

Barbara Avelar Gontijo

**Diferencial de atitude frente ao uso de
contracepção moderna entre as etnias quenianas,
1989 – 2008.**

Belo Horizonte, MG
UFMG/Cedeplar
2014

Barbara Avelar Gontijo

**Diferencial de atitude frente ao uso de
contracepção moderna entre as etnias quenianas,
1989 – 2008.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação 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.

Orientador: Prof. Bernardo Lanza Queiroz

Co-orientador: Prof. Dimitri Fazito de Almeida Rezende

Belo Horizonte, MG
Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG
2014

Folha de Aprovação

AGRADECIMENTOS

Todo o aprendizado deste trabalho e a conquista da coragem para enfrentar o desafio da dissertação não seriam possíveis sem o auxílio e apoio de cada um que tive a oportunidade de conviver. Assim, agradeço:

Aos professores do Cedeplar, que sempre garantiram a excelência do ensino de Demografia. Agradeço, em especial, ao Bernardo e ao Dimitri por atuarem tão bem na orientação do trabalho, simplificando aquilo que eu questionava demais e questionando aquilo que eu simplificava demais.

Agradeço ao CNPq pela bolsa de mestrado, sem a qual, dificilmente, poderia me dedicar exclusivamente ao estudo de Demografia.

Aos colegas de Cedeplar, em especial, àqueles da coorte 2012. Por dividirem as angústias da dissertação, dos trabalhos, das disciplinas e das leituras. Por dividirem, também, os momentos de celebração, desde os intervalos na cantina até os aniversários, nascimento de filhos e - infelizmente – as despedidas.

Aos meus pais. Por sempre acreditarem em mim, por apoiarem minhas escolhas e por me estimularem na busca pelo conhecimento. Mãe, obrigada por cada risada deliciosa que sempre me animou. Pai, obrigada pelas conversas e pelo apoio quando eu não tinha a menor ideia de qual caminho escolher.

Ao Pedro. Por ser uma das minhas maiores inspirações. Pedim, obrigada por todo apoio e por todas as manhãs de domingo no Skype. De repente Tóquio estava bem ao lado de Belo Horizonte.

Ao Gabriel. Por ser o maior companheiro que eu poderia desejar. Gab, obrigada por cada sorriso, por cada passeio para me distrair, por cada sessão de Star Wars, por se esforçar pra aprender swahili comigo. Feliz é pouco com você!

Aos amigos do Ensino Médio, Graduação, Alvo e Lhamas. Obrigada por me divertirem, por rirem e celebrarem sempre comigo.

Asante Sana!

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 ANTECEDENTES	25
Contexto queniano e das etnias do país	25
Políticas quenianas de planejamento familiar	30
Caracterização do uso de contracepção no Quênia.....	35
3 O CONTEXTO DA ÁFRICA SUBSAARIANA E DO QUÊNIA QUANTO AO USO DE CONTRACEPTIVOS	42
Contexto pró-natalista - Cultura e sociedade	42
Métodos tradicionais	47
Introdução de métodos contraceptivos modernos no contexto subsaariano e queniano	49
4 DADOS E MÉTODOS	63
5 RESULTADOS	77
Comportamento contraceptivo entre as etnias quenianas	77
Modelos logísticos.....	86
6 CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
ANEXOS	125
Anexo 1 - Indicadores econômicos e sociais quenianos selecionados	125
Anexo 2 - Características das etnias quenianas	127
Anexo 3 - Caracterização das etnias quenianas pela KDHS 1989-2008	132
Anexo 4 - Políticas de planejamento familiar quenianas – 1950 - 2010	141

Anexo 5 - Caracterização do comportamento contraceptivo e reprodutivo no Quênia 1989 - 2008.....	146
Anexo 6 – Mapas do Quênia.....	162
Anexo 7 – Modelos multinomiais.....	165

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1 – TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL E PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE UTILIZAM CONTRACEPÇÃO MODERNA POR ETNIA – QUÊNIA, 1989 – 2008.	30
TABELA 2 - PREVALÊNCIA DE CONTRACEPÇÃO E TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL – QUÊNIA, 1977 – 2008.	35
TABELA 3 - PREVALÊNCIA DO USO DE CONTRACEPTIVO POR CARACTERÍSTICAS SELECIONADAS – QUÊNIA, 2008.	36
GRÁFICO 1 - PROPORÇÃO DE USO DE CONTRACEPTIVOS POR MULHERES CASADAS – QUÊNIA, 1977 - 2008	37
GRÁFICO 2 - PROPORÇÃO DE USO DE CONTRACEPTIVOS MODERNOS POR MULHERES CASADAS POR TIPO DO CONTRACEPTIVO UTILIZADO – QUÊNIA, 1977 - 2008.	40
QUADRO 1 - DESCRIÇÃO DAS EDIÇÕES DA KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 E 2008.	65
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO MULHERES ENTREVISTADAS SEGUNDO SUA ETNIA NAS EDIÇÕES DA KDHS, QUÊNIA – 1989-2008	67
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DE CLUSTERS POR EDIÇÃO DA KDHS – QUÊNIA 1989-2008	67
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA POPULAÇÃO POR ETNIA – QUÊNIA 2008 E 2009	68
TABELA 7 - ERRO AMOSTRAL DA TAXA DE USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO – QUÊNIA 1989-2008	69
GRÁFICO 3 - INTERVALO DE CONFIANÇA A 95% DA TAXA DE USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO POR EDIÇÃO DA KDHS – QUÊNIA 1989-2008.	70
QUADRO 2 - CONSTRUÇÃO DA VARIÁVEL BINÁRIA DE ATITUDE POSITIVA QUANDO AO USO DE CONTRACEPTIVOS MODERNOS.	72

GRÁFICO 4 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE AFIRMARAM CONHECER ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO POR ETNIA – QUÊNIA, 2008.	78
GRÁFICO 5 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE AFIRMARAM QUE JÁ UTILIZARAM ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO EM ALGUM MOMENTO POR ETNIA – QUÊNIA, 1989-2008.	79
GRÁFICO 6 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE DECLARARAM UTILIZAR ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO POR ETNIA – QUÊNIA, 1989-2008.	80
GRÁFICO 7 - MÉTODO MODERNO UTILIZADO SEGUNDO A ETNIA – QUÊNIA, 2008.	81
GRÁFICO 8 - USO E INTENÇÃO DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS SEGUNDO A ETNIA – QUÊNIA, 2008.	82
GRÁFICO 9 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE GOSTARIAM DE UTILIZAR ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO NO FUTURO POR ETNIA – QUÊNIA, 1989-2008.	83
GRÁFICO 10 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE TEM DEMANDA NÃO ATENDIDA POR MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS SEGUNDO A ETNIA – QUÊNIA, 1993-2008.	84
GRÁFICO 11 - PERCENTUAL DE MULHERES CASADAS QUE TEM ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS SEGUNDO A ETNIA – QUÊNIA, 1989-2008.	85
GRÁFICO 12 - PROPORÇÃO DE MULHERES CASADAS QUE TEM ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS POR USO PRESENTE DE CONTRACEPÇÃO MODERNA SEGUNDO A ETNIA – QUÊNIA, 1989-2008.	86
TABELA 8A - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL	

DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	88
TABELA 8B - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	89
TABELA 8C - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	90
TABELA 9 - RAZÃO DE CHANCE DE APRESENTAR ATITUDE POSITIVA SEGUNDO OS TERMOS INTERATIVOS DE ETNIA E ANO REFERENTE AO MODELO 3 – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	91
TABELA 10A - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	92
TABELA 10B - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	93
TABELA 10C - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	94
TABELA 10D - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	95
TABELA 10E - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS E PERCENTUAL DE CHANCE PARA VARIÁVEL	

DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	96
TABELA 11 - RAZÃO DE CHANCE DE APRESENTAR ATITUDE POSITIVA SEGUNDO OS TERMOS INTERATIVOS DE ETNIA E ANO – QUÊNIA, 1989 - 2008.....	97
TABELA A.1.1 - INDICADORES ECONÔMICOS E SOCIAIS SELECIONADOS - QUÊNIA.....	126
QUADRO A.2.1A - CARACTERIZAÇÃO DAS ETNIAS PRESENTES NO QUÊNIA.....	128
QUADRO A.2.1B - CARACTERIZAÇÃO DAS ETNIAS PRESENTES NO QUÊNIA.....	129
QUADRO A.2.2A - CARACTERIZAÇÃO DAS ETNIAS PRESENTES NO QUÊNIA.....	130
QUADRO A.2.2B - CARACTERIZAÇÃO DAS ETNIAS PRESENTES NO QUÊNIA.....	131
TABELA A.3.1A - PROVÍNCIA DE RESIDÊNCIA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	133
TABELA A.3.1B - PROVÍNCIA DE RESIDÊNCIA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	134
TABELA A.3.2 - SITUAÇÃO CENSITÁRIA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	135
TABELA A.3.3 - TIPO DE LOCAR DE RESIDÊNCIA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	136
TABELA A.3.4 - NÍVEL DE ENSINO MAIS ALTO ATINGIDO POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	137
TABELA A.3.5A - RELIGIÃO DECLARADA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	138
TABELA A.3.5B - RELIGIÃO DECLARADA POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	139

TABELA A.3.6 - PERCENTUAL DE MULHERES QUE ACESSAM AS MÍDIAS PELO MENOS 1 VEZ POR SEMANA SEGUNDO ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	140
QUADRO A.4.1A - POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO QUÊNIA – 1950 - 2010	142
QUADRO A.4.1B - POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO QUÊNIA – 1950 - 2010	143
QUADRO A.4.1C - POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO QUÊNIA – 1950 - 2010	144
QUADRO A.4.1D - POLÍTICAS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO QUÊNIA – 1950 - 2010	145
TABELA A.5.1 - CONHECIMENTO SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	147
TABELA A.5.2 - USO DE CONTRACEPÇÃO EM ALGUM MOMENTO POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 – 2008.	148
TABELA A.5.3 - USO CORRENTE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR TIPO POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	149
TABELA A.5.4A - USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	150
TABELA A.5.4B - USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	151
TABELA A.5.4C - USO CORRENTE DE MÉTODO CONTRACEPTIVO POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 – 2008.	152

TABELA A.5.5 - USO E INTENÇÃO DE USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 – 2008.....	153
TABELA A.5.6 - TIPO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO QUE PRETENDE UTILIZAR POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 – 2008.....	154
TABELA A.5.7 - DEMANDA NÃO ATENDIDA DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS DE MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	155
TABELA A.5.8 - CONVERSAS COM O PARCEIRO SOBRE CONTRACEPÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008.....	156
TABELA A.5.9 - ATITUDE FRENTE AO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS MODERNOS ENTRE AS MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	157
TABELA A.5.10 - ORIGEM DA ATITUDE POSITIVA FRENTE À CONTRACEPÇÃO MODERNA ENTRE AS MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	158
TABELA A.5.11 - DECISÃO QUANTO AO USO DE CONTRACEPTIVOS MODERNOS POR MULHERES CASADAS DE ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	159
TABELA A.6.12 - TAXA DE FECUNDIDADE TOTAL POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	159
TABELA A.5.13A - DESEJO POR MAIS FILHOS POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	160
TABELA A.5.13B - DESEJO POR MAIS FILHOS POR ETNIAS QUENIANAS SELECIONADAS, QUÊNIA, 1989 - 2008	161
FIGURA A.6.1 - MAPA POLÍTICO DO QUÊNIA	163

FIGURA A.6.2 - LOCALIZAÇÃO APROXIMADA DOS GRUPOS ÉTNICOS QUENIANOS	164
TABELA A.7.1A - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	166
TABELA A.7.1B - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	167
TABELA A.7.1C - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	168
TABELA A.7.1D - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	169
TABELA A.7.1E - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE POSITIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	170
TABELA A.7.2A - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE NEGATIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	170
TABELA A.7.2B - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS- PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE NEGATIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	171

TABELA A.7.2C - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE NEGATIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	172
TABELA A.7.2D - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE NEGATIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	173
TABELA A.7.2E - EXPONENCIAIS DOS COEFICIENTES E DOS ERROS-PADRÃO ESTIMADOS PARA VARIÁVEL DEPENDENTE “ATITUDE NEGATIVA FRENTE AO USO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO MODERNO” – QUÊNIA, 1989 - 2008.	174

RESUMO

O Quênia apresentou, nos últimos 30 anos, uma expressiva redução de sua taxa de fecundidade total e aumento do percentual de mulheres casadas que utilizam contracepção moderna. Sendo o país marcado por um histórico de alta fecundidade, rejeição a contracepção moderna e forte noção de pertencimento étnico, o trabalho buscou verificar como esta mudança no comportamento contraceptivo se relaciona aos grupos étnicos do país entre os anos de 1989 e 2008. A fim de mensurar o comportamento contraceptivo foi construída a medida de atitude positiva frente aos métodos modernos, a qual combinava variáveis relacionadas ao uso e intenção de uso de contracepção moderna. As hipóteses levantadas afirmavam que o pertencimento étnico se relacionava a atitude positiva, no entanto, esta correlação perderia a importância com o passar do tempo devido ao avanço das políticas e maior acesso a informação. Foram utilizados dados das edições de 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008 da Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) e foi desenvolvido um modelo logístico binomial, cuja variável dependente era “possui ou não atitude positiva”, para mensurar o diferencial da atitude positiva entre as etnias quenianas. Por meio deste modelo a hipótese foi corroborada. Em 1989, grande parte das etnias apresentava significância estatística de 99% no modelo logístico com variáveis de controle. Em 2008, os coeficientes se convergiram e a variável de etnia perdeu significância estatística. Desta forma, nota-se que o pertencimento étnico, embora muito importante para a população queniana, não apresenta grande correlação com a atitude positiva frente ao uso de contracepção moderna atualmente como apresentara anteriormente. É observável também que o diferencial verificado entre as etnias se reduz consideravelmente. A dissertação também discutiu a importância da questão cultural em relação ao uso da contracepção moderna no contexto subsaariano e queniano e como a questão cultural é inserida ao debate demográfico.

Palavras-chave: Etnia. Demografia cultural. Contracepção moderna. Quênia.

ABSTRACT

Kenya has shown, in the last 30 years, a significant reduction in their total fertility rate and increase of the percentage of married women using modern contraception. As a country marked by a history of high fertility, rejection of modern contraception and strong sense of ethnic belonging, the study sought to ascertain how this change in contraceptive behavior relates to the Kenyan ethnic groups, between the years 1989 and 2008. In order to measure the contraceptive behavior, a new variable was built: positive attitude for modern contraception use. This variable combine others variables related to the use and intention to use modern methods. The hypotheses stated that the ethnic belonging was related to positive attitude, however, this correlation would lose importance over time due to the advancement of policies and greater access to information. We used data of 1989, 1993, 1998, 2003 and 2008 editions of Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) and developed a binomial logistic model, in which the dependent variable was "the woman has a positive attitude or don't have it". Through this model the hypothesis was supported. In 1989, most ethnic groups had statistical significance of 99% in the logistic model with control variables. In 2008, the coefficients converged and ethnicity lost statistical significance. Thus, we note that, although the ethnic belonging is very important to the Kenyan people, it does not have a high correlation with positive attitude today as it had earlier. It is also observed that the difference detected between ethnicities have reduced considerably. The dissertation also discussed the importance of culture related to modern contraceptive use in sub-Saharan and Kenyan context and how culture is inserted to the demographic debate.

Keywords: Ethnicity. Cultural Demographics. Modern Contraception. Kenya.

1 INTRODUÇÃO

O Quênia é um país localizado na porção Oriental da África Subsaariana e é marcado por uma grande diversidade étnica. A nação vem apresentando uma das mais importantes reduções da função de fecundidade – de 7,9 filhos por mulher, em 1977, para 4,6, em 2008 (Askew et al., 2009; KNBS et al., 2010) - e aumento do uso de contraceptivos modernos - 4,4% das mulheres casadas utilizavam em 1977 e 38,9% em 2008 (United Nations, 2011) - dentre os países subsaarianos nas últimas 5 décadas (KNBS et al., 2010). Todavia, esta redução de fecundidade e aumento do uso de métodos modernos apresentam ritmos e níveis distintos entre os diferentes grupos da população, como entre as etnias (Askew et al., 2009; Cleland, 2012; Agwanda et al., 2009; Khasakhala, 2011; Iyer et al., 2009). O presente estudo busca compreender como as atitudes positivas frente aos métodos contraceptivos modernos apresentam variações sob o escopo étnico. Isto é, tem-se como objetivo principal verificar se existe influência do pertencimento a uma determinada etnia no diferencial de atitudes ao uso de contraceptivos, espaçando e/ou limitando a fecundidade. Caso haja diferencial, pretende-se mensurar quanto o pertencimento a tal etnia afeta esta atitude. Assim, a pergunta que o trabalho se propõe a responder é: qual o diferencial da atitude positiva frente aos métodos contraceptivos modernos entre as etnias do Quênia ao longo dos últimos 20 anos? A hipótese trabalhada é de que há diferencial significativo entre os grupos étnicos, no entanto, esta distinção sofre redução ao longo do tempo, sendo menor em 2008 que em 1989. Esta hipótese de diminuição no decorrer do período se baseia no aprimoramento pelo qual a política de planejamento familiar passou entre 1989 e 2008 e da maior difusão das informações acerca dos métodos contraceptivos modernos entre os indivíduos.

A atitude positiva que o trabalho procura mensurar é um termo é vastamente empregado em estudos de Conhecimento, Atitude e Prática (CAP). Estes estudos buscam identificar o que as pessoas sabem sobre um assunto (conhecimento), como se sentem sobre isto (atitude) e o que fazem sobre o objeto abordado

(prática). Os estudos CAP são aplicados em diversas áreas do conhecimento, porém são especialmente utilizados em trabalhos que têm como tema a saúde sexual e reprodutiva (Vandamme, 2009). Em um estudo desenvolvido com adolescentes grávidas a respeito da atitude frente ao uso de contracepção, Belo et al. (2004) consideram que a jovem apresenta uma “atitude positiva” quando a respondente declara que utilizava ou deseja utilizar um método contraceptivo em algum momento da vida. Segundo Pelto et al. (1997), Launiala (2009), Marinho et al. (2003, apud Alves et al., 2008), o termo atitude nos estudos CAP usualmente relacionada a “crença” e “sentimentos” quando ao uso da contracepção. O presente estudo visa mensurar este “sentimento” quanto aos métodos modernos entre as diversas etnias quenianas.

Esta atitude positiva será medida por meio de variáveis indicadoras de indivíduos que já utilizaram, utilizam ou pretendem utilizar métodos modernos, segundo seu grupo étnico. O efeito será controlado por diversas variáveis que afetam o uso e o desejo de utilização da contracepção moderna, como o nível educacional, o acesso à informação, variáveis indicadoras de rede social, entre outras. É interessante destacar que a atitude frente ao uso de métodos contraceptivos modernos é passível de mudanças, não sendo determinado por uma estrutura cultural rígida e que não admite comportamentos desviantes entre os membros da etnia. Assim, é possível que sejam observadas alterações no nível de concordância com o uso ao longo do período estudado, conforme explicitado anteriormente.

O presente estudo vem a contribuir junto à discussão acerca das questões étnicas, uma vez que estes diálogos são raros na esfera demográfica. Pretende-se também tratar sobre a fecundidade e a contracepção africana, assuntos ainda com vasta possibilidade de ampliação dos conhecimentos. Os trabalhos da literatura internacional que se inserem na discussão de etnias e comportamento reprodutivo no Quênia se limitam a descrição daquilo que é observado e não buscam analisar as associações entre as atitudes positivas para com os métodos contraceptivos modernos e as etnias do país (Bauni et al., 2009; Garenne et al., 2006; Gomes, 1984; Iyer et al., 2009; Khasakhala, 2011; Westoff et al., 2006).

Este trabalho contribui também para a discussão do rápido declínio da fecundidade e aumento do uso de métodos contraceptivos no Quênia, além da recente estabilização observada. Busca-se discutir como isto foi observado pelas diferentes etnias. O estudo debate com o modelo da teoria da transição demográfica de Notestein (1945), seguida por Davis (1963), Knodel e van de Walle (1979), Kirk (1996), Billari e Kohler (2004), entre outros. Esta teoria afirma que o aumento do uso de contraceptivos e a redução da fecundidade podem ser explicados pelos estímulos da modernização e que, uma vez iniciada, ocorre de forma contínua. No caso da África Subsaariana, embora passe por diversas alterações socioeconômicas referentes à sua modernização, a cultura segue sendo um traço fundamental do comportamento reprodutivo, o qual valoriza bastante a alta fecundidade. Os contraceptivos modernos são utilizados no sentido de espaçar os nascimentos e não limitá-los, como é comum nas sociedades ocidentais, marcadas pela modernização (Moultrie, 2005; Bachrach, 2014). Em estudo recente realizado pela Pew Research Center, 33% da população adulta queniana entrevistada afirmou que o uso de contracepção é moralmente inaceitável. Isto colocou o país na 7ª posição em um ranking de 40 países ordenados pela proporção de sua população que rejeita a contracepção (Pew Research Center, 2014).

Esta cultura que distingue os comportamentos e normas referentes à reprodução tem a etnia como sinalizador da diferenciação. Hammel (1990) afirma que etnia é um marcador de valores culturais e costumes. Barth (1969) confirma esta visão afirmando que os grupos étnicos formam um campo de comunicação e interação social, gerando uma identidade própria distinguível das demais etnias, ao serem comparadas. Estas etnias, no entanto, podem apresentar variações de comportamento e valores culturais segundo seu contexto. Segundo Ndegwa (1997), as etnias são uma forma fundamental de associação do pertencimento dos indivíduos na África Subsaariana por meio do compartilhamento de crenças e valores. A manutenção destas crenças e valores legitima e cristaliza o pertencimento a uma etnia. Com uma noção de pertencimento étnico fortemente arraigado na cultura subsaariana o estudo das etnias se mostra um importante fator para um desenho de programas de planejamento familiar de acordo com a cultura local, o que seria determinante no sucesso da política (Garenne et al.,

2002). Kokole (1994) confirma isto indicando que a menos que um programa de planejamento familiar atinja todas as etnias de maneira equivalente, não haverá sucesso. Desta forma, é fundamental compreender o contexto cultural de uma comunidade a fim de se obter sucesso em um programa de planejamento familiar que busca atender uma demanda reprimida e atitude positiva aos métodos modernos (Hennink et al., 2005 apud Mwaikambo et al., 2011).

Segundo Caldwell et al. (1987), a fecundidade subsaariana é profundamente determinada por fatores culturais e que, ainda que haja investimentos expressivos em programas de planejamento familiar, os resultados se mostrarão aquém do esperado, caso não sejam respeitados os limites culturais. Coale (1973), afirma que existem três condições fundamentais para a larga utilização de métodos contraceptivos modernos e a redução da fecundidade. Estas condições seriam: (1) escolha consciente; (2) percepção de que a redução da fecundidade seja vantajosa; (3) disponibilização de métodos efetivos. A pouca observância dos desejos e a falta de sensibilidade quanto aos traços culturais da população subsaariana marcou as intervenções internacionais junto aos programas de planejamento familiar no continente. Desta forma, técnicas para a redução da taxa de fecundidade foram desenvolvidas, no entanto, a população não percebia esta redução como vantajosa e suas escolhas se mantiveram junto a uma alta fecundidade e a um baixo uso de métodos contraceptivos modernos. Com isto, o sucesso da política implantada nestes países foi muito inferior àquele esperado (Frank et al., 1987; Hammel, 1990).

Esta insensibilidade aos anseios e à cultura da população foi observada na primeira política de planejamento familiar desenvolvida no Quênia, a qual foi também a primeira experiência de tal natureza na África. Em 1967, foi implantada uma política de redução da fecundidade do país que determinava que a taxa de fecundidade total deveria ser reduzida em 50% em um prazo de 10 a 15 anos baseada no uso de dispositivos intrauterinos (DIU) (Population Council, 1966; Ajayi et al., 1998; Frank et al., 1987). Neste e em diversos outros casos, a questão cultural foi quase completamente negligenciada. As mulheres foram tomadas como clientes e seu desejo de espaçar os nascimentos transformados em limitação do número de filhos. Assim, a visão quase estritamente utilitarista e

demográfica, baseada em taxas e números, deixou de lado o fator cultural, que tem um forte peso na fecundidade queniana (Ajayi et al., 1998). Foi imposto pela política de planejamento familiar um padrão ocidental de conjugalidade e monogamia, orçamento doméstico unificado e educação universal, onde o contexto ao qual a população está inserida é bastante distinto (Frank et al., 1987). Uma solução possível, indicada inicialmente para o caso nigeriano, porém aplicável ao Quênia, seria a criação de uma política plural, que fosse aprazível às particularidades locais, elevando a diversidade cultural do país (Obono, 2003). Caldwell et al. (2002) indicam as dificuldades da criação de políticas que sejam abrangentes a toda população e que funcionasse como um programa de ordem nacional. Esta limitação é agravada quando se questiona ainda os fatores étnicos, os quais são bastante sensíveis quando combinados com a política (Hogan et al., 2004).

Esta dificuldade em lidar com um contexto culturalmente plural é observada também nos estudos demográficos. Segundo Kertzer (1995), a cultura é percebida pelos demógrafos como um conjunto de variáveis não-demográficas e não-econômicas que influenciam o comportamento. Isto é, a dificuldade de operacionalização da cultura em estudos demográficos leva a uma negligência as particularidades de cada grupo. Embora o uso de variáveis como etnia, grupo linguístico ou religioso não sejam os meios ideais de delinear um estudo sobre o impacto da cultura na fecundidade, é a maneira mais objetiva de fazê-lo (Lesthaeghe, 1989 apud. Kertzer, 1995; Hammel, 1995; Greenhalgh, 1995).

A etnia é também um importante instrumento de coesão social em diversas esferas da vida em sociedade nos países subsaarianos, sendo que a identificação étnica ocupa lugar de destaque na autodeclaração acerca de grupo de pertencimento em diversos países da África. Em média, 31% dos africanos se declaram pertencentes a uma etnia como sua mais importante identificação de grupo (Eifert et al., 2010). Com destaque para o país em foco, o Quênia, a noção de pertencimento a uma etnia tem uma grande importância, havendo, por vezes, uma maior identificação com o grupo étnico que com a nação como um todo (Miguel, 2003). De acordo com os dados do Afrobarometer de 2008 para o Quênia, foi apontado que 11% dos entrevistados se sentiam apenas pertencentes

ao grupo étnico ou mais identificados pela etnia que pelo país, outros 41% se sentiam tão identificados pela etnia quanto pelo país (Afrobarometer, 2008). Isto mostra a importância dada aos grupos étnicos pela população queniana. Esta maior estima ao pertencimento étnico que a nação se dá devido ao curto espaço temporal desde a delimitação das fronteiras dos países africanos, a qual foi realizada de maneira arbitrária separando grupos étnicos em mais de um país e unindo em uma mesma nação outros que pouca relação tinham (Kokole, 1994).

No Quênia, a noção de construção da nação (“nation-building”) foi bastante forte, em especial, durante o governo de Jomo Kenyatta, entre 1963 e 1978. As políticas tendiam a ser impostas a todas as etnias sem que seus desejos particulares e valores culturais fossem observados (Miguel, 2003). Embora isto soe contraditório, uma vez que o governo de Kenyatta foi reconhecidamente tribalista, este comportamento é comum em casos de líderes que pertencem a uma maioria étnica, como é o caso dos Kikuyu, a etnia a qual pertencia. As aspirações e desejos dos Kikuyu recebiam destaque e eram impostos sobre as demais etnias do país. Segundo Miguel (2003), isto pode provocar um maior sentimento de pertencimento, acirrando as disputas e levando a conflitos inter-étnicos.

As etnias guardam uma grande diversidade de comportamento e de formas de acesso às políticas do Quênia. Grupos étnicos que residem próximos a capital Nairobi possuem um maior envolvimento político, se tornando mais dominante política e economicamente, como o caso dos Kikuyu e Kalenjin, residentes na província Central e Rift Valley. Segundo Alesina et al. (1999, apud. Miguel, 2003), existem diversos tipos de obstáculos para a constituição de políticas em territórios compostos por uma grande diversidade étnica, como é o caso do Quênia. As divergências de desejos e expectativas entre as etnias dificultam a construção de formas de governo que satisfaça a todos. Além disto, indivíduos apoiam financiamentos públicos para aquilo que beneficia seu próprio grupo étnico (Vigdor, 2001, apud. Miguel, 2003). Assim, localidades mais diversas possuem menor financiamento para escolas e piores instalações, além de a noção de nação ser prejudicada em função da percepção de grupo étnico (Miguel, 2003; Miguel, 2001).

Quanto ao uso de contraceptivos pelas diferentes etnias quenianas, Weinreb (2001) argumenta que o tribalismo político verificado no Quênia afeta a distribuição de métodos modernos e a qualidade das instituições de saúde mantidas pelo governo. Ele afirma também que isto explicaria a maior prevalência de uso de contraceptivos pelos Kikuyu. Westoff et al. (2006), porém, mostram que a distribuição pública de contraceptivos vem sendo reduzida, e Kaler et al. (2001) declarou que apenas 10% da população queniana conseguem o método contraceptivo através dos distribuidores comunitários, embora 48% da população resida em área atendidas por eles. Desta forma, o acesso a métodos contraceptivos parece cada vez mais depender da ação e das atitudes positivas das etnias e menos dos governos. No entanto, dificuldades de acesso, políticas desiguais e de abrangência irregular e informações pouco acuradas difundidas pela população podem constringer o uso da contracepção por muitas mulheres, conforme será discutido adiante.

Embora a etnia seja determinada por nascimento, é afetada por diversos fatores socioeconômicos, sendo suas atitudes positivas frente ao uso de métodos contraceptivos modernos socialmente construídas e não apenas determinadas pelo grupo ao qual pertence. Reconhecendo-se que as etnias têm diferentes acessos aos métodos modernos de planejamento familiar, pretende-se analisar como as políticas são recebidas pelos grupos étnicos. Esta mensuração será realizada por meio da estimativa de conhecimento, demanda e uso de contraceptivos. Com cautela em relação ao contexto político e econômico, pretende-se evitar aquilo que é apontado por Hammel (1995) como conclusões espúrias quanto ao valor das variáveis étnicas e culturais em situações em que aquilo que se destaca é o contexto social ou econômico. Ou seja, embora a etnia seja uma organização social determinante para o comportamento contraceptivo, não é suficiente para explicar todo o processo de desejos e comportamentos contraceptivo, pois depende do processo social e econômico em curso na vida dos indivíduos.

A mensuração do impacto do pertencimento a uma etnia nas atitudes positivas para o uso de métodos contraceptivos modernos será dada por meio das cinco edições da Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) realizadas no Quênia

em 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Serão consideradas apenas 11 das 16 etnias que aparecem nas edições. São elas: Kikuyu, Luhya, Kelenjin, Luo, Kamba, Somali, Kisii, Mijikenda/Swahili e Meru/Embu. Estas 11 etnias são as únicas presentes em todas as edições e perfazem 85,7% da população queniana na edição de 2008 da pesquisa (KDHS, 2008).

Esta forte identificação por grupo étnico verificada e o aumento do uso de métodos contraceptivos modernos observado em um reduzido espaço temporal mostram a importância de uma análise da relação entre etnia e comportamento contraceptivo para um melhor desenvolvimento das políticas de planejamento familiar no país. Para tanto, o trabalho será dividido em 7 capítulos: (1) Introdução; (2) Antecedente, onde serão apresentados o contexto queniano e de suas etnias, além de características das políticas de planejamento familiar verificadas no país e do uso de contraceptivos; (3) Revisão de bibliografia, onde serão apresentados o contexto pró-natalista da África Subsaariana, os métodos tradicionais utilizados e a introdução dos métodos contraceptivos modernos ; (4) Dados e métodos, onde será discutida de maneira mais profunda a Kenya Demographic and Health Survey (KDHS), a medida de atitude positiva e o modelo logístico que busca responder a pergunta de pesquisa; (5) Resultados, onde serão discutidos as estatísticas geradas sobre o comportamento contraceptivo de cada uma das etnias e coeficientes encontrados para o modelo delineado; (6) Conclusão; (7) Bibliografia. O trabalho conta também com um conjunto de anexos onde estão disponíveis tabelas, quadros e mapas extras.

2 ANTECEDENTES

O presente trabalho tem como foco o período coberto pelas edições da KDHS, isto é, entre os anos de 1989 e 2008, e questões relativas à contracepção no Quênia. No entanto, é importante conhecer um pouco do contexto histórico, econômico e social do país para além deste período e daquilo que se refere à fecundidade. Este capítulo tem o objetivo apresentar, brevemente, informações sobre o país, suas etnias e as políticas de planejamento familiar que auxiliam a compreensão dos desdobramentos referente às atitudes positivas frente à contracepção moderna.

Contexto queniano e das etnias do país

O Quênia está localizado na porção Oriental da África Subsaariana, fazendo fronteira com o Sudão do Sul, Etiópia, Somália, Tanzânia, Uganda e sendo banhado pelo Oceano Índico (UN Data, 2013) (ver mapa político do Quênia no Anexo 6). Segundo o Censo Demográfico de 2009, o país tem uma população de 38.610.097 habitantes, com uma razão de sexo igual a 98,84 homens a cada 100 mulheres. A maior parte da população local é rural (67,7%) e segue alguma religião cristã (82,56%), sendo a maioria protestante (47,42%) (KNBS, 2010). Segundo estimativa do Banco Mundial, em 2050, metade da população queniana estará vivendo em centros urbanos (World Bank, 2013).

A economia do país se baseia no cultivo agrícola, o qual emprega 75% da força de trabalho local, e tem com principais produtos o chá, o trigo, o café e o milho (Kenya Economic Survey, 2013). A indústria e serviços que, juntos, empregam os demais 25% da população economicamente ativa, se baseia em atividades de pequena escala voltada para o consumo local (World Bank, 2013). Em 2011, o país registrou um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de US\$ 819,00 (UN Data,

2013), o que o Banco Mundial classifica como “baixa renda” (low income¹) (World Bank, 2013). A situação econômica e social da população é mais crítica na região norte e nordeste do país (World Bank, 2013). Embora tenham sido registradas melhoras nos indicadores sociais e econômicos quenianos durante a última década, a desigualdade continua alta e uma grande parcela da população segue vivendo em situação de vulnerabilidade (coeficiente de Gini igual a 0,477) (World Bank, 2013). No Anexo 1 estão disponíveis maiores informações sobre o país e sua população.

O país foi colônia inglesa entre os anos de 1885 e 1963. O território queniano foi entregue ao domínio britânico durante a Conferência de Berlim e esteve condicionado ao comando inglês até a revolta dos Mau Mau. Esta revolta foi estabelecida entre os quenianos e a elite colonial inglesa devido, principalmente, a má distribuição de terras férteis. O líder da revolta, Jomo Kenyatta, se tornou o primeiro presidente do país, cargo que deteve até sua morte em 1978. O então vice-presidente, Daniel Arap Moi, assumiu o poder e ocupou-o até o ano de 2002, quando foi impedido de concorrer às eleições nacionais. Arap Moi esteve à frente do país por tantos anos devido a um sistema unipartidário que perdurou até 1982 e, após isto, por meio de eleições corrompidas. No ano de 2002, Mwai Kibaki assumiu o poder e foi reeleito em 2007. Sua reeleição provocou uma onda de violência étnica que resultou na morte de 1.500 pessoas em 2 meses. Foi necessária uma intervenção internacional que trouxe a figura de 1º Ministro a fim de que o poder fosse dividido por Kibaki e Raila Odinga, candidato derrotado no pleito. Em 2010, foi aprovada uma nova constituição que eliminava o cargo de 1º Ministro e, no início de 2013, Uhuru Kenyatta, filho do 1º presidente do país, foi eleito como chefe do executivo (CIA Factbook, 2013).

Os dois primeiros presidentes do Quênia, Jomo Kenyatta e Daniel Arap Moi, eram reconhecidamente tribalistas, com políticas que favoreciam a sua etnia, os Kikuyu

¹ Países com PIB per capita de até US\$1.035,00 (World Bank. “How to classify countries”, disponível em <http://data.worldbank.org/about/country-classifications>. Acesso realizado em 24 de março de 2014).

e os Kalenjin, respectivamente (Miguel, 2003). Miguel et al. (2004) afirmam que a diversidade étnica de um país não aumenta a probabilidade de conflitos, mas sim como esta nação é gerida. É possível aferir, portanto, que os governos tribalistas de Kenyatta e Arap Moi foram, possivelmente, uma das razões para os conflitos entre as etnias. Segundo Dercon et al. (2012), os conflitos étnicos ocorridos entre a população Kalenjin e Masaai, em 1992 e 1997, foram estimulados por disputas eleitorais conjugadas a disputas de terras. Partidos políticos mobilizavam eleitores por meio de promessas de acesso a terra ou a serviços públicos, causando conflitos entre as famílias residentes na área. Como cada família é composta, usualmente, por apenas uma etnia, os conflitos tomavam uma dimensão étnica. Além disto, a elite queniana, com a intenção de sufocar os partidos de oposição recrutou “milícias tribais” para instigar a violência entre as etnias. As eleições de 2007 foram também marcadas por campanhas que utilizavam ou eram acusadas de utilizar a etnicidade com propósito político e pela incitação de violência pelos candidatos. Desta forma, a confiança entre as etnias sofreu abalos após tais adventos.

O Quênia é formado por 24 distintos grupos étnicos, dos quais 9 formam grandes grupos que somam 85,7% da população local, segundo o Censo Demográfico de 2009. Estes grupos étnicos são denominados Kikuyu (17,2%), Luhya (13,8%), Kalenjin (12,9%), Luo (10,5%), Kamba (10,1%), Somali (6,2%), Kisii (5,7%), Mijikenda/Swalihi (5,1%) e Meru/Embu (4,3%). Os demais 14,3% dos habitantes pertencem a outras 15 etnias menos numerosas (KNBS, 2010). Grande parte dos grupos étnicos é ainda subdividida em unidades menores. A etnia Mijikenda, por exemplo, é constituída por nove subgrupos: Giriama, Duruma, Digo, Rabai, Chonyi, Kambe, Kauma, Ribe, e Jibana (Iyer et al., 2009). Estas subdivisões não serão tratadas na dissertação, mas é fundamental compreender que as etnias não são um grupo completamente coeso, conservando algumas distinções comportamentais e de valores dentro de si mesmas. Segundo Barth (1969), as etnias são caracterizadas pela partilha de valores culturais fundamentais formando uma identidade própria. No entanto, espera-se encontrar variações de comportamento entre os membros das etnias, uma vez que os indivíduos não correspondem completamente ao tipo ideal formado em torno de seu grupo étnico. Ou seja, os indivíduos são adaptáveis ao contexto no qual se encontram, o

que pode levar a comportamentos desviantes da imputação étnica. Barth (1969) ainda destaca que a caracterização das etnias não é formada pelo isolamento social ou geográfico, sendo a continuidade do grupo dependente de interações étnicas, como o caso dos partidos políticos quenianos, a serem tratados a seguir. Embora, as relações conflituosas entre as etnias tenham destaque, as interações usualmente são de confiança e o capital social interétnico é fundamental para o desenvolvimento do país (Dercon et al., 2012). As etnias quenianas podem ser associadas em três grupos linguísticos: (1) Bantu, formado pelas etnias Kikuyu, Kamba, Kisii, Luhya; (2) Nilotic, formado pelos Luo e outros grupos residentes próximos à fronteira com a Uganda; (3) Nilo-Hamitic, formado pelos Kalenjin, Maasai e outros (Bauni et al., 2009). Apesar desta diferenciação de grupos linguísticos, o inglês é a língua oficial do país, sendo amplamente utilizado nas escolas e órgãos e documentos oficiais do governo. O país possui também o Swahili, língua franca, utilizada no dia-a-dia da população. Além destas, muitos dialetos são falados localmente, como o kikuyu, luhya e luo (Miguel, 2003).

O Quênia possui uma história marcada por conflitos étnicos, resultado, principalmente, de uma política fundamentalmente tribalista, conforme colocado anteriormente. Muitos destes conflitos se dão entre aquelas que são representantes das duas principais correntes políticas no país: Kenya African Democratic Union (KADU), representada pelos grupos menores, como Kalenjin e Maasai, e pelo Kenya African National Union (KANU), representado pelos Kikuyu, Luo, Meru, Embu e Kisii (Ndegwa, 1997).

A população Kikuyu é aquela mais próxima da vida política no país. A maior parte da população desta etnia reside na região central do Quênia, próximo a Nairobi (Kokole, 1994, Anyara et al., 2006; Iyer et al., 2009, para localização das etnias ver FIG. A.6.2 no Anexo 6). Eles também apresentam menor taxa de fecundidade total (TFT) (3,2 filhos por mulher em 2008) e mais alta taxa de uso de métodos contraceptivos modernos (40,28% das mulheres casadas utilizavam em 2008) (KDHS, 2008, vide TAB. 1). Os Luo residem na Província Nyanza e Rift Valley, onde cultivam grãos (Iyer et al., 2009; Anyara et al., 2006; Kohler et al., 2001; Miguel, 2003). Possuem alta TFT de 5,2 filhos por mulher e um percentual de 25,96% das mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos modernos em

2008 (KDHS, 2008). As etnias Meru e Embu residem na Província Eastern e na porção norte do Quênia (Anyara et al., 2006; Iyer et al., 2009). Assim como os Kikuyu, apresentam baixa TFT (3,5 filhos por mulher em 2008) e alto percentual de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos modernos (42,25% em 2008) (KDHS, 2008). A etnia Kisii reside na Província de Nyanza, tendo sua economia baseada na agricultura extensiva (Anyara et al., 2006; Murdock, 1967). Sua TFT é de 4,4 filhos por mulher e 29,00% das mulheres casadas utilizavam contraceptivos modernos em 2008 (KDHS, 2008). Os Luhya são de maioria cristã residente na Província Western e nas cidades de Nairobi e Mombasa (Iyer et al., 2009; Ferguson, 1992; Anyara et al., 2006). Sua taxa de fecundidade é uma das mais altas (5,0 filhos por mulher em 2008) e 27,30% das mulheres casadas utilizavam métodos contraceptivos modernos em 2008 (KDHS, 2008). Os Kalenjin residem em sua maioria na Província Rift Valley (Iyer et al., 2009; Anyara et al., 2006). A população tem uma alta TFT (5,4 filhos por mulher em 2008) e baixo percentual de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos modernos (20,20% em 2008) (KDHS, 2008). A população Kamba possui uma relação bastante próxima com os Kikuyu e residem na região de Nairobi (Iyer et al., 2009). Sua taxa de fecundidade total é de 5,1 filhos por mulher e o percentual de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos modernos é de 27,13% (KDHS, 2008). Os Somali são essencialmente nômades e circulam pela região da Província North Eastern (Anyara et al., 2006; Murdock, 1967). Sua taxa de fecundidade total é a mais alta do país (5,6 filhos por mulher em 2008) e o percentual de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos modernos é o mais baixo (2,73% em 2008) (KDHS, 2008). A população Mijikenda/Swahili é de maioria muçulmana e se dedica a pesca e agricultura na Província Coast (Iyer et al., 2009; Anyara et al., 2006). A taxa de fecundidade total registrada nesta população em 2008 foi de 5,3 filhos por mulher e 16,19% das mulheres casadas desta etnia faziam uso de métodos contraceptivos modernos no mesmo ano (KDHS, 2008). Maiores informações sobre cada uma das etnias podem ser verificadas nos Anexos 2 e 3.

TABELA 1 – Taxa de fecundidade total e percentual de mulheres casadas que utilizam contracepção moderna por etnia – Quênia, 1989 – 2008.

Etnia	Medida	1989	1993	1998	2003	2008
Kikuyu	TFT	6,2	4,3	3,5	3,5	3,2
	% de uso de contracepção	23,89	33,71	39,00	33,70	40,28
Luhya	TFT	7,7	6,5	5,2	5,5	5,0
	% de uso de contracepção	11,67	18,27	20,20	21,33	27,30
Kalenjin	TFT	6,8	6,6	5,8	5,9	5,4
	% de uso de contracepção	9,37	12,58	14,59	16,56	20,20
Luo	TFT	6,4	5,8	5,5	5,7	5,2
	% de uso de contracepção	8,18	12,01	13,26	14,82	25,96
Kamba	TFT	7,4	6,3	4,7	5,2	5,1
	% de uso de contracepção	10,45	17,45	20,37	21,09	27,13
Somali	TFT	3,9	2,9	5,7	6,6	5,6
	% de uso de contracepção	6,65	37,39	2,76	1,63	2,73
Kisii	TFT	7,1	5,9	4,3	4,8	4,4
	% de uso de contracepção	13,19	23,80	26,52	28,06	29,00
Mijikenda/ Swahili	TFT	6,2	5,4	5,6	5,7	5,3
	% de uso de contracepção	8,26	10,07	12,07	13,02	16,19
Meru/ Embu	TFT	6,2	5,8	3,8	3,5	3,5
	% de uso de contracepção	25,80	31,73	37,37	38,67	42,25

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

Políticas quenianas de planejamento familiar

Durante a década de 1950, os serviços de planejamento familiar eram incipientes e pouco conhecidos tanto no Quênia – até então colônia inglesa - quanto no mundo como um todo. As primeiras clínicas voltadas para a questão populacional estabelecidas no país eram conduzidas por médicos britânicos e apoiadas pelo Pathfinder Fund, pelo International Planned Parenthood Federation e outros doadores (Watkins, 2000; Askew et al., 2009; Chimbwete et al., 2005).

Em 1962 foi realizado o primeiro censo demográfico no Quênia e notou-se uma alta taxa de crescimento populacional. Jomo Kenyatta, então, convidou uma missão do Population Council a visitar o país em 1965 e delinear políticas populacionais (Ajayi et al., 1998; Watkins, 2000; Chimbwete et al., 2005; Frank, 1987). A equipe esteve em diversas instituições no Quênia e produziu um relatório que foi publicado de maneira sumária na edição de junho de 1966 da revista “Studies in Family Planning”. Segundo o relatório produzido, o Quênia contava

com uma parcela muito pequena de terras cultiváveis e um alto crescimento populacional, o que era insustentável para a economia e desenvolvimento do país. Segundo eles, a melhor solução seria uma redução da taxa de fecundidade total pela metade em um prazo de 10 a 15 anos. Esta redução seria baseada na distribuição e inserção de dispositivos intrauterinos (DIU). Com isto, seria possível realizar maiores investimento na educação da população, gerando maior desenvolvimento econômico no Quênia (Population Council, 1966; Ajayi et al., 1998; Frank et al., 1987). É possível notar que, assim como em diversos outros países da África Subsaariana, a criação de políticas de planejamento familiar foi realizada pela ação de uma elite tecnocrata que promovia a relação entre população e desenvolvimento (Robinson, 2012). Em 1967, no pronunciamento de lançamento da política de planejamento familiar, foi esclarecido de que não se tratava de uma ação para controle da população, mas de melhoria das condições de vida (Ajayi et al., 1998; Askew et al., 2009). O governo, especialmente o presidente Jomo Kenyatta, tinha pouco interesse no programa e destinava a este um orçamento mínimo, o que levava a necessidade de complementação por parte de agências estrangeiras (Ajayi et al., 1998; Miller et al., 1991, Watkins, 2000; Chimbwete et al., 2005). Esta falta de interesse por parte do governo era somada ao clima de otimismo, devido ao crescimento econômico de 10% ao ano, culminando em uma baixa adesão e apoio aos métodos contraceptivos modernos por parte da população (Ajayi et al., 1998).

Como resultado da falta de apoio a prática da contracepção, o World Fertility Survey (WFS) de 1977 registrou a maior taxa de fecundidade total já observada no mundo, com uma média de 7,9 filhos por mulher e uma taxa de crescimento populacional de 3,8% ao ano (vide TAB. 2) (Ajayi et al., 1998; Askew et al., 2009; Frank et al., 1987). Apesar fecundidade alarmante, o WFS 1977/78 registrou um aumento considerável no uso de contraceptivos. Em Nairobi, em 1967, apenas 2,0% das mulheres casadas já haviam utilizado algum método contraceptivo (tradicionais ou modernos), em 1977, este percentual passou para 45,5% das mulheres casadas (Dow et al., 1981).

Em 1978, com a morte do Presidente Kenyatta, Daniel Arap Moi assumiu o governo do Quênia. Arap Moi era consideravelmente menos influente

politicamente que seu antecessor e sofreu uma grande pressão de organismos internacionais para que os programas de planejamento familiar tivessem maior engajamento do governo. Em 1979, foi lançado o “IV Plano de Desenvolvimento (1979-1983)”, o qual era voltado para o planejamento familiar, apresentando as vantagens de famílias menos numerosas e incentivando o investimento na escolaridade, especialmente, na escolaridade feminina (Ajayi et al., 1998). O programa era baseado na distribuição de contraceptivos em clínicas comunitárias e locais (Community Based Distributors - CBD) e contou com o auxílio da iniciativa privada e de organizações não governamentais (Ajayi et al., 1998; Watkins, 2000).

Com um crescimento populacional de quase 4% ao ano registrado na década de 1970, foi criado no ano de 1982 o National Council for Population and Development (NCPD), a fim de formular políticas populacionais e estratégias para coordenar o crescimento da população. Sua principal proposta, lançada em 1984, era reduzir o crescimento para 3,3% ao ano até 1988 por meio de esterilização feminina (Ajayi et al., 1998). Esta política possuía uma abordagem multiministerial e apoio do governo, o qual se mostrou convencido da lógica neo-mathusiana, que preconiza que um alto crescimento populacional é prejudicial ao crescimento econômico do país (Ajayi et al., 1998; Chimbwete et al., 2005).

Apesar de declarar seu apoio e reconhecimento da importância do planejamento familiar, o governo destinava uma parcela muito pequena de seu orçamento à política de redução do crescimento populacional e a ação das ONGs e organismos internacionais, novamente, eram fundamentais para o sucesso do programa (Arap Moi, 1985; Ajayi et al., 1998; Frank et al., 1987). Ao final da década de 1980, foi realizada a primeira edição da Kenya Demographic and Health Survey (KDHS 1989). Os resultados apresentaram uma considerável redução na taxa de fecundidade total que passou de 7,7 filhos por mulher, em 1984, para 6,7 filhos, em 1989. Houve também aumento do percentual de mulheres casadas utilizando métodos contraceptivos modernos no período. Em 1984, 9,7% utilizavam métodos modernos, enquanto, em 1989, 17,9% utilizavam (vide TAB. 2) (Frank et al., 1987; KDHS, 1989). Segundo Ajayi et al. (1998), as políticas de planejamento familiar somente apresentaram resultado positivos na

década de 1980 devido ao maior comprometimento político, compreensão da multidimensionalidade da questão da fecundidade e da necessidade de ser tratada como tal, compreendeu-se também a magnitude do problema e foi estabelecida uma melhor infraestrutura para o atendimento da população.

Em 1993, a taxa de fecundidade total registrada pela KDHS era de 5,4 filhos por mulher, uma redução de 24% em relação à TFT de 1989. Quanto ao uso de contraceptivos modernos, 27,3% das mulheres casadas utilizavam em 1993 contra um percentual de 17,9% em 1989 (vide TAB. 2) (KDHS, 1993; KDHS 1989). Segundo Anyara et al. (2006), este aumento do uso de contraceptivos modernos foi o principal determinante na redução da fecundidade entre 1989 e 1993.

Posteriormente, ainda na década de 1990, foi notada uma estabilização na queda da fecundidade e do uso de contraceptivos pelas mulheres casadas quenianas (vide GRAF. 1, TAB. 1 e Anexo 4.). Segundo Askew et al. (2009), há três modelos explicativos para a estabilização da queda registrada entre 1993 e 2003 no Quênia. O primeiro modelo se refere ao comportamento reprodutivo e afirma que a estabilidade se dá devido à redução ou estabilização do uso de métodos contraceptivos modernos e/ou do número de filhos desejado. O segundo modelo menciona os fatores institucionais, isto é, mudanças na política ou serviços de planejamento familiar local ou nacional. Por fim, o terceiro modelo se refere às condições socioeconômicas e demográficas destacando que mudanças na condição econômica e social da família ou mudanças na composição etária do domicílio levariam a uma estabilização da queda da fecundidade. Diante dos resultados apresentados pela KDHS 1993, KDHS 1998 e KDHS 2003, além do contexto político e econômico do país na década de 1990, é possível notar que todos os três modelos se adequam a realidade queniana. Entre 1993 e 2003, praticamente não houve mudanças no número desejado de filhos, permanecendo em, aproximadamente, 4 filhos por mulher. Isto se deu devido ao aumento da mortalidade infantil em 15% ao final da década de 1990. Parte considerável deste aumento foi em razão da incidência de HIV/AIDS entre os adultos, os quais podem transmitir por meio congênito, isto é, pela gravidez, parto ou aleitamento, aos filhos (Gebreselassie, 2011; Askew et al. 2009; Magadi et al., 2007; Mutuku,

2013; Westoff et al., 2006). Bongaarts (2005) aponta que a falta de desenvolvimento socioeconômico no Quênia e em Gana pode ter sido determinante na estabilização da queda da fecundidade total em ambos os países. Entre as mudanças de políticas percebidas no Quênia e em outros países da África Subsaariana está a realocação de recursos, antes destinados ao planejamento familiar, nos programas de tratamento e combate a AIDS (Jacobstein et al., 2009; Mwaikambo et al., 2011; Ndegwa et al., 2008). Em 1993, estimava-se que 5,6% da população queniana de 15 anos ou mais estava contaminada pelo vírus do HIV. Em 1998, este percentual atingiu 9,1% desta população. Em 2011, estimava-se que a prevalência de AIDS na população adulta queniana era de 6,2% e atingia as mulheres de maneira desproporcional, sendo entre as idades 15 a 49 anos duas vezes mais prevalente que entre os homens (NACC & NASCOP, 2012; NCPD et al., 1999; NCPD et al., 1994). Outra mudança na política de distribuição dos métodos contraceptivos está na responsabilidade da entrega. Em 1993, 68% dos métodos modernos eram distribuídos pelo sistema público de saúde, em 1998 este percentual caiu para 58% e em 2003 para 53%. Isto afetou, principalmente, o custo dos métodos para as consumidoras, o que é uma das razões mais citadas para a descontinuidade do uso de contraceptivos modernos (Westoff et al., 2006).

Investimentos em programas de planejamento familiar seguiram sendo desenvolvidas na década de 2000. Foi dada especial atenção aos mais jovens, que até então haviam sido negligenciados pelas políticas e por vezes impedidos de acessar os contraceptivos, ainda que não apresentassem impedimentos a seu uso. Por determinação parlamentar, o orçamento voltado ao planejamento familiar foi aumentado (Askew et al., 2009). Esta ampliação da atenção à política populacional levou a uma nova redução na taxa de fecundidade total, embora bastante discreta frente à redução observada na década de 1980. O número de filhos por mulher passou de 4,9, em 2003, para 4,6, em 2008. O uso de contraceptivos modernos teve um aumento proporcional mais expressivo passando de 31,5% para 38,9% das mulheres casadas no mesmo período (vide TAB. 2). O maior aumento foi registrado nos contraceptivos injetáveis, utilizado por 21,6% das mulheres casadas, em 2008 (KDHS 2003; KDHS 2008). Mais

informações sobre as políticas de planejamento familiar no Quênia estão disponíveis no Anexo 4.

TABELA 2 - Prevalência de contracepção e taxa de fecundidade total – Quênia, 1977 – 2008.

Ano	Prevalência do uso de contraceptivo por mulheres casadas			Taxa de fecundidade total (TFT)
	Método moderno (a)	Método tradicional (b)	Qualquer método (a+b)	
1977/78	4,4	2,5	7,0	7,9
1984	9,7	7,3	17,0	7,7
1988/89	17,9	9,0	26,9	6,7
1993	27,3	5,5	32,7	5,4
1998	31,5	7,5	39,0	4,7
2003	31,5	7,8	39,3	4,9
2008/09	38,9	6,6	45,5	4,6

Fonte: elaboração própria a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010).

Nota: 1977/1978 = Indicates that the data are collected through a World Fertility Survey, a survey programme conducted between the 1970s and 1980s under the auspices of the International Statistical Institute. / 1984 = Indicates that the data are collected through a Contraceptive Prevalence Survey, a survey programme conducted between the late 1970s and early 1990s by Westinghouse Health Systems./ Demais anos = Indicates that the data are collected through a Demographic and Health Survey, a survey programme implemented by Macro International. TFT: 1977: Askew et al., 2009; 1984: Frank et al., 1987; demais anos: relatórios das KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008 (NCPD & IRD, 1989; NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010).

Caracterização do uso de contracepção no Quênia

Assim como em toda a região da África Subsaariana, o Quênia apresenta uma maior proporção de mulheres que utilizam métodos contraceptivos modernos nas áreas urbanas (46,6%), mais próximas das grandes cidades (49,0%), entre aquelas de maior renda (47,9%) e maior nível de escolaridade (52,1%) (KDHS, 2008). Isto pode ser mais bem observado na TAB. 3:

TABELA 3 - Prevalência do uso de contraceptivo por características selecionadas – Quênia, 2008.

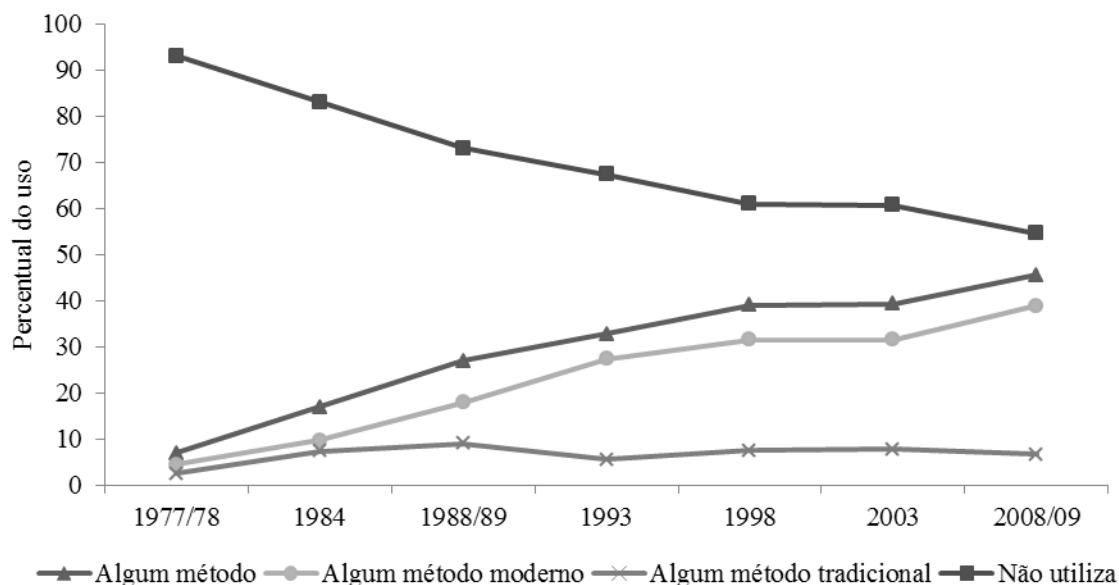
Característica		Qualquer método	Método moderno	Método tradicional	Não utiliza
Situação censitária	Urbano	53,1	46,6	6,5	46,9
	Rural	43,1	37,2	5,9	56,9
Província	Nairobi	55,3	49,0	6,3	44,7
	Central	66,7	62,5	4,2	33,3
	Coast	34,3	29,7	4,6	65,7
	Eastern	52,0	43,8	8,3	48,0
	Nyanza	37,3	32,9	4,4	62,7
	Rift Valley	42,4	34,7	7,7	57,6
	Western	46,5	41,1	5,4	53,5
	North Eastern	3,5	3,5	0,0	96,5
Nível de escolaridade	Sem escolaridade	14,1	12,0	2,1	85,9
	Primário incompleto	40,3	34,8	5,4	59,7
	Primário completo	48,2	41,8	6,4	51,8
	Secundário ou superior	59,8	52,1	7,7	40,2
Número de filhos tidos	0	14,7	10,5	4,2	85,3
	1 ou 2	47,0	42,1	4,9	53,0
	3 ou 4	53,2	46,4	6,8	46,8
	5 ou mais	41,2	34,2	7,0	58,8
Quintil de renda	Mais baixo	20,1	16,9	3,2	79,9
	Baixo	40,0	33,4	6,6	60,0
	Médio	49,8	43,2	6,6	50,2
	Alto	56,9	50,4	6,5	43,1
	Mais alto	54,7	47,9	6,8	45,3
Total		45,5	39,4	6,0	54,5

Fonte: elaboração própria a partir do relatório das KDHS 2008 (KNBS & ICF, 2010).

Quanto à mortalidade infantil, mulheres que vivenciam a morte de um ou mais filhos tendem a utilizar menos contraceptivos na intenção de repor parte da família que foi perdida. Em 1989, a proporção de mulheres que utilizavam contraceptivos modernos entre as que perderam um filho era menos da metade da proporção apresentada por mulheres que não sofreram tal perda (Njogu, 1991).

O acesso aos métodos contraceptivos modernos é restrito para as mulheres jovens e solteiras, enquanto para as casadas o uso foi crescente entre 1977 e 2008. No início do período, apenas 2,5% das mulheres casadas utilizavam algum método moderno, já em 2008, o uso atingia 38,9% destas mulheres (GRAF. 1). No entanto este uso não teve um crescimento constante, sendo observada uma estabilização entre os anos de 1998 e 2003 em 31,5% das mulheres casadas, conforme discutido anteriormente (Askew et al., 2009).

GRÁFICO 1 - Proporção de uso de contraceptivos por mulheres casadas – Quênia, 1977 - 2008



Fonte: elaboração própria a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010). Nota: 1977/1978 = Indicates that the data are collected through a World Fertility Survey, a survey programme conducted between the 1970s and 1980s under the auspices of the International Statistical Institute. / 1984 = Indicates that the data are collected through a Contraceptive Prevalence Survey, a survey programme conducted between the late 1970s and early 1990s by Westinghouse Health Systems./ Demais anos = Indicates that the data are collected through a Demographic and Health Survey, a survey programme implemented by Macro International.

Há um grande diferencial de uso de contraceptivos modernos segundo a escolaridade, bem como a evolução deste uso ao longo do tempo. Um maior nível educacional está associado a uma maior proporção de mulheres que utilizam de contraceptivos, em especial os de longa duração, como injeções e implantes (Njogu, 1991; Magadi et al., 2003). Segundo Magadi et al. (2003), entre 1989 e 1998, as mulheres sem escolaridade tinham uma probabilidade de 24% de escolher um método contraceptivo tradicional, enquanto as mulheres com ensino secundário completo tinham uma probabilidade de 20%. Já entre os métodos modernos de longa duração, as mulheres sem escolaridade tinham uma probabilidade de 4% de escolhê-los, enquanto as mulheres de ensino secundário completo tinham uma probabilidade de 14%. Esta maior escolaridade está associada também a uma maior aceitação do uso de métodos modernos. Ao contrário do que se espera esta aceitação não apresenta um crescimento em todas as classes. Entre 1998 e 2003, houve uma redução da concordância com o

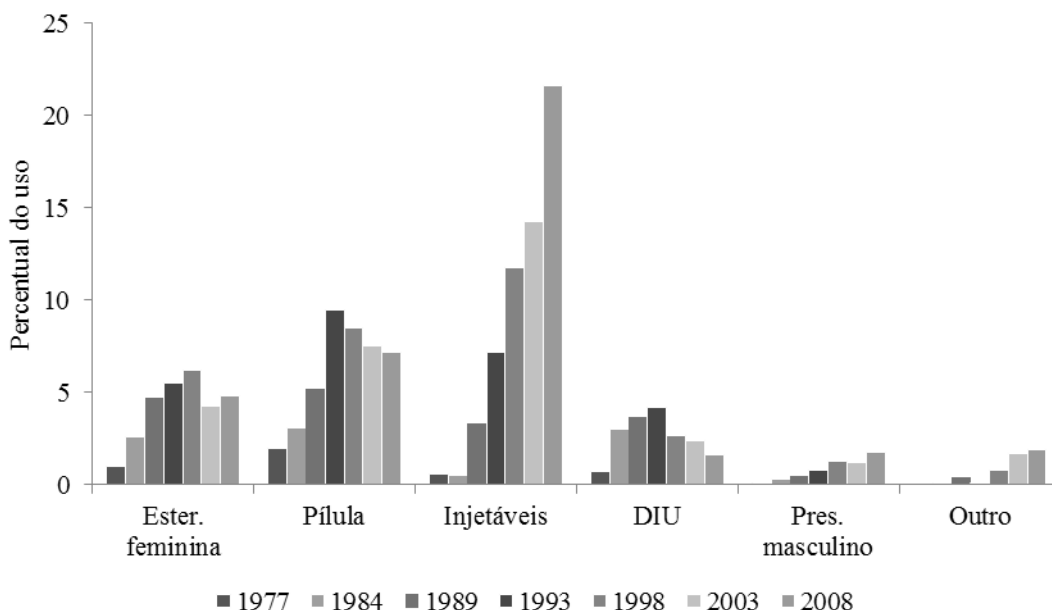
uso de métodos modernos entre homens e mulheres de classes menos escolarizadas e entre aqueles que não apresentam nenhuma escolaridade (Westoff et al., 2006). Neste mesmo período, que foi aquele marcado pela estabilização do aumento do uso de métodos contraceptivos, foi observado um aumento na proporção de mulheres utilizavam contraceptivos entre aquelas que possuíam o ensino secundário e uma redução entre aquelas sem educação formal. Em 1998, a proporção de mulheres mais escolarizadas que utilizavam algum método para se evitar filhos era de 52% e, em 2003, atingiu 62% destas mulheres. Entre as mulheres sem escolaridade, a proporção passou de 23% para 16% no mesmo período (KDHS, 1998; KDHS, 2003).

Indivíduos residentes em áreas urbanas têm maior acesso a programas de planejamento familiar, assistência médica e desejam ter um número menor de filhos, o que culmina em um maior uso de métodos contraceptivos modernos (Njogu, 1991; Magadi et al., 2003). Nestas áreas foi observado um grande crescimento no uso de métodos modernos entre 1990 e 2005. No início do período, 25,5% das mulheres urbanas casadas utilizavam estes métodos, enquanto, em 2005, este percentual passou para 39,9% (Gebreselassie, 2011). Entre as mulheres que optam pelos métodos modernos, há diferencial de escolha segundo o local de residência para as edições da KDHS de 1989, 1993 e 1998. Nas áreas rurais o método mais utilizado é o contraceptivo injetável, enquanto na área urbana os preferidos são o DIU e os implantes. Observa-se que os métodos de longa duração são mais presentes no contexto urbano e os métodos de curta duração e os naturais são os selecionados pelas mulheres rurais (Magadi et al., 2003). O mesmo se observa para o caso da Etiópia, onde os contraceptivos injetáveis são os mais populares (Campbell et al., 2013). Isto pode ser explicado pela distribuição dos centros de saúde e suas estruturas. Na área rural, as clínicas são mais precárias e muitas mulheres são atendidas dentro de suas próprias casas pelos agentes locais (CBD), o que impede o uso de métodos de aplicação mais complexa, como o DIU (Rutenberg et al., 1997). Ao considerar as regiões do país, a província Central é aquela que apresenta maior proporção de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos modernos, seguida pela província Eastern e a região da capital, Nairobi. As regiões com menor proporção de utilização são as províncias de Nyanza e Western (Magadi et al., 2003).

Quanto à idade, as mulheres mais velhas tendem a utilizar métodos de longa duração a fim de limitar o número de filhos, assim o uso de pílula e de contraceptivos injetáveis tendem a se reduzir com a idade, enquanto há aumento da proporção de mulheres que praticam a esterilização. Entre as mulheres mais jovens e que não têm filhos, o método mais utilizado são aqueles de barreira, como os preservativos masculinos (Magadi et al., 2003). É possível também que as mulheres mais velhas que declararam que optaram pela esterilização tenham realizado o procedimento no período em que a prática era estimulada pelo governo, entre as décadas de 1980 e 1990 (Ajayi et al., 1998).

Conforme é possível observar no GRAF. 2, a proporção de mulheres casadas optando pela esterilização entre 1984 e 1998 mais que dobrou, no entanto, o crescimento reduziu-se a partir do final da década de 1990 (Magadi et al., 2003). Apesar de a esterilização feminina ser um método pouco aceito na cultura subsaariana, a população queniana apresentou uma atitude positiva frente ao método proposto na campanha lançada em 1984. O que resultou em uma considerável aceitação do método e prática de tal, levando a uma proporção de 4,7% das mulheres casadas a fazerem a ligação de suas trompas (KDHS, 1989). Apesar de a surpreendente aceitação da esterilização feminina, a vasectomia não se mostrou como uma opção de contracepção viável. Segundo homens entrevistados na região de Nairobi em 1987, a contracepção é uma responsabilidade das mulheres uma vez que elas possuem os óvulos, refletindo a baixa adesão à vasectomia. As principais razões que levavam a população a optar por um método definitivo, como a esterilização ou vasectomia, seria a indisponibilidade de recursos financeiros para a criação de mais filhos, gastos com educação dos filhos e saúde da mulher (Bertrand et al., 1989).

GRÁFICO 2 - Proporção de uso de contraceptivos modernos por mulheres casadas por tipo do contraceptivo utilizado – Quênia, 1977 - 2008



Fonte: elaboração própria a partir de United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010). Nota: 1977/1978 = Indicates that the data are collected through a World Fertility Survey, a survey programme conducted between the 1970s and 1980s under the auspices of the International Statistical Institute. / 1984 = Indicates that the data are collected through a Contraceptive Prevalence Survey, a survey programme conducted between the late 1970s and early 1990s by Westinghouse Health Systems./ Demais anos = Indicates that the data are collected through a Demographic and Health Survey, a survey programme implemented by Macro International.

Devido a maior disponibilidade nas clínicas, mais informações concedidas pelos agentes de saúde e a possibilidade de uso sem que seja percebido pelo parceiro e pela rede social, os contraceptivos injetáveis apresentaram uma enorme aceitação entre as mulheres quenianas, o que promoveu um grande aumento da proporção de mulheres casadas que o utilizam entre 1977 e 2008 (Magadi et al., 2003; Agwanda et al., 2009; Miller et al., 1991; Caldwell et al., 2002). Ao final da década de 1970, apenas 0,6% das mulheres casadas optavam pelos contraceptivos injetáveis, porém, em 2008, este percentual era de 21,6%, como pode ser visto no GRAF. 2 (WFS, 1977; KDHS, 2008). Este método é também aquele que apresenta menor taxa de descontinuidade nos primeiros 12 meses de uso (Magadi et al., 2003). Isto pode ser explicado pela sua facilidade de uso e sua necessidade de retorno à clínica apenas uma vez a cada mês, trimestre ou semestre, segundo o tipo de contraceptivo utilizado.

A descontinuidade de contraceptivos muitas vezes resultam em casos de gestações indesejadas ou que ocorrem fora do período desejado. Em situações como estas, algumas mulheres jovens optam pelo aborto ou pela pílula de emergência. Esta pílula, também conhecida como pílula do dia seguinte, ao final da década de 1990 ainda era pouco conhecida e apresentava rejeição entre a população universitária. No entanto, estudantes entrevistados na época declararam que médicos deveriam apresentá-la como uma alternativa de contracepção em situações críticas a fim de evitar o aborto (Muia et al., 2000). Quanto ao aborto, aquelas que recorrem a esta prática são, em sua maioria, escolarizadas, solteiras e possuíam emprego de baixo rendimento, o que a impedia de sustentar o filho (Baker et al., 1992). O aborto é uma opção muito acessada, também, por jovens que mantêm relacionamentos com homens mais velhos, os quais custeiam a prática, com o intuito de encerrar uma gravidez não planejada. Estas relações são mantidas por garotas quenianas que passam por algum tipo de restrição econômica. Elas se submetem a relacionamentos com homens cerca de 10 anos mais velhos, os chamados “sugar daddies”, trocando sexo por dinheiro ou presentes. A fim de mitigar o risco de gravidez, algumas utilizam contraceptivos orais, abstinência sexual periódica ou implantes Norplan (Longfield et al., 2004; Luke et al., 2011).

O capítulo seguinte apresentará uma discussão mais profunda do contexto cultural no qual se observam estas características do uso da contracepção na África Subsaariana, em especial no Quênia e suas etnias. Serão apresentados pontos importantes da literatura que aborda o tema da contracepção moderna e das etnias.

3 O CONTEXTO DA ÁFRICA SUBSAARIANA E DO QUÊNIA QUANTO AO USO DE CONTRACEPTIVOS

O presente capítulo busca realizar uma revisão da literatura que se refere à contracepção no contexto subsaariano e queniano discutindo a questão da cultura e a resistência ao uso de métodos contraceptivos modernos capazes de limitar a fecundidade. Serão apresentadas também as coações enfrentadas pelas políticas de planejamento familiar, tais como a restrição ao uso provocada pelas redes sociais, a falta de acesso aos métodos e informações a seu respeito.

Contexto pró-natalista - Cultura e sociedade

A variação cultural derivada de um conjunto heterogêneo de crenças, valores e normas sociais tradicionais, exerce forte influência direta e indireta sobre o comportamento da fecundidade na África Subsaariana, sugerindo um padrão demográfico regional. Estas crenças observadas pela população delegam a alta fecundidade aspectos positivos, o que resulta em um alto número de filhos tidos e sanciona o uso de métodos contraceptivos modernos (Caldwell et al., 1987; Vikram, 2012; Dynes et al., 2009; Kaler et al., 2001; Campbell et al., 2013). As crenças tradicionais entendem que a alta fecundidade é uma recompensa divina, uma evidência de que o casal conserva um comportamento adequado e que agrada os seus antepassados. Estes, por meio dos filhos tidos pelos casais jovens, têm a oportunidade de renascer, fazendo com que a alta fecundidade seja uma maneira de estreitar os laços com os antepassados e demonstrar respeito a eles. Um grande número de filhos tidos é uma demonstração da virilidade e potência masculina e justifica a existência das mulheres em muitos grupos étnicos. A baixa fecundidade, a esterilidade e a morte de um filho, por sua vez, são consideradas sinais de bruxaria e desaprovação divina (Caldwell et al., 1987; Molnos; 1973).

Atualmente, poucos africanos se auto-declaram seguidores de alguma crença local, sendo a maioria deles cristãos ou muçulmanos (Caldwell et al., 1987; Yeatman et al., 2008). No entanto, os valores quanto à fecundidade, à esterilidade e à sua moral ainda são fortes (Frank et al., 1987; Yeatman et al., 2008). Estas crenças tradicionais não são exclusivas da população subsaariana, sendo também observadas entre grupos residentes na região do Oriente Médio, principalmente entre os islâmicos, e América do Norte, como os Mórmons (Alnuaimi et al., 2009; Timaeus et al., 1998; Ezeh, 1997). A esterilização voluntária e o uso de contraceptivos modernos são fortemente sancionados entre os grupos tradicionais, culminando em um tratamento distinto para as mulheres que optam pela ligação de trompas. Esta repulsa a infertilidade voluntária seria fruto da crença de que a mulher que a pratica se tornaria estéril na próxima vida e a ela não seria permitido ter filhos (Caldwell et al., 1987). Estas evidências demonstram o grande valor dado à alta fecundidade no contexto Subsaariano.

Quanto aos valores culturais, a resistência à queda da fecundidade estaria fundamentada nas práticas sociais derivadas da organização de parentesco essencialmente patrilinear, no uso comum da terra e nas responsabilidades femininas estabelecidas assimetricamente no contexto das relações de gênero pautadas pelo sistema patriarcal. Estas questões atuam em conjunto com a questão religiosa e devem ser levadas em consideração no cálculo do número ideal de filhos e em seu espaçamento (Frank et al., 1987). Um alto número de filhos tidos e que sobrevivem até a idade adulta significava a continuidade da linhagem e do espírito da família por mais gerações entre as etnias residentes na África Subsaariana no início da década de 1970 (Molnos, 1973).

Como à mulher não é permitida a posse da terra, na maior parte das sociedades subsaarianas, esta é uma importante ferramenta para a dinâmica de casamentos. Os matrimônios são arranjados entre as linhagens, as quais promovem a entrega de uma espécie de dote (“brideprice”) aos pais da noiva, algo entre 15 e 20 vacas, para o caso da região de South Nyanza, no Quênia (Watkins, 2000). A mulher passa, então, a pertencer à linhagem de seu marido oferecendo seu trabalho na terra e sua fecundidade. Desta forma, as crianças são tomadas como posse da família do marido até que novos arranjos sejam formados e as filhas passem a

pertencer à linhagem de seus próprios maridos. Em relações poligínicas, o marido tem direitos sobre um número ainda maior de crianças, pois tem a “posse” dos filhos de cada uma de suas esposas (Dodoo, 1998; Frank et al., 1987; Campbell et al., 2013). Entre os Kikuyu e Kamba, ambas as tribos residentes na região central do Quênia, e os Somali, residentes na porção nordeste do país, a infecundidade feminina daria direito ao homem de retornar a esposa à sua família recebendo de volta o dote ou manter a esposa e receber ajuda da família da esposa para conquistar uma nova companheira capaz de gerar filhos (Kershaw, 1973; Ueda, 1973; Lewis, 1973).

O cuidado dos filhos e do marido é de exclusiva responsabilidade da mulher, principalmente ao que se refere à alimentação. Às mulheres subsaarianas em geral é delegada a função de cultivo, colheita, trocas ou compras de alimentos e preparo. A fim de auxiliar a mulher nestas tarefas, as crianças entre 6 e 14 anos são empregadas no cultivo agrícola, especialmente, durante os períodos de colheita e de férias escolares. Para atender a demanda por artigos não produzidos na propriedade, como peças de vestuário, mães e filhos se engajam em atividades econômicas de venda e troca do excedente da produção. As mães são também responsáveis pela criação dos filhos, o que inclui a educação doméstica e os cuidados com sua saúde (Frank et al., 1987; Kokole, 1994). Quanto à mortalidade infantil, entre a população Kamba, a morte prematura de uma criança é sempre delegada a alguém, ainda que tenha sido causada por fatores naturais. Normalmente os pais eram acusados de bruxaria ou culpados por seus pecados. Orações e artefatos “anti magia” eram utilizados nas crianças a fim de evitar a morte (Mbiti, 1973). Já entre os Luo, a morte de um filho não condenaria o pai, exceto para casos em que havia grande negligência. A mãe, no entanto, era considerada responsável pelo advento em qualquer tipo de situação (Blount, 1973).

Diante disto, os custos de uma alta fecundidade são praticamente inexistentes para a maioria dos homens. Estes custos são ainda aliviados conforme os filhos mais velhos ingressam na atividade remunerada e são capazes de auxiliar com as taxas escolares dos mais novos, criando uma corrente de assistência entre os irmãos (Gomes, 1984; Kokole, 1994). As mulheres, então, estão cientes do custo

econômico e de criação de se ter uma alta fecundidade. No entanto, estes muitos filhos tidos são os responsáveis pelo suporte econômico dos pais nas idades mais avançadas e no auxílio do trabalho agrícola quando ainda jovens. Desta forma, as mulheres quenianas e subsaarianas, como um todo, devem ser capazes de desenvolver o cálculo da fecundidade segundo seu contexto. Ao se ter muitos filhos uma mulher confirma a sua condição social, seu status no casamento (especialmente em casos de uniões poligínicas na quais há competição entre as co-esposas) e cumpre com os interesses da linhagem, no entanto, se abstém da possibilidade de investir em seu crescimento educacional e profissional (Frank et al., 1987). Entre a população Kisii, residente no oeste do Quênia, e os Kamba, da região central do país, os filhos seriam considerados “mãos para o trabalho” e não “bocas para alimentar”, sendo esperado que, na vida adulta, os filhos fossem fonte de riqueza e segurança para os pais (Mayer, 1973; Mbiti, 1973). Segundo Blount (1973), para os Luo e diversas outras etnias quenianas, o status de uma mulher seria determinado por sua capacidade de gerar filhos, em especial, homens. O ápice do status de uma mulher é conquistado quando ela dá a luz a muitos filhos homens e consegue criá-los até a idade adulta. Isto é, os valores comunitários internalizados que se referem à alta fecundidade formam uma rede de dominação social, que limita a ação feminina. No entanto, com a alta fecundidade, a mulher passa a usufruir de uma posição de prestígio, maior segurança social e de uma maior rede de interação (Frank et al., 1987; Kokole, 1994).

Um traço importante da cultura subsaariana pró-natalista é a união poligínica, aquela que ocorre entre um homem e duas ou mais mulheres com o intuito de que este homem tenha o máximo de filhos o quanto puder (Alnuaimi et al., 2009). Assim, áreas de maior proporção de uniões poligínicas observa-se um maior desejo por filhos tanto entre as mulheres, quanto entre os homens. Para o caso do Quênia, em 1989, homens de regiões de baixa proporção de poliginia desejavam ter, em média, 4 filhos, aqueles residentes em áreas de média proporção desejavam 4,4 filhos e homens de áreas de alta proporção de poliginia desejavam, em média, ter 6,3 filhos (Cahu et al., 2011; Ezech, 1997).

Embora a poliginia seja uma prática fortemente difundida na África Subsaariana, vem perdendo espaço em países como Quênia e Gana (Timaeus et al., 1998). Nestes locais, a ampliação da prática do catolicismo, que condena a união múltipla, tem sido um dos principais responsáveis pela redução da proporção de casais poligâmicos. Outro ponto fundamental na redução da poliginia no Quênia é a maior escolaridade das mulheres, as quais se tornam mais seletivas e exigentes quanto aos seus relacionamentos (Timaeus et al., 1998). Além disto, a redução da necessidade de um grande número de mão-de-obra para trabalhos braçais, em especial, na agricultura, levou a uma menor demanda por filhos e uma menor importância dos casamentos múltiplos (Pison, 1986; Timaeus et al., 1998). As relações poligâmicas têm sido condenadas também por organismos internacionais por serem percebidos como uma potencial forma de difusão do HIV/AIDS. Isto se dá devido à rede de relações sexuais formada em sociedades poligâmicas. Nestas sociedades, é esperado que o marido mantenha relações extraconjugais, a fim de conquistar novas esposas. Isto colocaria as esposas e seus futuros filhos em risco de contaminação (Reniers et al., 2012). As últimas edições da DHS disponíveis indicaram que os países com maior proporção de relações maritais poligínicas são a Guinéa (36,7% das uniões, em 2005), Benin (33,8%, em 2006) e Mali (27,9%, em 2006). O Quênia, em 2008, apresentou 7,5% de suas uniões maritais baseadas na conjugalidade múltipla (DNS et al., 2006; INSAE et al., 2007; CPS/MS et al., 2007; KNBS et al., 2010). As relações poligínicas no Quênia são observadas, principalmente, entre os Somali nômades e menos escolarizados. Nesta etnia, o divórcio era bastante comum e a situação da mulher dentro do casamento seria bastante frágil e instável, sendo determinada pelo número de filhos gerados (Lewis, 1973).

No que diz respeito ao uso de contraceptivos, os casais poligínicos tendem a utilizar menos métodos, devido à alta demanda por filhos. Mesmo os métodos tradicionais, como a abstinência, são evitados, pois a competitividade entre as co-esposas leva a uma necessidade de maior frequência sexual para manutenção de um status mais elevado entre as parceiras (Njogu, 1991; Dow et al., 1982; Campbell et al., 2013).

Métodos tradicionais

Os métodos tradicionais – abstinência sexual, lactação prolongada, coito interrompido – sempre foram muito valorizados no contexto subsaariano e vistos como os únicos bem aceitos pelas crenças nos antepassados. Estas formas de contracepção eram consideradas eficientes o bastante para que a população da região não necessitasse de métodos modernos (Caldwell et al., 1987; Frank, 1987).

Os métodos tradicionais na África envolvem: (1) evitar a gravidez por meio de abstinência sexual, lactação prolongada e coito interrompido, (2) abortos induzidos, (3) infanticídio, (4) abandono infantil, (5) entrega do filho para a adoção. Dentre estes apenas a abstinência sexual, lactação prolongada e coito interrompido são bem aceitos socialmente (Frank, 1987).

Ao final da década de 1960, o período de abstinência sexual era praticado em Nairobi, Quênia, por meio do afastamento geográfico dos casais. Isto é, as esposas deveriam retornar a residência de sua família, usualmente na área rural, a fim de evitar as relações sexuais com o marido e assim espaçar o nascimento de filhos (Dow, 1967). Em grande parte dos países da África Subsaariana, ao final da década de 1980, este período de abstinência sexual tinha duração média de 20 meses. Segundo Bongaarts (1992), caso este período fosse reduzido a 5 meses, a taxa de fecundidade total poderia crescer até 75%, passando de 6,5 filhos por mulher (dados do final da década de 1980) para cerca de 11 filhos por mulher, na ausência da introdução de contraceptivos modernos. Além de ser uma forma de espaçamento entre os filhos, a prática da abstinência sexual é associada a uma postura “moderna e honrosa” para algumas mulheres. Em um estudo desenvolvido junto às mulheres Beti, residentes no Camarões, em 1996 e 1998, grande parte das entrevistadas declararam conhecer métodos contraceptivos modernos e saberem onde consegui-los, porém acreditam que o uso de tais métodos era inaceitável e optavam pela abstinência periódica. Segundo elas, a abstinência sexual era preferida por não envolver efeitos colaterais, demonstrar a capacidade de disciplina e o aprendizado que era adquirido na educação formal (Johnson-Hanks, 2003). Mais recentemente, a

abstinência sexual pós-parto tem duração média de 8,4 meses, um período muito menor que a média apresentada historicamente (Moultrie, 2005). Entre as etnias quenianas, havia registros de prática de abstinência sexual durante o período menstrual e por cerca de dois anos após o parto entre os Somali (Lewis, 1973), durante a gestação e por alguns dias após o nascimento do bebê entre os Luo (Parkin, 1973), por cerca de seis meses após a parturição entre os Kisii (Mayer, 1973) e durante o período de lactação entre os Kamba (Ndeti, 1973). A lactação prolongada, por sua vez, inibe a liberação do óvulo para a fecundação. Este método é utilizado principalmente para espaçar os nascimentos (Frank et al., 1987).

Após a concepção, a forma mais comum de se controlar a fecundidade é por meio de aborto induzido. Considerando a África como um todo, as leis que se referem ao aborto são bastante restritivas e datam do período colonial. Muitas vezes estas normas permitem a prática apenas em casos de risco de morte para a mãe ou restringem-no de maneira absoluta (Frank, 1987; Prata et al., 2011; Campbell et al., 2013). O aborto é praticado, principalmente, por mulheres jovens de até 25 anos, solteiras, residentes na área urbana e que desejam adiar o casamento a fim de avançar em seu nível educacional ou conquistar uma vaga de emprego formal. Os abortos são praticados de maneira clandestina resultando, em muitos casos, em morte materna ou deixando como seqüela a subfecundidade e lesões no útero (Baker et al., 1992; Prata et al., 2011; Campbell et al., 2013). Na Etiópia, em 2005, 30% dos casos de morte materna era resultado de abortos clandestinos (Prata et al., 2011). No leste africano, onde se localiza o Quênia, este percentual é de 18% (Prata et al., 2013). Formas mais rústicas, praticadas principalmente em áreas rurais, envolviam consumo de raízes e plantas consideradas abortivas ou na ingestão de uma alta dosagem de remédios voltados para o tratamento da malária. Ambas as práticas têm sua eficácia desconhecida (Dow, 1967; Baker et al., 1992; Heisel, 1968). Estas formas mais tradicionais de aborto eram observadas entre os Luo (Blount, 1973). Entre os métodos tradicionais, o aborto induzido é o menos aceito socialmente, por confrontar os valores tradicionais de pró-natalidade. O aborto é visto pela população local como uma forma de desejar a morte do filho em seu próprio útero (Caldwell et al., 1987).

O infanticídio e o abandono infantil buscam não só controlar o número de filhos, mas também suas características. Tais situações ocorrem, principalmente, em casos de nascimentos múltiplos, má formação e nascimentos ocorridos em um curto espaço de tempo, o que pode impedir o sustento ou criação de ambos os filhos (Frank, 1987). Não há evidências de seleção por sexo, uma vez que filhos e filhas garantem benefícios específicos para a família nas associações por matrimônio (Caldwell et al., 1987). Segundo Frank (1987), há poucos registros de abandono infantil na África Subsaariana, uma vez que instituições, como orfanatos, são comuns. No Quênia, o infanticídio era praticado em casos de crianças que nasciam com alto nível de deformidade e em ocorrências de nascimento de gêmeos, que eram considerados pela população Luo, casos de aberração (Blount, 1973).

Como a adoção não é mensurada por órgãos oficiais, não é possível saber a realidade do número e das características das crianças entregues. No entanto, esta forma de controle da natalidade é praticada há centenas de anos e tem como propósito adiar, espaçar ou encerrar a criação de filhos em uma família. Muitas vezes os filhos não são entregues a instituições, mas a famílias conhecidas ou irmãos mais velhos que tem disponibilidade de criar a criança (Frank, 1987). A adoção opera em um contexto micro, no qual a criança nasce e é mantida viva, assim impacta a taxa de reprodução da sociedade, mas é retirada da responsabilidade de sua família biológica.

Introdução de métodos contraceptivos modernos no contexto subsaariano e queniano

As políticas de planejamento familiar existentes no Quênia e na África Subsaariana enfrentam uma série de dificuldades que afetam sua eficiência. Os principais constrangimentos observados ao bom funcionamento das políticas serão discutidos a seguir e, ao final, apresentado o caso de destaque verificado na província Eastern, no Quênia.

Interação social

Análises teóricas da escolha de contraceptivos e dinâmica da fecundidade mostram que as interações sociais são fundamentais para explicar mudanças nos padrões de comportamento quanto a reprodução (Kohler et al., 2001; Vikram, 2012; Behrman et al., 2002; Bongaarts et al., 1996; Montgomery et al., 2001). As decisões acerca da fecundidade e do uso de métodos contraceptivos não são tomadas de maneira isolada, mas sim dentro de uma rede social. Estas podem atuar pelo aprendizado social ou influência social alterando ou reforçando conceitos, construindo uma avaliação conjunta, encorajando ou constringendo determinadas atitudes ou ainda atuando na troca de informações (Behrman et al., 2002; Bongaarts et al., 1996; Montgomery et al., 2001). O aprendizado social se refere ao intercâmbio deste conhecimento entre indivíduos sobre determinados métodos contraceptivos, seus efeitos colaterais e modo de uso, ou seja, é mais bem percebido no contexto micro. A influência social opera no comportamento e na opinião acerca do uso de contraceptivos e número de filhos, por meio de um caráter macro, sendo determinante do ponto de vista da difusão de ideias (Kohler et al., 2001; Vikram, 2012). Desta forma, os conceitos que afetam o comportamento reprodutivo são apreendidos e legitimados por meio da interação e do aprendizado social (Watkins et al., 1995, apud Freedman, 1997). Estas mudanças culturais e difusão dos valores através da interação social são corroboradas por Hammel (1990), Bachrach (2013) e Greenhalgh (1995) que afirmam que a cultura é um sistema dinâmico e passível de mudanças segundo a experiência dos indivíduos que a vivenciam. Ou seja, a cultura, sendo um conjunto de valores, normas e comportamentos compartilhados por uma rede que interage (Barth, 1969; Geertz, 1989), é capaz de difundir e determinar estratégias contraceptivas por meio do aprendizado e/ou influência social. Os indivíduos que participam desta interação social podem assumir comportamentos que desviam ou confirmam a norma, o que mostra o caráter dinâmico da cultura. Estas alterações da conduta adotada pelos atores sociais não necessariamente apresentam um padrão linear, seguindo daquilo que é tomado como tradicional

rumo ao moderno. Assim, as estratégias contraceptivas não seguem uma lógica “evolucionista” que parte do uso incipiente de métodos populares e tradicionais e alcança o pleno uso de métodos modernos.

Segundo Bongaarts (2010), Stepherson et al. (2007) e Cleland (2012), as principais razões para a resistência ao uso de contraceptivos modernos na África Subsaariana são o custo financeiro, a dificuldade de acesso, receio dos efeitos colaterais, desaprovação social e resistência por parte do companheiro. Ou seja, a rede social na qual a mulher está inserida é crucial na decisão acerca do uso de métodos modernos. Em sociedades onde o uso de contraceptivos não tradicionais é um comportamento desviante, a influência da rede social pode constranger o uso e levar a descontinuidade (Bongaarts et al., 1996). Este constrangimento é tanto maior quanto mais densa for a rede social, isto é, quanto mais forte e mais interações houver dentro do mesmo grupo, maiores serão os constrangimentos gerados pelo uso de um método contraceptivo rejeitado pela comunidade (Kohler et al., 2001; Vikram, 2012). Este constrangimento observado é verificado também por Geertz (1989) em sua teoria acerca da cultura. Segundo ele, em ocasiões em que a cultura não é capaz de servir de fonte de respostas ou informações comportamentais, o indivíduo age fora daquilo que é apontado como padrão cultural da sociedade na qual se insere, causando desconforto para a população em geral. As mudanças de comportamento e a avaliação da cultura são iniciadas nestas situações de incômodo social (LeVine et al., 1983).

Da mesma forma que a rede social é capaz de constranger o uso de contraceptivos, é capaz também de incentivar. Isto foi observado na região de South Nyanza, no Quênia, onde a probabilidade de uma mulher utilizar métodos contraceptivos modernos dobra quando alguém de sua rede já utiliza (Behrman et al., 2002). Isto é observado também em diversas regiões de Gana, onde a probabilidade de se utilizar métodos contraceptivos modernos é maior quando ao menos uma pessoa de sua rede faz uso, corroborando o que foi apontado por Geertz (1989), LeVine et al. (1983) e Montgomery et al., (2001). Esta influência da rede é percebida ainda mais fortemente pelos homens. Isso ocorre devido à característica de patrilinearidade presente no contexto subsaariano. Os homens convivem com a mesma rede social desde seu nascimento, fazendo com que

seus pares sejam muito mais influentes que no caso das mulheres, cujos pares somente foram conhecidos após o casamento (Behrman et al., 2002). Esta forte influência da rede social de longa duração pode ser observada no número de filhos tidos. Entre as mulheres quenianas que não são retiradas de sua rede social ao se casarem, o número de filhos tidos tende a ser 0,9 maior do que aquele observado entre as mulheres que passam a viver com a família de seu cônjuge (Iyer et al., 2009).

No contexto rural queniano e etíope, em 2009, às mulheres que apresentavam uma paridade abaixo daquela esperada por sua comunidade era censurado o uso de contraceptivos, especialmente, para aquelas que poucos dos seus filhos eram homens (Dynes et al., 2009). No final da década de 1960, a noção de justificar a fecundidade à comunidade era observada em Nairobi, capital do Quênia. Embora a maior parte dos entrevistados conhecesse e/ou apoiasse o uso de contraceptivos não os utilizavam para que apresentassem uma alta fecundidade (Dow, 1967). Com esta maior fecundidade, as mulheres conquistam maior prestígio social e são mais respeitadas como mãe ainda em períodos mais recentes (Kokole, 1994). Entre as mulheres pertencentes à etnia Kamba, uma nova posição social era conquistada a se ter o primeiro filho, quando passava a ser reconhecida como a “mãe de ...” (Mbiti, 1973). Já entre os Luo, uma mulher somente seria completamente absorvida pela linhagem de seu marido quando ela gerasse o 1º primeiro filho, o que deveria ocorrer no primeiro ano da união (Parkin, 1973).

Neste contexto de valorização da alta fecundidade, a seleção da rede para discussão de métodos contraceptivos é feita conhecendo-se a aceitação quanto aos métodos modernos. Isto é, assuntos referentes à contracepção somente seriam abordados com indivíduos que aprovam a utilização de métodos modernos. Esta escolha da rede se baseia também em semelhança das características, como sexo, renda, escolaridade, parentesco, etnia, mantendo-se as redes de discussão bastante homogêneas. O mesmo se observa entre os homens, embora eles tenham maior liberdade de trânsito social nesta questão (Bongaarts et al., 1996). Segundo Bernardi et al. (2014), este poder da rede social é observável no quantos filhos se têm, quando os têm, na opção de não tê-

los e na escolha do método contraceptivo em sociedades mais e menos desenvolvidas e em diferentes períodos da história. Os incentivos e sanções aos comportamentos variam de intensidade segundo a densidade da rede social. Aquelas redes mais densas e, portanto, de maior proximidade emocional e de maior homogeneidade, tendem a apresentar sanções mais fortes e regras mais claras. Já as redes menos densas e mais espaçadas permitem maior troca de informações acerca de inovações, como contraceptivos modernos (Granovetter, 1974, apud Bernardi, 2014; Vikram, 2012). Na região de Nyanza, no Quênia, 93% das mulheres declararam conversar sobre métodos contraceptivos apenas com outras mulheres, as quais, em sua maioria, tinha algum parentesco (cunhadas, co-esposas ou irmãs). O principal assunto discutido entre elas são os efeitos colaterais, informação pouco divulgada nas clínicas pelos provedores de contraceptivos. Por meio destas conversas informais são difundidos mitos e rumores sobre os contraceptivos e sobre seus efeitos colaterais (Rutenberg et al., 1997). O temor dos efeitos colaterais é uma das causas mais importantes do não uso da contracepção entre as mulheres subsaarianas. Muitas delas creem que as contracepções injetável e oral podem causar infertilidade permanente (Campbell et al., 2013).

Quando uma mulher reside em uma área em que sua etnia ou religião é maioria, as normas de seu grupo são reforçadas, no entanto, quando seu grupo é minoria na comunidade, sua fecundidade tende a se adequar ao que é observado no grupo que detém a maioria. Isto é verificado para etnia e religião no caso do sul da Etiópia (Hogan et al., 2004). Segundo Mensch et al. (1999), a maior diversidade étnica de algumas regiões seria determinante na conduta observada. Uma maior liberdade no comportamento sexual e reprodutivo estaria associada a uma maior diversidade verificada em alguns locais do Quênia. Iyer et al. (2009) mostra que isto também é observável para educação e nível de renda no Quênia. Isto corrobora com aquilo que Barth (1969) indica sobre as adaptações das etnias. Segundo ele, a interação entre os diferentes grupos é fundamental para a continuidade das etnias, as quais se adaptam ao seu contexto por meio das alterações de comportamento.

Demanda não-atendida

Uma das principais razões da demanda não atendida por métodos contraceptivos são os constrangimentos causados pela interação social. Entre as outras razões estão a falta de conhecimento quanto aos métodos e suas fontes, baixa qualidade e disponibilidade limitada de métodos nas instituições de planejamento familiar, custo financeiro e de tempo para se conseguir o contraceptivo, receios quanto aos efeitos colaterais (Bongaarts et al., 2013; Bongaarts, 2005; Bongaarts, 2010; Machiyama et al., 2013; Campbell et al., 2013). Na África Subsaariana, em média, 43% da potencial demanda por métodos modernos é atendida, enquanto nos demais países em desenvolvimento 71% desta demanda é atendida, ou seja, a demanda reprimida na região é muito superior aquela observada em países de condições semelhantes (Westoff, 2006 apud Ojaka, 2008).

Os contraceptivos modernos são demandados em casos em que: (1) o número de filhos tidos é maior que o desejado ou seus custos impedem que o número de filhos seja aquele desejado, (2) os intervalos entre os nascimentos não são atingidos, (3) a percepção sobre os métodos modernos é positiva (Dow et al., 1983; Bongaarts, 2005). No início da década de 1990, a maior demanda por métodos contraceptivos modernos era observada entre as mulheres que desejam limitar o número de filhos, uma vez que os métodos tradicionais, como a abstinência, eram utilizados para espaçar os nascimentos (Bongaarts, 1992). Mais recentemente, no contexto queniano, em todos os grupos etários observa-se uma maior demanda por contraceptivos de curta duração usados, principalmente, para espaçar os nascimentos (Ojaka, 2008). Estes contraceptivos de curta duração são demandados para substituir os métodos tradicionais (Moultrie, 2005; Caldwell et al., 2002). Em muitos casos, são preferidos métodos “invisíveis”, isto é, aqueles que o parceiro não percebe que a mulher está utilizando, como os contraceptivos injetáveis (Magadi et al., 2003).

A demanda e o uso de contraceptivos são crescentes em toda a África Subsaariana, porém é maior na região Oriental e Meridional do continente. Na África Ocidental se observa, entretanto, que em grande parte dos países a demanda ultrapassa o uso, indicando uma grande demanda não atendida (Bongaarts et al., 2013). Isto pode ser verificado entre as mulheres das etnias

Mijikenda e Swahili, entre as quais o uso de contraceptivos modernos corresponde a 16,19% das mulheres casadas e a demanda reprimida foi declarada por 19,36% das mulheres, em 2008 (KDHS, 2008).

Esta demanda não atendida é mais observada entre as mulheres casadas, jovens (até 35 anos), residentes em áreas rurais e com menor renda e educação (Askew et al., 2009; Cleland, 2012). Entre as mulheres de perfil oposto, isto é, solteiras, residentes na área urbana, com maior renda e educação a demanda não atendida é menor, pois a maioria destas mulheres é mais autônoma, tem mais conhecimento e melhor acesso aos serviços (Bongaarts, 2010).

Westoff (2006, apud Ojaka, 2008) afirma que há uma maior demanda não atendida por métodos contraceptivos nas mulheres de escolaridade mediana. Isto ocorre porque estas demandam, porém não tem condições de acessar – por diferentes razões -, enquanto as mulheres de pouca ou nenhuma escolaridade não demandam e as mulheres de maior escolaridade demandam e acessam os métodos (Ojaka, 2008). Isto é confirmado por Bongaarts (2010) que mostra que a relação entre demanda não atendida e a demanda pelos contraceptivos apresenta um formato de U invertido. Isto ocorre porque em locais onde o uso ainda é restrito, há pouca demanda e locais onde o uso é deliberado, a demanda existente é suprida.

No Quênia, em 1998, a demanda não atendida por contraceptivos modernos era de 24%, em 2003, este percentual praticamente se manteve no mesmo nível, chegando a 25% (Westoff et al., 2006 apud Ojaka, 2008; Khan et al., 2007 apud Ojaka, 2008). A demanda reprimida foi mais registrada entre as mulheres mais velhas, de menor escolaridade, rurais, de maior paridade, menor renda domiciliar e menos exposta a mídia de massa (Ojaka, 2008). Em 2008, 28% das mulheres quenianas tinham suas demandas por métodos contraceptivos modernos reprimidas. A maior proporção de demanda reprimida estava, novamente, entre as mulheres de menor renda, menor escolaridade e entre aquelas que nunca utilizaram (Machiyama et al., 2013). No ano de 2008, no Quênia, o maior percentual de mulheres com demanda por contraceptivos reprimida se encontrava entre aquelas pertencentes às etnias Kalenjin (20,70%) e Luo (21,04%) (KDHS, 2008).

Diante do aumento da demanda, é fundamental que o acesso aos métodos modernos seja facilitado e livres de obstáculos, a fim de que seja prestado um serviço de qualidade. É importante que a clínica ou hospital seja acessível geograficamente ou que os agentes de saúde façam visitas periódicas, que sejam dadas as informações necessárias a cada cliente, que seja prestado um atendimento de qualidade, adequado à cultura local e sensível a realidade do cliente (Mwaikambo et al., 2011; Miller et al., 1991; Njogu, 1991). O presente trabalho visa mensurar a atitude positiva frente aos métodos modernos, ou seja, ainda que uma mulher tenha uma demanda reprimida, seu desejo de uso da contracepção será considerado. A construção da medida de atitude positiva será mais bem esclarecida no próximo capítulo.

Acesso à contracepção moderna

Outra grande dificuldade de acesso a contraceptivos é a falta de estoque nas clínicas e centros de distribuição (Caldwell et al., 2002; Miller et al., 1991). No início da década de 1990, as diretrizes da política de planejamento familiar queniana determinavam que as instituições que distribuíam os métodos contraceptivos deveriam dispor de um estoque suficiente para dois meses de atendimento, para que, mesmo em situações adversas, não houvesse demanda reprimida por indisponibilidade. No entanto, grande parte das instituições avaliadas no Quênia no início da década, período de grande expansão do uso de contraceptivos modernos, não dispunha de estoque suficiente para atender a demanda (Miller et al., 1991). É necessário também que haja, nos centros de distribuição, certa diversidade de tipos de contraceptivos para que a mulher tenha opção de escolha, segundo seu desejo (Jacobstein et al., 2009). No Quênia, observou-se que, em grande parte das clínicas visitadas em 2004, muitas dispunham de contraceptivos orais, injetáveis e preservativos, porém poucas tinham implantes e DIU disponíveis para aplicação (Agwanda et al., 2009).

Quanto à distância geográfica, as mulheres que residem próximas a clínicas de planejamento familiar têm maiores chances de utilizar métodos modernos. Aquelas que gastavam mais tempo para conseguir acesso ao método contraceptivo eram desencorajadas a utilizar (Dow et al., 1983). O tempo gasto

para o deslocamento e o tempo de espera dentro das clínicas é um dos pontos fundamentais para a continuidade do uso de métodos contraceptivos modernos, segundo a avaliação feita por clientes de clínicas de planejamento familiar no Quênia (Agwanda et al., 2009).

O treinamento dos provedores de contraceptivos é outro ponto fundamental no acesso aos contraceptivos (Ndegwa et al., 2008). Esta qualificação é importante para que o cliente tenha orientações adequadas quanto ao uso dos métodos, seus efeitos colaterais esperados, para que possa fazer uma escolha consciente do melhor contraceptivo para si (Valadez et al., 1997). Esta falta de orientações adequadas é percebida mais fortemente pelas adolescentes que, por vezes, relatam um tratamento hostil e inadequado por parte dos atendentes (Caldwell et al., 2002).

Diversos autores citam problemas de negligência aos jovens, tanto por parte das políticas de planejamento familiar quanto por parte dos agentes de atendimento, corroborando o que foi aprontado por Caldwell et al. (2002). Segundo Mensch et al. (1999), a atividade sexual entre as adolescentes é crescente, no entanto, não é registrado aumento do uso de contraceptivos entre elas. Menos de 10% das adolescentes quenianas declarou utilizar métodos contraceptivos modernos em 1998. Entre as adolescentes da etnia Somali este percentual é o mais baixo registrado no Quênia em 2008. Apenas 1,27% delas utilizam algum método moderno. A etnia que apresenta o maior percentual de adolescentes que utilizam algum método moderno são as Kisii, com 9,64% (KDHS, 2008). Entre as adolescentes subsaarianas, como um todo, o conhecimento sobre reprodução e o baixo uso de contraceptivos, especialmente preservativos, é alarmante (Mensch et al., 1999). Westoff et al. (2006) afirma que a baixa proporção de mulheres subsaarianas que utilizam preservativo pode ser justificada pela pequena percepção de risco de infecção do vírus HIV/AIDS por relações sexuais. Embora haja alguma rejeição cultural ao sexo pré-marital, no final da década de 1990, 60% das adolescentes solteiras quenianas praticavam sexo antes do casamento (Mensch et al., 1999). As relações sexuais antes do casamento são fracamente sancionadas em grande parte dos grupos étnicos quenianos. Entre os Luo a castidade feminina era considerada um motivo de orgulho em meados da década

de 1970. No entanto, a gravidez pré-marital era considerada uma prova da fertilidade da mulher, sendo ela, então, adequada ao casamento (Parkin, 1973). Já entre os Kamba, embora o sexo pré-marital fosse permitido, a gravidez na adolescência antes do casamento era considerada uma vergonha para a família, que deveria providenciar a união marital o quanto antes (Mbiti, 1973). Apenas entre os Somali as relações sexuais antes do casamento eram sancionadas, no entanto, ocorriam de maneira clandestina (Lewis, 1973).

Muitas das mulheres jovens buscam os contraceptivos para prevenir uma gravidez que pode forçá-las a deixar a escola ou impedi-las de conseguir um emprego (Caldwell et al., 2002). Muitas garotas ao engravidarem deixam a instituição de ensino por percebê-la como um ambiente insatisfatório e desencorajador para sua situação. Além disto, muitas adolescentes engravidam pouco depois de deixarem a escola por outras razões, como incapacidade de pagar as taxas escolares, falta de interesse, baixo desempenho. Assim, as escolas devem se esforçar para desenvolver uma melhor educação sexual para seus alunos a fim de evitar a gravidez indesejada, mesmo após o abandono da instituição, e um melhor atendimento das garotas como um todo, a fim de mantê-las na educação formal (Mensch et al., 1999).

Embora a política de planejamento familiar de diversos países seja abrangente a todos os indivíduos, independente do status marital ou idade, o acesso é limitado para as jovens, conforme colocado anteriormente, mulheres de baixa paridade e solteiras (Kaler et al., 2001). A fim de solucionar a restrição, estudantes de Nairobi, Quênia, declararam que optam por buscar contraceptivos em farmácias que enfrentar a desaprovação dos atendentes da clínica universitária, onde os contraceptivos são gratuitos (Muia et al., 2000). Esta restrição muitas vezes leva a descontinuidade do uso de métodos modernos e culmina em um aumento da fecundidade pré-marital (Caldwell et al., 2002; Johnson-Hanks, 2003).

Informação e conhecimento sobre métodos contraceptivos modernos

As informações concedidas por agentes provedores de métodos contraceptivos são fundamentais, principalmente, as de caráter encorajador. Estas estão

altamente associadas à aceitação e continuidade do uso em Gana (Montgomery et al., 2001). No Quênia, no início da década de 1990, foi avaliada a quantidade de informações concedidas aos clientes acerca dos métodos modernos. Em praticamente todas aquelas que foram avaliadas, foram cedidas informações acerca de métodos injetáveis (90%), pílula (83%), DIU (77%), preservativos (60%) e espermicidas (50%) e apenas uma pequena parte concedeu informações sobre a ligação de trompas (17%) e vasectomia (4%). Com isto, pouco conhecimento acerca de métodos definitivos é difundido nas clínicas. Informações insuficientes eram dadas sobre os efeitos colaterais do uso e possíveis problemas do método. Esta pode ser uma das explicações para a alta descontinuidade do uso de contraceptivos (Miller et al., 1991; Campbell et al., 2013). Os provedores devem fornecer todo tipo de informação sobre cada tipo de contraceptivo a fim de que os clientes façam uma boa escolha para si e que saibam que existem opções alternativas em caso de não adaptação (Machiyama et al., 2013).

Outra forma de acesso à informação é a mídia de massa, a qual é responsável por aumentar o conhecimento e a promoção de métodos contraceptivos modernos, atingindo diferentes tipos de indivíduos e promovendo o entretenimento e informação sobre questões que são tabus para algumas culturas (Mwaikambo et al., 2011). A televisão é capaz de expor os indivíduos a um estilo de vida distinto do que vivem, alterando valores e mudando comportamentos. Mulheres que assistem à televisão diariamente têm menos filhos, utilizam mais métodos contraceptivos modernos e desejam prole mais reduzida (Westoff et al., 2011). No Quênia, é transmitido rotineiramente mensagens sobre contraceptivos modernos nas rádios em inglês, swahili e outros dialetos. Com isto, muitas mulheres recebem informações adequadas, reduzindo os rumores e mitos que obstruem a aceitação dos métodos modernos (Iyer et al., 2009; Bongaarts, 2011). Este maior acesso ao rádio no Quênia, induz ao maior uso de métodos contraceptivos de longa duração, segundo Magadi et al. (2003).

Apesar de o acesso à informação através da mídia de massa ser crescente, somente são gerados efeitos positivos e de maior abrangência, caso as informações apresentadas estejam associados aos serviços prestados e que estes sejam devidamente divulgados. Na África, a internet e os telefones celulares

tem se apresentado como uma nova forma de acesso à informação que deve ser valorizada, especialmente entre os jovens (Cleland, 2012).

Caracterização e linhas de ação da política de planejamento familiar

Diante de diversos obstáculos de acesso, informação e constrangimentos sociais, os métodos contraceptivos modernos são mais utilizados por casais monogâmicos, urbanos, mais escolarizados, que não vivenciaram a perda de filhos e cujo marido aprova o uso (Dodoo, 1998; Dow et al., 1983; Dynes et al., 2012; Magadi et al., 2003; Campbell et al., 2013). Estes são mais empregados em situações em que (1) o casal deseja parar de ter filhos, seguido de (2) quando o marido deseja parar e a esposa quer espaçar os nascimentos, (3) quando a mulher deseja parar e o marido quer espaçar e (4) quando ambos desejam espaçar. Isto indica que o homem segue tendo maior poder de decisão quanto ao uso de contraceptivos (Dodoo, 1998). O menor uso de contracepção entre os casais que perderam filhos pode ser justificado pela incerteza sobre o número de filhos que sobreviverão. Desta maneira, a alta mortalidade infantil está associada um desejo por uma fecundidade mais alta (Kokole, 1994).

A fim de se alcançar o sucesso e romper tabus contrários ao uso de contracepção moderna, os programas de planejamento familiar devem contar com forte comprometimento político, financiamento adequado, sistema logístico eficiente, linhas claras de gerencia e supervisão, agentes treinados, grande cobertura geográfica, meios de monitoramento e avaliação do processo (Cleland, 2012). Com isto, mais indivíduos poderão acessar um serviço de qualidade e satisfatório. O programa de planejamento familiar queniano evoluiu bastante desde sua criação, em 1967, sendo acessível a grande parte da população atualmente, conforme apresentado no capítulo anterior.

Tendo em vista a solução do acesso precário e ineficaz aos contraceptivos, a organização internacional Pathfinder sugeriu uma série de ações ao governo queniano que poderiam aumentar a prevalência do uso de contracepção no país. Segundo a instituição, é necessário investir em: (1) uma maior oferta de contraceptivos; (2) treinamento aos atendentes, uma vez que a tecnologia

referente ao planejamento familiar sofre mudanças constantes e necessita de atualizações por parte dos agentes provedores; (3) maior envolvimento masculino, dado que os homens quenianos ainda percebem a contracepção como uma responsabilidade exclusiva das mulheres, apesar de terem um papel decisivo na escolha e no apoio ao uso de contraceptivos; (4) maior investimento nas adolescentes, focalizando ações de educação sexual e acesso aos contraceptivos com o intuito de se evitar abortos induzidos; (5) melhor integração dos programas de planejamento familiar com os programas de combate e tratamento de HIV/AIDS (Ndegwa et al., 2008).

Embora algumas destas sugestões pareçam utópicas, o Quênia já registrou uma situação emblemática de uso de contraceptivos em sua área rural, a qual é reconhecida como a mais tradicionalista e resistente a uso de métodos modernos. Na região do Hospital de Chongoria, a cerca de 240 quilômetros ao norte de Nairobi, vivem cerca de 300 mil habitantes, sendo a maioria pertencente à etnia Meru. Em 1984, nesta área, foi observada uma fecundidade de 5,2 filhos por mulher, enquanto para as demais áreas rurais do Quênia foi encontrada uma taxa de fecundidade total de 8,1 filhos por mulher. Isto se deu devido à alta prevalência de uso de contraceptivos modernos. 34% das mulheres casadas utilizavam algum método moderno, sendo que os mais comuns eram a pílula, usada por 16% das mulheres em união, e o DIU, usado por 11%. Comparativamente à área rural do país como um todo, o uso na região era muito superior, uma vez que apenas 8% das mulheres casadas e rurais utilizavam métodos modernos no país. É importante destacar que o número ideal de filhos na região não ultrapassava os 4. Este desejo por uma família menor é fundamental para o sucesso das políticas de redução da fecundidade. Foi observada na região a integração dos serviços de saúde e reprodução, um forte envolvimento da comunidade, por meio de uma rede social de agentes de saúde, e acessibilidade aos programas. Assim, o estabelecimento de laços entre o programa de saúde, planejamento familiar e a sociedade levou ao sucesso da política na região (Goldberg et al., 1989; Miller et al., 1991).

A seguir serão apresentadas as bases de dados utilizadas para a mensuração das atitudes positivas da população queniana frente aos métodos contraceptivos

modernos, dividindo esta população segundo sua etnia. Será discutido também o método pelo qual esta mensuração será realizada e a limitação daquilo que se presente observar.

4 DADOS E MÉTODOS

Segundo Guiso et al. (2006), a etnia é um bom definidor de aspectos culturais por ser invariante ao longo da vida de um indivíduo. Becker (1996) afirma que os agentes não tem controle sobre os fatores que são “dados”, como a cultura através do grupo étnico. Por fim, conforme exposto por Hammel (1990), a etnia é um forte marcador cultural, ou seja, por meio da etnia é possível perceber padrões de comportamentos, normas assumidas e valores caros àquela população. Entre estes padrões de comportamento observados está o uso e a pretensão de utilização de métodos contraceptivos modernos. Desta maneira, espera-se notar uma variação de atitudes positivas frente aos métodos entre as diferentes etnias quenianas. De acordo com aquilo que foi exposto anteriormente, as etnias têm seus comportamentos ideias difundidos por meio da interação social com seus pares, os quais são capazes de influenciar as atitudes em um sentido micro (aprendizado social) ou macro (influência social) (Behrman et al., 2002; Bongaarts et al., 1996; Montgomery et al., 2001; Kohler et al., 2001; Vikram, 2012). É possível verificar também mudanças de padrão no comportamento individual a fim de buscar uma adaptação ao contexto no qual está inserido, como ocorre entre as famílias que residem em áreas de alta mortalidade infantil (Barth, 1998; Hammel, 1990; Bachrach, 2013; Greenhalgh, 1995; Kokole, 1994; Njogu, 1991). Estas se recusam a utilizar contracepção com o propósito de se ter uma alta fecundidade e alcançar o número de filhos vivos desejados, mesmo em um contexto adverso (Kokole, 1994; Njogu, 1991). Ou seja, é possível que sejam encontradas mudanças nos padrões étnicos ao longo do período estudado.

O Quênia foi selecionado, pois sua população apresenta um alto grau de identificação com sua etnia (Afrobarometer, 2008), sendo a percepção de nação queniana mais frágil que a associação por grupo étnico (Miguel, 2003) e por suas etnias apresentarem uma grande diferenciação ao que diz respeito ao comportamento reprodutivo – número de filhos tidos, uso de contracepção – (vide Anexo 5). Além disto, o Quênia apresentou uma significativa queda na taxa de fecundidade total e um considerável aumento no uso de contracepção moderna

em um curto período. Este novo comportamento reprodutivo, entretanto, não foi assumido por todas as etnias, mantendo o diferencial observado no início do período estudado até o seu final (NCPD & IRD, 1989; NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010). Este diferencial que se mantém, mesmo com a evolução das políticas de planejamento familiar no país, leva a criação da hipótese de que o pertencimento a uma etnia pode estar associado ao comportamento contraceptivo assumido.

O Quênia foi escolhido também por questões técnicas. O país possui um longo histórico da pesquisa Demographic and Health Survey (DHS²), com 5 edições entre os anos de 1989 e 2008 com intervalos regulares de aproximadamente 5 anos e por ter, nas edições da pesquisa, constância das etnias amostradas. A DHS foi eleita como base de dados a ser utilizada por dispor de informações sobre etnias e contracepção, informações raras na maior parte das pesquisas mais abrangentes e representativas para a população de um país. O Quadro 1 apresenta as edições da Kenya Demographic and Health Survey (KDHS), seus organizadores, número de indivíduos entrevistados e etnias presentes.

² A versão queniana da pesquisa é chamada Kenya Demographic and Health Survey (KDHS).

QUADRO 1 - Descrição das edições da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008

Ano da KDHS	Organizadores *	Amostra		Etnias presentes
		Mulheres	Homens	
1989	NCPD e IRD	7.150	1.116	Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru/Embu, Mijikenda/Swahili, Somali
1993	NCPD e CBS	7.540	2.336	Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru/Embu, Mijikenda/Swahili, Somali, Taita/Taveta
1998	NCPD e CBS	7.881	3.407	Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru/Embu, Mijikenda/Swahili, Somali, Taita/Taveta, Masai
2003	CBS, Ministério da Saúde do Quênia e NCPD	8.195	3.478	Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru/Embu, Mijikenda/Swahili, Somali, Taita/Taveta, Masai, Turkana, Kuria
2008/2009	KNBS, NACC, NASCOP, Ministério da Saúde do Quênia, KEMRI, NCPD	8.444	3.465	Kalenjin, Kamba, Kikuyu, Kisii, Luhya, Luo, Meru/Embu, Mijikenda/Swahili, Somali, Taita/Taveta, Masai

Fonte: elaboração própria a partir de informações contidas nos relatórios das KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008 (NCPD & IRD, 1989; NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010). * NCPD = National Council for Population and Development; IRD = Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc.; CBS = Central Bureau of Statistics; KNBS = Kenya National Bureau of Statistics; NACC = National AIDS Control Council; NASCOP = National AIDS/STD Control Programme; KEMRI = Kenya Medical Research Institute; NCPD = National Coordinating Agency for Population and Development.

No ano de 1989, foi desenvolvida a primeira edição da Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) como um complemento às estatísticas oficiais do país e possibilitando a continuidade das pesquisas relativas à fecundidade local, como o

Kenya Fertility Survey (KFS), de 1977/78, e a Kenya Contraceptive Prevalence Survey (KCPS), de 1984. A KDHS 1989 tinha como objetivo principal apoiar a construção de políticas e de planejamento local por meio de decisões informadas, principalmente, acerca da saúde sexual e reprodutiva da população local (NCPD & IRD, 1989). A KDHS seguiu com os mesmos objetivos e espaço territorial amostrado até o ano de 2003, quando foi incluída a província Northeastern, cobrindo, então, todo o país. Foi também a primeira edição a coletar amostras de sangue para testes de HIV/AIDS (CBS, MOH & ORC, 2004).

Com o passar dos anos a Kenya Demographic and Health Survey aumentou, progressivamente, sua amostra e seu escopo, passando de um questionário reduzido em 1989 para outro bastante amplo em 2008. No ano de 1989, eram abordadas apenas questões referentes à fecundidade, nupcialidade, uso de contracepção, amamentação e mortalidade materna e infantil. Já em 2008, a pesquisa abordava também questões relativas à saúde e nutrição materna e infantil, prevalência e comportamento quanto a HIV/AIDS e malária.

Para o trabalho foram consideradas apenas as mulheres, uma vez que estas são, frequentemente, as responsáveis pelo uso efetivo do método contraceptivo e são aquelas que sofrem os diversos tipos de constrangimentos relativos ao uso da contracepção (Campbell et al., 2006). Foram selecionadas também apenas as etnias presentes em todas as edições da KDHS, a fim de tornar os resultados comparáveis ao longo do período. A amostra utilizada e dividida em etnias fica, então, disposta da seguinte forma:

TABELA 4 - Distribuição mulheres entrevistadas segundo sua etnia nas edições da KDHS, Quênia – 1989-2008

Etnias	1989	1993	1998	2003	2008	Total
Kikuyu	1.706	1.554	1.414	1.886	1.642	8.201
Luhya	1.217	1.216	1.142	1.230	1.373	6.178
Kalenjin	607	880	992	831	1115	4.425
Luo	1.039	859	1.074	984	1.098	5.054
Kamba	918	1014	1008	938	923	4.801
Somali	10	19	16	298	240	583
Kisii	405	544	860	466	579	2.854
Mijikenda/Swahili	307	490	391	407	430	2.026
Meru/Embu	463	521	564	589	535	2.673
Outros	478	443	419	566	509	2.415
Total	7.150	7.540	7.881	8.195	8.444	39.210

Fonte: elaboração própria a partir de dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

É notável que a amostra apresenta variações na proporção da etnias representadas, em especial, no caso da etnia Somali. Esta exibiu um crescimento considerável entre as edições de 1998 e 2003, o que ocorreu devido à inclusão da província Northeastern, onde grande parte dos representantes desta etnia reside.

A amostragem de todas as edições da KDHS foi delineada com base em clusters determinados por pesquisas anteriormente realizadas pelo governo local, como o Censo Demográfico de 1979, 1989 e 1999. Para as edições da KDHS foram privilegiados os agrupamentos localizados na área rural, uma vez que a população queniana reside, majoritariamente, no campo (vide Anexo 1) (NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010). A distribuição destes clusters pode ser observada na TAB. 5:

TABELA 5 - Distribuição de clusters por edição da KDHS – Quênia 1989-2008

Clusters	1989	1993	1998	2003	2008
Rural	-	444	444	271	267
Urbano	-	92	92	129	133
Total	-	536	536	400	400

Nota: o relatório da KDHS 1989 não apresenta a distribuição dos clusters, no entanto, afirma que a pesquisa foi estratificada desta forma. Fonte: elaboração própria a partir de informações contidas nos relatórios das KDHS 1993, 1998, 2003, 2008 (NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010).

As amostras foram construídas de forma que fossem representativas em nível nacional e para a população segregada a nível rural e urbano. Além disto, cada

ano apresenta uma amostra representativa para um grupo de províncias. A edição de 1989 é representativa para a área rural das províncias Kilifi, Machakos, Meru, Nyeri, Murang'a, Kirinyaga, Kericho, Uasin Gishu, South Nyanza, Kisii, Siaya, Kakamega e Bungoma. As edições de 1993 e 1998 são representativas para a área rural destas províncias e das províncias Nakuru, Nandi e Taita-Taveta. As KDHS de 1993 e 1998 são representativas também para as cidades de Nairobi e Mombasa. As edições da KDHS de 2003 e de 2008 são representativas para todas as províncias do país. Como a área urbana de todas as pesquisas e as províncias alvo das três primeiras edições da KDHS foram sobre-amostradas, todas as estatísticas devem ser geradas considerando o peso amostral.

O presente trabalho secciona a amostra da KDHS por etnia, separação não privilegiada na estratificação da pesquisa. Isto pode levar a um baixo número de indivíduos em algumas etnias, como é o caso, por exemplo, da população Somali, citada anteriormente. No entanto, ao se comparar a distribuição da população queniana por etnia mensurada na KDHS 2008 e no Censo Demográfico de 2009, a distribuição da população é bastante similar, como pode ser observado na TAB. 6:

TABELA 6 - Distribuição percentual da população por etnia – Quênia 2008 e 2009

Etnia	KDHS 2008 ¹	Censo Demográfico 2009
Embu	1,62	0,87
Kalenjin	13,22	13,31
Kamba	11,12	10,43
Kikuyu	18,89	17,75
Kisii	6,90	5,91
Luhya	16,67	14,31
Luo	13,01	10,84
Maasai	1,30	2,26
Meru	4,98	4,44
Mijikenda/Swahili	4,79	5,55
Somali	2,64	6,39
Taita/Taveta	0,99	0,73
Outra	3,87	7,20
Total	11.704	37.311.899

Fonte: elaboração própria a partir de informações contidas no relatório da KDHS 2008 (KNBS & ICF, 2010) e relatório do Censo Demográfico de 2009 (KNBS, 2010). ¹ População de ambos os sexos com idade entre 15 e 49 anos.

Em um estudo sobre a qualidade dos dados de contracepção e fecundidade das edições da KDHS de 1989, 1993 e 1998, o African Population and Health Research Center declarou que a taxa de prevalência de contraceptivos encontrada nas pesquisas não era esperada, especialmente, quando se comparadas com a dinâmica da queda da taxa de fecundidade registrada (APHRC, 2001). O diferencial entre a taxa esperada e aquela observada, no entanto, se estreita com o passar dos anos e apresenta padrões de declaração por subgrupos aceitáveis. Eles então concluem que os dados acerca do comportamento contraceptivo apresentam boa qualidade (APHRC, 2001).

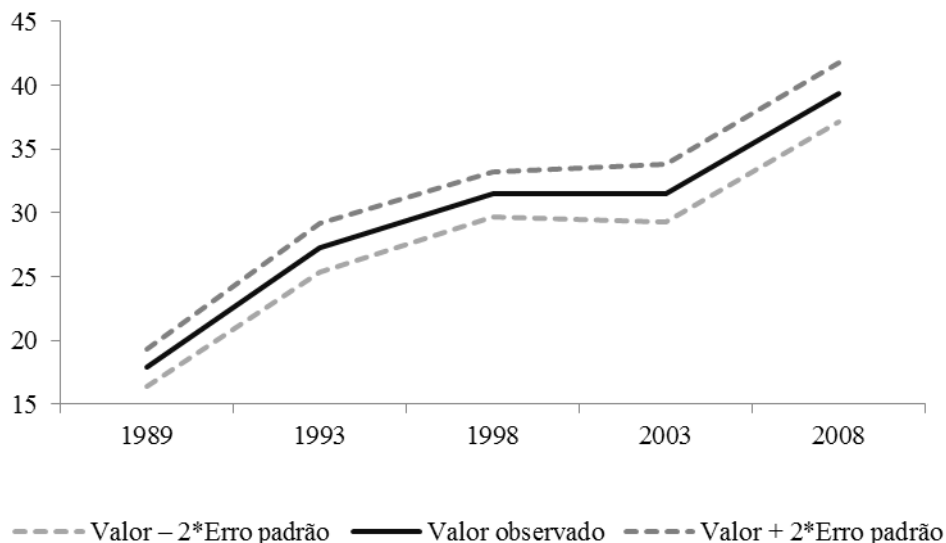
Quanto ao erro amostral da taxa de uso corrente de métodos modernos, é possível observar que este é bastante pequeno não ultrapassando 1,2 pontos, valor verificado na última edição da pesquisa. É notável que este valor aumenta com o tempo, sendo menor em 1989. Estes dados podem ser observados na TAB. 7 e GRAF. 3.

TABELA 7 - Erro amostral da taxa de uso corrente de método contraceptivo moderno – Quênia 1989-2008

	1989	1993	1998	2003	2008
Valor observado	17,9%	27,3%	31,5%	31,5%	39,4%
Erro padrão	0,7	0,9	0,9	1,1	1,2
Intervalo de confiança (95%)					
Valor – 2*Erro padrão	16,4	25,4	29,7	29,3	37,1
Valor + 2*Erro padrão	19,3	29,2	33,2	33,8	41,8

Fonte: elaboração própria a partir de informações contidas nos relatórios das KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008 (NCPD & IRD, 1989; NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010).

GRÁFICO 3 - Intervalo de confiança a 95% da taxa de uso corrente de método contraceptivo moderno por edição da KDHS – Quênia 1989-2008



Fonte: elaboração própria a partir de informações contidas nos relatórios das KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008 (NCPD & IRD, 1989; NCPD & CBS, 1994; NCPD & CBS, 1999; CBS, MOH & ORC, 2004; KNBS & ICF, 2010).

Para uma maior clareza e compreensão do perfil das mulheres pertencentes a cada uma das etnias selecionadas, será realizada uma breve análise descritiva do comportamento contraceptivo de cada grupo. Serão abordadas características relativas ao conhecimento de métodos modernos, utilização no passado e presente, intenção de uso e demanda não atendida.

A atitude positiva que o trabalho visa mensurar representa o sentimento, predisposição ou crença demonstrada quanto a um objeto, pessoa ou situação de maneira relativamente constante, segundo Launiala (2009), Marinho et al. (2003, apud Alves et al., 2008) e Belo et al. (2004). Para o caso do presente estudo, o foco é a atitude positiva frente à contracepção moderna, conforme explicitado em diversas ocasiões anteriormente. Como não há questões específicas nas edições da KDHS que indague se a respondente possui atitude positiva, a medida será construída combinando o método aplicado por Belo et al. (2004) e aquilo que se observa na realidade queniana, como será apresentado a seguir.

A análise das atitudes positivas frente à utilização de métodos modernos será desenvolvida por meio de modelo logístico. A regressão logística é a forma mais adequada de realizar esta mensuração, pois a variável dependente é binária (tem-se ou não se tem atitude positiva frente aos métodos modernos) e não há

ordenação do valor destas respostas. Este tipo de modelo dá como resposta a probabilidade ou a razão de chance de um indivíduo ter atitudes positivas, segundo as características selecionadas (Powers et al., 2007)³. O modelo tem sua variável dependente criada a partir da combinação de quatro questões acerca do uso e preferências de contracepção. São elas:

v302: “Você ou seu parceiro já usou (método)?”⁴

v313: “Qual método você está usando?”⁵

v364: “Você pretende usar um método para evitar gravidez em algum momento no futuro?”⁶

v363: “Qual método contraceptivo você preferiria usar?”⁷

Segundo Belo et al. (2004), ao obter-se a indicação de um método contraceptivo moderno para uma destas questões, é compreendido que a mulher possui uma atitude positiva. No entanto, algumas mulheres indicaram que, embora tenham utilizado métodos contraceptivos modernos no passado, substituíram estes por métodos tradicionais ou, no futuro, preferem utilizar métodos tradicionais ou populares ou ainda não souberam indicar um método preferido. Para estas

³ Para maiores informações sobre modelos logísticos ver Hosmer et al., 2000; Wooldridge, 2003; Long, 1997

⁴ “Have you or partner ever used (method)?” – texto original do questionário.

⁵ “Which method are you using?” – texto original do questionário.

⁶ “Do you intend to use a method to avoid pregnancy at any time in the future?”

⁷ “Which contraceptive method would you prefer to use?” – texto original do questionário.

respondentes foi atribuída uma atitude negativa frente aos métodos modernos tendo em vista a nova opção⁸. É importante destacar que as questões v363 e v364 são direcionadas apenas as mulheres que declararam que não utilizam nenhum método contraceptivo na questão v313. No Quadro 2 é possível observar como se deu a construção da variável dependente e o número de mulheres entrevistadas que deram cada uma das combinações de respostas para todas as edições da KDHS somadas:

QUADRO 2 - Construção da variável binária de atitude positiva quando ao uso de contraceptivos modernos

Já utilizou (v302)	Utiliza atualmente (v313)	Utilização e intenção de uso (v364)	Método preferido para o futuro (v363)	Atitude positiva	Amostra de mulheres entrevistadas
Nunca utilizou	Não utiliza	Não tem intenção	NA	Não	10.433
		Tem intenção	Tradicional *	Não	551
			Moderno	Sim	7.586
			Não sabe	Não	2.044
Tradicional*	Não utiliza	Não tem intenção	NA	Não	549
		Tem intenção	Tradicional *	Não	188
			Moderno	Sim	943
	Tradicional*	Utiliza tradicional*	Não sabe	Não	149
			NA	Não	1.384
			NA	Não	1.911
Moderno	Não utiliza	Não tem intenção	NA	Não	1.911
		Tem intenção	Tradicional *	Não	163
			Moderno	Sim	3.714
	Tradicional *	Utiliza tradicional*	Não sabe	Não	433
			NA	Não	639
Moderno	Utiliza moderno	NA	Sim	8.513	

Fonte: elaboração própria. NA = Não se aplica. * Método tradicional ou popular.

⁸ A fim de verificar o real impacto destes casos foi desenvolvido o modelo logístico - a ser apresentado a seguir - em formato multinomial tendo como base outcome a atitude positiva e atitude negativa. Concluiu-se que o impacto destes casos específicos era muito reduzido e optou-se por agregá-los a “atitude negativa”. As tabelas dos modelos multinomiais estão disponíveis no Anexo 7.

A partir das respostas dadas a estas questões foi delineado o modelo, o qual foi estabelecido por meio de um banco único formado pela junção dos bancos de todas as cinco edições da KDHS. Foram estabelecidos modelos progressivos que incluíam inicialmente apenas a etnia como variável independente, em um segundo modelo reduzido foi incluído o ano da pesquisa e por fim os termos interativos compostos por etnia e ano da pesquisa. O termo interativo foi incluído com a intenção de se perceber a evolução das atitudes positivas em relação à contracepção moderna por etnia. Cada uma delas foi multiplicada pelo ano da KDHS gerando um total de 50 variáveis interativas. Como variáveis de controle, as quais foram incluídas apenas no modelo completo, foram selecionadas aquelas que indicam interação social (“Vive em área de miscigenação de etnias”), uma vez que a rede na qual a mulher se insere apresenta forte influência na decisão de uso de métodos contraceptivos modernos (Behrman et al., 2002; Bongaarts et al., 1996; Montgomery et al., 2001; Kohler et al., 2001; Vikram, 2012; Watkins et al., 1995, apud Freedman, 1997; Iyer et al., 2009; Hogan et al., 2004; Mensch et al., 1999; Dadoo, 1998). Foi incluída também a variável “Nível de escolaridade do marido”, pois a literatura indica que o companheiro possui forte impacto na tomada de decisão em relação ao uso de contracepção moderna, conforme colocado anteriormente (Bongaarts, 2010; Stepherson et al., 2007; Cleland, 2012; Dadoo, 1998; Magadi et al., 2003). A informação quanto à educação foi a variável selecionada no que diz respeito ao parceiro, pois aborda uma medida – nível educacional – bastante discutida na literatura ao que se refere ao comportamento contraceptivo e é aquela que aparece em todas as edições da KDHS, tornando-a comparável (Johnson-Hanks, 2003; Askew et al., 2009; Cleland, 2012; Bongaarts, 2010; Ojaka, 2008; Machiyama et al., 2013). Neste sentido, o nível educacional da respondente também foi incluído no modelo (“Nível de escolaridade”). Algumas religiões apresentam uma doutrina mais tradicional e coíbe o uso de métodos modernos (Frank et al., 1987; Hogan et al., 2004; Caldwell et al., 1987), desta forma, a variável “Religião” foi incluída como controle. As variáveis “Tipo de cidade em que vive” e “Ouve rádio” buscam indicar o acesso à informação que as mulheres entrevistadas têm. Segundo Ojaka (2008), Dynes et al. (2009), Askew et al. (2009) e Cleland (2012), viver em áreas rurais dificulta o acesso a contracepção, além do acesso ao conhecimento quanto aos métodos modernos. Mwaikambo et al., 2011, Westoff et al. (2011), Ojaka

(2008), Iyer et al. (2009), Bongaarts (2011) e Magadi et al. (2003) afirmam que as mulheres que têm maior acesso a mídia de massa possuem uma maior probabilidade de utilizar métodos modernos, pois têm acesso a informações sobre o planejamento familiar. O rádio foi o tipo de mídia selecionado, pois é aquela mais acessada pelas mulheres quenianas (vide TAB. A.3.6, no Anexo 3) e, segundo, Iyer et al. (2009), são veículas mensagens sobre contracepção nas emissoras de rádio quenianas regularmente. Variáveis de idade e número de filhos tidos também foram incluídas, uma vez que mulheres jovens e de baixa paridade muitas vezes não utilizam métodos modernos a fim de alcançarem um alto número de filhos enquanto apresentam alta fertilidade, isto é, enquanto ainda são jovens (Dynes et al., 2009; Dow, 1967; Ojaka, 2008; Askew et al., 2009; Cleland, 2012; Caldwell et al., 2002a; Kaler et al., 2001). Desta maneira, estas variáveis são importantes para controlar os efeitos conforme já indicado previamente pela literatura. Além disto, Cammack et al. (2001), Potter et al. (1987) e McDougall et al. (2009) desenvolveram modelos e discussões similares para mensurar a variação de aceitação do planejamento familiar na Indonésia, no México rural e entre pacientes de aborto no Camboja, respectivamente.

Sendo P a probabilidade de ter atitudes positivas frente à contracepção moderna, os modelos logísticos estimados são os seguintes:

Modelo reduzido 1: Atitudes positivas frente aos métodos contraceptivos modernos – KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008

$$\Pr(Y=1|B) = P$$

$$\log[P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Etnia}$$

Modelo reduzido 2: Atitudes positivas frente aos métodos contraceptivos modernos – KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008

$$\Pr(Y=1|B) = P$$

$$\log[P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1 \cdot \text{Etnia} + \beta_2 \cdot \text{Ano}$$

Modelo reduzido 3: Atitudes positivas frente aos métodos contraceptivos modernos – KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008

$$\Pr(Y=1|B) = P$$

$$\log[P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1. \text{ Etnia} + \beta_2. \text{ Ano} + \beta_3. \text{ Etnia*ano}$$

Modelo completo: Atitudes positivas frente aos métodos contraceptivos modernos – KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008

$$\Pr(Y=1|B) = P$$

$$\log[P/(1-P)] = \beta_0 + \beta_1. \text{ Etnia} + \beta_2. \text{ Ano} + \beta_3. \text{ Etnia*ano} + \beta_4. \text{ Idade} + \beta_5. \text{ Número de filhos tidos} + \beta_6. \text{ Nível de escolaridade} + \beta_7. \text{ Tipo de cidade em que vive} + \beta_8. \text{ Religião} + \beta_9. \text{ Vive em área de miscigenação de etnias} + \beta_{10}. \text{ Ouve rádio} + \beta_{11}. \text{ Nível de escolaridade do marido} + \varepsilon_i$$

Embora sejam controlados por variáveis independentes importantes, o modelo não é capaz de mensurar de maneira acurada falhas na política de distribuição e restrições ao acesso aos contraceptivos, o que se é verificado, principalmente, entre as mulheres de baixa paridade (Dynes et al., 2009; Dow, 1967; Kaler et al., 2001), que residem em áreas distantes de centros médicos (Dow et al., 1983; Miller et al., 1991; Agwanda et al., 2009) e jovens (Caldwell et al., 2002a, Mensch et al., 1999; Muia et al., 2000). Uma forma de mensurar a dificuldade de acesso aos centros de saúde seria por meio do tempo gasto de deslocamento e para conseguir o método uma vez dentro da clínica, conforme fez Dow et al. (1983) e Miller et al. (1991), no entanto, esta variável não está presente em todas as edições da KDHS, prejudicando a comparabilidade. A negligência dos distribuidores de métodos ou algum tipo de constrangimento causado por eles em relação às mulheres jovens e/ou de baixa paridade também não apresenta mensuração objetiva por meio da base de dados, uma vez que esta não dispõe da opinião da entrevistada quanto ao serviço prestado. São questionadas apenas se informações sobre os métodos, como efeitos colaterais, foram cedidas.

Quanto às análises dos resultados a serem desenvolvidas, serão verificadas a significância estatística e a social (observando-se a direção do coeficiente e sua magnitude). Com isto, será possível perceber se as categorias apresentadas em cada uma das variáveis são capazes de corroborar a literatura apresentada anteriormente.

Desta forma, serão apresentadas na próxima seção as estatísticas descritivas sobre o uso de contracepção produzidas por meio dos dados das KDHS 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Posteriormente, serão introduzidos os resultados dos modelos logísticos reduzidos e do modelo logístico completo estimado para atitudes positivas.

5 RESULTADOS

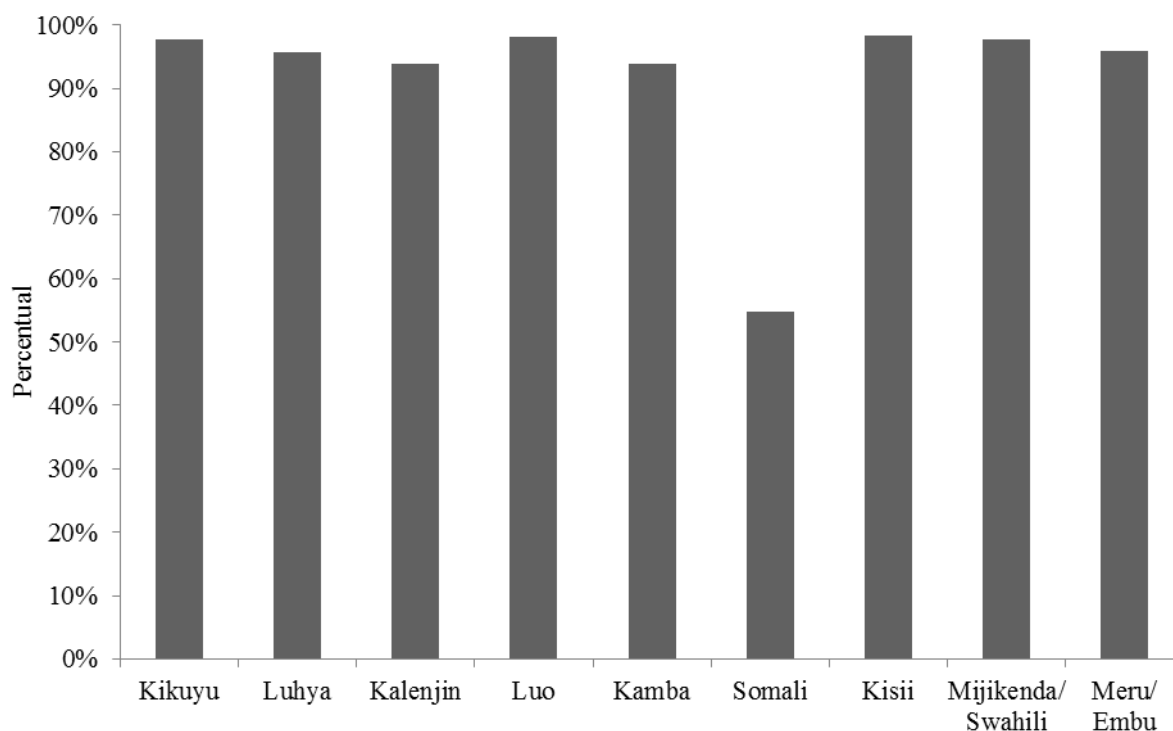
Nesta seção serão apresentadas informações quanto ao uso de contracepção pelas etnias e os resultados do modelo delineado no capítulo anterior. Serão apresentados gráficos a fim de caracterizar o comportamento reprodutivo entre os grupos étnicos, discutindo as políticas e o acesso aos métodos modernos no Quênia e a evolução do uso e atitude positiva em relação à contracepção moderna no país. É importante lembrar que a principal província de residência da população Somali, província Northeastern, foi incluída apenas nas edições da KDHS 2003 e 2008. Com isto, a amostra das mulheres Somali é bastante reduzida e apresenta resultados anômalos para a etnia nas edições de 1989, 1993 e 1998. As tabelas completas das informações apresentadas neste primeiro item estão disponíveis no Anexo 5. Na parte seguinte do capítulo, serão discutidos os resultados dos modelos reduzidos e do modelo logístico completo no intuito de esclarecer se o pertencimento a uma etnia é capaz ou não de indicar uma atitude positiva frente ao uso de métodos modernos.

Comportamento contraceptivo entre as etnias quenianas

Antes de se discutir o uso ou o desejo de uso de métodos contraceptivos modernos é interessante verificar o conhecimento que as diferentes etnias têm acerca destes. Conforme apresentado anteriormente, quase a totalidade das quenianas tem conhecimento sobre os métodos modernos. Em 1989, 87,11% das mulheres casadas afirmaram que conheciam alguma forma de contracepção moderna. O GRAF. 4 apresenta o grau de conhecimento de métodos por etnias no Quênia em 2008. Neste ano, 91,80% das entrevistadas declararam que conheciam algum método moderno. No entanto, ao considerar este conhecimento por etnias é possível observar um grande diferencial entre elas. Enquanto cerca de 98% das mulheres casadas das etnias Kisii, Luo, Mijikenda/Swahili e Kikuyu declararam seu conhecimento, apenas 54,68% das mulheres Somali conheciam

algum método moderno. A distribuição completa está disponível no Anexo 5, TAB. A.5.1.

GRÁFICO 4 - Percentual de mulheres casadas que afirmaram conhecer algum método contraceptivo moderno por etnia – Quênia, 2008.

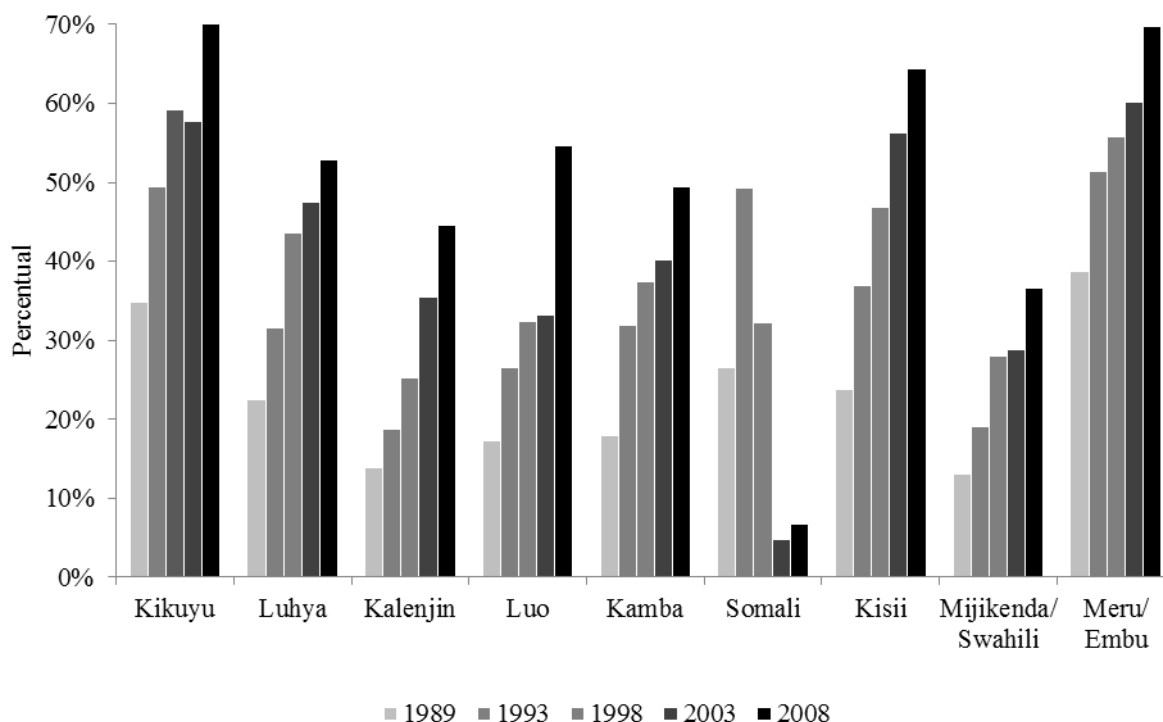


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 2008.

O GRAF. 5 apresenta o percentual de mulheres casadas das etnias selecionadas que já utilizaram métodos contraceptivos modernos em algum momento de suas vidas. Isto é, elas podem ter utilizado no passado e não mais fazer uso deste tipo de contracepção. É possível observar no gráfico que, em praticamente todo o período, houve crescimento do percentual de mulheres que utilizaram algum método moderno entre os grupos étnicos. É verificável também uma estabilização do aumento em 1998 e 2003, conforme discutido no Capítulo 2. As populações Kikuyu e Meru/Embu são aquelas que apresentam, desde o ano de 1989, os maiores percentuais de mulheres casadas que já utilizaram alguma forma de contracepção moderna, o que pode ser um reflexo da maior proximidade com a política no país, maior nível de escolaridade, o que permite um maior acesso aos métodos (Kokole, 1994; Iyer et al., 2009; Magadi et al., 2003). A população Somali é aquela que possui um menor percentual de mulheres que já utilizaram algum

método moderno. É importante destacar novamente que os altos percentuais observados para esta etnia nas primeiras edições da KDHS são resultados de amostras muito reduzidas das mulheres Somali. Os números deste gráfico podem ser verificados na TAB. A.5.2, Anexo 5.

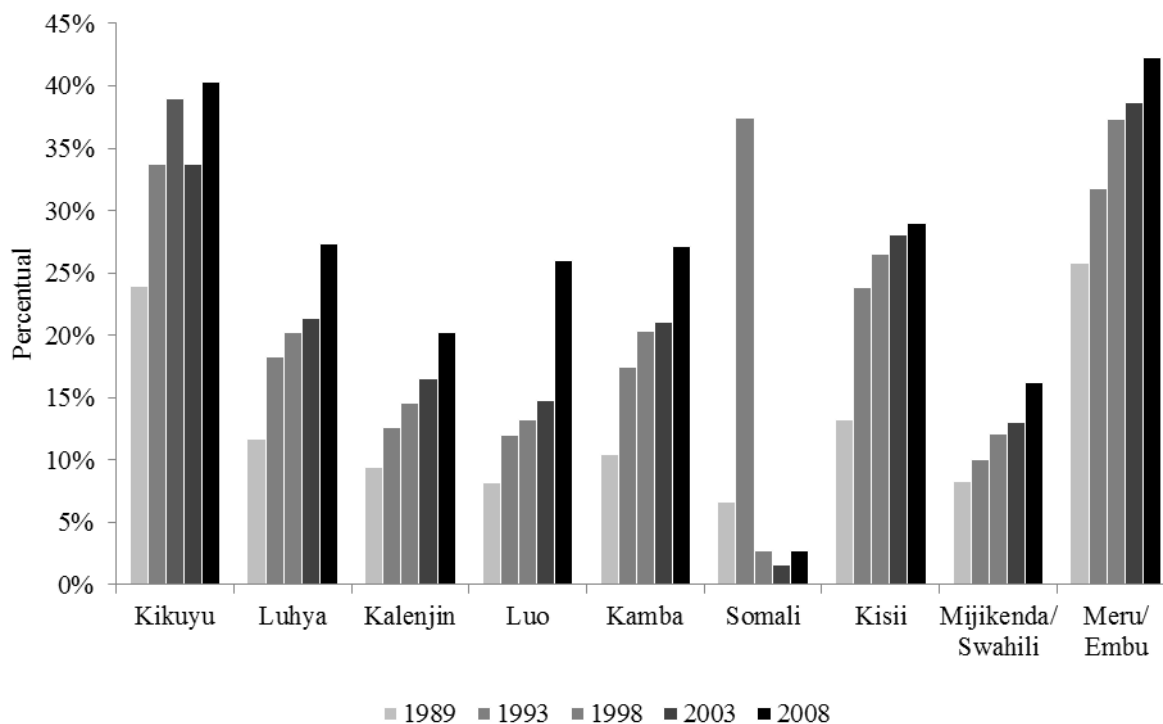
GRÁFICO 5 - Percentual de mulheres casadas que afirmaram que já utilizaram algum método contraceptivo moderno em algum momento por etnia – Quênia, 1989-2008.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

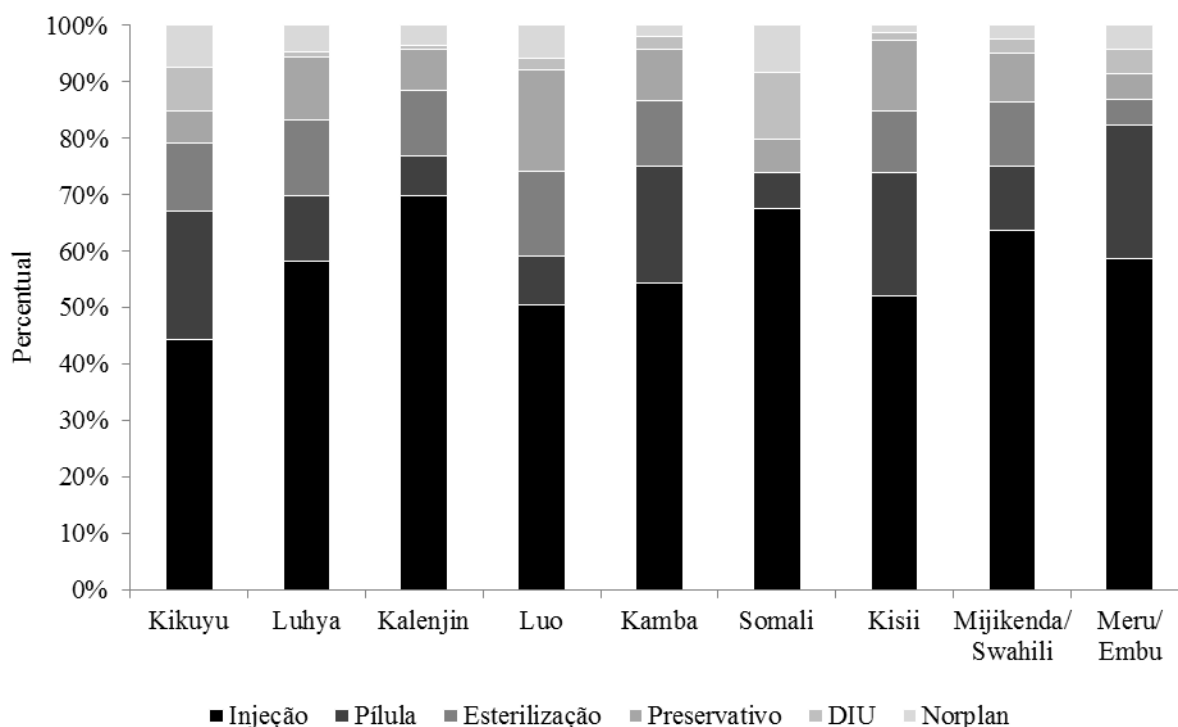
No GRAF. 6 pode-se observar o percentual de mulheres casadas que afirmaram utilizar, quando da pesquisa, algum método contraceptivo moderno. Novamente destaca-se o uso da população Kikuyu e Meru/Embu, os quais se alternaram como o grupo étnico que mais utilizava contracepção moderna entre 1989 e 2008. Sobressai também a população Luo que apresentou o maior crescimento percentual no uso de métodos modernos, em especial, entre 2003 e 2008.

GRÁFICO 6 - Percentual de mulheres casadas que declararam utilizar algum método contraceptivo moderno por etnia – Quênia, 1989-2008.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

Quanto ao método moderno escolhido, o mais utilizado por todas as etnias na edição da KDHS 2008 foi o contraceptivo injetável. Conforme afirmado por Magadi et al. (2003) este método é bastante popular por não ser percebido pelo parceiro e é também um método de grande disponibilidade nas clínicas quenianas em conjunto com a contracepção oral (Agwanda et al., 2009). Esta se destaca como método bastante utilizado entre os Kikuyu, Kamba e Meru/Embu (vide GRAF. 7). É interessante notar que nenhuma das mulheres entrevistadas pertencentes à etnia Somali se declarou esterilizada, naquele ano. Apenas nas edições de 1993 e 2003 foram entrevistadas 2 e 10 mulheres Somali, respectivamente, que declararam esterilizadas.

GRÁFICO 7 - Método moderno utilizado segundo a etnia – Quênia, 2008.

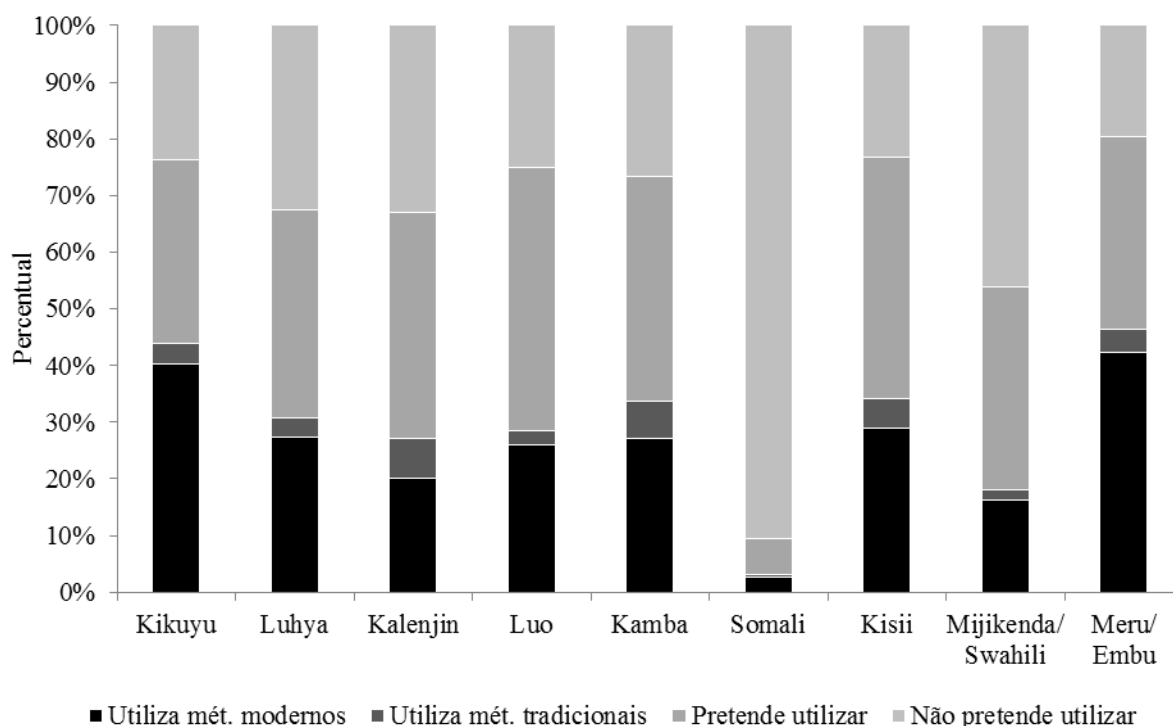
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 2008.

É interessante também mostrar que o preservativo masculino e feminino, em conjunto, foi o método selecionado por 4,7% das mulheres entrevistadas da etnia Luo, em 2008. Esta etnia é aquela que apresenta a mais alta prevalência de HIV/AIDS no ano de 2003 (Magadi et al., 2007), o que pode explicar a alta proporção de mulheres que utilizam o preservativo. O método contraceptivo se destaca também entre as respondentes das etnias Kisii (3,55% das mulheres entrevistadas afirmaram utilizar este método) e Kikuyu (2,30%). O preservativo, embora venha apresentando aumento considerável ao longo do período estudado, ainda é uma forma de controle da fecundidade e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis pouco utilizada entre todos os grupos étnicos. Isto corrobora o que é apresentado por Westoff et al. (2006) e Mensch et al. (1999). As informações completas sobre os métodos selecionados segundo a etnia estão disponíveis no Anexo 5, TAB. A.5.4.

Em relação ao uso e a pretensão de uso, no ano de 2008, grande parte das mulheres entrevistadas de cada uma das etnias quenianas utilizavam algum método contraceptivo ou pretendiam fazê-lo. Novamente, destacam-se as

mulheres da etnia Somali, dentre as quais 90,59% não pretendiam utilizar nenhum tipo de método contraceptivo no futuro. Os percentuais para o ano de 2008 pode ser mais bem observado no GRAF. 8 e para todos os anos pesquisados na TAB. A.5.5 do Anexo 5. Entre as mulheres que afirmaram que pretendiam utilizar algum método contraceptivo, em praticamente todas as edições da KDHS e em todas as etnias selecionadas, os métodos modernos foram indicados como os preferidos (vide TAB. A.5.6 no Anexo 5). A única exceção foram as mulheres pertencentes à etnia Somali no ano de 1998. No entanto, há de se destacar que a amostra de respondentes desta questão na entrevista foram de apenas 4 mulheres.

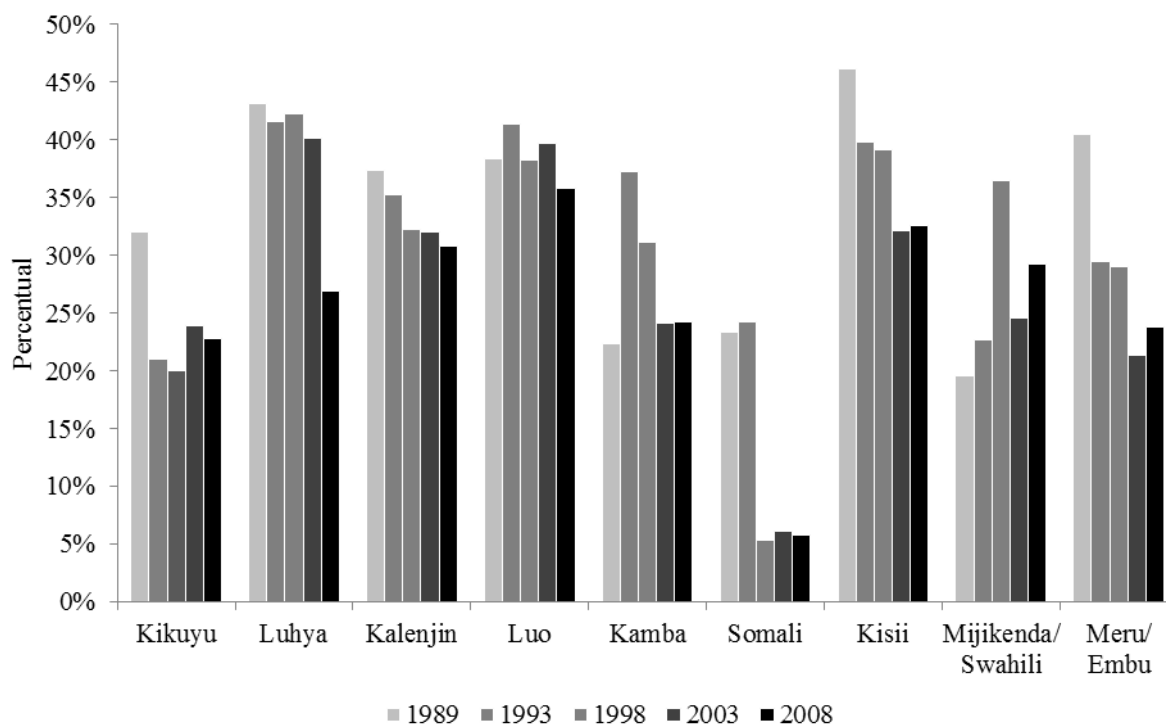
GRÁFICO 8 - Uso e intenção de uso de métodos contraceptivos segundo a etnia – Quênia, 2008.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 2008.

No GRAF. 9 observamos que grande parte das mulheres quenianas gostaria de utilizar algum método moderno. Para este gráfico foi considerada a amostra completa de mulheres entrevistadas de cada uma das edições da pesquisa.

GRÁFICO 9 - Percentual de mulheres casadas que gostariam de utilizar algum método contraceptivo moderno no futuro por etnia – Quênia, 1989-2008.



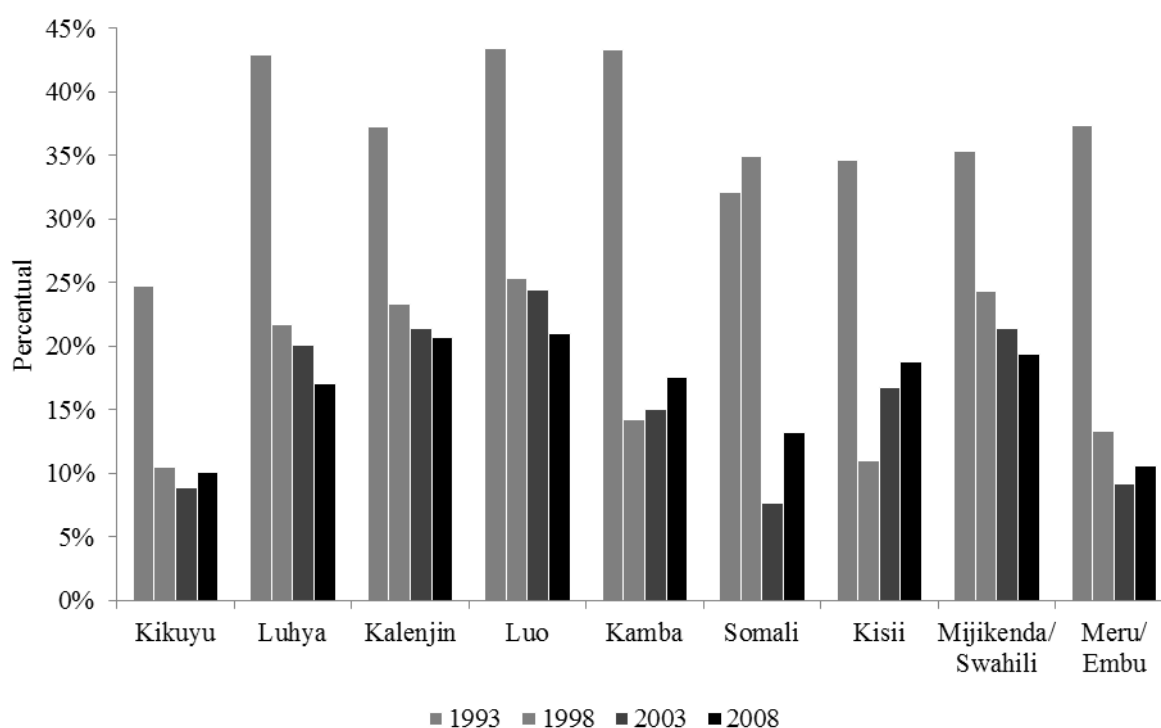
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

É importante notar que entre as etnias Luhya, Kalenjin, Luo, Somali, Kisii e Meru/Embu, o percentual de mulheres que desejam utilizar se reduz ao longo do período. Isto pode ser um indicativo de que as mulheres estão tendo maior acesso a contracepção moderna, conforme demonstrado por Miller et al. (1991) e Agwanda et al. (2009), citados no Capítulo 3, seção “Acesso à contracepção moderna”.

Quanto à demanda não atendida, esta vem apresentando um ligeiro crescimento no Quênia como um todo (Westoff et al, 2006 apud Ojaka, 2008; Khan et al., 2007 apud Ojaka, 2008), no entanto, há diferenciais entre os grupos étnicos, conforme é possível observar no GRAF. 10. As etnias com menor percentual de mulheres com demanda reprimida por contracepção moderna em 2008 são as Kikuyu (10,09%) e Meru/Embu (10,55%). Estes são também os grupos que mais utilizam contracepção moderna (GRAF.6). Os maiores percentuais estão entre as

mulheres Luo (21,04%) e Kalenjin (20,70%). Estas etnias possuem alto percentual de mulheres que afirmaram conhecer métodos modernos (GRAF. 4), mas baixo percentual de mulheres que utilizavam (GRAF. 6). Estas etnias também residem em áreas mais distantes dos grandes centros urbanos de Nairobi e Mombasa (vide FIG. A.6.2 no Anexo 6 e TAB. A.3.1 no Anexo 3), o que leva a um menor acesso a contracepção (Magadi et al., 2003).

GRÁFICO 10 - Percentual de mulheres casadas que tem demanda não atendida por métodos contraceptivos modernos segundo a etnia – Quênia, 1993-2008.

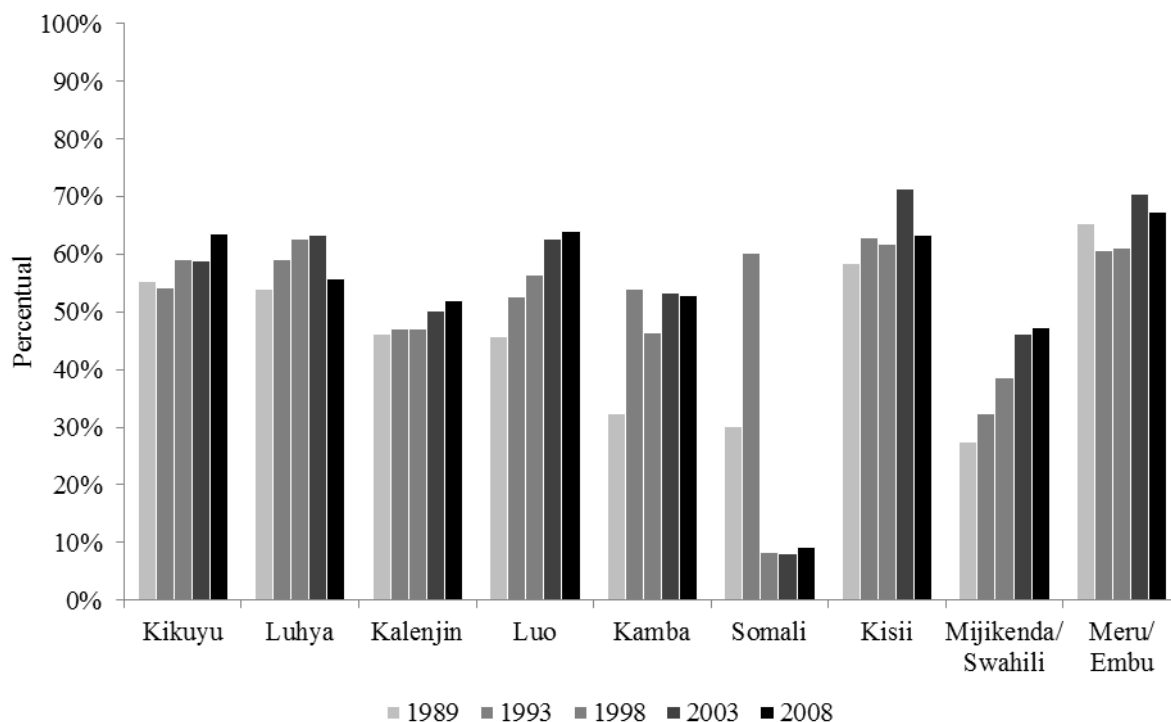


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1993, 1998, 2003, 2008.

Seguindo o conceito construído sobre atitude positiva frente ao uso de contracepção moderna que define que uma mulher apresenta atitude positiva quando ela utiliza ou indica que pretende utilizar contracepção moderna (vide Capítulo 4), o GRAF. 11 apresenta a evolução desta atitude segundo as etnias. É possível observar que entre as mulheres das etnias Kikuyu, Kalenjin, Luo, Kamba, Kisii, Mijikenda/Swahili e Meru/Embu houve um aumento da atitude positiva entre os anos de 1989 e 2008. O maior percentual de mulheres que tem atitude positiva é encontrado entre as mulheres das etnias Kisii (71,42%) e Meru/Embu em 2003

(70,43%) e o menor entre as Somali em 2003 (8,10%). A tabela completa pode ser observada no Anexo 5, TAB. A.5.9.

GRÁFICO 11 - Percentual de mulheres casadas que tem atitude positiva frente ao uso de métodos contraceptivos modernos segundo a etnia – Quênia, 1989-2008.

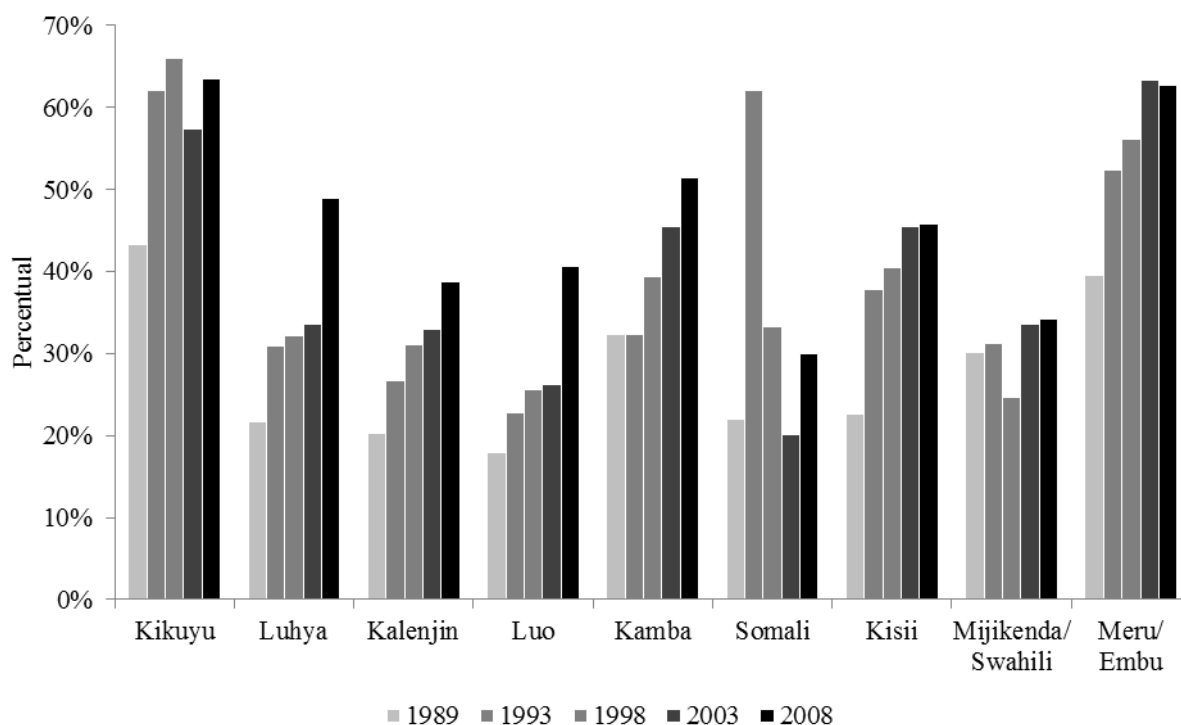


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1993, 1998, 2003, 2008.

Diante dos gráficos apresentados é interessante notar que embora haja um diferencial importante no uso de contraceptivos modernos entre as mulheres casadas segundo a etnia (GRAF. 6), quando se observa a atitude positiva entre os diversos grupos étnicos esta diferença se reduz (GRAF.11). Ao verificar a origem da atitude positiva na construção da medida, é possível verificar o mesmo diferencial observado no GRAF. 6. No GRAF. 12 é possível observar que apenas para as etnias Kikuyu e Meru/Embu a atitude positiva é constituída majoritariamente pelo uso presente da contracepção, enquanto para os demais grupos étnicos é formado pelo desejo de se utilizar métodos modernos no futuro. Com isto, é possível sugerir que, embora as mulheres quenianas tenham o desejo de utilizar métodos modernos, o acesso lhes é negado, seja por constrangimentos sociais ou falta de acesso ao método. Observa-se que em todas as etnias houve crescimento da proporção de mulheres que têm atitude positiva dada pelo uso

presente entre 1989 e 2008, o que corrobora aquilo que se observou no GRAF. 6. Os dados referentes ao GRAF. 12 estão disponíveis na TAB. A.5.10, Anexo 5.

GRÁFICO 12 - Proporção de mulheres casadas que tem atitude positiva frente ao uso de métodos contraceptivos modernos por uso presente de contracepção moderna segundo a etnia – Quênia, 1989-2008.



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1993, 1998, 2003, 2008.

A seguir serão verificados, por meio de modelos logísticos binomiais, os diferenciais desta atitude positiva frente aos métodos contraceptivos modernos em relação aos grupos étnicos quenianos selecionados.

Modelos logísticos

Após as análises descritivas foram delineados modelos logísticos com o objetivo de verificar se o pertencimento a um grupo étnico impacta na atitude positiva frente ao uso de métodos contraceptivos modernos. Foram delineados modelos progressivos iniciando-se com um primeiro modelo contendo apenas a variável de

interesse principal, etnia; o segundo incluindo também o ano da pesquisa; o terceiro os termos interativos e, por fim, um modelo composto também pelas variáveis de controle. Os termos interativos foram criados a partir da multiplicação de cada uma das etnias pelos anos das edições da KDHS, gerando um total de 50 interações. Conforme colocado anteriormente, o modelo completo teve como variáveis controle questões relacionadas ao nível educacional da respondente e de seu parceiro, religião, idade, tipo de local em que vive, número de filhos tidos, periodicidade que ouve rádio e se vive em área de miscigenação de etnias. Os resultados dos modelos reduzidos são encontrados na TAB. 8, já os resultados do modelo completo são apresentados na TAB. 10. Estas tabelas dispõem dos coeficientes de cada uma das categorias das variáveis, exponenciais de erro padrão entre parênteses, nível de significância e razão de chance. Apenas as variáveis independentes que constituem os termos interativos não dispõem da razão de chance nestas tabelas, as quais serão apresentadas em seguida. A razão de chance para as variáveis independentes é calculada segundo a expressão:

$$\text{Razão de chance} = e^{\beta}$$

Para os termos interativos presentes no modelo restrito 3 e no modelo completo, a razão de chance é calculada pela seguinte expressão:

$$\text{Razão de chance} = e^{(\beta_{etnia} + \beta_{ano} + \beta_{etnia \cdot ano})}$$

TABELA 8a - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva				
		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3
		Coef	RC	Coef	RC	Coef
Etnia	Kalenjin	-0,376*** (0,0480)	0,6866	-0,406*** (0,0482)	0,6663	-0,367*** (0,126)
	Kamba	-0,422*** (0,0465)	0,6557	-0,428*** (0,0465)	0,6518	-0,948*** (0,115)
	Kikuyu	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
	Kisii	0,203*** (0,0563)	1,2251	0,177*** (0,0567)	1,1936	0,128 (0,120)
	Luhya	0,0304 (0,0434)	1,0309	0,0240 (0,0437)	1,0243	-0,0508 (0,0959)
	Luo	-0,160*** (0,0441)	0,8521	-0,167*** (0,0442)	0,8462	-0,382*** (0,0969)
	Meru/Embu	0,255*** (0,0549)	1,2905	0,245*** (0,0550)	1,2776	0,423*** (0,142)
	Mijikenda/Swahili	-0,766*** (0,0569)	0,4649	-0,783*** (0,0566)	0,4570	-1,186*** (0,163)
	Somali	-2,463*** (0,135)	0,0852	-2,541*** (0,137)	0,0788	-1,046 (0,695)
Outra etnia	-0,619*** (0,0573)	0,5385	-0,626*** (0,0573)	0,5347	-0,582*** (0,149)	
Ano	1989			Ref.	Ref.	Ref.
	1993			0,201*** (0,0402)	1,2226	-0,0552 (0,0884)
	1998			0,318*** (0,0399)	1,3744	0,161* (0,0911)
	2003			0,245*** (0,0394)	1,2776	0,146* (0,0824)
	2008			0,393*** (0,0453)	1,4814	0,348*** (0,106)
Kalenjin ¹	1989					Ref.
	1993					0,0993 (0,157)
	1998					-0,123 (0,156)
	2003					0,0183 (0,159)
	2008					-0,107 (0,179)

TABELA 8b - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva				
		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3
		Coef	RC	Coef	RC	Coef
Kamba ¹	1989					Ref.
	1993					0,953*** (0,150)
	1998					0,644*** (0,151)
	2003					0,449*** (0,147)
	2008					0,504*** (0,171)
Kikuyu ¹					Ref.	
Kisii ¹	1989					Ref.
	1993					0,245 (0,162)
	1998					0,149 (0,161)
	2003					-0,00395 (0,169)
	2008					-0,141 (0,206)
Luhya ¹	1989					Ref.
	1993					0,263** (0,130)
	1998					0,199 (0,133)
	2003					0,246* (0,126)
	2008					-0,275* (0,154)
Luo ¹	1989					Ref.
	1993					0,332** (0,136)
	1998					0,0791 (0,135)
	2003					0,287** (0,134)
	2008					0,396*** (0,153)
Meru/Embu ¹	1989					Ref.
	1993					-0,145 (0,184)
	1998					-0,103 (0,184)
	2003					-0,327* (0,179)
	2008					-0,252 (0,196)

TABELA 8c - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva				
		Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3
		Coef	RC	Coef	RC	Coef
Mijikenda/Swahili ¹	1989					Ref.
	1993					0,293 (0,202)
	1998					0,769*** (0,202)
	2003					0,371* (0,193)
	2008					0,522** (0,218)
Somali ¹	1989					Ref.
	1993					1,309 (0,883)
	1998					-1,730* (0,951)
	2003					-1,738** (0,723)
	2008					-1,813** (0,734)
Outra etnia ¹	1989					Ref.
	1993					0,194 (0,196)
	1998					0,157 (0,197)
	2003					-0,388** (0,184)
	2008					-0,0870 (0,198)
Constante		0,328*** (0,0287)		0,101** (0,0394)		0,209*** (0,0660)
Graus de liberdade		9		13		49
Observações		39.210		39.210		39.210
Teste de qui-quadrado da razão da verossimilhança		817,24***		882,91***		1.090,88***
-2 * log, da verossimilhança		-52.924,146		-52.763,136		-52511,148
Pseudo R ²		0,0228		0,0258		0,0304

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Obs: Exponencial do erro-padrão robusto entre parênteses; ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; * Significativo ao nível de confiança de 90%. ¹ Coeficientes gerados pela interação etnia e ano da pesquisa.

Para o modelo 1 e 2, que não apresentam termo interativo, é possível verificar que as etnias Kisii, Luhya e Meru/Embru possuem maiores chances de apresentarem uma atitude positiva frente ao uso da contracepção moderna em relação às mulheres da etnia Kikuyu. Esta chance é de aproximadamente 20%

maior para as mulheres Kisii, 3% para a etnia Luhya e 30% para as mulheres Meru/Embu em relação às mulheres pertencentes à etnia Kikuyu, em ambos os modelos. É interessante destacar também que, nos modelos 1 e 2, as mulheres da etnia Somali são aquelas que apresentem menor razão de chance de apresentar atitude positiva em relação aos métodos modernos quando comparadas às mulheres Kikuyu. Com exceção da etnia Luhya, todas as demais apresentam 99% de significância estatística.

Quanto ao ano da pesquisa, é possível verificar que a razão de chance encontrada é crescente em relação ao ano de 1989, com significância estatística a 99%. O crescimento é interrompido apenas no ano de 2003, o que pode indicar um reflexo da estagnação do aumento do uso de contracepção moderna, verificado ao final da década de 1990 e início de 2000 (Askew et al., 2009; Bongaarts, 2005).

TABELA 9 - Razão de chance de apresentar atitude positiva segundo os termos interativos de etnia e ano referente ao Modelo 3 – Quênia, 1989 - 2008.

Grupo étnico	Ano				
	1989	1993	1998	2003	2008
Kikuyu	Referência	Referência	Referência	Referência	Referência
Kalenjin	0,6928***	0,7240	0,7196	0,8165	0,8816
Kamba	0,3875***	0,9510***	0,8668***	0,7026***	0,9085***
Kisii	1,1366	2,7893	1,5496	1,3100	1,3979
Luhya	0,9505	1,1700**	1,3623	1,4066*	1,0224*
Luo	0,6825***	0,9001**	0,8677	1,0523**	1,4362***
Meru/Embu	1,5265***	1,2496	1,6177	1,2738*	1,6803
Mijikenda/Swahili	0,3054***	0,3874	0,7741***	0,5122*	0,7291**
Somali	0,3513	1,2310	0,0732*	0,0715**	0,0812**
Outra etnia	0,5588***	0,6420	0,7680	0,4387**	0,7254

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Obs: ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; *Significativo ao nível de confiança de 90%

Em relação ao 3º modelo reduzido, é importante esclarecer que a etnia Kikuyu e o ano de 1989 foram tomados como referência. Desta forma, a razão de chance da coluna do ano de 1989 são efeitos principais das etnias, já as demais colunas apresentam as interações de etnia com o ano. Diante dos resultados, verifica-se que, no ano de 1989, apenas a etnia Meru/Embu apresente a razão de chance

maior que 1 com significância estatística, isto é, possui maiores chances que as mulheres da etnia Kikuyu de apresentar atitude positiva em relação a contracepção moderna. Com o avanço dos anos observados é possível observar que grande parte das etnias que apresentavam uma razão de chance menor que 1, sofrem aumento. Em 1989, as mulheres das etnias Luo e Luhya apresentavam 0,68 e 0,95 vezes a chance de ter uma atitude positiva que as mulheres Kikuyu apresentavam. Já em 2008, as chances eram 1,02 e 1,44 vezes a chance das Kikuyu de 1989, respectivamente. As mulheres do grupo étnico Somali seguiram apresentando uma atitude negativa em relação à contracepção moderna, chegando em 2008 com 0,0812 vezes a chance de uma mulher Kikuyu de 1989, isto é, uma chance 91,88% menor. Todas as razões de chance para este modelo estão disponíveis na TAB. 9.

Na TAB. 10 são apresentados os resultados do modelo completo, de acordo com o delineamento esclarecido no capítulo anterior. Na TAB. 11 estão as razões de chance para os termos interativos compostos por etnia e ano.

TABELA 10a - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva	
		Coeficientes	Razão de chance
Etnia	Kalenjin	-0,305** (0,137)	
	Kamba	-1,006*** (0,125)	
	Kikuyu	Referência	
	Kisii	0,152 (0,131)	
	Luhya	-0,118 (0,107)	
	Luo	-0,524*** (0,107)	
	Meru/Embu	0,773*** (0,153)	
	Mijikenda/Swahili	-0,697*** (0,188)	
	Somali	-1,300 (0,835)	
	Outra etnia	-0,345** (0,174)	

TABELA 10b - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva	
		Coeficientes	Razão de chance
Ano	1989	Referência	
	1993	-0,0123 (0,0966)	
	1998	0,0286 (0,0985)	
	2003	0,122 (0,0909)	
	2008	0,347*** (0,112)	
Kalenjin ¹	1989	Referência	
	1993	0,0692 (0,168)	
	1998	-0,221 (0,167)	
	2003	-0,106 (0,172)	
	2008	-0,231 (0,189)	
Kamba ¹	1989	Referência	
	1993	0,965*** (0,161)	
	1998	0,746*** (0,160)	
	2003	0,511*** (0,158)	
	2008	0,560*** (0,180)	
Kikuyu ¹		Referência	
Kisii ¹	1989	Referência	
	1993	0,348** (0,176)	
	1998	0,249 (0,170)	
	2003	-0,0669 (0,181)	
	2008	-0,201 (0,222)	
Luhya ¹	1989	Referência	
	1993	0,322** (0,141)	
	1998	0,319** (0,145)	
	2003	0,341** (0,137)	
	2008	-0,195 (0,160)	

TABELA 10c - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva	
		Coeficientes	Razão de chance
Luo ¹	1989	Referência	
	1993	0,349** (0,147)	
	1998	0,144 (0,145)	
	2003	0,335** (0,145)	
	2008	0,360** (0,165)	
Meru/Embu ¹	1989	Referência	
	1993	-0,403** (0,193)	
	1998	-0,253 (0,196)	
	2003	-0,537*** (0,191)	
	2008	-0,499** (0,205)	
Mijikenda/Swahili ¹	1989	Referência	
	1993	0,121 (0,223)	
	1998	0,595*** (0,222)	
	2003	0,103 (0,215)	
	2008	0,207 (0,238)	
Somali ¹	1989	Referência	
	1993	1,143 (1,018)	
	1998	-1,351 (1,077)	
	2003	-0,986 (0,858)	
	2008	-1,178 (0,867)	
Outra etnia ¹	1989	Referência	
	1993	0,110 (0,214)	
	1998	0,130 (0,216)	
	2003	-0,269 (0,202)	
	2008	-0,0217 (0,217)	

TABELA 10d - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva	
		Coeficientes	Razão de chance
Nível de escolaridade	Sem educação formal	Referência	
	Primário	0,597*** (0,0460)	1,8167
	Secundário	0,860*** (0,0551)	2,3632
	Superior	0,949*** (0,0968)	2,5831
Religião	Católica	Referência	
	Protestante	0,0923*** (0,0304)	1,0967
	Muçulmano	0,0573 (0,0754)	1,0590
	Outra religião	-0,00297 (0,162)	0,9970
	Sem religião	-0,454*** (0,109)	0,6351
Idade	15 a 19 anos	0,486*** (0,0660)	1,6258
	20 a 24 anos	0,598*** (0,0565)	1,8185
	25 a 29 anos	0,263*** (0,0512)	1,3008
	30 a 34 anos	Referência	
	35 a 39 anos	-0,390*** (0,0565)	0,6771
	40 a 44 anos	-0,878*** (0,0613)	0,4156
	45 a 49 anos	-1,681*** (0,0707)	0,1862
Tipo de local em que vive	Cidade grande	Referência	
	Vila	0,0854 (0,0613)	1,0892
	Área rural	-0,107** (0,0426)	0,8985
Vive em área de mistura de etnias	Não	Referência	
	Sim	-0,0525 (0,0525)	0,9489
Ouve rádio ao menos 1 vez por semana	Sim	Referência	
	Não	-0,359*** (0,0361)	0,6984

TABELA 10e - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados e percentual de chance para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Categorias	Atitude positiva	
		Coeficientes	Razão de chance
Número de filhos tidos	0	-0,843*** (0,0510)	0,4304
	1	Referência	
	2	0,336*** (0,0559)	1,3993
	3	0,498*** (0,0611)	1,6454
	4	0,674*** (0,0674)	1,9621
	5	0,845*** (0,0735)	2,3280
	6	0,864*** (0,0779)	2,3726
	7	1,007*** (0,0873)	2,7374
	8	1,034*** (0,0947)	2,8123
	9	1,199*** (0,110)	3,3168
	10 ou mais	1,175*** (0,0992)	3,2381
Nível de escolaridade do marido	Sem educação formal Primário	Referência 0,232*** (0,0408)	1,2611
	Secundário	0,367*** (0,0455)	1,4434
	Superior	0,584*** (0,0850)	1,7932
	Não sabe	-0,159 (0,124)	0,8530
Constante		-0,691*** (0,110)	
Graus de liberdade		80	
Observações		39.210	
Teste de qui-quadrado da razão da verossimilhança		3.414,15***	
-2 * log, da verossimilhança		-4.698,304	
Pseudo R ²		0,1156	

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Obs: Exponencial do erro-padrão robusto entre parênteses; ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; * Significativo ao nível de confiança de 90%. ¹ Coeficientes gerados pela interação etnia e ano da pesquisa.

Novamente, para os termos interativos, a etnia Kikuyu e o ano 1989 foram tomados como referência. Assim, as razões de chance da coluna do ano 1989 são efeitos principais das etnias e as demais colunas apresentam as interações.

TABELA 11 - Razão de chance de apresentar atitude positiva segundo os termos interativos de etnia e ano – Quênia, 1989 - 2008.

Grupo étnico	Ano				
	1989	1993	1998	2003	2008
Kikuyu	Referência	Referência	Referência	Referência	Referência
Kalenjin	0,7371**	0,7803	0,6081	0,7490	0,8278
Kamba	0,3657***	0,9481***	0,7934***	0,6887***	0,9057***
Kisii	1,1642	3,0183**	1,5366	1,2301	1,3472
Luhya	0,8887	1,2113**	1,2581**	1,4120**	1,0346
Luo	0,5921***	0,8292**	0,7037	0,9352**	1,2008**
Meru/Embu	2,1663***	1,4300**	1,7308	1,4305***	1,8608**
Mijikenda/Swahili	0,4981***	0,5553	0,9292***	0,6238	0,8668
Somali	0,2725	0,8443	0,0726	0,1149	0,1187
Outra etnia	0,7082**	0,7809	0,8299	0,6114	0,9805

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Obs: ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; *Significativo ao nível de confiança de 90%

No ano de 1989, apenas as mulheres da etnia Meru/Embu possuíam um maior percentual de chance de aceitação de métodos modernos que as mulheres Kikuyu, com significância estatística. A população Kamba é aquela que apresentam menores chances de atitude positiva naquele ano, com significância estatística. Já no ano de 2008, as mulheres pertencentes às etnias Kalenjin, Kamba, Mijikenda/Swahili, Somali e às outras etnias não classificadas seguiam apresentando menores chances de terem atitudes positivas em relação às mulheres da etnia Kikuyu do ano de 1989. Embora apenas o grupo étnico Kamba tenha apresentado significância estatística, isto mostra a resistência de tais etnias frente à contracepção moderna. Resultados similares foram encontrados nos modelos reduzidos apresentados anteriormente.

Em 2008, os grupos étnicos que apresentaram maiores chances de ter atitude positiva em relação às mulheres Kikuyu de 1989, isto é, aqueles que apresentaram razão de chance maior que 1, eram os Kisii, Luhya, Luo e Meru/Embu. Segundo Ndegwa (1997), tais etnias são associadas a corrente

política Kenya African National Union (KANU), do primeiro presidente, Jomo Kenyatta, e do atual, Uhuru Kenyatta. Estas são também as etnias de mais alta escolaridade (veja TAB. A.3.4, Anexo 3). Estes fatores podem ter contribuído para um maior uso ou desejo de uso de contracepção moderna.

É possível verificar também que em praticamente todos os grupos étnicos houve aumento da razão de chance de se observar uma atitude positiva frente ao uso de contracepção moderna. Este aumento da chance de atitude positiva pode ser compreendido como uma adaptação das etnias ao contexto no qual estão inseridas. Este dinamismo do comportamento assumido pelas etnias foi exposto por Barth (1969), Hammel (1990), Bachrach (2014), Greenhalgh (1995) e Geertz (1989).

Os resultados da TAB. 11 também mostram que, no ano de 1989, grande parte dos grupos étnicos quenianos apresentavam 99% de significância estatística – apenas as mulheres Kisii, Luhya e Somali não apresentaram significância. No entanto, com o avanço dos anos, esta significância observada se reduziu e ou desapareceu em algumas etnias. É notável que apenas as etnias Kamba, Luo e Meru/Embu apresentam algum nível de significância, em 2008. Conforme se observa no GRAF. 6 e GRAF. 9, estas etnias possuem comportamentos marcantes quanto ao uso ou intenção de uso de métodos contraceptivos. Os grupos étnicos Kamba e Luo apresentam um baixo percentual de mulheres que utilizam métodos modernos, mas têm altos percentuais de intenção de uso. As mulheres Meru/Embu apresentam desde a edição da KDHS 1989 altos índices de uso de contracepção moderna. Ou seja, apenas os grupos étnicos de comportamentos mais marcados seguiram sendo um traço importante na atitude positiva frente à contracepção moderna. A única exceção é a etnia Somali, a qual pode não ter apresentado significância estatística devido a sua pequena amostra. É interessante notar que, apesar de não apresentar a significância estatística, as respondentes deste grupo étnico são aquelas que apresentaram a mais baixa atitude positiva, se distinguindo fortemente dos demais grupos.

Em relação às variáveis de controle, é possível afirmar que todas seguiram aquilo que é apresentado pela literatura. Além disto, grande parte apresentou

significância estatística. Os coeficientes e as razões de chance estão disponíveis na TAB. 10.

Quanto à escolaridade, é possível observar que as mulheres que avançaram no ensino escolar possuem maiores chances de apresentar uma atitude positiva frente ao uso dos métodos modernos. Aquelas que chegaram ao ensino superior possuem uma chance de ter uma atitude positiva frente ao uso de métodos modernos 2,5831 vezes maiores que as mulheres que não frequentaram a escola, isto é, chances 158,31% mais altas. As mais altas razões de chance são encontradas entre as mulheres de escolaridade mais avançada, o que corrobora a literatura apresentada (Njogu, 1991; Magadi et al., 2003; Westoff et al., 2006; Ojaka, 2008).

Em relação à religião, as mulheres protestantes e muçulmanas têm maiores chances de ter uma atitude positiva que as mulheres que se declararam católicas, 1,0967 e 1,0590 vezes, respectivamente, com significância estatística. Já as mulheres que afirmaram que não possuem religião têm 0,6351 vezes a chance das mulheres católicas de ter atitude positiva, com significância a 99%.

Quanto à idade, as respondentes mais jovens têm maiores chances de apresentar uma atitude positiva frente aos contraceptivos modernos que as mulheres de 30 a 34 anos. Já as mulheres mais velhas possuem uma menor probabilidade de ter uma atitude positiva. Todas as categorias apresentam significância estatística de 99%.

Confirmando aquilo que é apresentado pela literatura quanto ao local de residência (Dynes et al., 2009; Ojaka, 2008), as mulheres quenianas moradoras das áreas rurais apresenta menores chances de ter uma atitude positiva em relação aos métodos modernos. Estas mulheres têm 0,8985 vezes a chance de ter uma atitude positiva que aquelas residentes em grandes cidades, com 95% de significância estatística.

Novamente, corroborando a bibliografia (Iyer et al., 2009; Bongaarts, 2011; Magadi et al., 2003; Mwaikambo et al., 2011; Westoff et al., 2011), as mulheres que não ouvem rádio pelo menos uma vez a cada semana tem menores chances de ter uma atitude positiva. Elas apresentam 0,6984 vezes as chances que

aquelas que ouvem rádio mais regularmente, com 99% de significância estatística, isto é, 30,16% menos chances.

Sendo o Quênia um país marcado pelo pró-natalismo, o resultado encontrado para a variável referente ao número de filhos tidos era esperado. Aquelas mulheres que nunca tiveram filhos têm 0,4304 vezes a chances de ter uma atitude positiva frente aos métodos modernos em relação às mulheres que tiveram 1 filho. As maiores chances de apresentar atitude positiva são encontradas entre as mulheres de mais alta paridade. As chances de apresentar uma atitude positiva são crescentes, conforme se observa o aumento do número de filhos tidos. Todas as categorias apresentam 99% de significância estatística.

Quanto à escolaridade do parceiro da respondente, assim como para a escolaridade dela, quanto maior o nível alcançado maiores as chances de a respondente apresentar uma atitude positiva. A maior chance é apresentada pelas mulheres cujo companheiro chegou ao ensino superior, 79,32% mais chances que as mulheres cujos companheiros não são escolarizados, isto é, uma razão de chance de 1,7932.

A variável “vive em área de mistura de etnias” não apresentou significância estatística, porém, por ser importante para a teoria (Hogan et al., 2004; Mensch et al., 1999; Barth, 1969), foi mantida no modelo.

A seguir serão apresentadas as conclusões gerais do estudo, destacando a relação da cultura e contracepção na África Subsaariana e, em especial, no Quênia, os avanços da política de planejamento familiar no país e como os diferentes grupos étnicos quenianos se comportam quanto à contracepção.

6 CONCLUSÃO

Embora o Quênia seja um país marcado pela valorização a alta fecundidade, foi possível observar a considerável redução da taxa total de fecundidade que o país passou em um curto período de tempo, bem como um expressivo aumento do percentual de mulheres que utilizavam algum método contraceptivo moderno. Em aproximadamente 30 anos, a taxa de fecundidade total passou de 7,9 filhos por mulher para 4,6 (Askew et al., 2009; KNBS et al., 2010) e houve um aumento de cerca de 35 pontos percentuais na proporção de mulheres casadas que utilizavam contracepção moderna (United Nations, 2011).

Estas mudanças no comportamento reprodutivo não foram observadas da mesma forma entre os diferentes grupos, como entre as mulheres que apresentavam diferentes níveis de escolaridade (Njogu, 1991; Magadi et al., 2003; Westoff et al., 2006; Baker et al., 1992; Ojaka, 2008; Bongaarts, 2010; Machiyama et al., 2013; Iyer et al., 2009), de renda (Iyer et al., 2009; Askew et al., 2009; Cleland, 2012; Bongaarts, 2010; Ojaka, 2008; Machiyama et al., 2013), local de residência (Rutenberg et al., 1997; Dynes et al., 2009), número de filhos tidos (Dynes et al., 2009; Ojaka, 2008; Kaler et al., 2001), idade (Baker et al., 1992; Prata et al., 2011; Campbell et al., 2013; Askew et al., 2009; Cleland, 2012; Mensch et al., 1999; Caldwell et al., 2002a; Kaler et al., 2001; Magadi et al., 2003), entre outros. Foi observado também que havia importantes diferenciais de uso de contracepção entre os grupos étnicos quenianos, os quais foram pouco discutidos pela literatura (Anyara et al., 2006; Iyer et al., 2009; Khasakhala, 2011; Westoff et al., 2006). Neste sentido, o trabalho buscou discutir o padrão de contracepção entre as diferentes etnias do país e tinha como objetivo verificar se o pertencimento a um grupo étnico era capaz de correlacionar-se a atitude positiva em relação à contracepção moderna entre os anos de 1989 e 2008. Foram apresentadas as hipóteses de que etnia era uma característica importante, no entanto, esta importância poderia apresentar reduções ao longo do período estudado devido aos avanços da política de planejamento familiar no Quênia e de maior acesso à informação.

Visando responder a pergunta de pesquisa e verificar as hipóteses propostas, foram selecionados os dados das Kenya Demographic and Health Survey (KDHS) dos anos de 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Primeiramente foram delineadas estatísticas descritivas, as quais permitiram esclarecer questões acerca do comportamento contraceptivo das diferentes etnias quenianas. Posteriormente foram delineados modelos logísticos binomiais, nos quais as respostas para a variável dependente era “tem-se uma atitude positiva” ou “tem-se uma atitude negativa”.

Por meio das estatísticas descritivas, foi verificado que as etnias Meru/Embru e Kikuyu apresentavam alto percentual de mulheres casadas que utilizavam contracepção moderna e baixa demanda não atendida. As mulheres pertencentes às etnias Somali e Mijikenda/Swahili foram aquelas que apresentaram mais baixo percentual de mulheres casadas que utilizavam métodos modernos quando da pesquisa ou que pretendiam utilizar no futuro alguma forma de contracepção. Os mais altos percentuais de mulheres que apresentavam demanda não atendida foram verificados entre as mulheres das etnias Luo e Kalenjin, para o ano de 2008. Quanto à atitude positiva as proporções apresentadas pelas diferentes etnias eram bastante semelhantes, exceto para a população Somali, na qual apenas 9,09% das mulheres casadas apresentaram atitude positiva em 2008. Esta atitude positiva, no entanto, por ser construída a partir de uma combinação de variáveis, apresentava uma constituição diversa para cada etnia. A etnia Meru/Embu apresenta um alto percentual de mulheres que utilizavam métodos modernos quando da pesquisa, enquanto a etnia Mijikenda/Swahili, Kalenjin e Somali apresentavam alto percentual de mulheres que gostariam de utilizar alguma contracepção moderna no futuro.

O modelo logístico delineado foi construído de forma progressiva e tanto os modelos reduzidos quanto o modelo completo confirmaram aquilo que a literatura afirmava acerca do comportamento contraceptivo no Quênia. Isto é, os dados corroboraram a bibliografia mostrando que mulheres mais escolarizadas, residentes em áreas mais urbanizadas, com maior número de filhos, mais jovens, com maior acesso a informação e cujo marido é mais escolarizado, possuem uma maior chance de ter uma atitude positiva frente à contracepção moderna. Quanto

às etnias, estas se mostraram mais significativas no primeiro ano do período estudado, 1989, com significância estatística de 99% para quase todas os grupos. Com o avanço dos anos, os coeficientes, em sua maioria, se convergiram, mostrando uma aproximação do padrão de atitude positiva entre as etnias. Estes coeficientes também perderam significância estatística, o que indica que a caracterização étnica pode ter perdido importância para os indivíduos em relação ao comportamento contraceptivo. Isto corrobora a hipótese de que o pertencimento étnico reduz seu impacto na atitude positiva observada entre os indivíduos. Foi possível observar também que a população Meru/Embu foi aquela que apresentou maiores chances de ter uma atitude positiva frente à contracepção moderna. Em 1989, esta população apresentava 2,17 vezes a chance de ter atitude positiva em relação à população Kikuyu daquele ano. Em 2008, a chance de atitude positiva seguiu sendo superior àquela da população tomada como referência (Kikuyu no ano de 1989).

Os resultados que apontam a atenuação da importância do fator cultural com o advento da modernidade corroborou, em parte, a teoria demográfica clássica de Notestein (1945), a qual foi perpetuada por Davis (1963), Knodel e van de Walle (1979), Kirk (1996), Billari e Kohler (2004), entre outros. Segundo Notestein (1945), o uso da contracepção moderna e a redução da taxa total de fecundidade seguiriam de maneira contínua após iniciados, no entanto, foi verificada uma estabilização na queda da fecundidade e no aumento do uso de contracepção no final da década de 1990 e início dos anos 2000. Esta estabilização foi observada também entre as etnias do país e em relação à atitude positiva frente à contracepção moderna.

Quanto às políticas de planejamento familiar desenvolvidas desde a independência do Quênia, é notável a ocorrência de grandes avanços em um período de, aproximadamente, 50 anos. As políticas de planejamento familiar insipientes e pouco apoiadas pelo governo de Jomo Kenyatta, somadas a um forte otimismo econômico vivenciado ao final de 1960 e início de 1970 e a uma tradicional cultura pró-natalista que apresentava a alta fecundidade como sinal de boa conduta frente aos pares, não era um ambiente muito favorável a atitude positiva aos métodos contraceptivos modernos (Ajayi et al., 1998; Miller et al.,

1991, Watkins, 2000; Chimbwete et al., 2005; Caldwell et al., 1987; Vikram, 2012; Dynes et al., 2009; Kaler et al., 2001; Campbell et al., 2013). No entanto, este contexto foi sendo desconstruído por diversos fatores ao longo dos anos: aumento da escolaridade da população (Timaeus et al., 1998; Magadi et al., 2003; Njogu, 1991; Ajayi et al., 1998); redução da poliginia (Timaeus et al., 1998); aumento do acesso a informação (Ojakaa, 2008; Mwaikambo et al., 2011; Westoff et al., 2011; Iyer et al., 2009; Bongaarts, 2011; Cleland, 2012) e pressão de organismos internacionais (Ajayi et al., 1998; Arap Moi, 1985; Frank et al., 1987). Em 2008, os resultados dos investimentos nas políticas já eram notáveis ao se comparar com os anos anteriores. Em 1993, a demanda por contracepção moderna não atendida era consideravelmente maior que em 2008. O percentual de mulheres casadas que utilizavam algum método contraceptivo moderno em 2008 era expressivamente superior que aquele verificado em 1989, para todas as etnias, exceto a população Somali. Comparando o estudo realizado por Miller et al. (1991) no início da década de 1990 com aquele realizado por Agwanda et al. (2009) em 2004, é possível verificar que houve avanços na disponibilização de contracepção moderna nas clínicas quenianas. Houve também maiores investimentos por parte do governo, embora parte deste investimento tenha sido realocada para programas de tratamento e prevenção de HIV/AIDS, em anos recentes (Askew et al., 2009; Jacobstein et al., 2009; Mwaikambo et al., 2011; Ndegwa et al., 2008). Com o apoio ao planejamento familiar, a população teve maior acesso à informação e maior possibilidade de diálogo para realizar uma escolha consciente daquilo que é melhor para si, reduzindo-se os rumores e noções inadequadas que obstruem as atitudes positivas frente à contracepção moderna (Magadi et al., 2003; Agwanda et al., 2009; Miller et al., 1991; Caldwell et al., 2002a; Campbell et al., 2013; Machiyama et al., 2013; Mwaikambo et al., 2011; Westoff et al., 2011; Iyer et al., 2009; Bongaarts, 2011; Bongaarts et al., 2013; Bongaarts, 2005; Bongaarts, 2010; Magadi et al., 2003; Ndegwa et al., 2008; Bernardi et al., 2014; Jacobstein et al., 2009; Valadez et al., 1997; Rutenberg et al., 1997).

Embora muito daquilo que se observou de diferencial entre as etnias possam ser reflexo de diferentes acessos às políticas de planejamento familiar e a informação adequada no Quênia, os grupos étnicos apresentam uma diversidade que deve

ser considerada e respeitada ao que se refere às ações voltadas à contracepção. Isto é, os diferenciais culturais são marcantes no Quênia e, a fim de alcançar o sucesso em uma política de planejamento familiar, os diversos padrões comportamento contraceptivo devem ser observados. Conforme apontado pela organização internacional Pathfinder, o aumento da prevalência da contracepção no Quênia depende de um maior envolvimento do governo e redução das barreiras àqueles que desejam utilizar métodos modernos, sejam estas barreiras físicas – distância geográfica – ou simbólicas – desinformação, constrangimentos, restrição do acesso (Ndegwa et al., 2008). A exemplo daquilo que se verificou em Chongoria, na década de 1980, o maior envolvimento da população local com o programa de planejamento familiar, aumentando a acessibilidade e o conhecimento acerca dos métodos, permitiu o sucesso da política na região (Goldberg et al., 1989; Miller et al., 1991).

Visando trabalhos futuros, sugere-se a focalização na etnia Somali. Embora o grupo étnico não tenha apresentado significância estatística nos testes realizados, é interessante destacar o caso desta população que apresenta um comportamento bastante tradicional e avesso à contracepção moderna. Em 2008, as mulheres Somali apresentavam, entre as etnias quenianas, a mais alta taxa de fecundidade total (5,6 filhos por mulher) e mais baixa taxa de uso de contracepção moderna (2,73% das mulheres casadas) ou intenção de uso de qualquer forma de contracepção (6,41% das mulheres pretendem utilizar). Segundo Yount et al. (2007), em 2003, mais de 75% de sua população feminina era circuncidada e mais de 70% das mulheres não possuía qualquer nível de ensino formal, no mesmo ano. Além disto, a população é nômade e vaga pela província Northeast criando camelos (Anyara et al., 2006; Murdock, 1967). Diante destas informações, é necessário considerar que esta população merece uma atenção especial na criação de políticas de planejamento familiar.

Sugere-se também aplicação de metodologia qualitativa, a fim de se observar os empecilhos e constrangimentos sofridos pelas mulheres das diferentes etnias no acesso a contracepção moderna no Quênia. Propõe-se também analisar as redes sociais formadas pelas etnias no que se diz respeito à contracepção e a troca de informações a respeito do uso de métodos modernos, aos moldes daquilo que foi

desenvolvido por Rutenberg et al. (1997). Para além do caso queniano, especificamente, propõe-se uma maior discussão dos diferenciais étnicos nas questões demográficas, como mortalidade, morbidade, migração e constituição familiar. Propõe-se também uma maior abordagem das questões culturais no ambiente demográfico. Estas são elementos fundamentais nas variações e mudanças da população e são pouco trabalhadas neste contexto (Bachrach, 2014).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFROBAROMETER. **Round 4 Afrobarometer Survey in Kenya** [relatório de pesquisa]. Nairobi; 2008. Disponível em http://www.afrobarometer.org/files/documents/summary_results/ken_r4_sor.pdf.

Acesso realizado em 02 de julho de 2013.

AGWANDA, A., KHASAKHALA, A., KIMANI, M. **Assessment of Family Planning Services in Kenya: Evidence from the 2004 Kenya Service Provision Assessment Survey**. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. 2009. (Kenya Working Papers No. 4)

AJAYI, A., KEKOVOLE, J. Kenya's Population Policy: From Apathy to Effectiveness. In: JAIN (ed.). **Do Population Policies Matter? Fertility and Politics in Egypt, India, Kenya and Mexico**. New York, Population Council, 1998. Pp. 113-156.

ALESINA, A., BAQIR, R., EASTERLY, W. Public Goods and Ethnic Divisions, 1999. apud. MIGUEL, E. Tribe or Nation? Nation-Building and Public Goods in Kenya versus Tanzania. **World Politics**, n. 56, pp 328-362. Abril/2003.

ALNUAIMI, W., POSTON, D. Polygyny and Fertility in the United Arab Emirates at the End of the 20th Century. In: INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE, 2009, Marrakech. **Anais eletrônico**. Marrakech: IUSSP, 2009. Disponível em <http://iussp2009.princeton.edu/papers/93083>. Acesso realizado em 21 de julho de 2013.

ALVES, A., LOPES, M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, pp. 11-17. Janeiro/2008.

AMERICAN UNIVERSITY. **Localização aproximada dos grupos étnicos quenianos**. Disponível em: <http://www1.american.edu/ted/ice/turkana-merille.htm>. Acessado em 08 de outubro de 2013.

ANYARA, E., HINDE, A. **Fertility transition in Kenya a regional analysis of the proximate determinants**. Southampton, UK, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2006. 55 p. Working Paper.

APHRC. **Contraceptive Use Dynamics in Kenya: Further Analysis of Demographic And Health Survey (DHS) Data**. Calverton, Maryland, USA: Macro International Inc. 2001.

ARAP MOI, D. The President of Kenya on Development and Population Policy. **Population and Development Review**, v. 11, n. 3, pp. 575-576. Setembro/1985.

ASKEW, I., EZEH, A., BONGAARTS, J., TOWNSEND, J. **Kenya's Fertility Transition: Trends, Determinants and Implications for Policy and Programmes**. Nairobi: Population Council, 2009. 25p.

BACHRACH, C. Culture and Demography: From Reluctant Bedfellows to Committed Partners. **Demography**, v.51, n.1, pp 3-25. Fevereiro/2014.

BAKER, J., KHASIANI, S. Induced Abortion in Kenya Case Histories. **Studies in Family Planning**, v. 23, n. 1, pp. 34-44, Janeiro-Fevereiro/1992.

BARTH, F. **Ethnic groups and boundaries**: the social organization of culture difference. Long Grove: Waveland Press. 1969. Introduction. Pp. 09-38.

BAUNI, E., GICHUHI, W., WASAO, S. **Ethnicity and fertility in Kenya**. Nairobi: African Population and Health Research Center (APHRC), 2009. Disponível em: <http://www.aphrc.org/images/Downloads/Working%20Paper%2011.pdf>. Acesso realizado em: 18 de abril de 2013.

BEHRMAN, J., KOHLER, HP., WATKINS, S. Social networks and changes in contraceptive use over time: evidence from a longitudinal study in rural Kenya. **Demography**. v. 39, n. 4, pp. 713–738, Novembro/2002.

BELO, M., SILVA, J. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n.4, pp. 479-487.2004.

BECKER, G. Preferences and Values. In: BECKER. **Accounting for Taste**. Ed. Cambridge: Harvard University Press, 1996.

BERNARDI, L., KLARNER, A. Social networks and fertility. **Demographic Research**, v. 30, pp. 641-670. Março/2014.

BERTRAND, J., MATHU, N., DWYER, J., THUO, M., WAMBWA, G. Attitudes toward Voluntary Surgical Contraception in Four Districts of Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 20, n. 5, pp. 281-288, Setembro-Outubro/1989.

BILLARI, F., KOHLER, H. Patterns of Low and Lowest-Low Fertility in Europe. **Population Studies**, v. 58, n. 2, pp. 161-176. Julho/2004.

BLOUNT, B. The Luo of South Nyanza, Western Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

BONGAARTS, J., CASTERLINE, J.. Fertility Transition: Is Sub-Saharan Africa Different?. **Population and Development Review**, v. 38, Supplement 1, pp.153–168, Fevereiro/2013.

BONGAARTS, J., WATKINS, S. Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions. **Population and Development Review**, v. 22, n.4, pp.639-682, Dezembro/1996.

BONGAARTS, J. Can Family Planning Programs Affect High Desired Family Size in Sub-Saharan Africa. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 37, n. 4, pp. 209-216, Dezembro/2011.

BONGAARTS, J. Do Reproductive Intentions Matter?. **International Family Planning Perspectives**, v. 18, n. 3, pp. 102-108, Setembro/1992

BONGAARTS, J. The causes of educational differences in fertility in Sub-Saharan Africa. **Vienna Yearbook of Population Research 2010**, v.8, pp. 31-50, 2010.

BONGAARTS, J. **The Causes of Stalling Fertility Transitions**. New York: Population Council, 2005. 37 p. (Working Paper, 204).

BROOK, S. Ethnic, Racial, and Religious Structure of the World Population. **Population and Development Review**, v. 5, n. 3, pp. 505-534, Setembro/1979.

CAHU, P., PONGOU, R. **Demographic transition in Africa: the polygamy and fertility nexus.** 2011. Disponível em: <http://www.accessecon.com/pubs/PET11/GeneralPDFPET11/PET11-11-00283S.pdf>. Acesso realizado em 21 de junho de 2013.

CALDWELL, J., CALDWELL, P. Africa: The New Family Planning Frontier. **Studies in Family Planning**, v.33, n.1, pp. 76-86. Março/2002a.

CALDWELL, J., CALDWELL, P. The Cultural Context of High Fertility in Sub-Saharan Africa. **Population and Development Review**, v. 13, n. 3, pp. 409-437, Setembro/1987.

CAMMACK, M., HEATON, T. Regional variation in acceptance of Indonesia's family planning program. **Population Research and Policy Review**, v.20, pp. 565–585. 2001.

CAMPBELL, M., SAHIN-HODOGLUGIL, N., POTTS, M. Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature. **Studies in Family Planning**, v. 37, n. 2, pp. 87-98, Junho/2006.

CAMPBELL, M., PRATA, N., POTTS, M. The impact of freedom on fertility decline. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v.39, n. 1, pp. 44-50. 2013.

CBS - Kenya, MOH – Kenya, ORC. **Kenya Demographic and Health Survey 2003**. Calverton, Maryland: CBS, MOH, and ORC Macro. 2004. 390 p.

CBS, MOH, ORC Macro. **Kenya Demographic and Health Survey 2003** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland: CBS, MOH and ORC. 2004.

CHIMBWETE, C., WATKINS, S., ZULU, E. The Evolution of Population Policies in Kenya and Malawi. **Population Research and Policy Review**, v. 24, n.1, pp. 85–106, Janeiro/2005.

CIA Factbook. **The World Factbook, 2013.** Disponível em <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ke.html>. Acesso realizado em 23 de janeiro de 2014.

CLELAND, J. **Will Africa Benefit from a Demographic Dividend?**. Londres: Health & Education Advice & Resource Team (HEART), 2012. 24p.

COALE, A. **The demographic transition reconsidered.** Proceedings of the International Population Conference, vol. 1. Liège: International Union for the Scientific Study of Population. 1973. Pp. 53-72.

CPS/MS, DNSI/MEIC, MACRO INTERNATIONAL INC. **Enquête Démographique et de Santé du Mali 2006** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland, USA: CPS/DNSI et Macro International Inc. 2007.

DAVIS, D. The Theory of Change and Response in Modern Demographic History. **Population Index**, v.29, n.4, pp.345-366. 1963.

DERCON, S., GUTIERREZ-ROMERO, R. Triggers and Characteristics of the 2007 Kenyan Electoral Violence. **World Development**, v.40, n. 4, pp. 731–744, 2012.

DHS PROGRAM. **Kenya Demographic and Health Survey, 1989:** banco de dados. Disponível em <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-20.cfm>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

DHS PROGRAM. **Kenya Demographic and Health Survey, 1993:** banco de dados. Disponível em <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-56.cfm>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

DHS PROGRAM. **Kenya Demographic and Health Survey, 1998:** banco de dados. Disponível em <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-115.cfm>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

DHS PROGRAM. **Kenya Demographic and Health Survey, 2003:** banco de dados. Disponível em <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-216.cfm>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

DHS PROGRAM. **Kenya Demographic and Health Survey, 2008/2009**: banco de dados. Disponível em <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-300.cfm>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

DNS, ORC MACRO. **Enquête Démographique et de Santé, Guinée 2005** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland, U.S.A.: DNS et ORC Macro. 2006.

DODOO, F. Men matter: Additive and interactive gendered preferences and reproductive behavior in Kenya. **Demography**, v. 35, n. 2, pp. 229-242, Maio/1998.

DOW, T., WERNER, L. Family size and family planning in Kenya: Continuity and change in metropolitan and rural attitudes. **Studies in Family Planning**, v. 12, n. 6/7, pp. 272-277, Junho-Julho/1981.

DOW, T., WERNER, L. Modern, transitional, and traditional demographic and contraceptive patterns among Kenyan women. **Studies in Family Planning**, v. 13, n. 1, pp. 12-23, Janeiro/1982.

DOW, T., WERNER, L. Perceptions of Family Planning among Rural Kenyan Women. **Studies in Family Planning**, v. 14, n. 2, pp. 35-42, Fevereiro/1983.

DOW, T. Attitudes toward family size and family planning in Nairobi. **Demography**, v. 4, n. 2, pp. 780-797, Junho/1967.

DYNES, M., STEPHERSON, R., RUBARDT, M., BARTEL, D. The influence of perceptions of community norms on current contraceptive use among men and women in Ethiopia and Kenya. **Health & Place**, v. 18, n. 4, pp. 766-773, Julho/2012.

EIFERT, B., MIGUEL, E., POSNER, D. Political Competition and Ethnic Identification in Africa. **American Journal of Political Science**, v. 54, n. 2, pp. 494-510. Abril/2010.

EZEH, A. Polygyny and reproductive behavior in sub-saharan Africa: A contextual analysis. **Demography**, v. 34, n. 3, pp. 355-368. Agosto/1997.

FERGUSON, A. Fertility and Contraceptive Adoption and Discontinuation in Rural Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 23, n. 4, pp. 257-267, Julho-Agosto/1992.

FRANK, O., McNICOLL, G. An Interpretation of Fertility and Population Policy in Kenya. **Population and Development Review**, v. 13, n. 2, pp. 209-243, Junho/1987.

FRANK, O. The Demand for Fertility Control in sub-Saharan Africa. **Studies in Family Planning**, v. 18, n. 4, pp. 181-201, Julho-Agosto/1987.

FREEDMAN, R. Do Family Planning Programs Affect Fertility Preferences? A Literature Review. **Studies in Family Planning**, v. 28, n. 1, pp. 1-13, Março/1997.

GARENNE, M., JOSEPH, V. The Timing of the Fertility Transition in Sub-Saharan Africa. **World Development**, v. 30, n. 10, pp. 1835–1843, 2002.

GEBRESELASSIE, T. The Fertility Transition in Sub-Saharan Africa, 1990-2005: How Unique is Ethiopia?. In: TELLER, H. (org.) **The Demographic Transition and Development in Africa**. Washington. Springer, 2011. p. 20-37.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 323p.

GOLDBERG, H., McNEIL, M., SPITZ, A. Contraceptive Use and Fertility Decline in Chogoria, Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 20, n. 1, pp. 17-25, Janeiro-Fevereiro/1989.

GOMES, M. Family Size and Educational Attainment in Kenya. **Population and Development Review**, v. 10, n. 4, pp. 647-660, Dezembro/1984.

GRANOVETTER, M. Getting a Job: A Study of Contacts and Careers. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1974, apud BERNARDI, L., KLARNER, A. Social networks and fertility. **Demographic Research**, v. 30, pp. 641-670. Março/2014.

GREENHALGH, S. **Situating Fertility**: Anthropology and Demographic Inquiry. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Cap. 1. Anthropology theorizes reproduction: Integrating practice, political economic, and feminist perspectives, p. 3-28.

GUIISO, L., SAPIENZA, P., ZINGALES, L. Does Culture Affect Economic Outcomes? **The Journal of Economic Perspectives**, v. 20, n. 2, pp. 23-48, 2006.

HAMMEL, E. A Theory of Culture for Demography. **Population and Development Review**, v. 16, n. 3, pp. 455-485, Setembro/1990.

HAMMEL, E. Economics 1, culture 0: Fertility change and differences in the northwest Balkans, 1700-1900. In: GREENHALGH. **Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Pp. 225-258.

HEISEL, D. Attitudes and practice of contraception in Kenya. **Demography**, v. 5, n. 2, pp. 632-641. Junho/1968.

HENNINK, M., CLEMENTS, S. The impact of franchised family planning clinics in poor urban areas of Pakistan. 2005. apud MWAIKAMBO, L., SPEIZER, I., SCHURMANN, A., MORGAN, G., FIKREE, F. What Works in Family Planning Interventions: A Systematic Review. **Studies in Family Planning**, v. 42, n. 2, pp. 67-82. Junho/2011.

HOGAN, D., BIRATU, B. Social Identity and Community Effects on Contraceptive Use and Intentions in Southern Ethiopia. **Studies in Family Planning**, v. 35, n. 2, pp. 79-90. Junho/2004.

HOSMER, D., LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 2 ed. Wiley - Interscience Publication. 2000. 375 p.

INSAE, MACRO INTERNATIONAL INC. **Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III) - Bénin 2006** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique et Macro International Inc. 2007.

IYER, S., WEEKS, M. **Social interactions, Ethnicity and Fertility in Kenya**. Cambridge: University of Cambridge, 2009. (Cambridge Working Papers in Economics).

JACOBSTEIN, R., BAKAMJIAN, L., PILE, J., WICKSTOM, J. Fragile, Threatened, and Still Urgently Needed: Family Planning Programs in Sub-Saharan Africa. **Studies in Family Planning**, v. 40, n. 2, pp. 147-154, Junho/2009.

JOHNSON-HANKS, J. Education, Ethnicity, and Reproductive Practice in Cameroon. **Population**, v.58, n. 2, pp.171-200, 2003.

KALER, A., WATKINS, S. Disobedient Distributors: Street-level Bureaucrats and Would-be Patrons in Community-based Family Planning Programs in Rural Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 32, n. 3, pp. 254-269, Setembro/2001.

KERSHAW, G. The Kikuyu of Central Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

KERTZER, D. Agency and fertility: For an ethnography of practice. In: GREENHALGH. **Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Pp. 29-52.

KHAN, S. Contraceptive Trends in Developing Countries DHS Comparative Report 16. Macro International USAID. 2007, apud OJAKAA, D. **Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Kenya**. Calverton: ICF International, 2008. 36p. (Working Paper 56).

KHASAKHALA, A. Ethnic Fertility Differentials in Kenya and Their Proximate Determinants. In: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA ANNUAL MEETING, 2011, Washington. **Anais eletrônico**. PAA, 2011. Disponível em <http://paa2011.princeton.edu/papers/111451>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

KIRK, D. Demographic Transition Theory. **Population Studies**, v. 50, n.3, pp.361–387. Novembro/1996.

KNBS, ICF Macro. **Kenya Demographic and Health Survey 2008-09** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland: KNBS and ICF Macro. 2010.

KNBS. **Kenya Economic Survey, 2013.** Disponível em http://www.knbs.or.ke/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=16&Itemid=563. Acesso realizado em 26 de fevereiro de 2014.

KNODEL, J., VAN DE WALLE, E. Lessons from the Past: Policy Implications of Historical Fertility Studies. **Population and Development Review**, v. 5, n. 2, pp. 217-245. Junho/1979.

KOHLER, HP., BEHRMAN, J., WATKINS, S. The density of social networks and fertility decisions: evidence from South Nyanza District, Kenya. **Demography**, v. 38, n. 1, pp. 34-58. Fevereiro/2001.

KOKOLE, O. The Politics of Fertility in Africa. **Population and Development Review**, v. 20, Supplement: The New Politics of Population: Conflict and Consensus in Family Planning, pp. 73-88. 1994.

LAUNIALA, A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices. **Anthropology Matters Journal**, v.11, n.1, pp. 1-13. 2009.

LESTHAEGHE, R. (ed.). Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa. Berkeley: University of California Press, 1989. apud. KERTZER, D. Agency and fertility: For an ethnography of practice. In: GREENHALGH. **Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. Pp. 29-52.

LEVINE, M., SCRIMSHAW, C. Effects of Culture on Fertility: Anthropological Contributions. In: BULATAO, LEE, HOLLERBACH, BONGAARTS (eds.). **Determinants of Fertility in Developing Countries**. Volume 2. New York: Academic Press, 1983.

LEWIS, I. The Somali of Somalia and North-Eastern Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

LONG, J.S. **Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables**. 1 ed. SAGE Publications. 1997. 282 p.

LONGFIELD, K., GLICK, A., WAITHAKA, M., BERMAN, J. Relationships Between Older Men and Younger Women: Implications for STIs/HIV in Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 35, n. 2, pp. 125-134, Junho/2004.

LUKE, N., GOLDBERG, R., MBERU, B., ZULU, E. Social Exchange and Sexual Behavior in Young Women's Premarital Relationships in Kenya. **Journal of Marriage and Family**, v. 73, n. 5, pp. 1048-1064, Outubro/2011.

MACHIYAMA, K., CLELAND, J. **Insights into Unmet Need in Kenya**. STEP UP Research Report. London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2013. 29p. Disponível em: <http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/StepUp/STEP-UP-unmet-FP-need-Kenya.pdf>. Acesso realizado em 15 de junho de 2013.

MAGADI, M., AGWANDA, A. **The Link between HIV/AIDS and Recent Fertility Patterns in Kenya**. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, 2007. 58 p. (Working Paper 07-92).

MAGADI, M., CURTIS, S. Trends and Determinants of Contraceptive Method Choice in Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 34, n. 3, pp. 149-159, Setembro/2003.

MAPS OF THE WORLD. **Mapa político do Quênia**. 2012. Disponível em <http://www.mapsofworld.com/kenya/kenya-political-map.html>. Acessado em 08 de outubro de 2013.

MARINHO, L., COSTA-GURGEL, M., CECATTI, J., OSIS, M. Conhecimento, atitude e prática do auto-exame de mamas em centros de saúde. 2003. apud ALVES, A., LOPES, M. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.1, pp. 11-7. Janeiro/2008.

MAYER, I. The Gusii of Western Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

MBITI, J. The Kamba of Central Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

McDOUGALL, J., FETTERS, T., CLARK, K., RATHAVY, T. Determinants of Contraceptive Acceptance Among Cambodian Abortion Patients. **Studies in Family Planning**, v. 40, n. 2, pp. 123-132, Junho/2009.

MENSCH, B., CLARK, W., LLOYD, C., ERULKAR, A. **Premarital Sex and School Dropout in Kenya: Can Schools Make a Difference?**. New York: Population Council, 1999. 55p. (Working Paper 124)

MIGUEL, E., SATYANATH, S., SERGENTI, E. Economic Shocks and Civil Conflict: An Instrumental Variables Approach. **Journal of Political Economy**, v. 112, n. 4, pp. 725-753, 2004.

MIGUEL, E. **Ethnic Diversity and School Funding in Kenya**. Center for International and Development Economics Research, Institute for Business and Economic Research, UC Berkeley, 2001. 49p. (Working Paper Series 01/2001).

MIGUEL, E. **Tribe or Nation? Nation-Building and Public Goods in Kenya versus Tanzania**. Berkeley: University of California, 2003. Disponível em: http://www.international.ucla.edu/media/files/miguel_20sep02.pdf. Acesso realizado em 16 de junho de 2013.

MILLER, R., NDHLOVU, L., GACHARA, M., FISHER, A. The Situation Analysis Study of the Family Planning Program in Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 22, n. 3, pp. 131-143, Maio-Junho/1991.

MOLNOS, A. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

MONTGOMERY, M., KIROS, GE., AGYEMAN, D., CASTERLINE, B., AGLOBITSE, P., HEWETT, P. **Social Networks and Contraceptive Dynamics in Southern Ghana**. New York: Population Council, 2001. 49p. (Working Paper 153)

MOULTRIE, T. Child spacing in Southern and Eastern Africa: Eight countries and a case for exceptionalism. In: INTERNATIONAL POPULATION CONFERENCE OF THE INTERNATIONAL UNION FOR THE SCIENTIFIC STUDY OF POPULATION (IUSSP), 2005. Tours, France. **Anais eletrônico**. Tours: IUSSP, 2005. Disponível em: http://demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s50641.pdf.

Acesso realizado em 22 de agosto de 2013.

MUIA, E., ELLERTSON, C., CLARK, S., LUKHANDO, M., ELUL, B., OLENJA, J., WESTLEY, E. What do Family Planning Clients and University Students in Nairobi, Kenya, know and think about emergency contraception?. **African Journal of Reproductive Health**, v.4, n.1, pp. 77-87, 2000.

MURDOCK, G. **Ethnographic Atlas**. 1 ed. University of Pittsburgh Press. 1967. 128 p.

MUTUKU, A. **Fertility Transition and Its Determinants in Kenya: 2003-2008/9**. Calverton: ICF International, 2013. 46p. (Working Paper 82).

MWAIKAMBO, L., SPEIZER, I., SCHURMANN, A., MORGAN, G., FIKREE, F. What Works in Family Planning Interventions: A Systematic Review. **Studies in Family Planning**, v. 42, n. 2, pp. 67-82. Junho/2011.

NACC and NASCOP. **Kenya AIDS Epidemic update 2011**. Nairobi: NACC NASCOP, 2012. Disponível em: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_KE_Narrative_Report.pdf. Acesso realizado em 05 de outubro de 2013.

NCPD, CBS, MACRO INTERNATIONAL. **Kenya Demographic and Health Survey 1993** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland: NCPD, CBS and MI. 1994. 301 p.

NCPD, CBS, MACRO INTERNATIONAL. **Kenya Demographic and Health Survey 1998** [relatório de pesquisa]. Calverton, Maryland: NCPD, CBS and MI. 1999. 297 p.

NCPD, IRD Macro. **Kenya Demographic and Health Survey 1989** [relatório de pesquisa]. Columbia, Maryland: NCPD and IRD Macro. 1989. 181 p.

NDEGWA, S., ONDUSO, P., CASEY, L. **Reproductive Health and Family Planning in Kenya**. Nairobi: Pathfinders International, 2008. 8p.

NDEGWA, S. Citizenship and Ethnicity: An Examination of Two Transition Moments in Kenyan Politics. **The American Political Science Review**, v. 91, n. 3, Setembro/1997. Pp. 599-616.

NDETI, K. The Kamba of Central Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

NJOGU, W. Trends and determinants of contraceptive use in Kenya. **Demography**, v. 28, n. 1, pp. 83-99, Fevereiro/1991.

NOTESTEIN, F. Population: The long view. In: SCHULTZ, E (ed.). **Food for the world**. Chicago: University of Chicago Press, 1945. Pp. 36-57.

OBONO, O. Cultural Diversity and Population Policy in Nigeria. **Population and Development Review**, v. 29, n.1, pp.103-111, Março/2003.

OJAKAA, D. **Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Kenya**. Calverton: ICF International, 2008. 36p. (Working Paper 56).

PARKIN, D. The Luo living in Kampala, Uganda, Nairobi, and Central Nyanza, Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

PEW RESEARCH CENTER. **Global Views on Morality**. Pew Research Center's 2013 Global Attitudes survey. Disponível em <http://www.pewglobal.org/2014/04/15/global-morality/table/contraception-use/>.

Acesso realizado em 23 de abril de 2014.

PISON, G. La démographie de la polygamie. **Population**, v. 41, n. 1, pp. 93-122, 1986.

POPULATION COUNCIL. Kenya: Report on Population Growth and Family Planing. **Studies in Family Planning**, v. 12, n. 1, pp. 07-09. Junho/1966.

POTTER, J., MOJARRO, O., NUNEZ, L. The Influence of Health Care on Contraceptive Acceptance in Rural Mexico. **Studies in Family Planning**, v. 18, n. 3, pp. 144-156. Maio-Junho/1987.

POWERS, Y., XIE, D. **Statistical Methods for Categorical Data Analysis**. Bingley. Emerald Group Publishing Limited. 2007. 305 p.

PRATA, N., BELL, S., GESSESSEW, A. Comprehensive abortion care: evidence of improvements in hospital-level indicators in Tigray, Ethiopia. **BMJ open**, v.3, n. 7, pp.1-7. 2013.

PRATA, N., GESSESSEW, A., CAMPBELL, M., POTTS, M. "A new hope for women": medical abortion in a low-resource setting in Ethiopia. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v.37, pp.196-197. 2011.

RENIERS, G., TFAILY, R. Polygyny, Partnership Concurency, and HIV Transmission in Sub-Saharan Africa. **Demography**, v. 49, n. 3, pp. 1075-1101. 2012.

ROBINSON, R. Negotiating Development Prescriptions: The Case of Population Policy in Nigeria. **Population Research and Policy Review**, v.31, pp. 267–296. 2012.

RUTENBERG, N., WATKINS, S. The Buzz Outside the Clinics: Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 28, n. 4, pp. 290-307, Dezembro/1997.

STEPHERSON, R., BASCHIERI, A., CLEMENTS, S., HENNINK, M., MADISE, N. Contextual Influences on Modern Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 7, pp. 1233-1240, Julho/2007.

TIMAEUS, I., REYNAR, A. Polygynists and Their Wives in Sub-Saharan Africa: An Analysis of Five Demographic and Health Surveys. **Population Studies**, v. 52, n. 2, pp. 145-162. Julho/1998.

UEDA, H. The Kamba of Central Kenya. In: MOLNOS. **Cultural Sources Materials for Population Planning in East Africa**. Nairobi: Institute of African Studies. University of Nairobi, 1973.

UN DATA. **Dados gerais sobre o Quênia**. 2013. Disponível em <http://unstats.un.org/unsd/pocketbook/PDF/2013/Kenya.pdf>. Acesso realizado em 26 de fevereiro de 2014.

UNESCO UIS STATISTICS. **Dados de educação no Quênia**. 2013. Disponível em http://stats.uis.unesco.org/unesco/TableViewer/document.aspx?ReportId=289&IF_Language=eng&BR_Country=4040&BR_Region=40540. Acesso realizado em 26 de fevereiro de 2014.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010)**. 2011. Disponível em https://www.un.org/esa/population/publications/wcu2010/WCP_2010/Data.html. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects: The 2012 Revision**. Disponível em http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_indicators.htm. Acesso realizado em 07 de março de 2014.

VALADEZ, J., TRANSGRUD, R., MBUGUA, M., SMITH, T. Assessing Family Planning Service-delivery Skills in Kenya. **Studies in Family Planning**, v. 28, n. 2, pp. 143-150, Junho/1997.

VANDAMME, E. **Concepts and challenges in the use of knowledge-attitude-practices surveys**. Department of Animal Health, Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Belgium. 2009. Disponível em www.snnz.net/app/download/5095663611/concepts%2Band%2Bchallenges%2Bin%2Bthe%2Buse%2Bof%2Bknowledge-attitude-practices%2Bs. Acesso realizado em 12 de março de 2014.

VIGDOR, J. Community Composition and Collective Action: Analyzing Initial Mail Response to the 2000 Census, 2001, apud. MIGUEL, E. Tribe or Nation? Nation-

Building and Public Goods in Kenya versus Tanzania. **World Politics**, n. 56, pp 328-362. Abril/2003.

VIKRAM, K. The Role of Social and Cultural Capital in Fertility Preference and Contraceptive Use. In: POPULATION ASSOCIATION OF AMERICA ANNUAL MEETING, 2012, San Francisco. **Anais eletrônico**. San Francisco: PAA, 2012. Disponível em: <http://paa2012.princeton.edu/papers/122700>. Acesso realizado em 17 de abril de 2013.

WATKINS, S., RUTENBERG, N., WILKINSON, D. Orderly theories, disorderly women. Paper presented at the John Caldwell Seminar on "The Continuing Demographic Transition." Canberra, Australia, 14-17 August, 1995, apud FREEDMAN, R. Do Family Planning Programs Affect Fertility Preferences? A Literature Review. **Studies in Family Planning**, v. 28, n. 1, pp. 1-13, Março/1997.

WATKINS, S. Local and Foreign Models of Reproduction in Nyanza Province, Kenya. **Population and Development Review**, v. 26, n.4, pp.725-259, Dezembro/2000.

WEINREB, A. First Politics, Then Culture: Accounting for Ethnic Differences in Demographic Behavior in Kenya. **Population and Development Review**, v. 27, n. 3, pp. 437-467. Setembro/2001.

WESTOFF, C., CROSS, A. **The Stall in the Fertility Transition in Kenya**. Calverton: ORC Macro, 2006. 56 p. (DHS Analytical Studies No. 9).

WESTOFF, C., KOFFMAN, D. The Association of Television and Radio with Reproductive Behavior. **Population and Development Review**. v. 37, n.4, pp.749-759, Dezembro/2011.

WESTOFF, C. New Estimates of Unmet Need and Demand for Family Planning. DHS Comparative Report No. 14. Calverton, Maryland, USA. Macro International Inc. 2006, apud OJAKAA, D. **Trends and Determinants of Unmet Need for Family Planning in Kenya**. Calverton: ICF International, 2008. 36p. (Working Paper 56).

WOOLDRIDGE, J.M. **Introductory Econometrics**. 2 ed. Thomson South-Western. 2003. 863 p.

WORLD BANK. **Dados de desenvolvimento do Quênia**. 2013. Disponível em <http://data.worldbank.org/country/kenya>. Acesso realizado em 26 de fevereiro de 2014.

YEATMAN, S., TRINITAPOLI, J. Beyond denomination: The relationship between religion and family planning. **Demographic Research**, v.19, n.55, pp. 1851- 1882. 2008.

YOUNT, K., ABRAHAM, B. Female Genital Cutting and HIV/AIDS Among Kenyan Women. **Studies in Family Planning**, v. 38, n. 2, pp. 73-88, Junho/2007.

ANEXOS

Anexo 1 - Indicadores econômicos e sociais quenianos selecionados

TABELA A.1.1 - Indicadores econômicos e sociais selecionados - Quênia

População total (2009) ⁴	38.610.097
População urbana (2012)	24,40%
População entre 0 e 14 anos (2010) ⁵	42,30%
População acima de 60 anos (2010) ⁵	4,10%
Taxa de dependência jovem (por 100 adultos) (2010) ⁵	78
Taxa de dependência idosa (por 100 adultos) (2010) ⁵	5
Taxa de dependência total (por 100 adultos) (2010) ⁵	82
Idade mediana (2010) ⁵	18,5 anos
Taxa de fecundidade total (2005-2010) ⁵	4,8
Expectativa de vida ao nascer: mulheres (2010-2015)	59,2
Expectativa de vida ao nascer: homens (2010-2015)	56,7
Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos vivos) (2005-2010) ⁵	59,7
Mortalidade na infância (por 1.000 nascidos vivos) (2005-2010) ⁵	90,0
Cobertura de vacinação (2008) ¹	81,00%
Assentos ocupados por mulheres no parlamento (2012)	9,80%
População adulta alfabetizada (2007) ³	72,20%
Domicílios com rádio (2009) ⁴	74,00%
Domicílios com televisão (2009) ⁴	28,00%
Domicílios com celular (2009) ⁴	63,20%
Domicílios com telefone fixo (2009) ⁴	1,20%
Domicílios com computador (2009) ⁴	3,60%
Produto Interno Bruto (em milhões) (2011)	U\$S 34059,00
PIB per capita (2011)	U\$S 819,00
População que vive com menos de U\$S1,25 ao dia (2012) ¹	45,90%
Trabalhadores empregados no setor primário (2005)	61,10%
Trabalhadores empregados no setor secundário (2005)	6,70%
Trabalhadores empregados no setor terciário (2005)	32,20%
Percentual de mulheres adultas na força de trabalho (2011)	61,50%
Percentual de homens adultos na força de trabalho (2011)	71,80%
Principais produtos agrícolas (2012) ²	Chá (369.400t), horticultura (205.700t), trigo (162.700t).
Parceiros comerciais: exportação (2010)	Uganda (12,7%), Reino Unido (9,8%), Tanzânia (8,1%)
Parceiros comerciais: importações (2010)	China (12,6%), Emirados Árabes Unidos (12,1%), Índia (10,8%)

Fonte: ¹ World Bank Data (2013); ² Kenya Economic Survey (2013); ³ Unesco Institute for Statistics (2013); ⁴ Kenya Population and Housing Census (2009); ⁵ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat (2012); demais indicadores: UN Data (2013)

Anexo 2 - Características das etnias quenianas

QUADRO A.2.1a - Caracterização das etnias presentes no Quênia

	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba
Percentual da população queniana ¹	17,2%	13,8%	12,9%	10,5%	10,1%
Presente nos países ²	Quênia (100%)	Quênia (62,7%), Uganda (26,3%)	Quênia (91,1%), Tanzânia (8,9%)	Quênia (91,8), Tanzânia (5,1%)	Quênia (100%)
Local de residência no Quênia	Província Central, Nairobi e Rift Valley ^{3,4}	Província Western e nas cidades de Nairobi e Mombasa ^{3,4}	Província Rift Valley ³	Província Nyanza e Rift Valley ^{3,4}	Região de Nairobi ⁴
Modo de residência	A etnia tem seu sistema de casamentos e herança fundado sobre a patrilinearidade e na primogenitura, mantendo fortes laços com a família estendida ^{4,8}	Os Luhya são um grupo menos homogêneo que os demais, isto se dá devido ao pouco poder da organização clânica frente aos outros grupos étnicos. ⁴	Vivem principalmente em propriedades rurais de apenas uma família, sendo o agrupamento de propriedades rurais é chamado “temenik”. A junção de 15 a 60 “temenik” formam vilas ⁴	A população vive em propriedades rurais de posse comum da família, a fim de salvaguardar as unidades familiares menores das condições climáticas adversas ⁴ A estrutura familiar é patrilinear e a esposa deve deixar sua família para se juntar a família do marido ^{9,10}	As famílias residem em propriedades rurais de posse dividida com a linhagem patriarcal, sendo a unidade maior, comum a toda linhagem, chamada de “ukambani”. ⁴
TFT em 2003 ⁵	3,4	5,3	6,2	5,5	4,9
Mulheres casadas que já utilizaram métodos contraceptivos em 2003 (%) ⁵	87,1%	71,3%	53,6%	47,6%	75,1%

QUADRO A.2.1b - Caracterização das etnias presentes no Quênia

	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba
Mulheres que não desejavam ter mais filhos em 2003 (%) ⁶	57%	53%	-	44%	55%
Mulheres com 15 anos ou mais que são circuncidadas em 2003 (%) ⁷	Entre 25 e 49%	Menos de 25%	Mais de 50%	Menos de 25%	Menos de 25%
Escolaridade média ⁴	8,1 anos	7 anos	6,5 anos	6,3 anos	6,9 anos
Informações adicionais	Os Kikuyu possuem maior proximidade com a política, mais oportunidades educacionais e maior desenvolvimento econômico, no entanto, sua economia é baseada, fundamentalmente, na agricultura (65-75% da economia) e na pecuária (25-35%). A agricultura é voltada para o cultivo de grãos e a pecuária é focada na criação de gado ^{8,12,14}	Mais de 90% da população Luhya é cristã, pertencendo a vertente protestante ^{4,12}	-	Os Luo tem sua economia baseada em maior parte pela agricultura intensiva de grão, porém dependem também da pecuária bovina, caça e pesca ^{8,9,11} . Em 2003, os Luo apresentavam a maior proporção de mulheres de 15 anos ou mais infectadas pelo vírus da AIDS (25,7% das mulheres) ¹⁵	Os Kamba mantêm uma relação bastante próxima população Kikuyu e são, em sua maioria, cristãos ⁴

Fonte: ¹ KNBS, 2010; ² Brook, 1979; ³ Anyara et al., 2006; ⁴ Iyer et al., 2009; ⁵ Khasakhala, 2011; ⁶ Westoff et al., 2006; ⁷ Yount et al., 2007; ⁸ Murdock, 1967; ⁹ Kohler et al., 2001; ¹⁰ Behrman et al., 2002; ¹¹ Miguel, 2003; ¹² Ferguson, 1992; ¹⁴ Kokole, 1994; ¹⁵ Magadi et al., 2007.

QUADRO A.2.2a - Caracterização das etnias presentes no Quênia

	Somali	Kisii	Mijikenda/Swahili	Meru/Embu
Percentual da população queniana ¹	6,2%	5,7%	5,1%	4,3%
Presente nos países ²	-	-	Quênia (12,9%), Tanzânia (64,5%), Ilhas Comoro (15,1%) *	-
Local de residência no Quênia	Província North Eastern ³	Província de Nyanza ³	Província Coast ³	Província Eastern e porção norte do Quênia ^{3,4}
Modo de residência	Parte dos somalis é nômade e parte fixa residência em pequenas comunidades clânicas patrilineares ⁸	A comunidade é organizada grandes famílias estendidas seguindo a patrilinearidade. A herança de bens e de propriedade é patrilinear e com distribuição igualitária entre os herdeiros ⁸	A forma mais comum de residência são as "mudzi", ou vilas, constituídas por grupos de agricultores ou pescadores. ⁴	Vizinhança formada por familiares e organizada de maneira patrilinear naquilo que diz respeito a casamento e a herança ⁸
TFT em 2003 ⁵	6,7	4,6	5,4	3,4
Mulheres casadas que já utilizaram métodos contraceptivos em 2003 (%) ⁵	5,2%	79,8%	39,0%	88,7%
Mulheres que não desejavam ter mais filhos em 2003 (%) ⁶	-	54%	29%	58%
Mulheres com 15 anos ou mais que são circuncidadas em 2003 (%) ⁷	Mais de 75%	Mais de 75%	Menos de 25%	Entre 25% e 50%
Escolaridade média ⁴	-	6,9 anos	4,2 anos	6,6 anos

QUADRO A.2.2b - Caracterização das etnias presentes no Quênia

	Somali	Kisii	Mijikenda/Swahili	Meru/Embu
Informações adicionais	Sua economia é baseada na pecuária de camelos e agricultura intensiva de grãos. O sistema de herança beneficia todos os filhos, porém com privilégios aos homens. As relações sexuais pré-maritais são proibidas, mas isto é fracamente sancionado ⁸	A população Kissi tem sua economia baseada na agricultura extensiva de grãos. O trabalho no cultivo é realizado por ambos os sexos. ⁸ Como forma de se evitar nascimentos não planejados, as mulheres utilizam abortivos naturais, consumindo ervas que promovem a dilatação do colo do útero e seu sangramento ¹³	Grande parte dos Mijikenda é muçulmana. Eles são o grupo mais agrícola dentre todas as etnias quenianas. ⁴ As mulheres de 15 anos ou mais pertencentes as etnias Mijikenda e Swahili apresentaram o menor nível de prevalência de HIV positivo em 2003 (3,9%). ¹⁵	A economia local é baseada na agricultura extensiva de café e chá, pecuária bovina, caça e pesca. O sistema de heranças e organização familiar é patrilinear, beneficiando todos os filhos de maneira igualitária ^{8,16} . Ao comparar a população Meru residente na região de Chongoria e aquela residente fora desta região, a primeira apresenta uma fecundidade menor e maior uso de contraceptivos modernos ¹⁶

Fonte: ¹ KNBS, 2010; ² Brook, 1979; ³ Anyara et al., 2006; ⁴ Iyer et al., 2009; ⁵ Khasakhala, 2011; ⁶ Westoff et al., 2006; ⁷ Yount et al., 2007; ⁸ Murdock, 1967; ¹³ Baker et al., 1992; ¹⁵ Magadi et al., 2007; ¹⁶ Goldberg et al., 1989. * Estas informações se referem apenas aos Swahili

Anexo 3 - Caracterização das etnias quenianas pela KDHS 1989-2008

TABELA A.3.1a - Província de residência por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Nairobi	10,13	8,37	0,42	13,96	7,44	33,24	2,07	2,10	1,39
	Central	60,59	0,80	0,53	1,55	3,61	0,00	3,06	0,00	0,91
	Coast	0,83	1,38	0,33	3,60	1,90	13,90	0,32	96,05	0,70
	Eastern	1,81	0,00	0,20	0,00	85,68	6,65	0,00	0,34	96,17
	Nyanza	0,79	3,62	0,11	73,63	0,21	6,65	84,50	0,26	0,00
	Rift Valley	25,51	19,97	96,09	3,18	1,04	39,57	9,11	1,25	0,83
	Western	0,34	65,86	2,32	4,07	0,11	0,00	0,95	0,00	0,00
	Northeast*									
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Nairobi	11,20	4,20	1,10	15,27	7,22	14,58	1,02	1,41	2,39
	Central	65,32	1,34	0,00	2,54	1,87	10,30	0,00	0,00	1,43
	Coast	2,09	1,21	0,03	4,16	3,85	15,13	0,13	97,00	0,75
	Eastern	1,83	0,32	0,15	0,00	85,34	24,57	0,00	0,22	94,23
	Nyanza	0,32	3,82	0,58	68,47	0,16	0,00	83,90	8,19	0,23
	Rift Valley	18,32	13,47	95,42	6,24	1,30	16,38	13,92	0,15	0,97
	Western	0,92	75,64	2,73	3,33	0,27	10,85	1,04	1,22	0,00
	Northeast*									
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Nairobi	20,02	9,82	0,74	9,93	14,59	22,41	2,78	0,00	5,21
	Central	54,86	1,34	0,06	1,47	0,68	0,00	0,34	0,75	1,83
	Coast	1,01	1,43	0,02	2,13	3,51	50,89	0,11	98,61	0,79
	Eastern	2,08	0,85	0,34	0,54	79,81	26,70	0,34	0,50	90,43
	Nyanza	0,32	5,50	0,72	77,87	0,27	0,00	87,37	0,00	0,76
	Rift Valley	21,53	14,62	96,22	4,21	1,14	0,00	8,92	0,00	0,99
	Western	0,19	66,43	1,90	3,84	0,00	0,00	0,14	0,15	0,00
	Northeast*									
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.3.1b - Província de residência por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
2003	Nairobi	15,43	9,36	2,25	14,07	13,92	15,73	4,07	0,77	4,82
	Central	57,05	1,24	0,11	1,19	3,54	0,80	2,40	0,80	3,69
	Coast	1,47	2,03	0,17	3,33	3,61	14,88	1,10	97,76	0,25
	Eastern	1,26	0,17	0,66	0,17	77,23	8,66	0,00	0,16	86,88
	Nyanza	0,23	4,47	0,72	73,20	0,26	0,30	80,22	0,00	0,28
	Rift Valley	23,95	18,43	90,75	5,49	1,21	3,68	11,86	0,00	3,64
	Western	0,62	64,30	5,34	2,53	0,15	0,00	0,35	0,49	0,43
	Northeast	0,00	0,00	0,00	0,02	0,08	55,94	0,00	0,00	0,00
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Nairobi	16,97	7,77	2,20	9,38	8,85	12,57	5,08	0,21	3,93
	Central	51,67	0,76	0,25	0,32	2,15	0,00	0,68	0,12	2,13
	Coast	1,52	2,68	0,25	3,67	4,96	5,04	0,13	96,57	1,01
	Eastern	3,38	0,49	0,28	0,61	79,93	3,08	0,21	2,65	91,14
	Nyanza	0,23	4,57	0,07	74,94	0,85	0,70	78,10	0,46	0,22
	Rift Valley	25,30	21,71	96,02	7,71	2,82	3,53	15,27	0,00	1,31
	Western	0,82	62,00	0,93	3,31	0,35	0,19	0,54	0,00	0,17
	Northeast	0,10	0,02	0,00	0,06	0,09	74,89	0,00	0,00	0,08
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.2 - Situação censitária por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Urbano	16,63	20,24	4,46	34,44	10,60	59,83	8,28	21,62	3,76
	Rural	83,37	79,76	95,54	65,56	89,40	40,17	91,72	78,38	96,24
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Urbano	22,72	16,59	5,33	32,73	15,03	78,86	3,67	19,32	8,64
	Rural	77,28	83,41	94,67	67,27	84,97	21,14	96,33	80,68	91,36
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Urbano	32,85	24,46	5,89	27,56	23,62	0,00	15,28	29,73	14,72
	Rural	67,15	75,54	94,11	72,44	76,38	100,00	84,72	70,27	85,28
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Urbano	35,73	24,80	5,57	29,70	24,20	32,01	13,89	35,70	17,06
	Rural	64,27	75,20	94,43	70,30	75,80	67,99	86,11	64,30	82,94
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Urbano	40,58	26,43	4,34	27,57	19,56	33,17	20,83	44,29	15,10
	Rural	59,42	73,57	95,66	72,43	80,44	66,83	79,17	55,71	84,90
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.3 - Tipo de locar de residência por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Cidade	10,77	9,32	0,64	17,56	8,99	39,88	2,39	11,76	2,09
	Vila	5,86	10,91	3,82	16,88	1,61	19,94	5,89	9,87	1,67
	Área rural	83,37	79,76	95,54	65,56	89,40	40,17	91,72	78,38	96,24
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Cidade	16,83	9,45	2,69	26,76	13,50	54,28	2,53	12,99	6,56
	Vila	5,89	7,15	2,65	5,96	1,53	24,57	1,14	6,33	2,08
	Área rural	77,28	83,41	94,67	67,27	84,97	21,14	96,33	80,68	91,36
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Cidade	27,28	16,53	2,36	23,21	22,60	55,50	14,27	22,27	11,62
	Vila	5,57	7,92	3,53	4,35	1,01	44,50	1,02	7,47	3,10
	Área rural	67,15	75,54	94,11	72,44	76,38	0,00	84,72	70,27	85,28
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Cidade	26,15	15,42	4,27	24,69	18,61	17,30	8,37	25,42	6,18
	Vila	9,58	9,38	1,30	5,00	5,60	14,71	5,52	10,28	10,88
	Área rural	64,27	75,20	94,43	70,30	75,80	67,99	86,11	64,30	82,94
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Cidade	18,53	13,96	2,48	18,38	11,86	14,77	5,72	21,08	4,37
	Vila	22,04	12,46	1,85	9,19	7,71	18,40	15,11	23,21	10,73
	Área rural	59,42	73,57	95,66	72,43	80,44	66,83	79,17	55,71	84,90
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.4 - Nível de ensino mais alto atingido por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Sem ensino formal	14,25	22,63	33,93	25,34	22,05	40,49	23,38	66,44	24,65
	Primário	59,71	55,67	52,36	55,06	60,01	19,94	55,21	27,19	57,79
	Secundário	25,85	21,39	13,60	19,45	17,94	39,57	21,25	6,37	17,55
	Superior	0,19	0,31	0,11	0,15	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Sem ensino formal	9,51	12,54	25,04	17,34	13,89	15,75	15,44	46,98	20,66
	Primário	56,03	62,85	55,75	59,66	61,72	56,60	62,97	40,92	60,14
	Secundário	33,62	24,37	18,82	21,47	24,39	27,64	21,46	12,10	18,94
	Superior	0,84	0,24	0,39	1,53	0,00	0,00	0,13	0,00	0,27
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Sem ensino formal	4,46	10,05	14,38	11,09	8,40	39,86	8,37	38,75	10,92
	Primário	54,45	59,21	65,22	64,74	63,40	43,42	59,30	47,15	63,08
	Secundário	38,22	27,67	17,97	23,05	27,02	16,72	31,24	13,54	23,63
	Superior	2,87	3,08	2,43	1,12	1,19	0,00	1,09	0,56	2,38
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Sem ensino formal	2,06	9,13	8,59	5,96	5,29	84,54	3,53	36,85	6,29
	Primário	54,18	61,74	66,38	68,94	71,15	11,37	54,53	52,78	60,06
	Secundário	33,96	25,06	19,68	20,19	19,52	2,50	38,15	7,92	24,69
	Superior	9,80	4,07	5,35	4,91	4,04	1,59	3,79	2,45	8,96
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Sem ensino formal	1,49	3,83	8,76	1,68	3,61	72,13	1,61	30,43	1,59
	Primário	49,95	64,46	62,33	67,23	65,09	17,28	45,80	53,47	63,46
	Secundário	38,14	24,71	23,22	24,86	22,86	8,35	45,73	13,37	28,50
	Superior	10,42	7,00	5,69	6,23	8,44	2,25	6,86	2,73	6,45
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.5a - Religião declarada por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Católico	34,76	31,29	35,31	36,61	41,95	0,00	41,38	6,57	35,98
	Protestante	62,19	65,60	59,42	60,22	56,21	6,65	57,30	19,26	61,22
	Muçulmano	1,26	1,70	0,75	0,42	0,50	86,10	0,00	45,53	0,50
	Sem religião	0,58	0,16	3,26	0,35	0,93	7,25	0,61	28,52	0,23
	Outra	1,21	1,25	1,26	2,40	0,41	0,00	0,71	0,11	2,07
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Católico	36,44	27,45	32,91	31,01	36,69	0,00	42,76	4,56	33,37
	Protestante	61,85	69,04	62,87	67,76	60,29	29,33	54,14	24,68	65,34
	Muçulmano	0,73	2,43	0,18	0,16	1,85	62,47	0,00	45,33	0,88
	Sem religião	0,68	0,29	3,82	0,00	0,96	0,00	1,02	25,43	0,41
	Outra	0,30	0,80	0,23	1,07	0,20	8,19	2,08	0,00	0,00
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Católico	27,98	24,58	28,07	26,16	32,23	0,00	37,68	4,83	34,89
	Protestante	69,43	72,02	67,73	72,48	65,11	0,00	61,43	21,69	62,89
	Muçulmano	1,60	3,18	0,07	0,14	2,26	100,00	0,33	55,70	1,89
	Sem religião	0,86	0,09	3,95	0,00	0,40	0,00	0,35	17,78	0,07
	Outra	0,13	0,13	0,18	1,23	0,00	0,00	0,21	0,00	0,26
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.5b - Religião declarada por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
2003	Católico	23,91	20,73	19,92	28,93	38,92	4,00	32,71	3,20	29,42
	Protestante	73,18	74,03	76,53	70,26	59,75	0,77	66,64	28,91	69,80
	Muçulmano	0,44	4,19	0,90	0,51	1,02	94,69	0,23	55,01	0,28
	Sem religião	2,21	0,20	2,66	0,30	0,14	0,40	0,41	12,88	0,00
	Outra	0,00	0,79	0,00	0,00	0,00	0,14	0,00	0,00	0,00
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Católico	21,38	17,31	18,24	22,19	38,77	0,41	23,61	4,88	31,30
	Protestante	75,57	79,67	77,70	76,81	60,67	0,00	75,97	27,00	62,42
	Muçulmano	0,23	2,40	0,30	0,62	0,23	98,16	0,15	54,18	5,73
	Sem religião	2,51	0,55	3,61	0,27	0,29	1,22	0,28	13,89	0,55
	Outra	0,30	0,07	0,15	0,12	0,03	0,20	0,00	0,04	0,00
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.3.6 - Percentual de mulheres que acessam as mídias pelo menos 1 vez por semana segundo etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Jornal**									
	Rádio	77,95	73,76	62,47	76,02	71,14	96,37	68,17	40,80	40,84
	Televisão**									
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Jornal	36,16	25,55	30,78	48,78	34,29	58,47	20,77	21,83	16,52
	Rádio	70,65	66,58	58,80	63,88	71,93	71,46	63,65	48,77	53,17
	Televisão	20,99	14,86	13,49	17,14	8,73	31,24	7,75	14,50	8,47
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Jornal	44,63	33,06	36,58	39,21	46,61	40,66	24,49	29,66	29,33
	Rádio**									
	Televisão	34,12	25,70	25,34	19,11	23,82	41,72	16,22	28,89	22,93
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Jornal	32,03	22,18	24,44	21,44	17,47	3,65	15,42	14,20	29,14
	Rádio	85,82	82,57	71,01	77,56	71,06	27,19	75,46	57,99	85,82
	Televisão	44,41	23,44	21,59	24,33	24,43	16,67	20,68	19,41	44,84
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Jornal	37,35	23,45	16,23	26,53	17,60	10,30	32,46	15,99	19,73
	Rádio	90,04	79,99	77,93	84,39	71,20	34,11	76,22	59,52	73,68
	Televisão	57,07	32,10	19,74	33,63	26,30	24,89	31,86	24,77	33,45
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. ** Categoria não apresentou observações.

Anexo 4 - Políticas de planejamento familiar quenianas – 1950 - 2010

QUADRO A.4.1a - Políticas de planejamento familiar no Quênia – 1950 - 2010

Período	População total (em milhões) ¹	Taxa de crescimento populacional (%) ¹	Taxa de fecundidade total ¹	Mulheres casadas que utilizavam métodos modernos (%) ²	Mulheres casadas que utilizavam métodos tradicionais (%) ²	Métodos mais comuns ²	Política de planejamento familiar
1950-1959	1950: 6.078 1955: 6.982	1950-1955: 2,77 1955-1960: 2,99	1950-1955: 7,48 1955-1960: 7,79	-	-	-	Serviços de planejamento familiar eram incipientes e conduzidos por médicos britânicos com o apoio de organismos internacionais ^{3,4,5,}
1960-1969	1960: 8.103 1965: 9.505	1960-1965: 3,19 1965-1970: 3,38	1960-1965: 8,07 1965-1970: 8,11	-	-	-	Políticas de planejamento foram delineadas por uma missão do Population Council ^{3,5,6,7} . A redução de 50% da TFT seria baseada na distribuição de DIU ^{7,8,9} . O programa tinha pouco apoio do governo de Kenyatta ^{3,5,7,10}

QUADRO A.4.1b - Políticas de planejamento familiar no Quênia – 1950 - 2010

Período	População total (em milhões) ¹	Taxa de crescimento populacional (%) ¹	Taxa de fecundidade total ¹	Mulheres casadas que utilizavam métodos modernos (%) ²	Mulheres casadas que utilizavam métodos tradicionais (%) ₂	Métodos mais comuns ²	Política de planejamento familiar
1970-1979	1970: 11.255 1975: 13.486	1970-1975: 3,62 1975-1980: 3,75	1970-1975: 7,99 1975-1980: 7,64	1977-1978: 4,4	1977-1978: 2,5	1977-1978: Pílula (2%), abstinência periódica (1,1%)	Com o otimismo econômico, as questões populacionais e de planejamento familiar perderam atenção ⁷ . O Plano de Desenvolvimento lançado em 1979 era voltado para o planejamento familiar por meio da distribuição de contraceptivos em clínicas comunitárias locais e contou com o auxílio da iniciativa privada e de ONGs ^{3,7} .

QUADRO A.4.1c - Políticas de planejamento familiar no Quênia – 1950 - 2010

Período	População total (em milhões) ¹	Taxa de crescimento populacional (%) ¹	Taxa de fecundidade total ¹	Mulheres casadas que utilizavam métodos modernos (%) ²	Mulheres casadas que utilizavam métodos tradicionais (%) ²	Métodos mais comuns ²	Política de planejamento familiar
1980-1989	1980: 16.269 1985: 19.655	1980-1985: 3,78 1985-1990: 3,53	1980-1985: 7,22 1985-1990: 6,54	1984: 9,7 1989: 17,9	1984: 7,3 1989: 9,0	1984: Pílula (3,1%), abstinência periódica (3,8%) 1989: Abstinência periódica (7,5%), pílula (5,2%),	Em 1984, o National Council for Population and Development (NCPD) propôs uma redução da fecundidade por meio da esterilização feminina ⁷ . Arap Moi era favorável a redução da TFT, no entanto, o governo direcionava uma parcela mínima do orçamento a causa ^{6,7} .
1990-1993	1990: 23.447	1990-1995: 3,14	1990-1995: 5,57	1993: 27,3	1993: 5,5	1993: Pílula (9,5%), esterilização feminina (4,7%)	A distribuição de métodos contraceptivos seguia sendo efetuada pelo NCPD por meio dos distribuidores alocados nas comunidades ¹¹ . Campanhas que valorizavam as famílias pequenas continuavam a ser veiculadas ⁴ .

QUADRO A.4.1d - Políticas de planejamento familiar no Quênia – 1950 - 2010

Período	População total (em milhões) ¹	Taxa de crescimento populacional (%) ¹	Taxa de fecundidade total ¹	Mulheres casadas que utilizavam métodos modernos (%) ²	Mulheres casadas que utilizavam métodos tradicionais (%) ²	Métodos mais comuns ²	Política de planejamento familiar
1994-2003	1995: 27.462 2000: 31.253	1995-2000: 2,61 2000-2005: 2,61	1995-2000: 5,07 2000-2005: 5,00	1998: 31,5 2003: 31,5	1998: 7,5 2003: 7,8	1998: Injetável (11,8%), pílula (8,5%) 2003: Injetável (14,3%), pílula (7,5%)	O mau momento econômico e as tensões políticas de 1992 levaram a uma redução significativa dos investimentos do governo nas políticas de planejamento familiar ⁴ . Houve redução do percentual de distribuição de métodos modernos feito pelo sistema público, afetando o custo para as consumidoras ¹² .
2004-2008	2005: 35.615	2005-2010: 2,58	2005-2010: 4,80	2008: 38,9	2008: 6,6	2008: Injetável (21,6%), pílula (7,2%)	As políticas recentes dão maior atenção à saúde reprodutiva dos jovens. Por determinação parlamentar o orçamento voltado ao planejamento familiar foi aumentado ⁴ .

Fonte: ¹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division – Revisão de 2012; ² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2011). World Contraceptive Use 2010 (POP/DB/CP/Rev2010). Nota: 1977/1978 = World Fertility Survey. / 1984 = Contraceptive Prevalence Survey, by Westinghouse Health Systems./ Demais anos = Demographic and Health Survey, by Macro International; ³ Watkins, 2000; ⁴ Askwe et al., 2009; ⁵ Chimbwete et al., 2005; ⁶ Frank, 1987; ⁷ Ajayi et al., 1998; ⁸ Population Council, 1966; ⁹ Frank et al., 1987; ¹⁰ Miller et al., 1991; ¹¹ Kaler et al., 2001; ¹² Westoff et al., 2006.

Anexo 5 - Caracterização do comportamento contraceptivo e reprodutivo no Quênia 1989 - 2008

TABELA A.5.1 - Conhecimento sobre métodos contraceptivos por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Não conhece	4,27	10,67	22,31	9,44	9,62	23,57	2,17	12,79	11,03
	Apenas mét. populares*									
	Apenas mét. tradicionais	1,38	1,05	1,21	0,40	2,91	0,00	0,16	0,11	2,95
	Conhece mét. modernos	94,35	88,28	76,48	90,16	87,47	76,43	97,67	87,09	86,03
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Não conhece	2,61	1,80	13,24	2,77	2,46	14,58	2,18	6,00	6,69
	Apenas mét. populares	0,00	0,22	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Apenas mét. tradicionais	0,00	0,39	0,26	0,25	0,51	0,00	0,17	0,75	0,00
	Conhece mét. modernos	97,39	97,58	86,06	96,98	97,03	85,42	97,65	93,25	93,31
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Não conhece	3,21	1,51	7,83	1,82	1,94	17,17	3,54	3,73	1,56
	Apenas mét. populares	0,06	0,00	1,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Apenas mét. tradicionais	0,39	0,21	1,26	0,20	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
	Conhece mét. modernos	96,35	98,28	89,65	97,98	97,88	82,83	96,46	96,27	98,44
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Não conhece	1,74	3,49	7,00	0,48	2,94	52,50	1,89	5,51	1,51
	Apenas mét. populares	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Apenas mét. tradicionais	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Conhece mét. modernos	98,26	96,51	92,78	99,52	97,06	47,50	98,11	94,49	98,49
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Não conhece	2,28	4,22	5,62	1,79	6,08	45,32	1,59	2,21	4,13
	Apenas mét. populares	0,00	0,06	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Apenas mét. tradicionais	0,03	0,02	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Conhece mét. modernos	97,69	95,71	93,89	98,21	93,92	54,68	98,41	97,79	95,87
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.2 - Uso de contracepção em algum momento por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 – 2008.

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Nunca utilizou	48,35	67,86	73,08	74,53	51,21	73,41	62,76	81,34	49,82
	Apenas mét. populares*									
	Apenas mét. tradicionais	16,82	9,67	13,00	8,13	30,83	0,00	13,42	5,61	11,53
	Utilizou mét. modernos	34,83	22,46	13,92	17,34	17,96	26,59	23,82	13,05	38,65
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Nunca utilizou	40,49	59,38	68,14	63,09	45,79	50,69	54,58	74,18	43,44
	Apenas mét. populares	0,44	1,27	2,17	0,19	0,37	0,00	0,17	0,35	0,00
	Apenas mét. tradicionais	9,70	7,81	10,99	10,21	22,02	0,00	8,27	6,43	5,19
	Utilizou mét. modernos	49,37	31,53	18,70	26,50	31,82	49,31	36,97	19,04	51,37
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Nunca utilizou	33,80	49,22	61,15	59,62	43,82	67,79	48,09	70,88	38,14
	Apenas mét. populares	0,34	0,66	2,06	0,78	1,24	0,00	0,45	0,12	0,43
	Apenas mét. tradicionais	6,72	6,53	11,52	7,14	17,57	0,00	4,67	1,03	5,69
	Utilizou mét. modernos	59,15	43,60	25,26	32,45	37,37	32,21	46,80	27,97	55,74
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Nunca utilizou	36,45	45,46	55,28	61,12	43,03	94,18	40,43	67,66	36,42
	Apenas mét. populares	0,08	0,64	0,10	0,29	0,13	0,13	0,27	0,53	0,00
	Apenas mét. tradicionais	5,70	6,40	9,13	5,48	16,65	0,99	3,03	2,96	3,46
	Utilizou mét. modernos	57,78	47,50	35,48	33,11	40,19	4,70	56,27	28,84	60,13
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Nunca utilizou	28,30	43,83	49,05	40,85	43,70	93,26	32,02	57,06	27,19
	Apenas mét. populares	0,14	0,53	0,55	0,06	0,31	0,00	0,34	0,09	0,00
	Apenas mét. tradicionais	1,51	2,83	5,86	4,53	6,54	0,00	3,32	6,32	3,00
	Utilizou mét. modernos	70,04	52,81	44,54	54,56	49,45	6,74	64,33	36,53	69,81
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.3 - Uso corrente de métodos contraceptivos por tipo por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Não utiliza	65,98	83,03	83,50	88,07	66,60	93,35	83,28	88,67	69,06
	Método popular*									
	Método tradicional	10,13	5,30	7,13	3,75	22,96	0,00	3,54	3,07	5,14
	Método moderno	23,89	11,67	9,37	8,18	10,45	6,65	13,19	8,26	25,80
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Não utiliza	59,76	78,56	81,37	84,02	72,72	62,61	73,79	88,06	66,03
	Método popular	0,09	0,76	1,24	0,06	0,32	0,00	0,17	0,00	0,00
	Método tradicional	6,44	2,41	4,82	3,92	9,52	0,00	2,24	1,86	2,24
	Método moderno	33,71	18,27	12,58	12,01	17,45	37,39	23,8	10,07	31,73
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Não utiliza	54,53	73,79	75,82	82,52	69,52	97,24	70,57	87,46	57,24
	Método popular	0,39	0,63	1,19	0,68	1,32	0,00	0,00	0,12	0,43
	Método tradicional	6,08	5,38	8,39	3,54	8,78	0,00	2,90	0,36	4,96
	Método moderno	39,00	20,20	14,59	13,26	20,37	2,76	26,52	12,07	37,37
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Não utiliza	60,26	73,24	76,18	81,82	67,76	98,23	68,69	84,09	57,88
	Método popular	0,71	1,02	0,34	0,16	0,13	0,00	0,53	0,71	0,59
	Método tradicional	5,33	4,41	6,93	3,20	11,02	0,13	2,72	2,18	2,86
	Método moderno	33,70	21,33	16,56	14,82	21,09	1,63	28,06	13,02	38,67
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Não utiliza	56,05	69,28	72,88	71,58	66,26	97,00	65,87	81,99	53,58
	Método popular	0,38	0,66	0,50	0,34	0,00	0,00	1,49	0,00	0,50
	Método tradicional	3,28	2,75	6,42	2,12	6,62	0,27	3,64	1,82	3,67
	Método moderno	40,28	27,30	20,20	25,96	27,13	2,73	29,00	16,19	42,25
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.4a - Uso corrente de método contraceptivo por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Não utiliza	65,98	83,03	83,50	88,07	66,60	93,35	83,28	88,67	69,06
	Pílula	6,78	4,46	2,13	3,23	4,42	0,00	1,85	2,88	7,75
	DIU	6,30	1,62	1,03	1,13	1,72	0,00	1,97	0,74	6,81
	Injeção	3,15	2,86	3,60	1,00	1,30	0,00	5,25	2,39	3,86
	Diafragma	0,58	0,73	0,12	0,00	0,00	0,00	0,16	0,11	0,68
	Preservativo	0,74	0,16	0,11	0,30	0,26	0,00	0,61	0,11	0,59
	Esterilização	6,34	1,85	2,37	2,52	2,76	6,65	3,35	2,01	6,11
	Abstinência periódica	8,08	4,43	5,73	3,15	19,92	0,00	3,31	2,96	2,40
	Coito interrompido	0,11	0,07	0,53	0,06	0,33	0,00	0,00	0,11	0,00
	Outro	1,94	0,79	0,88	0,54	2,70	0,00	0,22	0,00	2,74
	Norplan*									
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Não utiliza	59,76	78,56	81,37	84,02	72,72	62,61	73,79	88,06	66,03
	Pílula	13,93	5,36	2,48	4,90	6,94	0,00	4,00	4,58	15,26
	DIU	6,52	1,70	0,51	1,45	2,29	10,71	1,13	0,27	5,61
	Injeção	6,91	7,17	5,14	2,72	3,40	18,49	10,47	2,80	7,01
	Diafragma	0,23	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Preservativo	1,35	1,18	0,73	0,16	0,85	0,00	1,00	0,18	0,61
	Esterilização	4,77	2,86	3,71	2,73	3,96	8,19	7,04	2,24	3,25
	Abstinência periódica	6,35	2,35	4,37	3,86	9,11	0,00	1,85	1,37	2,24
	Coito interrompido	0,09	0,06	0,45	0,06	0,41	0,00	0,39	0,50	0,00
	Outro	0,09	0,76	1,24	0,06	0,32	0,00	0,17	0,00	0,00
	Norplan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.4b - Uso corrente de método contraceptivo por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1998	Não utiliza	54,53	73,79	75,82	82,52	69,52	97,24	70,57	87,46	57,24
	Pílula	12,58	5,62	2,82	2,69	6,58	2,76	4,46	2,53	12,67
	DIU	5,42	0,73	0,94	0,77	1,22	0,00	0,71	0,35	2,37
	Injeção	13,35	7,58	6,95	4,18	5,75	0,00	12,40	6,45	15,03
	Diafragma	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Preservativo	1,69	1,37	1,29	1,33	1,09	0,00	1,06	0,43	3,79
	Esterilização	4,77	4,11	2,55	3,40	4,90	0,00	7,69	1,63	2,48
	Abstinência periódica	6,04	4,99	7,63	3,54	8,68	0,00	2,14	0,36	4,53
	Coito interrompido	0,04	0,39	0,77	0,00	0,09	0,00	0,76	0,00	0,43
	Outro	0,39	0,63	1,19	0,68	1,32	0,00	0,00	0,12	0,43
	Norplan	1,19	0,79	0,04	0,72	0,83	0,00	0,21	0,67	1,04
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Não utiliza	60,26	73,24	76,18	81,82	67,76	98,23	68,69	84,09	57,88
	Pílula	8,99	3,73	2,78	2,78	4,77	0,38	3,79	2,07	9,45
	DIU	4,53	0,21	0,72	0,53	0,73	0,37	0,59	1,80	2,33
	Injeção	12,70	11,08	7,61	6,74	10,31	7,16	16,76	19,42	19,04
	Diafragma*									
	Preservativo	1,81	1,77	2,16	2,24	0,90	0,48	0,06	4,38	4,12
	Esterilização	3,84	3,16	2,20	1,99	2,89	2,41	6,27	2,69	2,75
	Abstinência periódica	5,12	4,02	5,74	3,06	10,52	2,18	2,51	2,74	2,86
	Coito interrompido	0,21	0,39	1,18	0,14	0,50	0,00	0,21	0,00	0,00
	Outro	0,71	1,02	0,34	0,16	0,13	0,71	0,53	0,76	0,59
	Norplan	1,82	1,37	1,09	0,54	1,49	0,53	0,59	0,63	0,98
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	407	466	460	589

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.4c - Uso corrente de método contraceptivo por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 – 2008.

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
2008	Não utiliza	56,05	69,28	72,88	71,58	66,26	97,00	65,87	81,99	53,58
	Pílula	9,11	3,16	1,42	2,20	5,44	0,16	6,24	1,76	9,93
	DIU	3,08	0,26	0,17	0,52	0,62	0,30	0,41	0,40	1,85
	Injeção	17,60	15,74	13,76	13,11	14,31	1,70	14,82	10,05	24,55
	Diafragma*									
	Preservativo	2,30	3,00	1,42	4,70	2,40	0,15	3,55	1,37	1,89
	Esterilização	4,79	3,61	2,27	3,90	3,08	0,00	3,14	1,81	1,91
	Abstinência periódica	2,79	2,71	5,67	2,12	6,33	0,00	2,94	1,48	2,82
	Coito interrompido	0,49	0,04	0,75	0,00	0,29	0,27	0,70	0,34	0,85
	Outro	0,87	0,92	0,98	0,38	0,78	0,20	1,96	0,43	0,89
	Norplan	2,92	1,28	0,68	1,50	0,50	0,21	0,36	0,37	1,73
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.5 - Uso e intenção de uso de métodos contraceptivos por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 – 2008.

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Utiliza mét. modernos	23,89	11,67	9,37	8,18	10,45	6,65	13,19	8,26	25,80
	Utiliza mét. tradicionais	10,13	5,30	7,13	3,75	22,96	0,00	3,54	3,07	5,14
	Pretende utilizar	38,79	49,67	43,11	45,44	33,75	30,21	52,47	25,40	44,26
	Não pretende utilizar	27,19	33,36	40,39	42,63	32,85	63,14	30,81	63,27	24,80
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Utiliza mét. modernos	33,71	18,27	12,58	12,01	17,45	37,39	23,80	10,07	31,73
	Utiliza mét. tradicionais	6,53	3,17	6,05	3,97	9,84	0,00	2,42	1,86	2,24
	Pretende utilizar	28,08	52,14	44,96	49,21	45,26	44,60	50,13	28,39	40,63
	Não pretende utilizar	31,68	26,43	36,40	34,81	27,45	18,00	23,66	59,67	25,40
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	860	1.015	19	544	491	521
1998	Utiliza mét. modernos	39,00	20,20	14,59	13,26	20,37	2,76	26,52	12,07	37,37
	Utiliza mét. tradicionais	6,47	6,01	9,58	4,22	10,10	0,00	2,90	0,47	5,39
	Pretende utilizar	29,01	50,59	44,42	50,45	45,88	25,62	49,47	42,78	40,51
	Não pretende utilizar	25,52	23,21	31,40	32,07	23,64	71,62	21,10	44,68	16,73
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Utiliza mét. modernos	33,70	21,33	16,56	14,82	21,09	1,63	28,06	13,02	38,67
	Utiliza mét. tradicionais	6,04	5,43	7,26	3,36	11,15	0,13	3,25	2,89	3,45
	Pretende utilizar	36,94	48,28	46,45	48,36	37,76	9,95	46,62	33,17	41,12
	Não pretende utilizar	23,32	24,96	29,72	33,45	30,00	88,28	22,06	50,92	16,75
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Utiliza mét. modernos	40,28	27,30	20,20	25,96	27,13	2,73	29,00	16,19	42,25
	Utiliza mét. tradicionais	3,66	3,41	6,93	2,46	6,62	0,27	5,13	1,82	4,17
	Pretende utilizar	32,37	36,68	39,92	46,53	39,71	6,41	42,57	35,91	33,98
	Não pretende utilizar	23,69	32,60	32,95	25,05	26,54	90,59	23,30	46,08	19,60
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.5.6 - Tipo de método contraceptivo que pretende utilizar por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 – 2008.

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Método tradicional	8,44	4,97	4,26	3,24	13,70	0,00	6,39	7,03	3,60
	Método moderno	80,79	85,11	84,97	82,65	64,84	78,00	86,07	75,16	89,23
	Não sabe	10,77	9,92	10,61	14,11	21,46	22,00	7,54	17,81	7,17
	Amostra (n)	676	617	267	482	317	3	217	80	210
1993	Método tradicional	8,02	4,81	8,89	5,20	6,62	8,36	3,29	4,69	8,45
	Método moderno	73,55	78,43	77,30	82,93	80,72	51,28	77,94	78,88	71,14
	Não sabe	18,43	16,76	13,81	11,87	12,66	40,36	18,77	16,43	20,41
	Amostra (n)	443	645	401	429	468	9	278	141	216
1998	Método tradicional	6,45	4,19	6,26	4,47	10,7	34,73	3,03	5,05	5,91
	Método moderno	69,47	84,14	73,05	76,4	68,21	21,53	79,49	85,94	72,15
	Não sabe	24,08	11,67	20,69	19,13	21,09	43,74	17,48	9,01	21,94
	Amostra (n)	408	573	438	537	460	4	423	166	227
2003	Método tradicional	8,47	2,44	6,83	2,98	10,98	14,62	2,24	4,23	4,82
	Método moderno	67,92	87,19	72,34	86,13	67,09	64,94	72,26	77,43	54,52
	Não sabe	23,61	10,37	20,83	10,89	21,93	20,44	25,50	18,34	40,65
	Amostra (n)	665	567	368	454	338	28	207	129	231
2008	Método tradicional	4,82	2,22	2,51	1,14	1,47	0,00	0,10	3,63	2,29
	Método moderno	74,89	77,83	81,88	81,78	64,92	99,30	81,27	86,67	74,29
	Não sabe	20,29	19,95	15,61	17,08	33,61	0,70	18,63	9,70	23,42
	Amostra (n)	500	474	419	481	345	14	232	145	171

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.5.7 - Demanda não atendida de métodos contraceptivos modernos de mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989*										
1993	Não possui	75,25	57,03	62,75	56,55	56,64	67,87	65,37	64,63	62,67
	Para limitar	13,96	16,89	13,82	17,39	19,54	0,00	13,38	7,06	15,20
	Para espaçar	10,79	26,08	23,43	26,07	23,82	32,13	21,26	28,31	22,13
	Amostra (n)	833	763	571	554	589	13	316	312	324
1998	Não possui	89,50	78,33	76,66	74,68	85,79	65,03	88,99	75,67	86,73
	Para limitar	3,83	8,35	8,97	10,71	7,03	23,31	3,98	6,27	5,14
	Para espaçar	6,67	13,32	14,37	14,61	7,18	11,66	7,03	18,06	8,13
	Amostra (n)	1.413	1.141	992	1.069	1.004	16	860	391	564
2003	Não possui	91,17	79,87	78,57	75,56	84,93	92,35	83,25	78,56	90,80
	Para limitar	4,29	8,09	8,87	9,73	7,63	0,93	8,36	7,17	3,67
	Para espaçar	4,54	12,04	12,56	14,71	7,44	6,72	8,39	14,27	5,53
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Não possui	89,91	82,95	79,30	78,96	82,42	86,78	81,21	80,64	89,45
	Para limitar	6,82	7,13	12,18	10,52	8,85	3,17	9,63	7,01	9,10
	Para espaçar	3,27	9,92	8,52	10,52	8,73	10,05	9,16	12,35	1,45
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Variável não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.8 - Conversas com o parceiro sobre contracepção nos últimos 12 meses por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Nunca	21,80	33,39	43,30	53,24	32,06	31,36	22,74	71,28	27,18
	1 ou 2 vezes	27,60	43,19	32,57	27,66	23,82	15,33	19,72	17,38	45,70
	Mais vezes	50,60	23,42	24,13	19,10	44,11	53,30	57,54	11,34	27,12
	Amostra (n)	987	877	429	784	586	8	253	229	274
1993	Nunca	30,99	31,10	43,58	44,22	31,67	30,78	23,81	61,27	21,59
	1 ou 2 vezes	31,27	42,03	26,68	31,26	23,83	32,13	29,72	19,49	29,14
	Mais vezes	37,74	26,87	29,74	24,53	44,49	37,10	46,48	19,25	49,27
	Amostra (n)	767	740	536	538	561	12	278	300	318
1998	Nunca	19,55	21,64	38,40	35,78	27,47	35,60	30,07	40,05	15,00
	1 ou 2 vezes	38,76	38,09	36,89	38,18	30,10	50,77	44,50	35,31	52,13
	Mais vezes	41,69	40,27	24,70	26,04	42,43	13,62	25,43	24,64	32,87
	Amostra (n)	839	721	649	721	576	7	479	245	350
2003	Nunca	35,41	32,42	33,60	49,85	33,06	83,23	23,76	42,55	28,84
	1 ou 2 vezes	35,49	37,54	39,29	29,69	44,85	8,81	32,51	31,67	44,84
	Mais vezes	28,36	29,77	27,11	20,05	21,63	6,83	43,73	25,18	26,32
	Amostra (n)	1.023	740	512	599	543	203	285	268	328
2008*	Nunca									
	1 ou 2 vezes									
	Mais vezes									
	Amostra (n)									

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Variável não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.9 - Atitude frente ao uso de métodos contraceptivos modernos entre as mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Atitude negativa	44,79	46,05	53,93	54,31	67,67	69,79	41,65	72,65	34,70
	Atitude positiva	55,21	53,95	46,07	45,69	32,33	30,21	58,35	27,35	65,30
	Amostra (n)	1.706	1.217	607	1.039	918	10	405	307	463
1993	Atitude negativa	45,73	40,94	52,84	47,40	46,02	39,74	37,13	67,67	39,36
	Atitude positiva	54,27	59,06	47,16	52,60	53,98	60,26	62,87	32,33	60,64
	Amostra (n)	1.554	1.216	880	859	1.015	19	544	491	521
1998	Atitude negativa	40,85	37,32	52,98	43,53	53,58	91,73	38,25	61,3	38,91
	Atitude positiva	59,15	62,68	47,02	56,47	46,42	8,27	61,75	38,7	61,09
	Amostra (n)	1.414	1.142	992	1.073	1.008	16	860	391	564
2003	Atitude negativa	41,21	36,58	49,83	37,34	46,79	91,9	28,58	53,8	29,57
	Atitude positiva	58,79	63,42	50,17	62,66	53,21	8,1	71,42	46,2	70,43
	Amostra (n)	1886	1230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Atitude negativa	36,47	44,25	47,93	36,11	47,18	90,91	36,75	52,69	32,57
	Atitude positiva	63,53	55,75	52,07	63,89	52,82	9,09	63,25	47,31	67,43
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.5.10 - Origem da atitude positiva frente à contracepção moderna entre as mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Uso presente	43,27	21,63	20,34	17,91	32,32	22,00	22,60	30,20	39,51
	Intenção de uso	56,73	78,37	79,66	82,09	67,68	78,00	77,40	69,80	60,49
	Amostra (n)	1.005	662	312	513	229	5	260	139	259
1993	Uso presente	62,11	30,93	26,67	22,83	32,32	62,05	37,85	31,16	52,33
	Intenção de uso	37,89	69,07	73,33	77,17	67,68	37,95	62,15	68,84	47,67
	Amostra (n)	830	691	556	492	418	10	348	173	265
1998	Uso presente	65,93	32,22	31,04	25,66	39,43	33,33	40,40	24,71	56,11
	Intenção de uso	34,07	67,78	68,96	74,34	60,57	66,67	59,60	75,29	43,89
	Amostra (n)	738	697	660	495	445	3	432	313	341
2003	Uso presente	57,32	33,63	33,01	26,24	45,44	20,18	45,44	33,64	63,30
	Intenção de uso	42,68	66,37	66,99	73,76	54,56	79,82	54,56	66,36	36,70
	Amostra (n)	1.167	789	313	487	384	34	283	222	295
2008	Uso presente	63,41	48,97	38,79	40,63	51,36	30,02	45,85	34,22	62,66
	Intenção de uso	36,59	51,03	61,21	59,37	48,64	69,98	54,15	65,78	37,34
	Amostra (n)	948	779	398	708	361	46	290	338	340

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.5.11 - Decisão quanto ao uso de contraceptivos modernos por mulheres casadas de etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989*										
1993*										
1998*										
2003	Respondente	28,91	33,84	20,58	40,82	30,81	25,90	24,59	24,51	31,21
	Parceiro	9,82	8,27	7,89	14,05	13,93	13,66	12,75	22,95	3,79
	Decisão conjunta	60,05	55,34	71,53	44,48	54,12	50,72	62,66	47,68	62,62
	Outro	1,09	1,00	0,00	0,65	0,81	0,00	0,00	1,51	2,16
	Amostra (n)	615	267	162	125	236	5	126	49	204
2008	Respondente	25,51	27,94	18,85	30,35	27,07	29,84	16,37	18,23	35,98
	Parceiro	9,75	13,87	10,20	18,86	12,41	48,78	7,63	27,55	16,25
	Decisão conjunta	63,87	55,33	68,16	49,89	57,51	20,16	73,64	51,61	46,83
	Outro	0,87	2,87	2,79	0,89	3,02	1,21	2,36	2,61	0,94
	Amostra (n)	567	320	239	209	246	6	148	58	202

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Variável não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.6.12 - Taxa de fecundidade total por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	6,2	7,7	6,8	6,4	7,4	3,9	7,1	6,2	6,2
1993	4,3	6,5	6,6	5,8	6,3	2,9	5,9	5,4	5,8
1998	3,5	5,2	5,8	5,5	4,7	5,7	4,3	5,6	3,8
2003	3,5	5,5	5,9	5,7	5,2	6,6	4,8	5,7	3,5
2008	3,2	5,0	5,4	5,2	5,1	5,6	4,4	5,3	3,5

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

TABELA A.5.13a - Desejo por mais filhos por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
1989	Quer mais filhos em 2 anos	6,65	10,65	6,27	17,52	16,66	45,64	11,29	30,00	8,49
	Quer mais filhos em mais de 2 anos	18,41	30,84	35,66	32,41	23,02	11,85	20,19	25,13	21,45
	Quer mais filhos, tempo indeterminado	1,87	3,29	1,60	3,25	0,85	0,00	5,11	11,01	0,77
	Indecisa	3,51	9,60	8,31	5,51	3,98	19,51	4,16	5,22	1,91
	Não quer mais filhos	66,38	44,29	46,98	36,39	55,28	23,00	56,41	23,04	65,44
	Esterilizada*									
	Infértil	3,17	1,32	1,18	4,92	0,21	0,00	2,84	5,60	1,93
	Amostra (n)	989	881	431	782	585	8	256	228	274
1993	Quer mais filhos em 2 anos	9,04	11,11	12,56	13,72	10,65	18,50	10,22	21,67	3,16
	Quer mais filhos em mais de 2 anos	23,31	26,62	29,89	29,86	20,26	40,63	25,01	34,04	23,03
	Quer mais filhos, tempo indeterminado	0,66	0,79	0,27	1,05	1,27	3,78	0,89	2,98	1,56
	Indecisa	2,52	4,98	8,91	8,10	4,31	0,00	9,22	10,42	8,16
	Não quer mais filhos	55,21	49,37	40,55	39,04	54,66	37,10	41,42	22,47	58,90
	Esterilizada	7,73	4,04	5,48	3,82	5,41	0,00	11,45	3,22	2,92
	Infértil	1,53	3,09	2,35	4,41	3,42	0,00	1,78	5,20	2,27
	Amostra (n)	831	774	569	559	594	13	315	311	326
1998	Quer mais filhos em 2 anos	7,70	8,70	9,60	15,82	11,62	2,76	9,65	16,58	4,99
	Quer mais filhos em mais de 2 anos	18,48	24,22	21,90	23,81	20,73	14,41	17,34	26,77	20,17
	Quer mais filhos, tempo indeterminado	3,50	2,86	3,94	4,97	2,44	0,00	3,57	1,60	1,98
	Indecisa	7,34	4,73	6,19	4,46	2,42	2,76	7,04	6,93	4,91
	Não quer mais filhos	43,49	37,01	40,62	34,67	37,17	37,73	30,22	24,78	47,56
	Esterilizada	4,79	4,11	2,55	3,41	4,90	0,00	7,69	1,63	2,48
	Infértil	0,91	2,36	1,04	3,99	1,68	0,00	0,97	3,59	2,38
	Nunca teve relações sexuais	13,79	16,01	14,16	8,85	19,03	42,34	23,53	18,12	15,53
	Amostra (n)	1.408	1.142	992	1.071	1.007	16	860	391	564

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008. * Categoria não incluída na edição da KDHS.

TABELA A.5.13b - Desejo por mais filhos por etnias quenianas selecionadas, Quênia, 1989 - 2008

Ano	Categoria	Kikuyu	Luhya	Kalenjin	Luo	Kamba	Somali	Kisii	Mijikenda/ Swahili	Meru/ Embu
2003	Quer mais filhos em 2 anos	9,33	9,38	7,42	12,53	8,19	37,68	10,22	16,81	7,88
	Quer mais filhos em mais de 2 anos	31,31	34,70	35,95	32,94	22,32	18,10	21,73	30,89	20,86
	Quer mais filhos, tempo indeterminado	11,41	8,64	14,02	12,47	21,64	16,63	23,65	9,95	26,55
	Indecisa	2,28	3,44	2,76	0,87	3,79	6,18	2,62	9,45	2,83
	Não quer mais filhos	40,25	38,44	36,55	35,00	37,91	10,69	35,37	24,12	38,91
	Esterilizada	3,84	3,16	2,20	1,99	2,89	0,17	6,27	2,41	2,75
	Infértil	1,38	2,08	1,10	4,09	2,95	10,44	0,13	5,96	0,24
	Amostra (n)	1.886	1.230	831	984	938	298	466	407	589
2008	Quer mais filhos em 2 anos	9,59	9,08	8,08	10,73	7,91	25,66	12,79	11,22	5,94
	Quer mais filhos em mais de 2 anos	28,26	25,86	31,67	33,11	32,88	23,08	33,22	39,15	19,27
	Quer mais filhos, tempo indeterminado	12,18	19,44	10,62	11,45	7,96	31,98	10,71	9,52	14,05
	Indecisa	2,57	3,32	3,98	2,50	4,20	5,40	3,89	4,76	2,79
	Não quer mais filhos	41,27	35,06	41,81	37,92	43,39	8,65	35,98	30,15	54,93
	Esterilizada	4,79	3,61	2,27	3,90	3,08	0,00	3,14	1,81	1,91
	Infértil	1,00	3,32	1,57	0,40	0,58	4,95	0,17	3,40	1,10
	Amostra (n)	1.642	1.373	1.115	1.098	923	240	579	430	535

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da KDHS 1989, 1993, 1998, 2003, 2008.

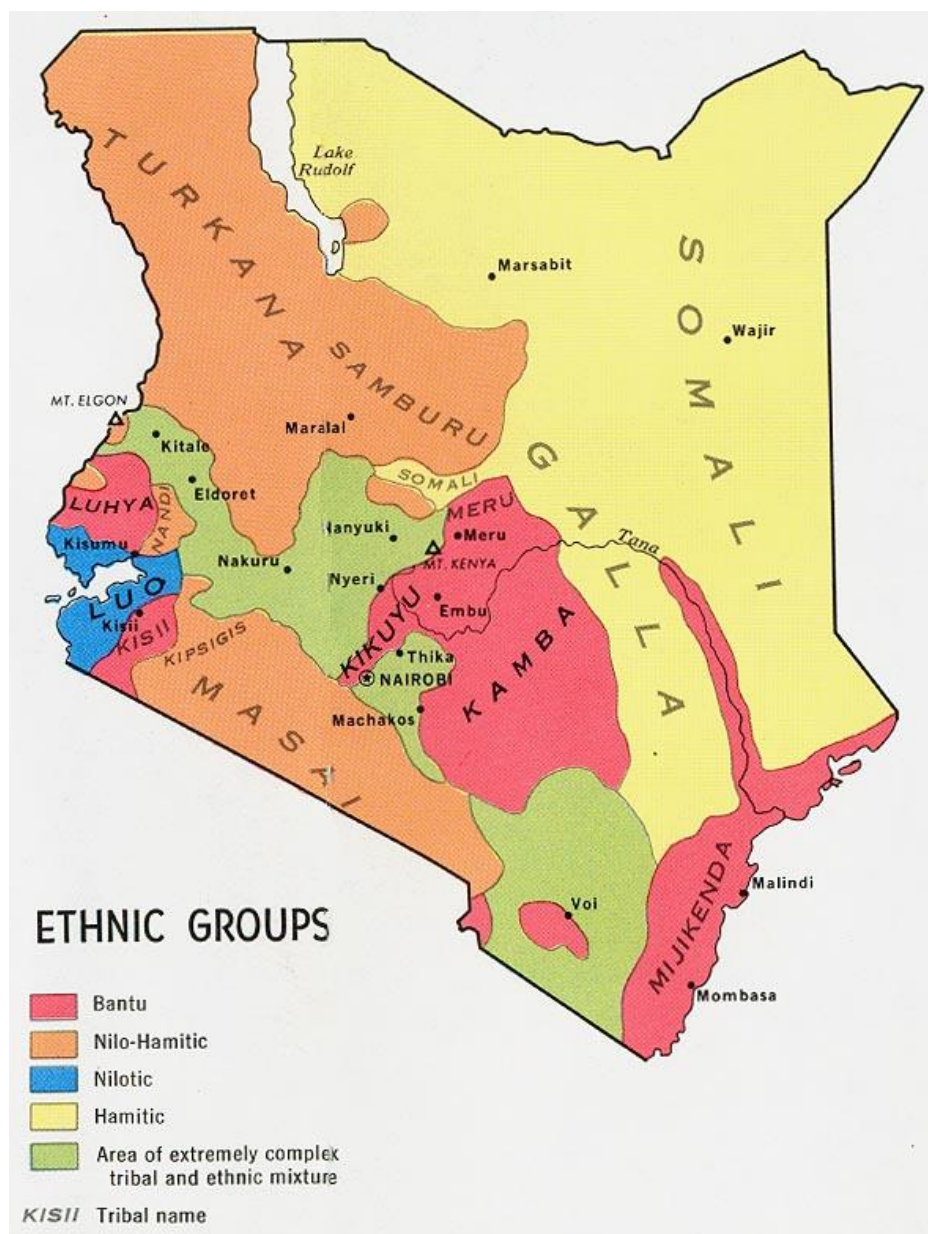
Anexo 6 – Mapas do Quênia

FIGURA A.6.1 - Mapa político do Quênia



Fonte: Maps of the World. Disponível em <http://www.mapsofworld.com/kenya/kenya-political-map.html>. Acesso realizado em 08 de outubro de 2013.

FIGURA A.6.2 - Localização aproximada dos grupos étnicos quenianos



Fonte: American University. Disponível em:
<http://www1.american.edu/ted/ice/turkana-merille.htm>_Acesso realizado em 08 de outubro de 2013.

Anexo 7 – Modelos multinomiais

TABELA A.7.1a - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude negativa	Atitude indeterminada
Etnia	Kalenjin	0,368* (0,14)	-0,821* (0,32)
	Kamba	1,086*** (0,13)	0,091 (0,30)
	Kikuyu	Referência	Referência
	Kisii	-0,174 (0,14)	-0,015 (0,29)
	Luhya	0,146 (0,11)	-0,085 (0,23)
	Luo	0,597*** (0,11)	-0,054 (0,27)
	Meru/Embu	-0,805*** (0,16)	-0,655* (0,33)
	Mijikenda/Swahili	0,734*** (0,20)	-0,121 (0,35)
	Somali	1,448 (0,91)	0,677 (1,10)
	Outra etnia	0,418* (0,18)	-0,300 (0,30)
Ano	1989	Referência	Referência
	1993	-0,071 (0,10)	0,536** (0,20)
	1998	-0,104 (0,10)	0,453* (0,20)
	2003	-0,261** (0,10)	0,617*** (0,18)
	2008	-0,648*** (0,071)	0,739*** (0,536**)
Kalenjin ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,002 (0,18)	-0,459 (0,44)
	1998	0,277 (0,17)	0,455 (0,39)
	2003	0,133 (0,18)	0,849* (0,38)
	2008	0,339 (0,20)	0,997* (0,39)
Kamba ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,934*** (0,17)	-0,830* (0,39)
	1998	-0,724*** (0,17)	-0,473 (0,37)
	2003	-0,477** (0,17)	-0,110 (0,35)
	2008	-0,399* (0,19)	-0,293 (0,37)
Kikuyu ¹		Referência	Referência

TABELA A.7.1b - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude negativa	Atitude indeterminada
Kisii ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,323 (0,18)	-0,532 (0,39)
	1998	-0,272 (0,18)	-0,169 (0,37)
	2003	0,006 (0,19)	0,211 (0,36)
	2008	0,086 (0,22)	0,320 (0,41)
Luhya ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,268 (0,15)	-0,690* (0,31)
	1998	-0,385* (0,15)	0,011 (0,29)
	2003	-0,362* (0,15)	-0,164 (0,27)
	2008	0,293 (0,18)	0,117 (0,29)
Luo ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,350* (0,15)	-0,155 (0,35)
	1998	-0,185 (0,15)	0,262 (0,33)
	2003	-0,313* (0,15)	-0,171 (0,33)
	2008	-0,342 (0,17)	0,057 (0,35)
Meru/Embu ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,365 (0,20)	0,615 (0,41)
	1998	0,253 (0,21)	0,297 (0,41)
	2003	0,505* (0,20)	0,682 (0,38)
	2008	0,527* (0,22)	0,475 (0,39)
Mijikenda/Swahili ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,104 (0,23)	0,297 (0,43)
	1998	-0,601** (0,23)	0,029 (0,42)
	2003	-0,040 (0,22)	0,225 (0,39)
	2008	-0,050 (0,26)	0,119 (0,40)

TABELA A.7.1c - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude negativa	Atitude indeterminada
Somali ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-1,350 (1,10)	-0,551 (1,39)
	1998	1,010 (1,13)	2,347 (1,39)
	2003	1,058 (0,93)	-0,624 (1,21)
	2008	1,428 (0,94)	-0,824 (1,24)
Outra etnia ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,033 (0,22)	-0,463 (0,43)
	1998	-0,158 (0,23)	0,355 (0,38)
	2003	0,346 (0,21)	0,154 (0,35)
	2008	0,215 (0,23)	-0,105 (0,37)
Nível de escolaridade	Sem educação formal	Referência	Referência
	Primário	-0,695*** (0,05)	-0,072 (0,10)
	Secundário	-1,008*** (0,06)	-0,081 (0,11)
	Superior	-1,167*** (0,10)	0,042 (0,17)
Religião	Católica	Referência	Referência
	Protestante	-0,112*** (0,03)	0,007 (0,06)
	Muçulmano	-0,099 (0,08)	0,203 (0,14)
	Outra religião	0,024 (0,17)	-0,029 (0,31)
	Sem religião	0,490*** (0,11)	0,028 (0,32)
Idade	15 a 19 anos	-0,412*** (0,07)	-1,552*** (0,17)
	20 a 24 anos	-0,555*** (0,06)	-0,635*** (0,11)
	25 a 29 anos	-0,240*** (0,06)	-0,268** (0,10)
	30 a 34 anos	Referência	Referência
	35 a 39 anos	0,364*** (0,06)	0,419*** (0,10)
	40 a 44 anos	0,787*** (0,07)	1,029*** (0,10)
	45 a 49 anos	1,587*** (0,08)	1,805*** (0,11)

TABELA A.7.1d - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude negativa	Atitude indeterminada
Tipo de local em que vive	Cidade grande	Referência	Referência
	Vila	-0,033 (0,06)	-0,333** (0,11)
	Área rural	0,235*** (0,05)	-0,474*** (0,08)
Vive em área de mistura de etnias	Não	Referência	Referência
	Sim	0,018 (0,05)	0,166 (0,10)
Ouve rádio ao menos 1 vez por semana	Sim	Referência	Referência
	Não	0,391*** (0,04)	0,121 (0,08)
Número de filhos tidos	0	0,950*** (0,05)	-0,006 (0,14)
	1	Referência	Referência
	2	-0,401*** (0,06)	-0,147 (0,11)
	3	-0,549*** (0,07)	-0,320** (0,11)
	4	-0,741*** (0,07)	-0,414*** (0,12)
	5	-0,933*** (0,08)	-0,444*** (0,13)
	6	-0,902*** (0,08)	-0,594*** (0,14)
	7	-1,088*** (0,09)	-0,518*** (0,15)
	8	-1,109*** (0,10)	-0,505** (0,16)
	9	-1,264*** (0,12)	-0,643*** (0,19)
	10 ou mais	-1,188*** (0,11)	-0,803*** (0,17)
Nível de escolaridade do marido	Sem educação formal	Referência	Referência
	Primário	-0,268*** (0,04)	0,007 (0,09)
	Secundário	-0,463*** (0,05)	-0,026 (0,10)
	Superior	-0,626*** (0,09)	-0,544*** (0,15)
	Não sabe	-0,268*** (0,04)	0,007 (0,09)

TABELA A.7.1e - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude positiva frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variáveis	Atitude negativa	Atitude indeterminada
Constante	0,596*** (0,12)	-1,834*** (0,22)
Graus de liberdade	80	
Observações	39.210	
Teste de qui-quadrado da razão da verossimilhança	5.074,689***	
Pseudo R ²	0,133	

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008. Obs: Exponencial do erro-padrão robusto entre parênteses; ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; * Significativo ao nível de confiança de 90%. ¹ Coeficientes gerados pela interação etnia e ano da pesquisa.

TABELA A.7.2a - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude negativa frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude positiva	Atitude indeterminada
Etnia	Kalenjin	-0,368* (0,14)	-1,189*** (0,33)
	Kamba	-1,086*** (0,13)	-0,995*** (0,30)
	Kikuyu	Referência	Referência
	Kisii	0,174 (0,14)	0,159 (0,30)
	Luhya	-0,146 (0,11)	-0,231 (0,23)
	Luo	-0,597*** (0,11)	-0,651* (0,28)
	Meru/Embu	0,805*** (0,16)	0,151 (0,35)
	Mijikenda/Swahili	-0,734*** (0,20)	-0,855* (0,35)
	Somali	-1,448 (0,91)	-0,771 (1,27)
	Outra etnia	-0,418* (0,18)	-0,719* (0,30)
Ano	1989	Referência	Referência
	1993	0,071 (0,10)	0,606** (0,21)
	1998	0,104 (0,10)	0,557** (0,21)
	2003	0,261** (0,10)	0,878*** (0,19)
	2008	0,648*** (0,13)	1,387*** (0,22)

TABELA A.7.2b - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude negativa frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude positiva	Atitude indeterminada
Kalenjin ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,002 (0,18)	-0,457 (0,45)
	1998	-0,277 (0,17)	0,178 (0,39)
	2003	-0,133 (0,18)	0,716 (0,39)
	2008	-0,339 (0,20)	0,658 (0,40)
Kamba ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,934*** (0,17)	0,104 (0,39)
	1998	0,724*** (0,17)	0,251 (0,38)
	2003	0,477** (0,17)	0,367 (0,35)
	2008	0,399* (0,19)	0,106 (0,38)
Kikuyu ¹		Referência	Referência
Kisii ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,323 (0,18)	-0,209 (0,40)
	1998	0,272 (0,18)	0,104 (0,38)
	2003	-0,006 (0,19)	0,205 (0,38)
	2008	-0,086 (0,22)	0,233 (0,42)
Luhya ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,268 (0,15)	-0,422 (0,32)
	1998	0,385* (0,15)	0,396 (0,30)
	2003	0,362* (0,15)	0,198 (0,28)
	2008	-0,293 (0,18)	-0,176 (0,32)
Luo ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,350* (0,15)	0,195 (0,36)
	1998	0,185 (0,15)	0,447 (0,34)
	2003	0,313* (0,15)	0,143 (0,34)
	2008	0,342 (0,17)	0,399 (0,37)

TABELA A.7.2c - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude negativa frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude positiva	Atitude indeterminada
Meru/Embu ¹	1989	Referência	Referência
	1993	-0,365 (0,20)	0,251 (0,42)
	1998	-0,253 (0,21)	0,044 (0,43)
	2003	-0,505* (0,20)	0,178 (0,40)
	2008	-0,527* (0,22)	-0,052 (0,42)
Mijikenda/Swahili ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,104 (0,23)	0,401 (0,42)
	1998	0,601** (0,23)	0,630 (0,42)
	2003	0,040 (0,22)	0,265 (0,38)
	2008	0,050 (0,26)	0,169 (0,40)
Somali ¹	1989	Referência	Referência
	1993	1,350 (1,10)	0,799 (1,55)
	1998	-1,010 (1,13)	1,337 (1,42)
	2003	-1,058 (0,93)	-1,682 (1,35)
	2008	-1,428 (0,94)	-2,252 (1,37)
Outra etnia ¹	1989	Referência	Referência
	1993	0,033 (0,22)	-0,429 (0,42)
	1998	0,158 (0,23)	0,513 (0,38)
	2003	-0,346 (0,21)	-0,192 (0,35)
	2008	-0,215 (0,23)	-0,321 (0,37)
Nível de escolaridade	Sem educação formal	Referência	Referência
	Primário	0,695*** (0,05)	0,623*** (0,10)
	Secundário	1,008*** (0,06)	0,928*** (0,11)
	Superior	1,167*** (0,10)	1,209*** (0,18)

TABELA A.7.2d - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude negativa frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude positiva	Atitude indeterminada
Religião	Católica	Referência	Referência
	Protestante	0,112*** (0,03)	0,119 (0,06)
	Muçulmano	0,099 (0,08)	0,301* (0,15)
	Outra religião	-0,024 (0,17)	-0,053 (0,31)
	Sem religião	-0,490*** (0,11)	-0,462 (0,31)
Idade	15 a 19 anos	0,412*** (0,07)	-1,140*** (0,17)
	20 a 24 anos	0,555*** (0,06)	-0,080 (0,12)
	25 a 29 anos	0,240*** (0,06)	-0,028 (0,10)
	30 a 34 anos	Referência	Referência
	35 a 39 anos	-0,364*** (0,06)	0,055 (0,11)
	40 a 44 anos	-0,787*** (0,07)	0,242* (0,11)
	45 a 49 anos	-1,587*** (0,08)	0,219* (0,11)
Tipo de local em que vive	Cidade grande	Referência	Referência
	Vila	0,033 (0,06)	-0,300* (0,12)
	Área rural	-0,235*** (0,05)	-0,709*** (0,08)
Vive em área de mistura de etnias	Não	Referência	Referência
	Sim	-0,018 (0,05)	0,148 (0,11)
Ouve rádio ao menos 1 vez por semana	Sim	Referência	Referência
	Não	-0,391*** (0,04)	-0,270*** (0,08)

TABELA A.7.2e - Exponenciais dos coeficientes e dos erros-padrão estimados para variável dependente “atitude negativa frente ao uso de método contraceptivo moderno” – Quênia, 1989 - 2008.

Variável	Categoria	Atitude positiva	Atitude indeterminada
Número de filhos tidos	0	-0,950*** (0,05)	-0,956*** (0,14)
	1	Referência	Referência
	2	0,401*** (0,06)	0,253* (0,12)
	3	0,549*** (0,07)	0,229 (0,12)
	4	0,741*** (0,07)	0,326* (0,13)
	5	0,933*** (0,08)	0,489*** (0,14)
	6	0,902*** (0,08)	0,307* (0,15)
	7	1,088*** (0,09)	0,570*** (0,16)
	8	1,109*** (0,10)	0,603*** (0,17)
	9	1,264*** (0,12)	0,621** (0,19)
	10 ou mais	1,188*** (0,11)	0,385* (0,18)
Nível de escolaridade do marido	Sem educação formal Primário	Referência 0,268*** (0,04)	Referência 0,275** (0,09)
	Secundário	0,463*** (0,05)	0,436*** (0,10)
	Superior	0,626*** (0,09)	0,082 (0,16)
	Não sabe	-0,164 (0,13)	0,024 (0,23)
Constante		-0,596*** (0,12)	-2,430*** (0,23)
Graus de liberdade		80	
Observações		39.210	
Teste de qui-quadrado da razão da verossimilhança		5.074,689***	
Pseudo R ²		0,133	

Fonte: elaboração própria a partir de dados das KDSH 1989, 1993, 1998, 2003 e 2008.

Obs: Exponencial do erro-padrão robusto entre parênteses; ***Significativo ao nível de confiança de 99%; **Significativo ao nível de confiança de 95%; * Significativo ao nível de confiança de 90%. ¹ Coeficientes gerados pela interação etnia e ano da pesquisa.