférteis representam àquelas que se declaram biologicamente inférteis ou com muita dificuldade de engravidar, esterilizadas, na menopausa e que não tinham relações sexuais. As demais foram consideradas férteis. Às mulheres férteis que não estavam grávidas nem amenorréicas foi perguntado se elas desejavam ter (mais) filhos, se não desejavam mais ou se queriam esperar mais tempo (dois anos ou mais). Às grávidas ou amenorréicas foi perguntado se elas queriam engravidar naquele momento, se não queriam ou se queriam esperar mais tempo.

FIGURA 1 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres casadas, por nível de escolaridade. Brasil, 2006

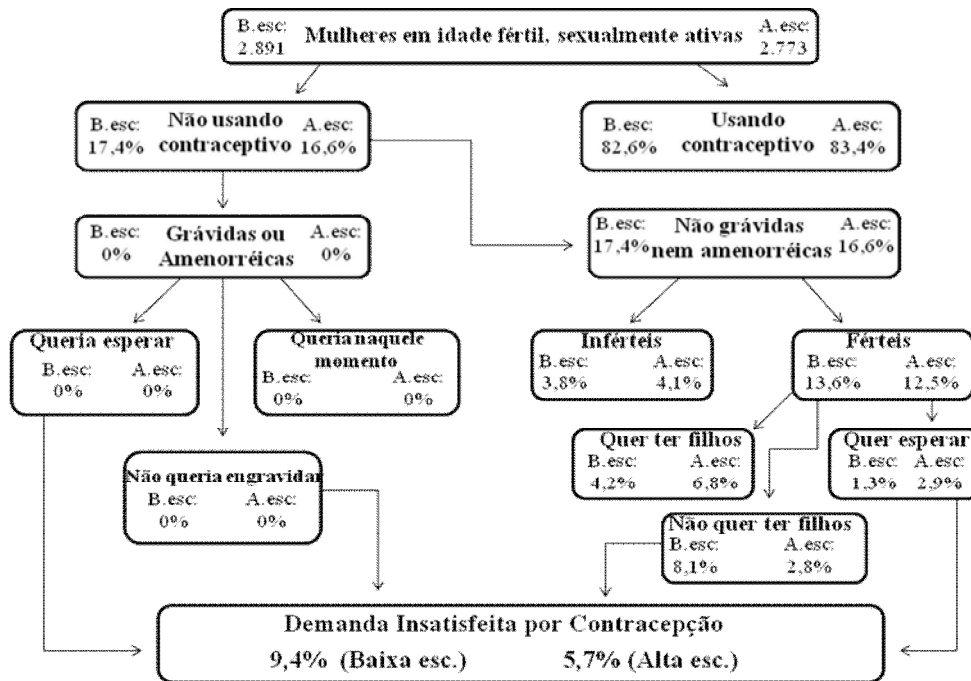


FIGURA 2 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres em união consensual, por nível de escolaridade. Brasil, 2006

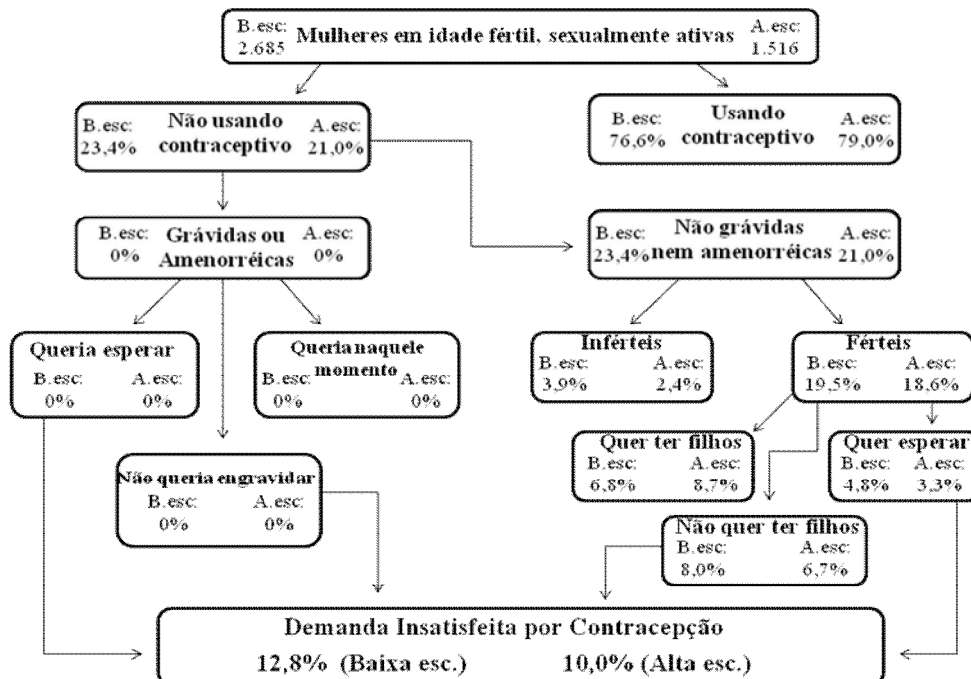


FIGURA 3 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres casadas, por nível de escolaridade. México, 2009

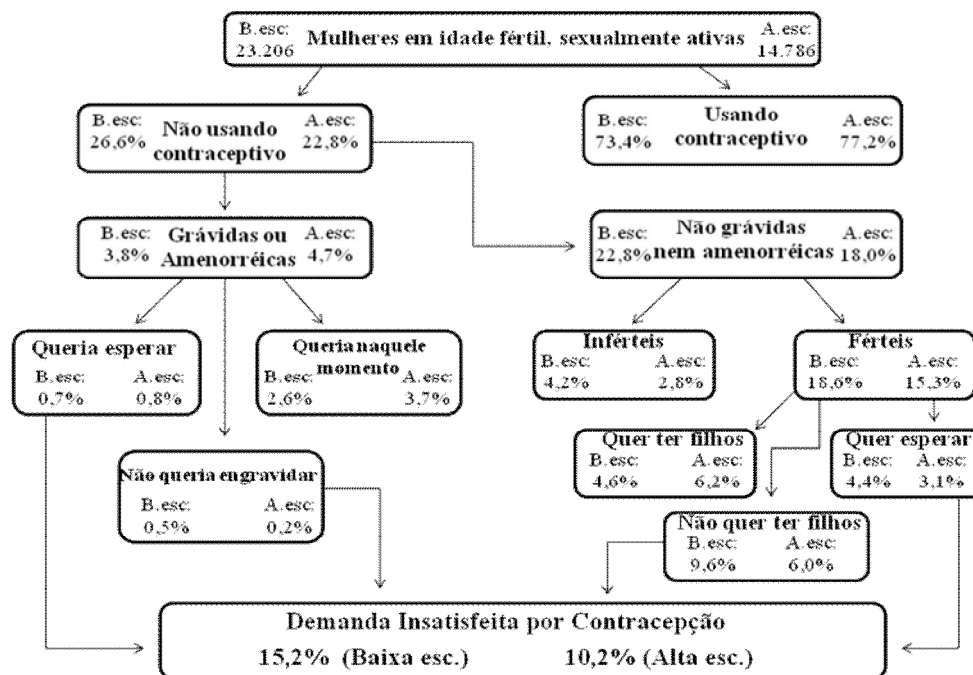
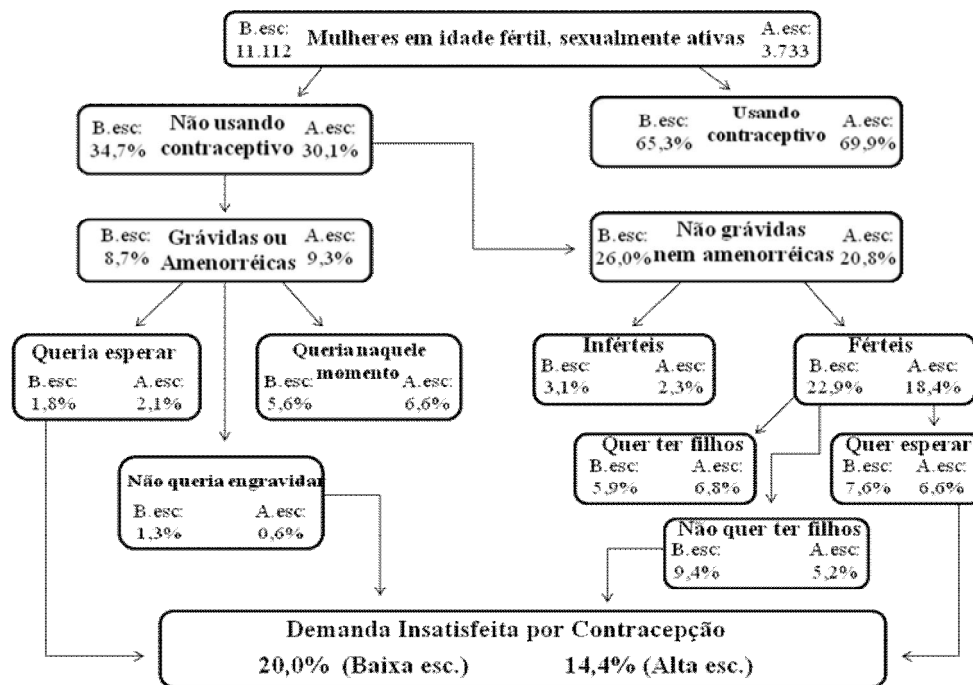
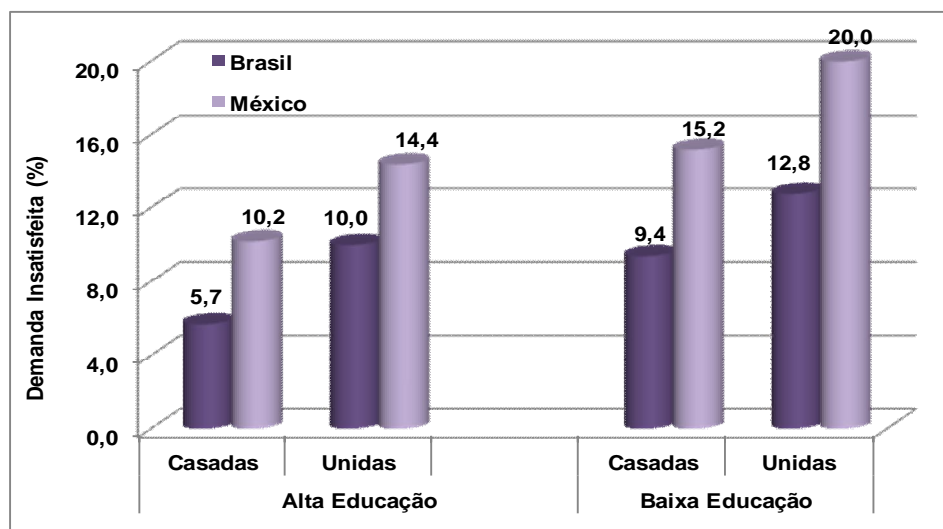


FIGURA 4 – Demanda insatisfeita por contracepção, mulheres em união consensual, por nível de escolaridade. México, 2009



O Gráfico 5 apresenta uma síntese acerca dos resultados encontrados nas Figuras anteriores. Ele reflete de maneira mais clara as diferenças existentes de acordo com o tipo de união e o nível de escolaridade.

GRÁFICO 5 – Demanda insatisfeita por contracepção, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009



Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

Observa-se que, no México, a demanda insatisfeita por planejamento familiar é maior do que no Brasil, nos dois tipos de união. As brechas dentro de cada tipo de união, segundo os grupos de escolaridade, também são maiores no México, bem como as diferenças entre as duas formas de união. As mulheres unidas, no entanto, possuem maior demanda insatisfeita por planejamento familiar do que as casadas, nos dois países. Quando se analisa pela educação, as mulheres de baixo nível escolar apresentam, de maneira geral, maior demanda insatisfeita do que as de alta escolaridade. Portanto, as unidas de baixa escolaridade apresentam uma situação mais desfavorável no que diz respeito ao atendimento de suas necessidades por planejamento familiar.

O México apresenta níveis mais elevados de demanda insatisfeita, em comparação ao Brasil. Além disso, as mulheres unidas, independente da educação, apresentam demanda insatisfeita maior. Entretanto, aquelas de baixa educação apresentam demanda insatisfeita ainda maior.

Ademais, o perfil de demanda insatisfeita por contracepção encontrado para o Brasil e o México se aproxima daquele observado em países latino-americanos. Em alguns países, também se observa que as mulheres com menor escolaridade apresentam maior demanda insatisfeita do que aquelas com elevada escolaridade⁷.

4.2.5 Implementação das preferências reprodutivas

A diferença entre o número ideal de filhos e o número de filhos sobreviventes também revela outra dimensão da demanda insatisfeita por planejamento familiar, a capacidade de implementação das preferências reprodutivas. Quando há grandes diferenças entre o número desejado e o de filhos sobreviventes, pode-se dizer que as mulheres não estão realizando seu ideal reprodutivo, seja por falta ou excesso.

A Tabela 7 apresenta o número ideal de filhos, o número de filhos sobreviventes⁸ e a diferença absoluta e relativa entre essas duas dimensões para mulheres entre 40 e 49 anos. Essas mulheres foram escolhidas por estarem no fim de seu período reprodutivo e, portanto, possuírem um número praticamente final de filhos, tornando mais precisa a comparação com o número ideal.

⁷ Na Colômbia, a demanda insatisfeita por planejamento familiar total foi de 7% entre as mulheres em algum tipo de união. Para mulheres unidas sem nenhum grau de escolaridade, a demanda insatisfeita era de 13,4% e de 5,4% para mulheres com educação superior. Na Nicarágua, a demanda insatisfeita por planejamento familiar total foi de 8,8%, para todas as mulheres, e de 14,6% para aquelas que estavam em algum tipo de união. Para mulheres sem educação, a demanda insatisfeita era de 23,2% e de 10,2% para mulheres com educação superior. Já na Bolívia, a demanda insatisfeita alcançava 27,8% para as mulheres unidas sem escolaridade e 10,2% para aquelas com educação de nível superior. A demanda insatisfeita total foi de 20,2%. Os valores para comparação foram retirados dos relatórios produzidos a partir dos resultados das pesquisas DHS realizadas na Colômbia, Nicarágua e Bolívia nos anos de 2010, 2001 e 2008, respectivamente.

⁸ Como a mortalidade infantil é baixa no Brasil e no México, a rigor, não haveria diferença importante entre filhos nascidos vivos e filhos sobreviventes. Utilizou-se, nesta dissertação, os filhos sobreviventes por ser o que a literatura recomenda para esse indicador.

TABELA 7 – Número médio de filhos sobreviventes e número ideal médio de filhos para mulheres entre 40 e 49 anos e diferença absoluta e relativa entre sobreviventes e ideal, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

	Brasil				México				
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas		
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	
Filhos sobreviventes	2,65	1,99	3,16	1,56	3,72	2,49	3,69	2,42	
Ideal de filhos	2,86	2,39	2,46	2,09	3,79	2,84	3,68	2,93	
Diferença*	absoluta	0,21	0,40	-0,70	0,53	0,07	0,35	-0,01	0,51
	relativa	-7,9	-20,1	22,2	-34,0	-1,9	-14,1	0,3	-21,1

*Diferença entre o número ideal de filhos e o número de filhos sobreviventes.

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

O que se observa é que, contrário ao apresentado frequentemente na literatura, entre a maior parte das mulheres, há demanda insatisfeita por falta – isto é, elas têm menos filhos do que desejam. Esse fato só não se confirma no caso das mulheres unidas de baixa escolaridade no Brasil, em que o número de filhos sobreviventes supera o ideal. Além disso, no caso das mexicanas unidas de baixa escolaridade, a diferença é bastante pequena, de forma que elas praticamente realizam a sua fecundidade desejada.

A maior parte das mulheres, no entanto, não realiza seu ideal de filhos e têm menos do que desejam. Esse fato é especialmente relevante no caso das mulheres unidas de alta escolaridade, nos dois países, em que a diferença é a maior observada. Essas mulheres são, inclusive, as que menos filhos sobreviventes possuem, em comparação com as demais, especialmente as brasileiras. As mulheres casadas de alta escolaridade, no Brasil e no México, também possuem uma diferença relativamente alta. Essa diferença diminui entre as casadas de baixa escolaridade no Brasil, enquanto no México, elas possuem uma diferença pequena entre o ideal e o sobrevivente.

Chama atenção, portanto, a questão da demanda insatisfeita por falta. O contexto de alta fecundidade vivenciado na América Latina sempre gerou margens para se discutir a demanda insatisfeita por excesso, em que as mulheres tinham mais filhos do que desejavam. Sendo a capacidade de implementar as preferências reprodutivas aqui medida por meio da variável sobre número ideal de filhos, os

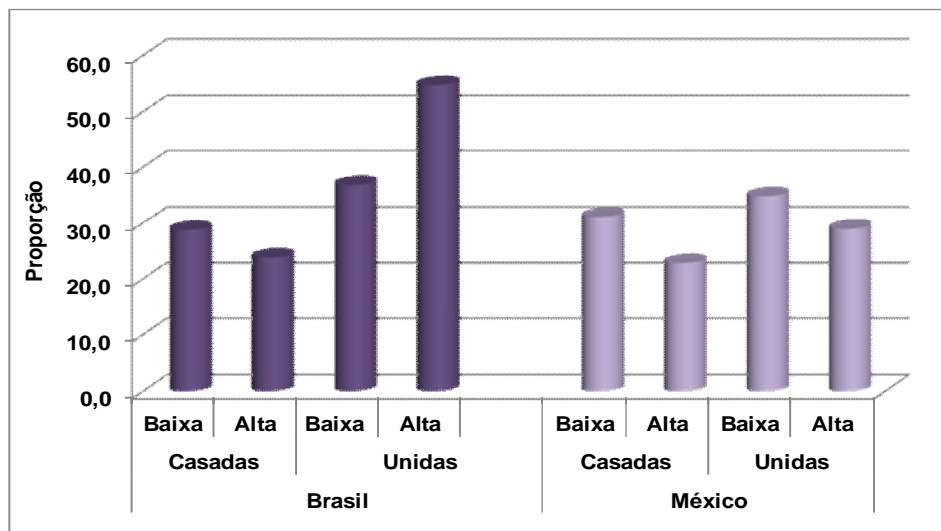
resultados encontrados vão em direção oposta a esse fato, especialmente no caso das mulheres de alta escolaridade. Essas apresentariam maiores limitações para não implementarem suas preferências reprodutivas, fato que merece destaque e requer mais estudos. Por outro lado, essa diferenciação sinaliza para um padrão duplo nas uniões consensuais, com importantes implicações tanto em termos demográficos como de direitos reprodutivos para os grupos. De toda forma, o abismo no grupo das unidas aparenta ser maior que entre as casadas.

4.2.6 Fecundidade não desejada

Relacionada à demanda não satisfeita, está a fecundidade não desejada, nesta dissertação, referida à fecundidade corrente e com relação às aquelas mulheres que não queriam mais ter filhos ou que queriam esperar mais algum tempo, mas que ficaram grávidas. A fecundidade não desejada, ao contrário do número ideal de filhos, é um indicador de fecundidade corrente, obtida a partir dos nascimentos ocorridos em determinado período. Assim, se relaciona ao nascimento ocorrido em determinado momento da vida da mulher. Já o número ideal se relaciona com a parturição, ou seja, é um indicador de estoque, do número de filhos desejados por toda a vida.

O não uso de métodos para se evitar uma gravidez, nesse sentido, pode ocasionar gravidezes não desejadas ou planejadas pela mulher. Com vistas a verificar esse fato, o Gráfico 6 apresenta a proporção de mulheres que tiveram gravidez não desejada (incluindo tanto aquelas que não queriam mais engravidar como as que queriam esperar). Essa informação foi verificada, no caso do Brasil, para mulheres cuja gravidez ocorreu há três anos ou menos e, do México, para mulheres grávidas no momento da pesquisa.

Gráfico 6 – Percentual de mulheres com gravidez não desejada, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009



Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

No gráfico, se observa que há, relativamente, maior proporção de mulheres com fecundidade não desejada (queria esperar e não queria mais) entre aquelas de baixa escolaridade. Chama atenção, no entanto, a elevada proporção de mulheres unidas de alta escolaridade no Brasil que queria esperar mais ou não queria ter filhos – mais da metade declarou uma gravidez não desejada. Esse fato se destaca por se opor ao resultado encontrado para as demais mulheres, em que a proporção de gravidezes não desejadas foi menor do que a de gravidezes desejadas. No México, embora as diferenças entre as categorias analisadas sejam menos expressivas, o caso mulheres unidas de baixa escolaridade se destaca pela elevada proporção que não desejava a gravidez.

4.3 Considerações sobre o perfil de saúde reprodutiva segundo o tipo de união

O que se conclui, a partir desse capítulo, é que os diferenciais socioeconômicos, mediados pela educação, parecem ter maior peso no que diz respeito às diferenças observadas entre as mulheres em cada tipo de união, em ambos os países considerados. São as mulheres com menor nível educacional que, em média, apresentam os piores indicadores com relação ao acesso à saúde

reprodutiva e maior chance de não conseguirem exigir a realização de seus direitos reprodutivos. Comparando-se por tipo de união, as unidas de baixa escolaridade seriam mais vulneráveis do que as casadas na mesma condição de escolaridade.

Nesse sentido, a hipótese proposta nesta dissertação se confirma, em certa medida. Há um diferencial por tipo de união, em que as mulheres casadas apresentam, na maior parte das vezes, melhores indicadores do que as unidas. Entre as unidas, no entanto, aquelas de maior escolaridade estariam menos vulneráveis do que as de baixa escolaridade. Esse fato poderia indicar o perfil duplo de mulheres em união consensual, conforme predito neste trabalho, em que as mulheres unidas de alta escolaridade, por apresentarem um perfil de vanguarda semelhante ao identificado em populações que estariam na chamada Segunda Transição Demográfica, possuiriam maior oportunidade de terem seus direitos reprodutivos protegidos.

Não obstante, em alguns indicadores também as mulheres casadas de baixa escolaridade apresentam-se em situação menos favorável do que as casadas de alta escolaridade, o que contradiria a hipótese de que as casadas, de forma geral, seriam mais empoderadas e teriam melhores condições de exigir o cumprimento de seus direitos reprodutivos. Sua situação, apesar desse fato, ainda é melhor do que das unidas de baixo nível educacional, enquanto as unidas de alta educação se assemelhariam mais às casadas de alta educação. Nesse sentido, a educação, como proxy do status socioeconômico, seria maior determinante do acesso à saúde reprodutiva e exigência do respeito aos direitos reprodutivos.

Talvez esteja ocorrendo, tanto no Brasil quanto no México, a coexistência, juntamente com o perfil tradicional de mulheres em união consensual, de um novo perfil de mulheres cujo status marital estaria próximo daquele encontrado nos contextos demográficos classificados como vivenciando a Segunda Transição e denominado frequentemente de coabitação. Porém, por se tratar de um fenômeno ainda recente e pela ausência de dados que identifiquem a coabitação, é difícil se concluir precisamente quando as diferenças observadas se devem de fato a esse perfil mais moderno. Em vários indicadores, a educação parece ser mais forte. Em outros momentos, por outro lado, esse duplo perfil (união consensual

tradicional e coabitação) parece se revelar, indicando que, futuramente, esse fato pode se espalhar e marcar mais profundamente os diferenciais de saúde reprodutiva.

5 INDICADOR SÍNTESE

O indicador síntese criado nesta dissertação tem por objetivo facilitar a comparação entre os resultados encontrados para os indicadores de saúde reprodutiva. Ele agrega as variáveis que constituem cada um dos indicadores em um sistema de pontos e é formado por três componentes: saúde materna, fecundidade adolescente e capacidade de implementação das preferências reprodutivas. De maneira geral, quanto maior for a pontuação, mais positivo é o cenário encontrado, no sentido de que as mulheres possuiriam níveis mais satisfatórios de acesso à saúde reprodutiva e maior respeito aos direitos reprodutivos. Aos valores médios encontrados, foram atribuídos pesos diferenciados os quais variaram de acordo com as ações já existentes e os esforços que são requeridos para promover o acesso universal à saúde reprodutiva e garantir o respeito aos direitos reprodutivos.

É importante destacar que a iniciativa de se obter um indicador síntese foi inspirada nos marcos conceituais usados por sistemas de indicadores como, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (UNPD, 1990; Bhanojirao, 1991; Hopkins, 1991), no sentido de tentar sintetizar, em uma única medida, diversas variáveis que caracterizariam determinada dimensão. Entretanto, na literatura estudada, pouco se encontra aplicações desse tipo de medida na área de saúde reprodutiva⁹. Nesse sentido, o indicador proposto pode se constituir como uma forma diferenciada de se analisar a saúde reprodutiva, ao fornecer índices mais sintéticos, tangíveis e comparáveis. Entende-se que essa iniciativa ainda é bastante embrionária em vários aspectos que devem ser considerados para a construção de um índice síntese; no entanto, acredita-se que o esforço é necessário. Os resultados, como se verá nas linhas adiante, apresentaram-se de forma bastante coerentes e apontam uma clara caracterização do acesso à saúde reprodutiva.

⁹ Nesse cenário, destaca-se o trabalho de Cavenaghi (2006), em que a autora realiza um estudo direcionado para a criação de um indicador de saúde sexual e reprodutiva em nível municipal para o Brasil.

5.1 Sistema de pontos

O indicador síntese foi construído com base nas variáveis apresentadas no capítulo anterior. A Tabela 8 demonstra os componentes do indicador síntese e como foram distribuídos os pontos para cada variável.

TABELA 8 – Componentes do indicador síntese e pontuação atribuída

1. Saúde Materna		Pontuação
Número de consultas	Até 3 consultas	-2
	Entre 4 e 6	+1
	Mais de 7	+2
Meses na 1ª consulta	Mais de 6 meses	-2
	Entre 3 e 5	-1
	Até 2	+2
Exames e procedimentos básicos	Nenhum	-2
	Todos	+2
2. Fecundidade Adolescente		Pontuação
Número de filhos	2 ou mais	-2
	Menos de 2	0
Idade ao ter o filho	Até 16 anos	-2
	17 ou mais	0
Idade à 1ª relação sexual	Até 14 anos	-2
	15 ou mais	0
Método na 1ª relação sexual	Não usou	-2
	Usou	+2
3. Implementação das preferências reprodutivas		Pontuação
Conhecimento de métodos	Até 9	-2
	Dez ou mais	+2
Queria o último filho nascido vivo	Não queria	-2
	Queria esperar	-1
	Naquele momento	+2
Diferença absoluta entre número ideal e sobrevivente	0	+2
	1	-1
	2	-2
	3 ou mais	-3

Fonte: Elaboração própria

A pontuação para o componente saúde materna foi estabelecida segundo apontamentos da literatura sobre o assunto. Em relação ao número de consultas, é razoável que pelo menos quatro consultas pré-natais sejam realizadas. Quanto aos meses de gravidez na primeira consulta, a literatura diz que o ideal é que ela seja realizada logo no início da gravidez para um acompanhamento mais completo. Ademais, a realização de exames é necessária para melhor acompanhamento da gravidez (CEPAL, 2010; Jiménez et al, 2011).

O componente fecundidade adolescente possui alguns fatores que tornam sua estimativa mais complexa. Por exemplo, é difícil atribuir valores a certos comportamentos, tais como ter ou não filhos e idade à primeira relação, uma vez que não é possível saber se eles foram motivados pela falta de acesso a informações sobre saúde reprodutiva e direitos ou se por um ato consciente de uma jovem bem informada. Por exemplo, o fato de uma mulher com 18, 19 anos ter um filho não pode ser pontuado negativamente ou positivamente em termos de acesso à saúde reprodutiva. Qualquer pontuação isolada seria um juízo de valor.

A literatura aponta que a reincidência da gravidez em adolescentes pode trazer consequências tanto para a mãe como para o filho devido ao curto intervalo interpartal. Há maiores chances da criança ter baixo peso ao nascer e da adolescente ter alguma complicação, por causa de sua imaturidade biológica. Além disso, sucessivas gravidezes pode ter importantes consequências sociais e econômicas, como o abandono escolar. Elas também parecem estar associadas a um maior nível de fecundidade não desejada (Rigsby; 1998; Rosa, 2007; Bruno; 2009). Assim, considerou-se negativo ter dois ou mais filhos.

Por outro lado, apesar da idade limite inferior ao se ter o filho para a qual foi atribuída pontuação negativa (16 anos) ter sido estabelecida de forma arbitrária, ela é justificável se se considerar que, antes dessa idade, como argumentam as leis de muitos países, uma mulher dificilmente tem condições de ser considerada responsável por seu comportamento sexual e reprodutivo. A mesma justificativa pode ser utilizada para se considerar como negativo a primeira relação sexual ter ocorrido com até 14 anos. Já o não uso de método na primeira relação sexual foi considerado como um comportamento de risco em qualquer circunstância, não só

por não prevenir uma gestação não desejada como também permitir a transmissão de doenças, sendo, portanto, pontuado negativamente.

Quanto ao componente capacidade de implementação das preferências reprodutivas, optou-se por agregar os indicadores de prevalência contraceptiva, demanda insatisfeita por planejamento familiar e fecundidade não desejada. Essa opção se deve ao fato desses indicadores serem complementares. Por exemplo, o fato de ter mais filhos do que considera como ideal pode ser indicativo, de alguma forma, de falta de acesso à contracepção.

5.2 Resultados

5.2.1 Saúde materna

A Tabela 9 apresenta os resultados obtidos para o componente saúde materna.

TABELA 9 – Pontuação relativa aos indicadores de saúde materna, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009

Pontos	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
-6	-	-	-	-	0,2	-	0,3	0,1
-5	-	-	-	-	0,2	-	0,5	0,0
-4	-	-	1,1	2,4	0,5	0,1	1,1	0,3
-3	-	0,1	0,7	0,2	1,0	0,1	1,4	0,4
-2	0,5	0,7	1,8	0,5	1,4	0,3	2,3	0,4
-1	0,6	0,3	1,8	0,2	1,5	0,4	2,0	1,0
0	8,3	1,9	9,6	3,2	5,8	1,2	9,3	3,0
+1	1,7	2,6	2,7	2,7	3,1	1,0	3,7	2,1
+2	9,9	8,1	19,6	17,9	15,1	9,8	16,4	13,2
+3	10,4	8,6	7,9	6,5	10,5	8,1	12,0	10,9
+4	8,4	8,6	12,7	13,4	12,3	19,3	10,6	15,4
+5	12,2	3,9	5,6	7,3	5,9	4,5	6,1	4,8
+6	47,9	65,2	36,6	45,7	42,5	55,2	34,4	48,2
Média	4,3	4,9	3,5	4,1	3,9	4,7	3,3	4,3

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

De maneira geral, a maior parte das mulheres apresentou uma pontuação média elevada nos dois países, o que indicaria um nível satisfatório de acesso aos serviços de saúde reprodutiva e respeito aos direitos relacionados à saúde materna.

No Brasil, parece haver uma distinção mais clara segundo o tipo de união. As mulheres casadas apresentam maiores proporções concentradas nas pontuações mais altas e maior pontuação média, em relação às unidas. A escolaridade, por sua vez, também exerce influência, de forma que as mais escolarizadas têm maior média de pontos. As unidas de baixa escolaridade apresentam-se em situação mais vulnerável, com proporções consideráveis em pontuações menores e baixa média de pontos. Ao contrário, as casadas de alta escolaridade apresentam média de pontos elevada.

No México, parece haver maior influência da escolaridade na determinação dos pontos obtidos. As mulheres de baixa escolaridade apresentam menor pontuação média do que aquelas com maior escolaridade, apesar de uma elevada proporção apresentar elevado número de pontos. Também nesse país as mulheres unidas de baixa escolaridade estão em pior situação do que as demais, enquanto as casadas de alta escolaridade possuem situação mais favorável quanto à saúde e os direitos reprodutivos, devido sua maior média de pontos.

Comparando-se os dois países, o que se observa é que o México apresenta um quadro menos favorável do que o Brasil, no que concerne ao componente de saúde materna. Em todas as categorias, a pontuação média é menor do que no Brasil.

5.2.2 Fecundidade adolescente

A Tabela 10 apresenta a pontuação para o componente fecundidade adolescente.

Nesse componente, valores próximos de zero indicam um comportamento “neutro”, ou seja, comportamentos para os quais não se atribuiu pontuação por se considerar que eles, por si só, poderiam não ser motivados exclusivamente por uma deficiência no acesso à saúde reprodutiva. Por exemplo, uma adolescente

com 17, 18 anos, casada ou unida, e que teve um filho pode ser resultado de uma escolha consciente. Pontuar negativamente esse comportamento ignoraria esse tipo de decisão. Da mesma forma, pontuar positivamente pode ocultar aquelas jovens que sim, tiveram um filho por falta de acesso à saúde reprodutiva. Portanto, como não se pode avaliar em que circunstâncias tais comportamentos ocorreram, considerou-se como neutro para não se incorrer em juízo de valor.

Tabela 10 – Pontuação relativa aos indicadores de fecundidade adolescente, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009

Pontos	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
-8	1,5	-	5,0	0,4	0,6	-	2,5	-
-7	-	-	-	-	-	-	-	-
-6	2,7	0,1	9,1	1,7	10,6	1,2	11,4	3,4
-5	-	-	-	-	-	-	-	-
-4	18,0	1,7	14,4	-8,4	18,4	6,3	19,9	1,8
-3	-	-	-	-	-	-	-	-
-2	-	42,6	19,5	16,8	55,5	51,5	47,7	52,6
-1	-	-	-	-	-	-	-	-
0	46,8	55,7	18,7	15,5	2,6	1,7	4,8	1,9
+1	-	-	-	-	-	-	-	-
+2	-	-	33,2	57,2	12,3	39,4	13,7	40,4
Média	-1,6	-0,9	-1,3	0,3	-2,3	-0,6	-2,4	-0,5

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

O que se observa é que, na média, as mulheres de baixa escolaridade apresentam um cenário de acesso à saúde reprodutiva menos favorável. As mulheres de alta escolaridade, por outro lado, apresentam uma média mais elevada, próxima de zero. No México, o tipo de união parece diferenciar pouco o comportamento das jovens, uma vez que as médias obtidas em cada união são muito próximas se a escolaridade é a mesma. No Brasil, por outro lado, existem pequenos diferenciais por tipo de união, porém a escolaridade parece marcar mais as desigualdades observadas.

5.2.3 Capacidade de implementação das preferências reprodutivas

A Tabela 11 apresenta os pontos obtidos no componente capacidade de implementação das preferências reprodutivas.

Tabela 11 – Pontuação relativa aos indicadores de prevalência contraceptiva, demanda insatisfeita por planejamento familiar e fecundidade não desejada, por nível de escolaridade e tipo de união: proporção de mulheres com a pontuação indicada e pontuação média. Brasil, 2006 e México, 2009

Pontos	Brasil				México			
	Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
-6	-	-	0,1	-	-	-	-	-
-5	-	-	0,5	0,2	0,1	-	0,1	0,1
-4	4,5	1,4	5,9	3,2	5,6	1,3	6,8	1,1
-3	0,7	0,2	2,2	1,8	0,2	0,0	0,9	0,3
-2	19,6	3,4	21,6	5,6	20,3	4,6	25,4	7,2
-1	0,7	0,6	1,3	1,7	0,1	0,2	0,1	0,1
0	22,7	17,6	20,3	23,0	22,5	12,6	22,4	11,4
+1	0,8	3,4	2,4	6,7	0,2	0,5	0,5	1,6
+2	23,1	29,6	24,7	25,9	25,0	39,1	24,3	47,4
+3	0,4	1,5	1,8	2,4	0,0	0,0	0,2	0,1
+4	26,3	38,2	17,3	25,2	26,0	41,5	19,1	30,7
+5	-	-	-	-	-	-	-	-
+6	28,8	4,1	2,1	4,4	-	0,1	0,2	0,1
Média	1,0	2,3	0,6	1,6	0,9	2,3	0,5	2,0

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

Os resultados médios encontrados para o componente capacidade de implementação das preferências reprodutivas foram bastante semelhantes nos dois países. Eles apontam para uma grande diferenciação segundo a escolaridade das mulheres. Aquelas que possuem baixa escolaridade possuem menor pontuação média quando comparadas às mulheres de alta escolaridade. Por tipo de união, os diferenciais são menos acentuados, porém ainda sim existentes e favoráveis às mulheres casadas. Entretanto, a pontuação total média, de todas as categorias, pode ser considerada baixa.

5.3 Ponderação e indicador síntese

Os componentes que formam o indicador síntese requerem insumos e ações diferenciadas para que haja acesso universal à saúde reprodutiva e respeito aos direitos reprodutivos. No caso da saúde materna, já existe grande apoio institucional e mesmo estrutura governamental para que as mulheres tenham acesso a esse indicador. Existem programas e campanhas, tanto no Brasil como no México, que incentivam o pré-natal e a gravidez segura e mesmo a presença de um sistema público de saúde que permite maior acesso às consultas e cuidados médicos e gera um incentivo maior para o acompanhamento pré-natal (Díaz et al, 2002; Serruya, 2004; Secretaría de Salud, 2007; Neto et al, 2008). A existência de uma estrutura exógena a qual promova maior acessibilidade a mecanismos relativos aos indicadores de saúde reprodutiva parece ter grande relevância no que diz respeito ao acesso mais amplo e equitativo à saúde reprodutiva e maior respeito aos direitos reprodutivos. Dessa forma, o acesso a serviços de saúde materna praticamente independeria dos esforços individuais.

Por outro lado, a incidência da fecundidade adolescente e a capacidade de implementação das preferências reprodutivas estão mais relacionadas com decisões individuais, embora contextualizadas. Para elas, no entanto, há menos ações públicas voltadas para promover o acesso e difundir informações sobre aspectos associados à saúde reprodutiva. O indicador de implementação das preferências reprodutivas, por exemplo, depende das intenções da mulher (e, em grande medida, de seu companheiro) acerca do número de filhos que gostaria de ter e daquele que pode de fato ter, dadas as decisões sobre trabalho, educação, família e outros. Entretanto, essas decisões estão fortemente relacionadas às condições socioeconômicas que se colocam para as mulheres, as quais são afetadas pelas políticas públicas voltadas para maternidade. Ou seja, se existissem ações como ampliação da licença maternidade, creches de qualidade e flexibilização da jornada de trabalho, por exemplo, talvez mais mulheres pudessem realizar seu ideal reprodutivo. Da mesma forma, a fecundidade adolescente indesejada poderia ser reduzida através de ações relativas à educação, educação sexual, informações sobre as consequências de uma gravidez nessa fase da vida, dentre outras.

Com base nessas colocações, optou-se por ponderar os resultados encontrados, atribuindo-lhes pesos diferenciados de acordo com as ações já existentes e os esforços que são requeridos para promover o acesso universal à saúde reprodutiva e garantir o respeito aos direitos reprodutivos. Apesar de terem sido estabelecidos de forma arbitrária, os pesos se fundamentam na argumentação colocada anteriormente. Assim, a saúde materna, por estar ao alcance de mais mulheres, por ser um serviço proporcionado pelo Estado, apresentaria menor peso do que os demais indicadores. Definiu-se que a saúde materna possuiria peso equivalente a 20%, enquanto os indicadores de fecundidade adolescente e capacidade de implementação das preferências reprodutivas teriam peso igual a 40%.

A Tabela 12 apresenta as pontuações médias ponderadas de cada componente e o indicador síntese resultante da soma dessas pontuações.

Tabela 12 – Pontuação média ponderada e indicador síntese, por nível de escolaridade e tipo de união. Brasil, 2006 e México, 2009

Componentes do indicador síntese	Peso	Brasil				México			
		Casadas		Unidas		Casadas		Unidas	
		Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta	Baixa	Alta
Saúde materna	20%	0,87	0,98	0,70	0,82	0,77	0,95	0,66	0,86
Fec. adolescente	40%	-0,65	-0,37	-0,50	0,13	-0,91	-0,23	-0,95	-0,21
Pref. reprodutivas	40%	0,40	0,93	0,25	0,64	0,36	0,92	0,18	0,80
Indicador síntese	-	0,61	1,53	0,45	1,60	0,22	1,64	-0,10	1,45

Fonte: PNDS, 2006; ENADID, 2009.

O indicador síntese mostra que há uma grande diferenciação segundo a escolaridade em ambos os países. A brecha entre as mulheres de alto nível de escolaridade e as de baixo nível é bastante significativa, colocando as mulheres com piores condições socioeconômicas em posição desfavorável em relação às demais. O tipo de união também reflete importantes diferenciais.

No México, no entanto, as desigualdades entre os grupos são mais acentuadas do que no Brasil. Há grande distinção entre a situação da saúde reprodutiva das mulheres de alta e baixa escolaridade. Aquelas que apresentam maior nível de

educação possuem uma pontuação mais elevada, em comparação às de menor nível de educação. Assim, as mulheres de baixa escolaridade teriam menor acesso aos serviços de saúde reprodutiva e menores chances de exigir o respeito aos seus direitos reprodutivos. Somado aos diferenciais por escolaridade, há também diferenças por tipo de união (apesar de menos marcantes). As mulheres casadas possuem um indicador síntese com valores mais elevados, comparando-se por categorias de educação, do que as unidas.

No Brasil, encontram-se os mesmos diferenciais observados para o México, porém com diferenças menos acentuadas segundo o nível de escolaridade. Entretanto, ainda assim as mais escolarizadas apresentam melhor pontuação do que as menos escolarizadas. No caso brasileiro, as mulheres unidas de alta escolaridade são aquelas que apresentam o maior valor de indicador síntese, ultrapassando as casadas. Mesmo que essa diferença seja pequena, ela sinalizaria na direção da hipótese desta dissertação, pois poderia indicar maior empoderamento dessas mulheres, o que permitiria melhor acesso à saúde reprodutiva e maior capacidade de exigir que seus direitos reprodutivos sejam respeitados.

De modo geral, pode-se dizer que o indicador síntese aponta alguns pontos que ainda precisam ser melhorados com vistas a garantir acesso pleno aos serviços de saúde reprodutiva e exercício dos direitos reprodutivos, tanto no Brasil como no México. Os dois países apresentam alguns pontos em comum quanto aos resultados verificados nos indicadores. Apesar de se ver cenários positivos, em ambos ainda persistem importantes diferenciais segundo escolaridade e tipo de união, o que perpetua as desigualdades relativas à saúde reprodutiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação realizou uma análise comparativa dos indicadores de saúde reprodutiva e direitos reprodutivos segundo o tipo de união, por nível de escolaridade, para Brasil e México. O objetivo foi avaliar os diferenciais de saúde reprodutiva utilizando como referência os critérios estabelecidos nas agências de desenvolvimento que advogam pelo acesso universal à saúde reprodutiva. Ao considerar o tipo de união, buscou-se, também, identificar entre as mulheres em uniões informais (conhecidas como consensuais) a existência de um duplo padrão; um deles pertencente a mulheres mais vulneráveis, em função de sua precária inserção na sociedade, e outro pertencente a mulheres, de forma geral, mais empoderadas.

A descrição estatística das variáveis relacionadas ao perfil das mulheres em cada tipo de união mostrou que as características das mulheres unidas, tanto no Brasil como no México, se assemelham àquelas encontradas, na literatura, para a América Latina. Existiria uma maior proporção de mulheres em situação de vulnerabilidade se declarando em união consensual em detrimento às casadas. Em geral, as unidas são mais jovens, possuem menor escolaridade, estão em arranjos familiares mais complexos, com a presença de outros parentes que não os cônjuges e seus filhos, e menor participação no mercado de trabalho, quando comparadas às mulheres casadas.

A análise descritiva dos indicadores de saúde reprodutiva aponta para importantes diferenciais de acordo com o tipo de união e o nível de escolaridade. No entanto, as características socioeconômicas, representadas pela educação, parecem ter maior peso na determinação de um acesso mais frágil à saúde reprodutiva e menores condições de exigirem respeito aos direitos reprodutivos em ambos os países. São as mulheres com menor nível educacional que, em média, apresentam os piores indicadores.

Mesmo analisando-se pelo tipo de união, a educação parece segregar as mulheres de forma mais significativa. Olhando-se dentro de cada forma de união,

as mulheres de baixo nível educacional apresentam sempre os piores indicadores, em comparação àquelas com maior escolaridade. Assim, mesmo entre as casadas, para as quais se supôs que não haveria grandes diferenciais nos indicadores de saúde reprodutiva, observou-se diferenças importantes quanto a educação. O mesmo se observa entre as mulheres unidas.

O fato de alguns indicadores colocarem as mulheres casadas de baixa escolaridade em situação menos favorável do que as casadas de alta escolaridade, em certo sentido, vai contra a hipótese de que as casadas, independente das características socioeconômicas, seriam mais empoderadas e teriam seus direitos respeitados, se comparadas com as mulheres que vivem em uniões consensuais. Sua situação, no entanto, ainda é melhor do que das unidas de baixo nível educacional, enquanto as unidas de alta educação se assemelham mais às casadas de alta educação. Assim, não obstante a grande relevância do nível de educação, os indicadores também mostram uma importância considerável do tipo de união associado à escolaridade.

As mulheres unidas de baixa escolaridade parecem ser mais vulneráveis do que as casadas na mesma condição de escolaridade. Isso sinalizaria, por outro lado, para a confirmação, ainda que parcial, da hipótese proposta nesta dissertação. Há um certo diferencial por tipo de união, em que as mulheres casadas apresentam, na maior parte das vezes, melhores indicadores do que as unidas. Dessa maneira, mesmo se considerando um mesmo nível educacional, as mulheres casadas estão em situação mais favorável, no que tange à saúde reprodutiva, do que as unidas.

Entre as mulheres unidas, por outro lado, aquelas de maior escolaridade estão menos vulneráveis do que as de baixa escolaridade, pelo fato de que seus indicadores são melhores e mais próximos dos indicadores das mulheres casadas. Assim, se poderia dizer de um perfil duplo de mulheres em união consensual; as mulheres unidas de alta escolaridade parecem apresentar um perfil de vanguarda semelhante ao encontrado em populações que estariam vivenciando a chamada Segunda Transição Demográfica e teriam mais chance de terem seus direitos reprodutivos preservados. Por sua vez, as mulheres com um

perfil tradicional de união consensual teriam menos condições de exigir o respeito aos seus direitos reprodutivos.

Há indícios da convivência do perfil tradicional de mulheres em união consensual, em maioria nos dois países, com o perfil moderno, próximo da chamada Segunda Transição Demográfica. É complexo, por outro lado, separar os efeitos do tipo de união e das características socioeconômicas. Enquanto a maioria das mulheres em união consensual apresentar características socioeconômicas menos favoráveis do que as mulheres casadas, é provável que elas também possuam os piores indicadores de saúde reprodutiva e, conseqüentemente, menor chance de ter seus direitos reprodutivos respeitados. Isso porque, conforme visto, essas características exercem grande influência no acesso à saúde reprodutiva.

Nesse sentido, um aumento na proporção de mulheres de melhor status socioeconômico aderindo às uniões consensuais, em decorrência das transformações no padrão de formação das uniões, poderia levar a uma diminuição no abismo entre os tipos de união, uma vez que seus indicadores se aproximariam daqueles das mulheres casadas, os quais são melhores do que os das unidas, independente do nível educacional. Entretanto, como um efeito perverso, uma maior parcela de mulheres de elevada escolaridade em uniões consensuais poderia contribuir também para o aumento do hiato dentro do grupo de mulheres unidas, uma vez que a redução nas desigualdades no acesso à saúde reprodutiva observada entre os tipos de união seria uma consequência da melhora dos indicadores de saúde reprodutiva daquelas mulheres que optaram por uma união consensual devido a comportamentos de vanguarda e não somente pela ausência de melhores condições econômicas. Portanto, ainda assim haveria importantes diferenciais dentro do grupo de mulheres em união consensual.

À luz dessas constatações, chama atenção a necessidade de se investir na melhoria das condições de vida das mulheres de pior status socioeconômico. Empoderar essas mulheres, através da educação, do conhecimento, da informação acerca da saúde reprodutiva e dos seus direitos quanto ao planejamento e realização de seus ideais reprodutivos, torna-se essencial no que

diz respeito à redução das desigualdades e promover o acesso pleno aos serviços de saúde reprodutiva.

Outro resultado encontrado nesta dissertação que merece destaque é a elevada proporção de mulheres que declarou ter menos filhos do que o número que considera como ideal. A demanda insatisfeita por falta é mais marcada entre as mulheres unidas de alta escolaridade. Em que pese o fato de que o número ideal de filhos possa ser um indicador frágil, esse achado requer mais estudos para sua compreensão. Dado que a fecundidade está, nos países estudados, em níveis bastante baixos, é de se esperar que cada vez mais as mulheres manifestem que não conseguem implementar suas preferências reprodutivas. Nesse sentido, configuraria-se uma flagrante violação a um dos direitos reprodutivos mais importantes: o direito de decidir e ter o número desejado de filhos.

Com vistas a melhor comparar os indicadores, criou-se um indicador síntese para agregar, em uma única medida, todas as variáveis utilizadas para descrever os indicadores de saúde reprodutiva. Cabe destacar que o indicador síntese não é o objetivo central desta dissertação, mas uma ferramenta que se acredita ser útil para melhor entender os diferenciais encontrados. Assim, não foi a intenção produzir um indicador finalizado metodologicamente, pois se está utilizando apenas dois países para construir tal indicador e uma única fonte de dados, para cada local, as quais apresentam algumas divergências que interferem, de certa forma, no resultado geral. No entanto, ele reflete um primeiro esforço para se pensar novas estratégias para o estudo da saúde reprodutiva e dos direitos reprodutivos. Espera-se, assim, que esse indicador possa servir de parâmetro para novos trabalhos que visem estudar a saúde reprodutiva, para que se possa aprimorá-lo e, conseqüentemente, expandi-lo, gerando uma base mais ampla de comparação entre indicadores de saúde reprodutiva de vários países.

A elaboração do indicador síntese encontrou grandes dificuldades referentes à mensuração dos indicadores de saúde reprodutiva e à sua construção, especialmente no que diz respeito aos dados utilizados. Muitas vezes não foi possível estimar os mesmos indicadores para Brasil e México, devido a incompatibilidades nas bases de dados. Da mesma forma, a ausência de determinadas variáveis limitou a caracterização dos indicadores, como ocorreu no

caso do cálculo da fecundidade não desejada para o México. Ademais, a falta de informações sobre fecundidade adolescente e histórias de nascimentos incompletas fez com que a análise desse indicador fosse a mais problemática, principalmente no cômputo do indicador síntese. Outra dimensão que não pode ser incluída nesta dissertação e que guarda grande relação com a saúde reprodutiva é o aborto provocado. Ele é um claro indicador da falta de acesso aos serviços de saúde reprodutiva, pois é reflexo de uma fecundidade não desejada. Entretanto, a ausência de dados confiáveis sobre a realização do aborto e sobre as mortes provocadas por ele impediu que esse fenômeno fosse melhor explorado.

Da mesma forma, sentiu-se necessidade de mais dados acerca de história de uniões, especialmente sobre coabitação. É possível que mulheres que se declararam casadas tenham vivido com seus companheiros antes de formalizar a união. E mesmo aquelas que declaram viver em união consensual podem, na realidade, estar coabitando e pretendendo se casar formalmente. Esse tipo de informação não está presente na pesquisa brasileira, mas seria importante para melhor se estabelecerem as transições entre os tipos de união, a natureza as uniões, entre outros. Além disso, as recentes modificações na legislação, especialmente no caso brasileiro, as quais reconhecem, para uniões que não são formalizadas, os mesmos direitos garantidos para os casamentos formais, podem estimular uma adesão maior às uniões informais (união consensual, coabitação, etc). Dessa forma, estudos como o realizado nesta dissertação são cada vez mais justificáveis, necessitando de dados mais ricos e detalhados.

A indisponibilidade de dados como os citados anteriormente chama atenção por se tratarem de indicadores tão caros para avaliação e acompanhamento das diretrizes colocadas pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento e das metas estabelecidas pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. A ausência de dados consistentes torna difícil o acompanhamento dos indicadores. Nesse sentido, as instituições que precisam avaliar os avanços alcançados na área de saúde reprodutiva deveriam investir em coletar e produzir dados e informações mais adequadas para essa finalidade.

Em que pesem as deficiências reconhecidas no indicador síntese aqui proposto, ele aponta importantes diferenciais de saúde reprodutiva entre as mulheres. O que se constata, assim, é que os indicadores que possuem maior investimento governamental, com infraestrutura para sua concretização, são os que melhores resultados apresentam. Por outro lado, os indicadores relacionados com decisões individuais e para os quais há menos ações públicas voltadas para promover o acesso e difundir informações sobre aspectos associados à saúde reprodutiva, apresentam piores resultados.

Embora a educação pareça ser o fator determinante das diferenças no acesso à saúde reprodutiva, alguns achados permitem identificar que, entre as mulheres mais educadas, aquelas que se encontram em união consensual parecem se encaixar no perfil de mulheres que pertenceriam à Segunda Transição Demográfica e que optam pela coabitação. No Brasil, as mulheres unidas de elevada escolaridade apresentaram a maior pontuação no indicador síntese, sinalizando que elas teriam maior acesso à saúde reprodutiva. Assim, a hipótese de que haveria um perfil duplo de mulheres em união consensual com acesso diferenciado à saúde reprodutiva tende a ser corroborada.

Entretanto, é importante se questionar se essa maior pontuação de fato indicaria maior empoderamento das mulheres unidas de alta escolaridade e melhores condições de exigirem o cumprimento de seus direitos reprodutivos. De fato, uma escolaridade mais elevada implica mais informações sobre a importância da atenção e do cuidado com a saúde reprodutiva e, por conseguinte, maior acesso. Por outro lado, o empoderamento para exigir disponibilização de serviços e ações que permitam a realização dos direitos reprodutivos é uma dimensão difícil de ser mensurada, devido à ausência de dados. Nesta dissertação, considerou-se que esse fato era indicativo de maior empoderamento, mas acredita-se que sejam necessários mais estudos que mensurem essa dimensão.

Não obstante às dificuldades encontradas na construção do indicador síntese, ele mostrou-se como uma importante ferramenta elucidativa, a qual trouxe importantes subsídios para cumprir os objetivos deste trabalho. No entanto, para estabelecê-lo como um indicador comparativo sobre saúde reprodutiva, acredita-se que ainda são necessários novos testes e mais dados, agregando informações

sobre diferentes contextos. O indicador síntese é, nesse sentido, uma relevante contribuição desta dissertação e deve ser trabalhado mais sistematicamente e com maior profundidade a fim de melhor validá-lo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMAS, M.A. **No es lo mismo pero es igual**: a singularidade da segunda transição demográfica em Cuba. 2008. 229 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ARRIAGADA, I. Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. **Revista de la Cepal**. Santiago do Chile, n.77, ago. 2002.

BHANOJIRAO, V.V. Human development report 1990: review and assessment. **World Development**, v. 19, n. 10, p. 1451–1460, 1991.

BERQUÓ, E. A família no século XXI: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. São Paulo, v.6, n. 2, p. 1-16, jul./dez. 1989.

BERQUÓ, E. O Brasil e as recomendações do plano de ação do Cairo. In: BILAC, E.D. e ROCHA, M.I.B. (orgs.). **A saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe**: temas e problemas. Campinas, Editora 34, PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP, 1998.

BONGAARTS, J. The measurement of wanted fertility. **Population and Development Review**. New York, v.16, n.3, p.487-506, 1990.

BONGAARTS, J.; SINDING, S. Population policy in transition in the developing world. **Science**, v. 333, 2011.

BRUNO, Z.V.; FEITOSA, F.E.L.; SILVEIRA, K.P.; MORAIS, I.Q.; BEZERRA, M.F. Reincidência de gravidez em adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V. 31, n. 10, p.480-484, 2009.

CAETANO, A.J. O declínio da fecundidade e suas implicações: uma introdução. In: CAETANO, A.J., ALVES, J.E.D. e CORRÊA, S. (Orgs.). **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: Abep e UNFPA, p. 11-19, 2004.

CASTERLINE, J.B.; EL-ZEINI, L.O. The estimation of unwanted fertility. **Demography**. V. 44, n. 4, p. 729-743, 2007.

CASTERLINE, J.B.; MENDOZA, J.A. **Unwanted fertility in Latin America**: historical trends, recent patterns. (Trabalho apresentado na Conferência Anual da Population Association of America, 2009).

CASTRO-MARTÍN, T. Matrimonios sin papeles em Centroamerica: persistencia de un sistema dual de nupcialidad. In: ROSERO-BIXBY, L. (editor). **Población del Istmo 2000**: familia, migración, violencia y medio ambiente. San José, Costa Rica, Centro Centroamericano de Población, 2001.

CAVENAGHI, S. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília: UNFPA. 2006.

CEPAL. **Población y salud en América Latina y el Caribe: retos pendientes y nuevos desafíos**. LC/L.3216(CEP.2010/3), Santiago del Chile, 2010. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/8/39438/LCL3216_CEP2010.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

CEPAL/CELADE. **Vulnerabilidad sociodemográfica: viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas; síntesis y conclusiones**. Santiago, LC/G.2170 (SES.29/16), 2002. Disponível em: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/10264/LCR2086_ind.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2011.

CEPAL/CELADE. Dinámica demográfica y desarrollo em América Latina y el Caribe. **Serie Población y Desarrollo**, n. 58, 2005.

CEPAL/CELADE/UNFPA. **Informe de América Latina sobre los progresos y las perspectivas de la implementación Del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009**. Versão preliminar apresentada no seminário regional “Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”. Santiago del Chile, 7 e 8 de outubro, 2009.

CLIQUET, R. The Second Demographic Transition: Fact or Fiction? **Population Studies**. N. 23, Strasbourg, Council of Europe, 1991.

COLEMAN, D. Why we don't have to believe without doubting in the 'Second Demographic Transition' - some agnostic comments. Vienna Yearbook of Population Research. **Austrian Academy of Sciences**. P. 11 - 24, 2004.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN DE MÉXICO (CONAPO). La nupcialidad en México: patrones de continuidad y cambio en el último cuarto de siglo. In: **La situación demográfica de México**. México, 1999.

CORRÊA, S.; JANNUZZI, P.M.; ALVES, J.E.D. **Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores**. Trabalho realizado com o apoio do UNFPA-Brasil, no âmbito do Sub-programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, Projeto “Sistema de Indicadores Municipais em Saúde Sexual e Reprodutiva”, coordenado pela ABEP e IBGE. Rio de Janeiro, 2003.

CORRÊA, S.; ÁVILA, M.B. Direitos sexuais e reprodutivos – Pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo & Vida – Panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Editora Unicamp, Campinas, São Paulo, 2003.

COSTA, C.S. **Uniões informais no Brasil em 2000: uma análise sobre a ótica da mulher**. 2000. 76 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Cedeplar/ UFMG, 2004.

DÍAZ, D.; SÁNCHEZ-HIDALGO, D.; FREYERMUTH, G.; CASTAÑEDA, M.A. **La mortalidad materna**: um problema sin resolver. México, 2002. Disponível em: <http://www.siyanda.org/docs/muerte_%20materna.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

FLÓREZ, C.E.; SOTO, V.E. **El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe**: una visión global. Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 2008.

FUENTE, R.C. **Estrategia para disminuir la mortalidad materna en México**. México, 2009. Disponível em: <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RaymundoCanalesMEXICO.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2011.

GARCÍA, B.; ROJAS, O. Cambios en la formación y disolución de las uniones en América Latina. **Gaceta Laboral**. v.8, n. 003, p.391-410, 2002.

GARCÍA, B.; ROJAS, O. Las uniones conyugales en América Latina: transformaciones en un marco de desigualdad social y de género. **Notas de Población**. V.78, p.65-96, 2004.

GOLDANI ALTMANN, A.M.; WONG, L.R. Padrões e tendências da nupcialidade no Brasil. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2, 1980. Águas de São Pedro. **Anais**. Belo Horizonte: ABEP, v.1, p.343-415, 1980.

GREENE, M., RAO, V. A compressão do mercado matrimonial e o aumento das uniões consensuais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. v.9, n.2, p.168-204, 1992.

HAGEWEN, K.S.; MORGAN, M. Intended and ideal family size in the United States, 1970-2002. **Population and Development Review**. V. 31, p. 507-527, 2005.

HOPKINS, M. Human development revisited: a new UNPD report. **World Development**. V. 19, n. 10, p. 1469–1473, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS/INEC; MINISTERIO DE SALUD/MINSA. **Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud – ENDESA 2001**. Nicaragua, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA/INEG. **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 – Descripción de archivos**. México, 2009a.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA/INEG. **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 – Informe Operativo**. México, 2009b.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA/INEG. **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 – Metodología y tabulados básicos**. México, 2009c.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA/INEG. **Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 – Cuestionario del módulo para la mujer**. México, 2009d.

INSTITUTO NACIONAL PARA LA EVALUACIÓN DE LA EDUCACIÓN/INEE. **Panorama Educativo de México**: indicadores del sistema educativo nacional 2008. Disponível em: <<http://www.inee.edu.mx/index.php/publicaciones/informes-institucionales/panorama-educativo/3742>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

JIMÉNEZ, M.A.; ALIAGA, L.; RODRÍGUEZ, J. Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de desarrollo del milenio de acceso universal a la salud reproductiva. **Serie Población y Desarrollo**. N. 97, 2011.

KAA, D. J. Europe's second demographic transition. **Population Bulletin**. Washington, v. 42, n. 1, p. 1-59, Mar. 1987.

LACERDA, M.A. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. 141 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Cedeplar/ UFMG, 2005.

LAZO, A.C.G.V. **Nupcialidade nas PNADs-90**: um tema em extinção? Rio de Janeiro: IPEA, 2002. 53p. (Texto para discussão, 889)

LESTHAEGHE, R. The second demographic transition in western countries: an interpretation. In: MASON, K.O; JENSEN, A.M. (Ed.) **Gender and family change in industrialized countries**. Clarendon Press, Oxford, 1995.

LESTHAEGHE, R.; NEELS, K. From the First to the Second Demographic Transition: an interpretation of the spatial continuity of demographic innovation in France, Belgium and Switzerland. **European Journal of Population**. V.18, p. 325-360, 2002.

LUIZAGA, C.T.M.; GOTLIEB, S.L.D.; JORGE, M.H.P.M.; LAURENTI, R. Mortes maternas: revisão do fator de correção para os dados oficiais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde – Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**. V.19, n.1, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. **Relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006**. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. **Questionário da Mulher**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. Brasília, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. Brasília, 2009.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES/MSD; INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA/INE. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDSA 2008**. Bolívia, 2009.

MIRANDA-RIBEIRO, P. **Começar de novo**: um estudo comparativo do descasamento e recasamento. 163 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Cedeplar/ UFMG, 1993.

NACIONES UNIDAS. **Informe de la Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo**. A/CONF.171/13/Rev. 1. Nova York, 1995. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2011.

NETO, E.T.S.; ALVES, K.C.G; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de saúde materna no Brail: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**. V. 17, n. 2, 2008.

PATRIOTA, T.C. Cairo +10: os desafios no Brasil e na América Latina. In: Caetano, A. J., Alves, J. E. D., Correa, S. (orgs.). **Dez anos do Cairo**: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil. Campinas: ABEP/UNFPA, 2004. 82 p.

PERPÉTUO, I.H.O.; WONG, L.L.R. Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE/CEBRAP. **Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. Brasília, 2009.

PITANGUY, J.; COSTA, L.; ROMANI, A. Indicadores de saúde reprodutiva na América Latina e no Caribe. **Serie Mujer y Desarrollo**. N. 103, 2010.

PROFAMILIA/ASSOCIACIÓN PROBIENESTAR DE LA FAMILIA COLOMBIANA. **Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS 2010**. Colômbia, 2011.

QUILODRÁN, J. L'union libre en Amérique Latine: aspects récents d'un phénomène séculaire. **Cahiers Québécois de Démographie**. V. 28, n. 1-2, p. 53-80, 1999.

QUILODRÁN, J. **L'union libre latinoamericaine a t-elle changés de nature?** XXIV Congresso Internacional de População. Sessão 11, Salvador, Bahia, 2001a. Disponível em: <http://www.iussp.org/Brazil2001/s10/S11_02_quilodran.pdf>. Acesso em 23 set. 2011.

QUILODRÁN, J. **Un siglo de matrimonio en México**. México, El Colegio de México, 2001b.

QUILODRÁN, J. La familia, referentes em transición. **Papeles de Población**. México, n. 37, 2003.

QUILODRÁN, J. Los cambios en la familia vistos desde la demografía; una breve reflexión. **Estudios Demográficos y Urbanos**. V. 23, n. 1 (67), p. 7-20, 2008.

QUINTEIRO, M.C. **Uniões consensuais nas camadas médias e populares**. Encontro da Associação de Estudos Populacionais, 6, 1988. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/1988/T88V01A15.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

RIGSBY, D.C.; MACONES, G.A.; DRISCOLL, D.A. Risk factors for rapid repeat pregnancy among adolescent mothers: a review of the literature. **Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology**. V.11(3), p.115-26, 1998.

RIOS-NETO, E.L.G. **Balances e propostas rumo ao Cairo +20: a perspectiva da CNPD**. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cairo_spm.pdf>. Acesso em 27 out. 2011.

RODRÍGUEZ, J. Unión y cohabitación em América Latina: ¿modernidad, exclusión, diversidad? **Serie Población y Desarrollo**. N. 57, 2005.

RODRÍGUEZ, J. **Reproducción adolescente y desigualdades en América Latina y el Caribe: un llamado a la reflexión y a la acción**. Madrid, OIJ-CEPAL, UNFPA, 2009.

ROSA, A.J.; REIS, A.O.A.; TANAKA, A.C.A. Gestações sucessivas na adolescência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. V. 17, n.1, p.165-172, 2007.

SANTOS, T.F. **A plataforma Cairo e as iniciativas na América Latina e Caribe para a sua realização no contexto de Cairo +15**. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/cairo_spm.pdf>. Acesso em 27 out. 2012.

SECRETARÍA DE SALUD. Programa nacional de salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. 2007. Disponível em: <http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2011.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n.5, 2004.

SKOUBY, SO. Contraceptive use and behaviour in the 21st century: a comprehensive study across five European countries. **The European journal of contraceptive and reproductive health care**. V. 9, n. 2, p.57-68, 2004.

SMOCK, P.J. Cohabitation in the United States: an appraisal of research themes, findings and implications. **Annual Review of Sociology**. V.26, p. 1-20, 2000.

TUIRÁN, R. Transición demográfica, trayectorias de vida y desigualdad social en México: lecciones y opciones. **Papeles de Población**. México, n. 31, 2002.

UNFPA. **Estado de la población mundial 2005 – La promesa de igualdad: equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio**. New York, 2005.

UNITED NATIONS. **Report of International Conference on Population and Development**. Cairo, 1994. Disponível em: <<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html>>. Acesso em 11 out. 2011.

UNITED NATIONS. **United Nations Millennium Declaration – Resolution adopted by the General Assembly**. A/RES/55/2, 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>>. Acesso em 11 out. 2011.

UNITED NATIONS. **Partnership and reproductive behavior in low-fertility countries**. ESA/P/WP. 177, 2003. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/reprobehavior/partrepro.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2011.

UNITED NATIONS FOR DEVELOPMENT PROGRAM (UNDP). **Human Development Report 1990**. New York, 1990. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr1990/chapters/>>. Acesso em: 11 out. 2011.

VENTURA, M. **Direitos reprodutivos no Brasil**. Fundo de Populações das Nações Unidas. UNFPA, 2009. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/direitos_reprodutivos.pdf>. Acesso em: 21 out. 2011.

WESTOFF, C.F., OCHOA, L.H. Unmet need and the demand for family planning. **Demographic and Health Surveys Comparatives Studies**. Columbia (USA) Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., n. 5. 1991.

WONG, L.L.R. Apontamentos sobre a tendência da fecundidade no médio prazo considerando as preferências reprodutivas – Brasil/96. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 11, 1998. Caxambu. **Anais**, 1998.

WONG, L.L.R.; MOREIRA, M.M. **Envelhecimento e desenvolvimento humano: as transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050)**. Trabalho submetido à VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Balance y Perspectivas de la Demografía Nacional ante el Nuevo Milenio. México, 2000.

WONG, L.L.R. ; BONIFÁCIO, G.M. **Retomada da queda da fecundidade na América Latina: evidências para a primeira década do século XXI**. Revista Latinoamericana de Población. Ano 3, n. 4-5, 2009.

WONG, L.L.R.; PERPÉTUO, I.H.O. La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo – 1994. **Serie Población y Desarrollo**. N. 102, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reproductive health indicators – guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring**. WHO Press, 2006. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924156315X_eng.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Briefing note on achieving Millennium Development Goal (MDG) 5**. WHO/RHR/09.06, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_09.06_eng.pdf>. Acesso em: 11 out. 2011.

XIE, Y.; RAYMO, J.; GOYETTE, K.; THORNTON, A. Economic potencial and into marriage and cohabitation. **Demography**. Chicago, v.40, n. 2, p.351-367, 2003.

ANEXOS

Anexo A

Sistema Educacional Mexicano

O sistema educacional mexicano apresenta algumas diferenças em relação ao brasileiro. Ele está composto por seis níveis educacionais: inicial, pré-escola, primária, secundária, média superior (bacharelado e profissional média) e superior (licenciatura e pós-graduação).

A educação inicial proporciona assistência e educação para crianças com até 5 anos. Já a pré-escola atende crianças de 4 e 5 anos que não cursaram a educação inicial. A educação primária é cursada, em geral, por jovens de 6 a 11 anos de idade e é composta de seis graus. O nível médio básico – ou educação secundária – é cursado em três séries por jovens geralmente com idade entre 12 e 14 anos. O médio superior, cursado por pessoas entre 15 e 17 anos, fornece elementos para o estudante seguir a educação superior (bacharelado geral ou tecnológico) ou a educação profissional técnico. Já a educação superior compreende os níveis licenciatura (a qual prepara o indivíduo para o exercício autorizado e profissional de alguma ocupação) e pós-graduação (especialização, mestrado e doutorado) (INEE, 2008).