

# Uso de Anticoncepcionais, Intenção De Usar e Necessidade Insatisfeita Durante O Período Pós-parto Prolongado

Por John A. Ross e William L. Winfrey

---

**Contexto:** *O ano depois do parto apresenta um risco cada vez mais alto de uma gravidez não esperada e um desejo, freqüentemente frustrado, para proteção anticoncepcional. Atualmente, os níveis de uso de anticoncepcionais durante este período estão muito aquém do desejado, resultando em gravidez inesperada e partos não desejados.*

**Métodos:** *Dados de 27 pesquisas conduzidas entre 1993 e 1996, como parte da série das Demographic and Health Surveys (Pesquisas Demográficas e de Saúde), são analisados para avaliar as intenções de praticar anticoncepção e a demanda relativa não satisfeita, ambas no primeiro ano pós-parto. A necessidade não satisfeita é parcialmente redefinida aqui para concentrar em desejos futuros ao invés de gravidezes e partos no passado.*

**Resultados:** *Em todos os 27 países existe grande interesse insatisfeito e necessidade insatisfeita em anticoncepção. Médias não ponderadas dos países indicam que dois terços das mulheres dentro do primeiro ano pós-parto têm uma necessidade de anticoncepção insatisfeita, e quase 40% relatam que estão planejando usar um método nos próximos 12 meses, mas não estão fazendo-o atualmente. Ainda, do total de necessidade insatisfeita, uma média de quase dois quintos é representada por mulheres que tiveram partos no ano anterior. Assim mesmo, quase duas em cinco mulheres com intenção de usar um método estão dentro do primeiro ano desde seu último parto. Os dois grupos de mulheres—aquelas com necessidade insatisfeita e as com intenção de usar um método—se superpõem e, geralmente, incluem quase todas as com intenção de usar um método e cerca de dois terços de todas com necessidade não satisfeita (que constituem o maior grupo dos dois). Somente um número mínimo de mulheres nestes grupos deseja outro parto dentro de dois anos. Entre 50% e 60% das mulheres grávidas fazem visitas pré-natais ou têm contato com provedores de atenção à saúde no momento do parto ou logo depois, e contatos adicionais são realizados para atenção infantil e outros serviços de atenção à saúde.*

**Conclusões:** *Mulheres que deram à luz recentemente precisam de maior atenção dos programas de planejamento familiar e de saúde reprodutiva—se o número de partos e abortos não desejados deve ser reduzido e se os intervalos intergenésicos devem ser aumentados. Visitas pré-natais, serviços de parto e contatos subseqüentes com o sistema de saúde são vias prometedoras para o acesso a mulheres no puerpério que têm necessidade insatisfeita em relação a serviços de planejamento familiar.*

Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar, número especial de 2001, 2–9 & 37

---

Neste artigo, que concentra na necessidade não satisfeita de serviços de planejamento familiar e a intenção declarada da mulher de querer usar estes serviços (ambas durante o primeiro ano após o parto), procuramos responder duas questões principais. Primeiro, qual é a porcentagem durante este período de mulheres que sentem uma necessidade insatisfeita de anticoncepção e qual porcentagem expressa uma intenção de usar um método? Segundo, qual é a porcentagem destas mulheres dentro da

necessidade insatisfeita de toda população, e até que ponto representa todas as mulheres que têm a intenção de usar anticoncepcionais? Se grande parte desta necessidade desatendida ocorre logo após o parto, e se mulheres que recentemente deram à luz têm necessidade insatisfeita ou desejam usar anticoncepcionais, essas situações têm implicações importantes para programas de saúde e de planejamento familiar.

O intervalo de 12 meses que segue um parto inclui o “período de puerpério”, que

tem sido definido de várias maneiras. Biologicamente, o período de puerpério depende da volta da menstruação, que varia amplamente entre as mulheres e entre sociedades, e depende em grande medida do tempo e intensidade da amamentação. Nenhuma definição única pode ser satisfatória para todos os programas, mas um período de um ano serve como estrutura útil para analisar a interação do uso de anticoncepcionais, intenção de usar e necessidade não satisfeita. Para maior conveniência, usamos o termo de “período de pós-parto prolongado” neste artigo.

## Antecedentes

Embora exista extenso material na literatura sobre ambos—a necessidade insatisfeita e o período geral de puerpério—muito pouco tem sido escrito sobre as coincidências entre os dois. Além disso, a intenção da mulher de usar um método não tem sido plenamente considerada. Se a maioria das mulheres com necessidade não satisfeita de planejamento familiar tiveram um parto recentemente, e se a maioria das mulheres com partos recentes têm necessidade insatisfeita, estes fatos requerem maior exploração para refinar a natureza deste relacionamento e para achar as maneiras pelas quais serviços conjuntos possam ser oferecidos. Em particular, pelo nosso conhecimento, nada tem sido escrito sobre a tripla conexão entre necessidade insatisfeita, intenção de usar um método e o período geral do pós-parto.

Em meados da década de 1960, foram realizados ensaios piloto numa rede de hospitais preeminentes em vários países em desenvolvimento, relacionados ao impac-

---

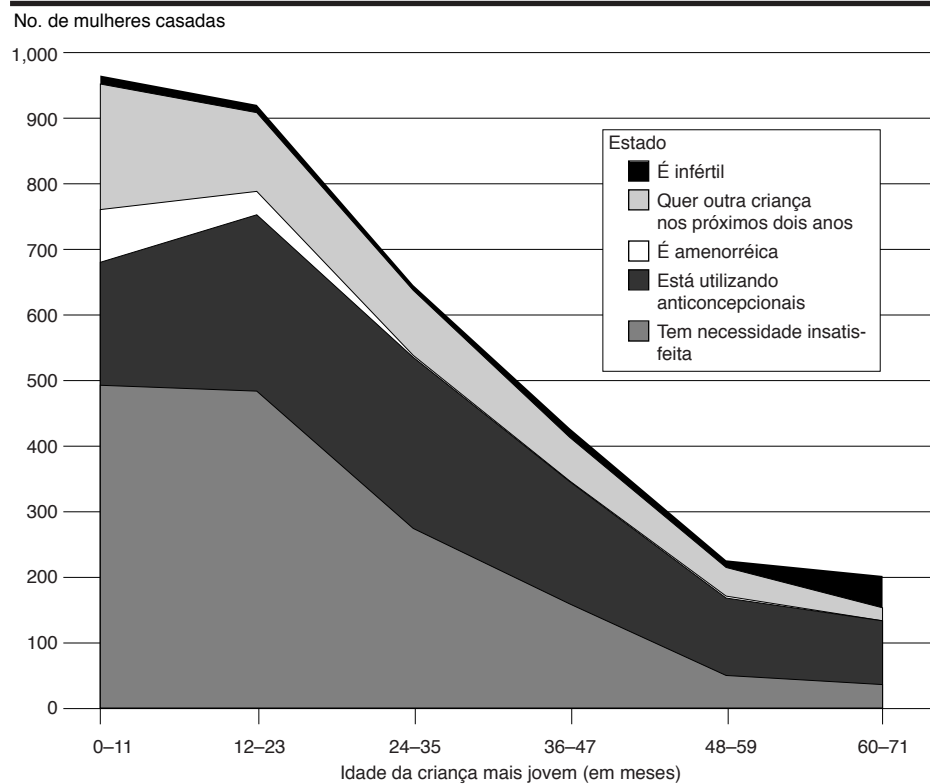
John A. Ross é um membro sênior do The Futures Group International, Glastonbury, CT, EUA. William L. Winfrey é cientista de pesquisa sênior do The Futures Group International, Washington, DC. A pesquisa na qual este artigo é baseado foi conduzida como parte do The POLICY Project of The Futures Group International, com fundos da U.S. Agency for International Development.

to da provisão em grande escala de anti-concepcionais antes e depois do momento do parto. Esta atividade, conhecida como o *International Postpartum Program*<sup>1</sup> (Programa Internacional do Pós-parto) foi reconhecida a nível mundial e levou à aceitação geral e implementação ampla da provisão antecipada de informação e serviços anticoncepcionais. Por alguns anos subsequentes, no entanto, pouco foi escrito sobre esta abordagem, sendo que pareceu se tornar uma parte integrante e normal dos serviços obstétricos. Finalmente, entretanto, os analistas começaram a indagar sobre o estado do tema, e o interesse no assunto ressurgiu de certa maneira, como na Conferência Internacional de Pós-parto, realizada na Cidade do México em 1990. Paralelamente, outras recapitulações abordaram o assunto da prioridade de serviços logo após o parto, argumentando que a necessidade anticoncepcional não deve excluir, pela força do número, a atenção a outras preocupações de novas mães.<sup>2</sup>

O Programa Internacional de Pós-parto foi lançado antes da vasta acumulação de dados nacionais de pesquisa (que começou com as Pesquisas Mundiais de Fecundidade) e antes que o conceito de necessidade insatisfeita se tornou preeminente. Ainda, foi somente em anos recentes que as próprias declarações das mulheres em relação às suas intenções receberam atenção como alternativa ou suplemento à informação sobre necessidade insatisfeita. Sendo assim, parece oportuno rever estas questões em conjunto, usando dados de pesquisas para avaliar tanto a necessidade quanto o interesse da mulher, no uso de anticoncepcionais logo após o parto.

Pesquisas anteriores estabeleceram que muitas mulheres no puerpério têm uma necessidade insatisfeita de anticoncepção e que grande parte desta necessidade surge dentro do período geral do pós-parto.<sup>3</sup> Além disto, a necessidade insatisfeita e o estado pós-parto se sobrepõem substancialmente. Em parte, isto reflete a falha de obter anticoncepcionais logo após o parto. De 7–9 meses após o parto, a maioria das mulheres são expostas à gravidez e não querem engravidar tão rapidamente, mas ainda não obtiveram proteção anticoncepcional.<sup>4</sup> Estas mulheres já voltaram a menstruar, não se abstêm de relações sexuais e estão desprotegidas da concepção. Uma porcentagem muito alta destas mulheres diz que quer prevenir a gravidez. Um estudo demonstrou que entre 24 países com dados disponíveis, em 13, mais de 80% destas mulheres desejavam parar de engravidar ou espaçar seu próximo parto, e em 21 países, mais de 60% concorda-

**Gráfico 1. Número de mulheres casadas com pelo menos uma criança mais jovem (em meses), de acordo com o estado de fecundidade e intenção de fecundidade, Quênia, 1998**



vam com o mesmo.<sup>5</sup>

Ainda, uma porcentagem considerável de mulheres que tiveram um parto engravidou novamente dentro de nove meses, e ainda mais dentro de 15 meses, levando a intervalos intergenésicos mais curtos do que muitas mulheres desejavam. De acordo com uma análise de dados de 25 países, levantados como parte do projeto Demographic and Health Surveys (DHS, Pesquisas Demográficas e de Saúde), 17% dos partos (ou seja, um em seis) foram concebidos dentro de nove meses do parto anterior, e 35% foram concebidos dentro de 15 meses do parto anterior.<sup>6</sup> Muitos destes partos não eram desejados tão logo: em média, somente 11% das mulheres queriam intervalos de menos de 24 meses, embora 35% tiveram partos. Esta análise também documentou que os riscos de mortalidade são elevados, tanto para a criança anterior, quanto para o recém-nascido. Dados de 17 países em três regiões em desenvolvimento, assim como das quatro regiões geográficas da Índia, revelaram que em todos os países os intervalos intergenésicos são consideravelmente mais curtos do que desejados.<sup>7</sup> Para a Índia como um todo, os intervalos intergenésicos deveriam ser quatro meses mais longos, em média, se as mulheres pudessem seguir as suas preferências.

A necessidade insatisfeita está concen-

trada, de maneira extraordinária, entre mulheres que tiveram um parto dentro dos últimos dois anos. Com o aumento do intervalo desde o último parto, os números absolutos de mulheres com necessidade insatisfeita caem dramaticamente. Indicam este padrão dados da DHS da Quênia, usando as definições na DHS de necessidade insatisfeita (Gráfico 1): quando as mulheres sem partos são omitidas, o número de mulheres casadas com necessidade insatisfeita é maior nos 24 meses seguintes ao último parto; somente poucas com uma criança com mais de 48 meses tinham necessidade não satisfeita.<sup>8</sup> Desde que mulheres sem partos por muitos anos tendem a fazer parte dos grupos etários mais velhos, o número total de mulheres é reduzido à direita do gráfico, assim como o número que deseja outra criança dentro de dois anos.

Outro grupo que não está bem calculado consiste de mulheres que tiveram um aborto recente, e onde basicamente todas são consideradas como tendo necessidade insatisfeita. Juntando estas mulheres no pós-aborto àquelas com necessidade insatisfeita transferiria o total ainda mais perto do final da última gravidez.

De certa maneira, os relatórios DHS no passado, infelizmente, subestimaram a prevalência de necessidade não satisfeita,

**Tabela 1. Distribuição percentual de todas as mulheres no período pós-parto prolongado, por estado de necessidade insatisfeita, de uso de anticoncepcionais e de intenção de reprodução, de acordo com região e país**

Região e país	% com necessidade insatisfeita			% utilizando um método				% querendo um parto dentro de 2 anos
	Total	Para espaçar	Para limitar	Total	Moderno		Tradicional-	
					Para espaçar	Para limitar		
<b>Total</b>	<b>64,6</b>	<b>39,1</b>	<b>25,5</b>	<b>29,2</b>	<b>9,1</b>	<b>10,3</b>	<b>9,8</b>	<b>5,4</b>
<b>África sub-Saariana</b>	<b>73,8</b>	<b>55,0</b>	<b>18,8</b>	<b>18,1</b>	<b>5,9</b>	<b>3,1</b>	<b>9,0</b>	<b>7,6</b>
Benin	80,3	66,8	13,5	14,6	1,5	0,5	12,6	4,2
Comores	71,7	48,8	22,9	20,0	6,1	1,6	12,3	6,4
Costa do Marfim	88,0	69,3	18,7	5,0	1,7	0,4	2,8	6,7
Gana	84,5	55,6	28,8	11,7	2,9	1,9	6,9	3,7
Mali	86,8	74,8	12,0	3,6	1,3	0,2	2,2	9,3
Moçambique	77,1	66,4	10,7	4,0	2,3	1,0	0,7	18,8
Quênia	75,2	40,0	35,3	19,5	6,1	8,5	4,9	4,3
Rep. Centro-africana	64,6	53,5	11,0	25,0	1,1	0,7	23,2	9,7
Senegal	82,7	66,2	16,5	12,2	2,9	1,3	8,1	5,1
Uganda	76,7	52,3	24,4	12,4	2,7	1,8	8,0	10,7
Zâmbia	60,8	43,2	17,6	29,0	9,3	2,8	16,9	9,5
Zimbábue	37,8	23,4	14,5	59,7	33,4	16,8	9,5	2,1
<b>Oriente Médio</b>	<b>51,8</b>	<b>23,2</b>	<b>28,6</b>	<b>43,7</b>	<b>10,4</b>	<b>17,6</b>	<b>15,8</b>	<b>4,3</b>
Egito	57,4	25,5	31,9	37,8	13,7	20,6	3,5	4,5
Turquia	46,1	20,8	25,3	49,6	7,0	14,6	28,0	4,0
<b>Ásia</b>	<b>62,3</b>	<b>33,2</b>	<b>29,1</b>	<b>32,2</b>	<b>13,4</b>	<b>11,6</b>	<b>7,2</b>	<b>4,5</b>
Bangladesh	74,3	35,3	39,0	20,9	9,1	7,4	4,4	4,1
Cazaquistão	49,4	29,1	20,3	43,5	13,1	14,3	16,0	4,2
Filipinas	66,4	30,2	36,1	29,3	4,8	9,4	15,1	3,0
Indonésia	54,2	30,7	23,5	42,1	23,2	17,0	1,9	3,3
Nepal	84,0	40,4	43,6	11,4	2,6	6,9	1,9	4,4
Uzbequistão	45,8	33,6	12,2	46,0	27,7	14,6	3,8	7,7
<b>América Latina</b>	<b>54,4</b>	<b>21,4</b>	<b>32,9</b>	<b>41,6</b>	<b>10,5</b>	<b>19,2</b>	<b>11,9</b>	<b>3,1</b>
Bolívia	65,9	15,6	50,3	31,0	2,1	7,1	21,8	2,6
Brasil	27,9	8,7	19,2	68,1	19,2	40,1	8,8	2,5
Colômbia	29,1	10,0	19,2	68,6	18,0	29,2	21,3	1,9
Guatemala	79,2	46,1	33,2	14,8	4,4	7,7	2,7	4,7
Haiti	85,3	31,7	53,6	9,7	2,0	4,2	3,5	4,5
Peru	52,8	14,0	38,8	45,2	10,5	21,8	12,9	1,2
Rep. Dominicana	40,2	24,0	16,2	54,0	17,4	24,5	12,2	4,0

Notas: As porcentagens indicadas nas fileiras de totais e subtotais regionais são médias não ponderadas. As colunas não chegam a 100% porque uma pequena porcentagem de mulheres inférteis foi omitida.

especialmente entre novas mães. As respondentes que estavam grávidas ou amenorréicas e que relataram que queriam esta gravidez ou seu último parto foram classificadas como não tendo necessidade insatisfeita, independentemente da sua atitude em relação à próxima gravidez. Claramente, algumas mulheres amenorréicas que dizem que são gratas pela última criança, são firmes em não querer mais filhos no futuro. Ainda, desde uma perspectiva dinâmica ao invés de uma análise rápida, muitas mulheres sem necessidade insatisfeita logo farão parte de tal grupo no futuro. (Estes assuntos são discutidos em detalhe em outras publicações<sup>9</sup>).

Finalmente, existe uma compreensão emergente da importância das próprias declarações das mulheres em relação à sua intenção de usar um método.<sup>10</sup> Uma oposição declarada à necessidade não satis-

feita é que esta consiste meramente de uma composição estatística, composta de respostas a perguntas parcialmente sem relação.<sup>11</sup> As próprias declarações diretas das mulheres sobre sua intenção de usar um método no futuro já não terão este problema. Outra diferença é que a necessidade insatisfeita depende de preferências de fecundidade, enquanto que declarações de intenções indicam o uso efetivo de anticoncepcionais.

Ainda, intenções declaradas de usar anticoncepcionais provêm de mulheres um pouco diferentes do que as declarações de necessidade insatisfeita: entre as mulheres com intenções de usar um método dentro do próximo ano, algumas têm necessidade insatisfeita e outras não. Nos relatórios DHS, as mulheres são classificadas como não tendo necessidade insatisfeita se elas relataram que querem uma

criança dentro dos próximos dois anos. Muitas destas mesmas mulheres, no entanto, dizem que planejam usar a anticoncepção dentro do próximo ano.<sup>12</sup>

Um objetivo deste artigo é determinar a posição da intenção de usar anticoncepcionais dentro do intervalo entre partos. Aquelas com intenção de usar e as com necessidade insatisfeita claramente se sobrepõem só parcialmente, com algumas mulheres em ambos grupos excluídas do outro. Isto indica um relacionamento triplo quando o posicionamento dentro do período pós-parto prolongado é incluído.

## Fontes de dados e métodos

Dados de 27 pesquisas DHS, conduzidas no período de 1993–1996, foram usados para a análise apresentada aqui. Doze países se encontram na África sub-Saariana, sete na América Latina, seis na Ásia e dois no Oriente Médio. Concentramo-nos na experiência nos 12 meses seguintes ao parto mais recente, com alguma atenção à experiência logo após este período. Todas as mulheres de paridade zero foram excluídas das nossas análises.

Usamos a definição comum de necessidade insatisfeita, conforme utilizada na maioria das pesquisas DHS,<sup>13</sup> mas com ajustes para encontrar preferências futuras em vez de passadas. Ao invés de basear o estado de necessidade insatisfeita para mulheres amenorréicas no desejo de querer a sua última criança, confiamos no seu desejo expressado de ter outra criança, conforme realizado com a maioria das mulheres não-amenorréicas. Ainda, as mulheres amenorréicas e grávidas cujo último parto ou gravidez atual resultaram de falha contraceptiva, foram classificadas com necessidade de acordo com a sua atitude em relação à gravidez futura ou atual, respectivamente. Todas estas mulheres estarão a risco de uma gravidez não desejada, a curto prazo, e devem ser consideradas no planejamento de serviços apropriados. Finalmente, num refinamento da necessidade insatisfeita, usuárias de métodos tradicionais são freqüentemente mantidas separadas de usuárias de métodos modernos, em reconhecimento das taxas mais altas de falha do primeiro grupo e o recurso que muitas mulheres têm aos métodos tradicionais depois de experiências frustrantes com métodos modernos. Observamos esta distinção em partes deste artigo.

Uma alternativa à medida de necessidade insatisfeita que é usada neste artigo é a intenção expressada da mulher de usar um método anticoncepcional. Esta medida resultará num panorama algo diferente do que o da necessidade insatisfeita, sendo que algumas mulheres classifica-

das como tendo necessidade não satisfeita relatam que nunca tinham a intenção de usar um método, embora outras mulheres que possam estar classificadas como não tendo necessidade relatam a sua intenção de usar um método, devido principalmente à definição das pesquisas DHS. A exclusão de mulheres que querem uma criança nos próximos dois anos da categoria de necessidade insatisfeita, omite muitas mulheres que planejam logo utilizar um método.

A pergunta típica nestas pesquisas, orientada às mulheres que não usam nenhum método anticoncepcional, foi: “A sua intenção é de utilizar um método para postergar ou prevenir uma gravidez a qualquer momento no futuro”? As respostas foram codificadas como sim, não, ou não sei. As que respondiam positivamente foram então perguntadas: “Você tem a intenção de usar um método para postergar ou prevenir uma gravidez dentro dos próximos 12 meses”? As respostas foram novamente codificadas como sim, não, ou não sei. Nas nossas análises, usamos somente as respostas à segunda pergunta, sendo que estas mulheres provavelmente indicam uma intenção mais firme de usar um método do que as que responderam à primeira pergunta. As respostas à segunda pergunta são também relacionadas ao prazo mais curto em vez de um período ilimitado no futuro.

## Resultados

### Necessidade insatisfeita geral

Entre as mulheres com 0–12 meses de pós-parto, o nível médio não ponderado de necessidade insatisfeita para anticoncepção em 27 países é de 65% (Tabela 1). Este nível varia de 54% na América Latina e 62% na Ásia a 74% na África sub-Saariana. Os únicos dois países do Oriente Médio incluídos, Egito e Turquia, demonstraram níveis de necessidade não satisfeita relativamente baixos, de 57% e 46%, respectivamente.\*

Nos países asiáticos com dados disponíveis, cerca da metade da necessidade insatisfeita entre mulheres no puerpério é para espaçamento de partos e a outra metade é para limitar partos futuros. Em contraste, na África sub-Saariana, aproximadamente três quartos da necessidade insatisfeita neste grupo são para o espaçamento, enquanto que na América Latina, três quintos são para limitar os partos.

Cerca de 30% das mulheres no pós-parto já estão utilizando um método; esta porcentagem varia nitidamente entre as três regiões principais, no entanto, variando de 42% na América Latina e 32% na Ásia a 18% na África sub-Saariana. (Os

países do Oriente Médio com dados disponíveis tinham os níveis mais altos de utilização de métodos no pós-parto—um total de 44%).

Aproximadamente uma em três destas mulheres (um total de 10%) usa métodos tradicionais. Dependendo da região, 7–12% das mulheres no puerpério usam estes métodos. Assim, os métodos tradicionais representam cerca da metade da utilização de anticoncepcionais durante o período de puerpério na África sub-Saariana, mas somente um quarto do total de utilização de métodos na Ásia e América Latina.

Muito poucas mulheres (cerca de 5% do total) desejam conceber logo novamente. (Este é um nível bastante baixo, considerando que constitui uma média de todas as durações até 12 meses desde o último parto; a

porcentagem pode ser mais alta chegando ao final do período pós-parto). Esta porcentagem varia nas três grandes regiões, com 3–8% das mulheres no puerpério desejando outra criança dentro de dois anos.

Dentro das regiões, entretanto, tanto a necessidade insatisfeita quanto intenção de outra criança logo variam consideravelmente de um país a outro. Na África sub-Saariana, a porcentagem de mulheres no pós-parto com necessidade insatisfeita varia de 61% na Zâmbia a 88% na Costa do Marfim. (A exceção é Zimbábue, onde somente 38% tem necessidade não satisfeita). A porcentagem de mulheres no puerpério que desejam ter outra criança dentro de dois anos geralmente varia de cerca de 2% a 11%, com Moçambique (19%) desviando da regra geral neste respeito.

Na Ásia, 46–49% das mulheres no pós-parto no Cazaquistão e Uzbequistão têm necessidade insatisfeita; nos outros quatro países asiáticos com disponibilidade de dados, os níveis de necessidade insatisfeita variam amplamente, de 54% a 84%. Não obstante, em cinco destes seis países, somente 3–4% das mulheres no pós-parto desejam outro parto dentro de dois anos.

A variação de necessidade insatisfeita é alta entre os países latino-americanos repre-

**Tabela 2. Porcentagem de todas as mulheres no período pós-parto prolongado com intenção de utilizar anticoncepcionais no ano seguinte, por número de meses desde o último parto**

Região e país	0–12	0–3	3–6	6–9	9–12	≥12
<b>Total</b>	<b>38,5</b>	<b>53,6</b>	<b>37,8</b>	<b>33,2</b>	<b>30,9</b>	<b>16,9</b>
<b>África sub-Saariana</b>	<b>40,6</b>	<b>49,5</b>	<b>40,6</b>	<b>38,6</b>	<b>34,2</b>	<b>23,3</b>
Benin	37,1	44,4	39,9	36,5	27,7	23,1
Comores	42,1	50,0	46,3	47,6	26,5	20,2
Costa do Marfim	30,7	31,8	27,5	30,4	33,1	14,1
Gana	40,2	47,2	37,4	42,2	33,1	22,2
Mali	42,2	41,4	44,3	39,7	43,0	25,6
Moçambique	34,7	34,7	34,9	36,8	32,7	20,0
Quênia	50,8	66,7	48,8	46,1	45,0	24,1
Rep. Centro-africana	48,6	57,9	53,0	42,2	41,3	23,3
Senegal	33,9	42,8	33,8	30,3	28,0	19,5
Uganda	44,1	51,1	43,9	41,9	41,2	30,4
Zâmbia	51,2	62,6	53,4	47,9	41,4	33,4
Zimbábue	31,0	63,4	23,5	21,3	17,6	24,2
<b>Oriente Médio</b>	<b>34,8</b>	<b>61,6</b>	<b>30,5</b>	<b>27,0</b>	<b>24,0</b>	<b>10,6</b>
Egito	37,9	59,0	36,3	28,9	27,9	13,9
Turquia	31,8	64,1	24,6	25,1	20,1	7,4
<b>Ásia</b>	<b>38,6</b>	<b>56,2</b>	<b>40,8</b>	<b>29,6</b>	<b>29,8</b>	<b>10,6</b>
Bangladesh	57,6	70,0	61,9	52,3	44,0	13,7
Cazaquistão	38,8	65,5	38,2	20,6	36,1	7,8
Filipinas	34,9	51,8	36,7	29,4	25,6	9,7
Indonésia	35,3	60,6	35,7	24,5	21,4	8,6
Nepal	44,7	57,5	47,8	38,8	35,0	16,5
Uzbequistão	20,0	31,6	24,7	12,1	16,7	7,1
<b>América Latina</b>	<b>35,8</b>	<b>56,2</b>	<b>32,6</b>	<b>29,0</b>	<b>28,2</b>	<b>13,1</b>
Bolívia	44,3	57,5	48,4	38,5	35,0	16,8
Brasil	25,3	55,8	18,2	17,8	14,9	6,8
Colômbia	24,3	50,6	22,0	17,9	13,3	9,3
Guatemala	32,4	44,9	28,4	28,1	28,9	12,0
Haiti	47,1	58,2	45,2	41,9	44,5	23,7
Peru	42,8	64,1	43,7	36,8	29,9	11,7
Rep. Dominicana	34,6	62,0	22,4	21,9	31,1	11,4

sentados, de 28–29% nos países de alta prevalência, o Brasil e Colômbia, a 79–85% nos países de baixa prevalência, como a Guatemala e Haiti. Reiterando mais uma vez, muito poucas mulheres no pós-parto nos sete países latino-americanos com pesquisas DHS desejam outra criança dentro de dois anos (1–5%).

Com parto recente, quase nenhuma destas mulheres no pós-parto se declarou infértil; assim, a possibilidade sentida de outra concepção está claramente presente. Em resumo, em quase todos os países pesquisados, não mais de cerca de uma em 10 mulheres no pós-parto quer uma criança dentro de 24 meses ou é infértil (não apresentado). O resto declara ter interesse em anticoncepção—porque quer utilizá-la ou expressa um desejo de postergar outro parto.

### Intenção de utilizar anticoncepcionais

Para todos os países, quase 40% das mulheres no período pós-parto prolongado têm a intenção de utilizar um método no

\*Todas as médias regionais fornecem ponderação igual a todos os países; indicam a situação média do país. As médias com ponderação de população seriam um pouco diferentes, e podem ser obtidas aplicando estas ponderações aos números fornecidos.

**Tabela 3. Distribuição percentual de todas as mulheres unidas que têm dado à luz e que têm necessidade insatisfeita, e distribuição percentual de todas as mulheres unidas que têm dado à luz e com intenção de usar um método anticoncepcional dentro dos próximos 12 meses, por número de meses após o parto, de acordo com região e país**

Região e país	Com necessidade insatisfeita				Com intenção de usar			
	0–11	12–23	≥24	Total	0–11	12–23	≥24	Total
<b>Total</b>	<b>39,3</b>	<b>25,1</b>	<b>35,7</b>	<b>100,0</b>	<b>38,3</b>	<b>25,1</b>	<b>36,6</b>	<b>100,0</b>
<b>África sub-Saariana</b>	<b>41,3</b>	<b>27,2</b>	<b>31,5</b>	<b>100,0</b>	<b>37,3</b>	<b>27,2</b>	<b>35,5</b>	<b>100,0</b>
Benin	45,1	26,6	28,3	100,0	36,5	25,1	38,4	100,0
Comores	38,9	25,7	35,4	100,0	41,7	25,6	32,7	100,0
Costa do Marfim	45,8	28,4	25,8	100,0	40,5	27,8	31,6	100,0
Gana	38,3	24,1	37,6	100,0	37,4	25,3	37,3	100,0
Mali	47,7	27,4	24,9	100,0	38,6	26,5	34,8	100,0
Moçambique	40,4	29,0	30,6	100,0	35,5	29,3	35,2	100,0
Quênia	37,9	28,9	33,2	100,0	38,3	30,8	31,0	100,0
Rep. Centro-africana	43,4	27,7	28,9	100,0	40,3	27,8	31,9	100,0
Senegal	35,3	27,7	37,0	100,0	37,8	29,5	32,7	100,0
Uganda	43,9	34,3	21,8	100,0	37,8	35,8	26,4	100,0
Zâmbia	42,9	27,8	29,3	100,0	36,7	27,5	35,8	100,0
Zimbábue	35,7	18,4	45,8	100,0	25,1	14,3	60,6	100,0
<b>Oriente Médio</b>	<b>40,0</b>	<b>20,0</b>	<b>40,0</b>	<b>100,0</b>	<b>39,0</b>	<b>19,7</b>	<b>41,3</b>	<b>100,0</b>
Egito	41,2	21,3	37,5	100,0	37,7	21,2	41,1	100,0
Turquia	38,7	18,8	42,6	100,0	40,1	18,2	41,7	100,0
<b>Ásia</b>	<b>36,5</b>	<b>22,8</b>	<b>40,7</b>	<b>100,0</b>	<b>40,4</b>	<b>23,2</b>	<b>36,4</b>	<b>100,0</b>
Bangladesh	44,0	22,3	33,6	100,0	45,0	21,6	33,3	100,0
Cazaquistão	23,4	15,2	61,4	100,0	36,4	23,8	39,9	100,0
Filipinas	40,4	26,0	33,6	100,0	47,6	23,5	28,9	100,0
Indonésia	40,0	19,2	40,7	100,0	38,7	15,4	46,0	100,0
Nepal	38,3	30,1	31,6	100,0	40,9	29,6	29,6	100,0
Uzbequistão	33,7	23,9	42,4	100,0	33,2	24,9	41,9	100,0
<b>América Latina</b>	<b>38,0</b>	<b>24,7</b>	<b>37,4</b>	<b>100,0</b>	<b>38,1</b>	<b>24,4</b>	<b>37,5</b>	<b>100,0</b>
Bolívia	41,7	26,5	31,8	100,0	42,4	26,0	31,6	100,0
Brasil	31,0	21,6	47,5	100,0	31,3	21,7	47,1	100,0
Colômbia	33,3	20,3	46,4	100,0	29,8	19,7	50,5	100,0
Guatemala	45,5	29,7	24,8	100,0	45,5	26,2	28,3	100,0
Haiti	34,7	27,1	38,2	100,0	38,6	27,9	33,5	100,0
Peru	41,8	22,8	35,4	100,0	41,6	22,1	36,3	100,0
Rep. Dominicana	37,1	24,4	38,6	100,0	35,1	26,3	38,7	100,0

Nota: Conforme as outras tabelas, esta tabela exclui mulheres que nunca deram à luz.

ano seguinte (Tabela 2, página 5). As médias regionais somente diferem poucas, de 35% no Oriente Médio a 41% na África sub-Saariana. Em contraste, as porcentagens com necessidade não satisfeita diferem substancialmente por região. Subjacentes a estas médias regionais, entretanto, existem grandes variações por país, assim que os países individuais merecem atenção especial. Na Ásia e no Uzbequistão, somente 20% das mulheres no puerpério têm a intenção de utilizar um método no próximo ano, mas em Bangladesh, 58% têm esta intenção. Pode ser observada uma variação de 20

pontos percentuais entre os países da África sub-Saariana e os da América Latina.

A porcentagem de mulheres que utilizam anticoncepcionais durante os quatro trimestres do primeiro ano pós-parto aumenta ao longo do tempo, reduzindo assim a base de não-usuárias. Como resultado, a porcentagem total com intenção de utilizar anticoncepcionais é reduzida ao longo do tempo, de 54% no primeiro trimestre de pós-parto a 31% nos meses 9–12 (Tabela 2). Esta redução é mais aguda entre o primeiro e segundo trimestre.\*

#### Análise por fase de pós-parto

Antes, separamos as mulheres no período pós-parto em várias categorias de necessidade não satisfeita. Aqui, invertemos esta abordagem, separando todas as mulheres com necessidade insatisfeita pelos vários períodos de tempo seguintes ao parto, repetindo este processo para as mulheres com intenção de utilizar um método. Na média, quase dois quintos de to-

das as mulheres com necessidade insatisfeita estavam dentro de 12 meses desde seu último parto, e cerca de três quintos estavam dentro de 24 meses do seu último parto (Tabela 3).

As médias segundo regiões para a distribuição de toda a necessidade insatisfeita estão bastante próximas: entre 37% e 41% da necessidade insatisfeita surgem no primeiro ano após o parto, 20–27% no segundo ano e 32–41% subseqüentemente. Os países individuais têm mais ampla variação. A porcentagem de todas as mulheres com necessidade insatisfeita que estavam dentro dos 12 meses de pós-parto estão entre 30% e 48% em 26 dos 27 países (todos com exceção do Cazaquistão). Paralelamente, a porcentagem de mulheres com necessidade insatisfeita que estavam a 12–23 meses desde seu último parto estavam entre 20–30% para 22 dos 27 países, enquanto que as porcentagens entre mulheres aos 24 meses ou mais do parto estavam a 20–39%, em 20 dos 27 países.

Igual à necessidade insatisfeita, podemos observar qual porcentagem de todas as mulheres com intenção de utilizar um método está no primeiro ano pós-parto (Tabela 3). No total, cerca de dois quintos das que tinham a intenção estavam dentro dos primeiros 12 meses após o parto, enquanto que cerca de um quarto estava no segundo ano pós-parto e um terço estava com mais de 24 meses. Existem poucas variações nas médias regionais: 37–40% das mulheres em cada região com intenção de utilizar anticoncepcionais estavam nos primeiros 12 meses de pós-parto. Assim como em relação à necessidade insatisfeita, havia maior variação entre os países individuais de cada região—de 25% a 42% nos países de África sub-Saariana, de 33% a 48% nos países de Ásia, e de 30% a 46% nos países latino-americanos.

#### A intenção é prognóstico?

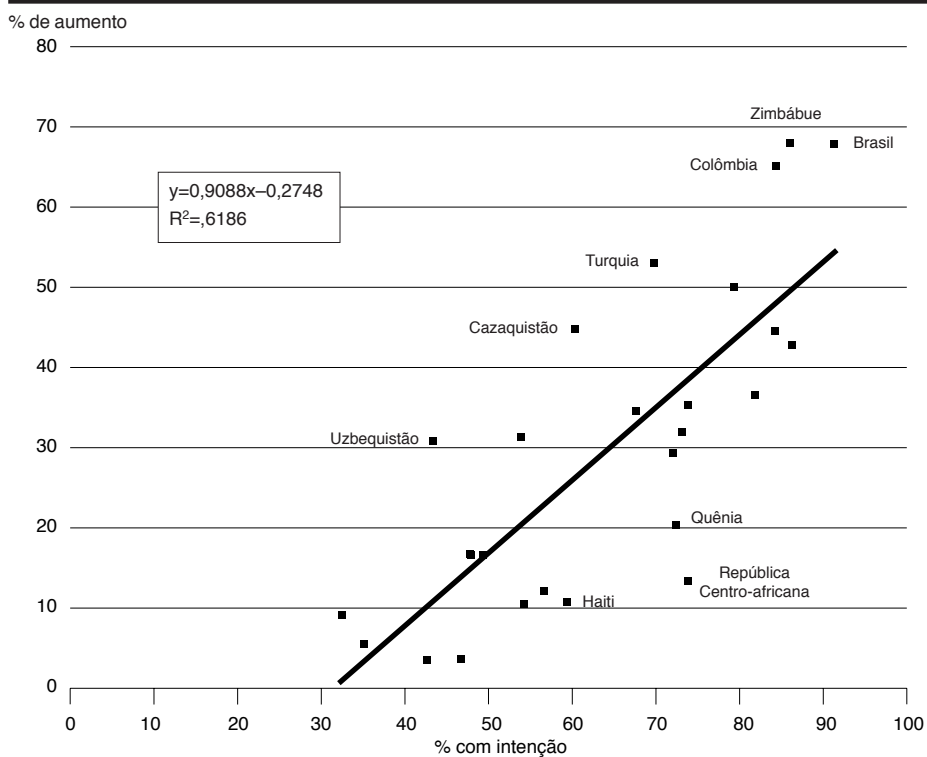
Exploramos também a medida até a qual a intenção de usar anticoncepcionais era um prognóstico para o uso efetivo. Esta estimativa é elaborada pela comparação da porcentagem que relatou a 0–3 meses depois do parto que tinha intenção de usar anticoncepcionais, com o aumento de utilização até o período de 9–12 meses depois do último parto.<sup>†</sup> Uma relação positiva surge nos 27 países: onde a intenção declarada de usar anticoncepcionais é alta, o uso efetivo aumenta consideravelmente (Gráfico 2). Em média, para cada aumento de 1% na intenção, existe quase um aumento de 1% na adoção de anticoncepcionais.

A linha sólida no Gráfico 2 indica a relação linear que representa os dados mais

\*Não obstante, na maioria dos países, baseado em todas as mulheres que não usam anticoncepcionais em vez de em todas as mulheres, a porcentagem com intenção de usar anticoncepcionais permaneceu relativamente igual nos quatro trimestres do primeiro ano.

†O aumento percentual é calculado de acordo com a seguinte fórmula:  $(UA_{9-12} - UA_{0-3}) / (100 - UA_{0-3})$ , onde UA é uso de anticoncepcionais entre todas as mulheres no intervalo em questão. Esta não é uma análise longitudinal exata, mas uma comparação de diferentes mulheres em tempos distintos. Presume uma tendência de tempo relativamente estável.

**Gráfico 2. Entre mulheres a 0–3 meses de pós-parto que não estão usando anticoncepcionais, porcentagem que relatam intenção de fazê-lo dentro dos próximos 12 meses, por aumento percentual na prevalência de anticoncepcionais entre mulheres entre 0–3 e 9–12 meses de pós-parto**



nitidamente. Não obstante, o gráfico também indica que certos países estão bem acima da linha. A Turquia, Colômbia, Zimbábue e Brasil indicam aumentos maiores do que esperados no uso de anticoncepcionais entre 0–3 meses e 9–12 meses de pós-parto.

O que diferencia estes países? Turquia, Colômbia e Brasil têm altos níveis de prevalência anticoncepcional, com um setor privado ativo como fornecedor; a Turquia também tem muitas usuárias de métodos tradicionais. Além disso, Zimbábue se destaca entre os países da África sub-Saariana com sua alta prevalência anticoncepcional (assim como sua alta probabilidade de vida, renda per capita e alfabetização). Uzbequistão e Cazaquistão, que também demonstram maiores aumentos do que esperado, herdaram a infraestrutura integral de saúde do antigo sistema soviético.

Por outro lado, vários países se encontram bem abaixo da linha. O Haiti sofre de sérios constrangimentos de serviços e desenvolvimento limitado. Quênia tem a sua parte de problemas de desenvolvimento, mas a sua posição no gráfico é anormal porque os serviços anticoncepcionais estão relativamente avançados neste país. A República Centro-africana

tem grande número de mulheres a 0–3 meses de pós-parto que relataram a sua intenção de usar anticoncepcionais, mas poucas converteram esta intenção em uso efetivo a 9–12 meses. (Esta diferença pode ser devida, em parte, a que somente 20% de mulheres a 9–12 meses de puerpério naquele país relataram a volta da menstruação<sup>14</sup>).

#### *Cruzamento da necessidade e intenção*

Não é surpreendente que, essencialmente em quase todos os países, mais de 90% das mulheres com intenção de usar um método também têm necessidade insatisfeita (Tabela 4); o resto inclui as poucas que relatam desejar uma criança dentro dos dois próximos anos, que são classificadas como não tendo necessidade. Por outro lado, somente algumas mulheres com necessidade insatisfeita têm a intenção de usar um método: no caso deste grupo pós-parto prolongado, esta porcentagem está a uma média de cerca de dois terços para todos os países; está abaixo disto na África sub-Saariana (58%), mas bem acima na América Latina (78%) e no Oriente Médio (76%, Tabela 4). Esta diferença regional reflete maior prontidão pessoal na América Latina de usar um método anticoncepcional e provavelmente a presença de

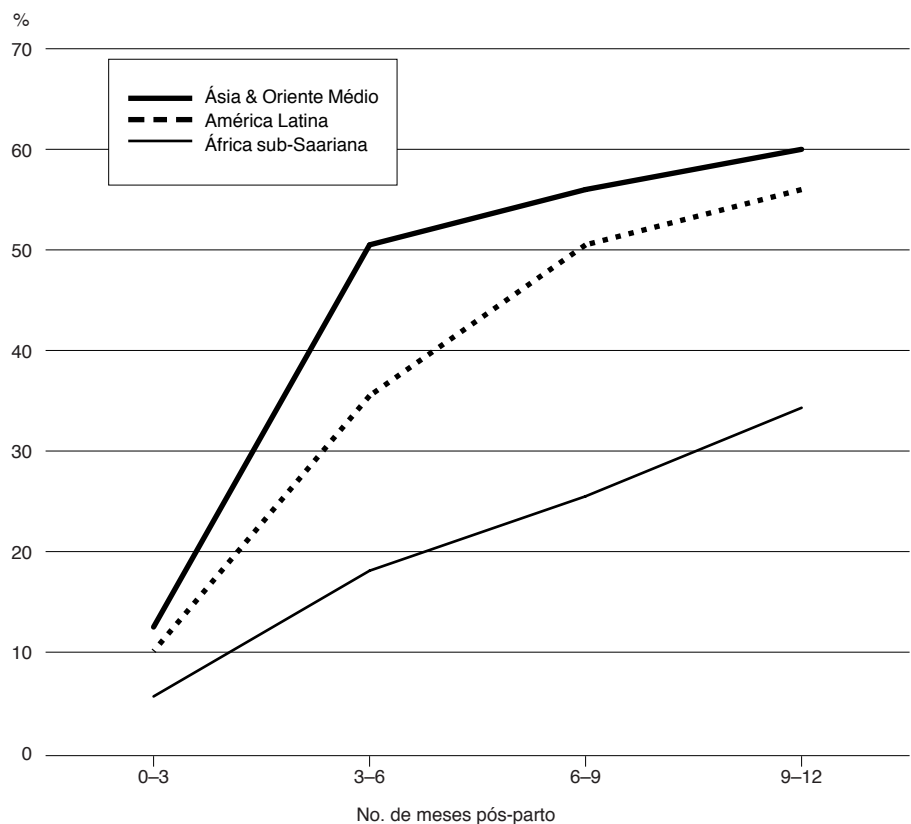
fornecimentos e serviços anticoncepcionais mais convenientes dentro do ambiente dos programas.

Com o decorrer do tempo depois do parto, a porcentagem de mulheres que usam um método aumenta e o grupo que não usa métodos diminui. Uma redução se produz entre a porcentagem restante com necessidade insatisfeita e para mulheres com intenção de usar um método. A porcentagem que deseja uma criança dentro de dois anos é muito pequena e aumenta muito pouco. A porcentagem total das mulheres com intenção de usar um método diminui com o aumento de mulheres que convertem para o uso efetivo; é interessante que a porcentagem que relata não ter intenção de usar anticoncepcionais permanece quase constante (não apresentado). Os países individuais variam neste respeito, e as reduções observadas são menores quando são examinadas como porcentagens da queda da base de não-usuárias.

**Tabela 4. Entre mulheres no pós-parto, porcentagem com intenção de usar um método anticoncepcional que têm necessidade insatisfeita, e porcentagem com necessidade insatisfeita que têm intenção de usar um método**

Região e país	Com intenção que têm necessidade insatisfeita	Com necessidade insatisfeita que têm intenção de usar
<b>Total</b>	<b>98,3</b>	<b>66,5</b>
<b>África sub-Saariana</b>	<b>94,2</b>	<b>58,1</b>
Benin	96,0	46,3
Comores	93,7	60,4
Costa do Marfim	96,8	34,3
Gana	98,6	48,0
Mali	94,8	48,4
Moçambique	84,3	39,6
Quênia Rep.	96,8	69,1
Rep. Centro-africana	93,1	75,9
Senegal	98,0	41,6
Uganda	93,6	59,0
Zâmbia	89,4	81,7
Zimbábue	95,0	92,5
<b>Oriente Médio</b>	<b>95,8</b>	<b>76,1</b>
Egito	95,8	73,7
Turquia	95,9	78,6
<b>Ásia</b>	<b>95,8</b>	<b>66,7</b>
Bangladesh	98,0	86,9
Cazaquistão	95,7	85,0
Filipinas	95,2	53,4
Indonésia	95,4	72,8
Nepal	98,6	56,1
Uzbequistão	91,8	46,1
<b>América Latina</b>	<b>94,4</b>	<b>77,8</b>
Bolívia	97,5	70,1
Brasil	91,7	99,9
Colômbia	93,7	96,7
Guatemala	93,2	40,1
Haiti	98,1	56,9
Peru	96,4	87,6
Rep. Dominicana	90,6	93,6

**Gráfico 3. Porcentagem de mulheres no pós-parto que recomeçaram a menstruação, por número de meses pós-parto, de acordo com região**



**Volta da menstruação**

Grande parte do comportamento documentada acima é relacionada à volta da menstruação, que demora mais na África sub-Saariana do que nas outras regiões. Em média, as mulheres na América Latina e na Ásia recomeçam a menstruação muito mais rapidamente do que as mulheres na África sub-Saariana. As médias regionais de mulheres que relataram a volta de menstruação são baixas e semelhantes ao início (0–3 meses de pós-parto), mas em seguida aumentam nitidamente (Gráfico 3). O aumento entre as mulheres na América Latina e na Ásia é quase o dobro da África sub-Saariana, embora num ano, somente cerca de 60% das mulheres na Ásia e América Latina registraram a volta da menstruação. A volta mais vagarosa da menstruação na África sub-Saariana (refletindo a extensa prática da amamentação nesta região), parcialmente explica o número relativamente baixo de mulheres no pós-parto naquela região que usam anticoncepcionais. A falta de serviços e outros fatores também contribui à baixa prevalência de uso.

**Mix de métodos no período pós-parto**

É interessante saber se a associação de métodos anticoncepcionais muda dentro do período pós-parto—isto é, se existe uma mudança nos diferentes tipos de métodos utilizados com a redução da amamentação, a volta de menstruação e o reinício de relações sexuais. Não podemos explorar isto em detalhe, entretanto, devido ao baixo número de usuárias de anticoncepcionais; complicam ainda mais este problema as numerosas categorias para métodos e as várias divisões de tempo.

Neste artigo, aplicamos os primeiros dois períodos de seis meses e o intervalo seguinte para demonstrar como os métodos anticoncepcionais crescem ou diminuem em parcela, acompanhando as mulheres através e além do período pós-parto. Limitamos a nossa análise também para 13 países com pelo menos 50 usuárias de métodos anticoncepcionais modernos na amostra.\*

Os resultados indicam que, em geral, os métodos modernos como grupo ganham usuárias durante o ano seguinte ao parto. Dentro deste grupo crescente, a parcela do método de pílula aumenta em 10 dos 13 países, desde o período de 0–6 meses seguindo o parto ao período de 6–12 me-

ses depois. Após o primeiro ano, no entanto, a pílula perde em parcela em oito países, enquanto a esterilização aumenta. A esterilização não reflete mudanças da primeira metade até a segunda metade do ano seguinte ao parto, mas aumenta subsequentemente, indicando a sua continuação permanente uma vez começada.

Não existe uma tendência diferenciada na parcela de uso de DIU nos três períodos no pós-parto. Os métodos de barreira perdem na sua parcela de uso em nove dos 13 países entre a primeira metade e a segunda metade do primeiro ano após o parto, e perdem ainda mais subsequentemente. A dependência de métodos tradicionais cai em nove dos 13 países depois do final do primeiro ano.

**Acesso aos serviços**

Sendo que tanta necessidade não satisfeita e tanta intenção de usar anticoncepcionais surgem entre mulheres que tiveram um parto recente, é importante considerar o acesso aos serviços e o número geral de mulheres envolvidas em cada serviço. Levantamos informação das pesquisas DHS sobre o recebimento de assistência pré-natal, conforme indicado pela porcentagem de mulheres que receberam injeções antitetânicas, assim como pelas porcentagens de partos recentes realizados em ambientes institucionais.

Nos 27 países, uma média de metade de todos os partos ocorreram em estabelecimentos institucionais (Tabela 5); estes estabelecimentos também fornecem ambientes para instrução anticoncepcional e para certos serviços anticoncepcionais. A porcentagem média é quase a mesma na África sub-Saariana (45%) quanto na Ásia (43%), mas é também maior nos dois países do Oriente Médio (51%) e na América Latina (59%). Existem diferenças importantes por país dentro das regiões, entretanto, pois as médias regionais não devem ser vistas sem crítica. O outro lado deste quadro é a porcentagem de partos ocorridos a domicílio: estes fornecem um desafio maior para a provisão de serviços anticoncepcionais apropriados com suficiente antecipação para prevenir uma concepção não desejada logo após o parto.

As visitas pré-natais fornecem outra oportunidade na qual a instrução sobre anticoncepcionais e arranjos para serviços subsequentes podem ocorrer. Escolhemos as injeções antitetânicas como indicador relativamente específico da assistência pré-natal; na série DHS, outras questões sobre atenção pré-natal são menos claras em relação ao conteúdo das visitas, que de qualquer forma varia consi-

\*Bangladesh, Brasil, Colômbia, Egito, Filipinas, Guatemala, Indonésia, Quênia, Peru, República Dominicana, Turquia, Uzbequistão e Zimbábue.

**Tabela 5. Porcentagem de mulheres com partos num estabelecimento de saúde, e porcentagem que já recebeu injeção antitetânica antes do parto, por região e país**

Região e país	Partos em estabelecimentos	Receberam injeção antitetânica
<b>Total</b>	<b>48,7</b>	<b>60,5</b>
<b>África sub-Saariana</b>	<b>45,1</b>	<b>67,4</b>
Benin	64,4	69,3
Comores	40,8	50,7
Costa do Marfim	42,7	71,0
Gana	41,9	73,7
Mali	33,7	48,6
Moçambique	39,1	33,8
Quênia	39,1	87,2
Rep. Centro-africana	47,0	61,9
Senegal	49,3	82,9
Uganda	33,9	74,1
Zâmbia	42,7	77,0
Zimbábue	67,0	78,9
<b>Oriente Médio</b>	<b>51,1</b>	<b>56,6</b>
Egito	38,0	70,0
Turquia	64,3	43,2
<b>Ásia</b>	<b>42,9</b>	<b>64,0</b>
Bangladesh	6,4	74,4
Cazaquistão	98,7	nd
Filipinas	30,8	67,2
Indonésia	19,2	69,9
Nepal	9,4	44,6
Uzbequistão	92,8	nd
<b>América Latina</b>	<b>59,1</b>	<b>65,0</b>
Bolívia	40,7	38,4
Brasil	93,8	56,1
Colômbia	80,9	79,0
Guatemala	34,8	52,6
Haiti	15,1	62,1
Peru	51,2	71,1
Rep. Dominicana	97,5	95,7

Notas: Foram realizadas perguntas às mulheres que tiveram partos durante um número específico de anos antes da pesquisa sobre o local do parto e recebimento de injeções antitetânicas; o período variou de três a cinco anos, dependendo do país. nd = não disponível, porque não constava no questionário.

deravelmente dentro e entre os países. Não obstante, a porcentagem das mulheres que recebem injeções antitetânicas representa uma estimativa mínima, desde que algumas mulheres recebem assistência que não inclui uma injeção antitetânica. Como caminho para fornecer instrução anticoncepcional a mulheres grávidas, a visita pré-natal é um momento oportuno, conveniente e muito importante se devemos reduzir os números de gravidezes e de abortos não desejados.

Em média, três quintos das mulheres receberam injeções antitetânicas nos 27 países, com níveis quase idênticos nas três grandes regiões (64–67%). Conforme o caso dos partos, existe alta variabilidade entre os países. Os desvios padrão foram semelhantes dentro de cada região (se Cazaquistão e Uzbequistão são removidos de ambas as séries), com a exceção de que a variação na América Latina é maior para partos do que para as injeções antitetânicas.

## Conclusões

Nossos objetivos neste artigo foram determinar até que medida as mulheres no primeiro ano após o parto têm uma necessidade insatisfeita para anticoncepção, e a porcentagem que expressa intenção de usar um método de planejamento familiar. Além disso, nossa meta era de analisar quanto de totalidade de necessidade insatisfeita e intenção vai dentro do primeiro ano pós-parto. Os resultados confirmam a importância deste período em ambos aspectos, e contêm evidência de acesso institucional para fornecer serviços para mulheres neste período.

Muitas mulheres deixam de obter serviços anticoncepcionais logo após o parto e engravidam novamente, muito mais cedo do que desejam ou contrariamente ao seu desejo de parar completamente de ter filhos. Retornam novamente ao grupo atual das mulheres grávidas, uma situação dinâmica que é obscurecida por dados de pesquisa que somente mostram a porcentagem das que já estão grávidas a qualquer dado momento.

Dentro do grupo que tem filhos, são os casais mais férteis que concebem primeiro, contribuindo desproporcionalmente para o tamanho do subgrupo “circulante”. Estes casais devem receber assistência logo após um parto, mas não são facilmente identificados como grupo especial, e podem receber assistência somente se os serviços de planejamento familiar estão presentes de maneira oportuna e ampla na população. Informação e serviços anticoncepcionais precisam estar presentes não somente no ambiente geral, mas também nos pontos específicos de contato e nos momentos oportunos. Estes ocorrem principalmente durante as visitas pré-natais, nos contatos durante a estadia do parto, a visita de seis semanas de pós-parto e em outras ocasiões apropriadas de visitas de mães e crianças.

Os dados neste artigo são concentrados no primeiro ano pós-parto, quando existe um intercâmbio entre a necessidade insatisfeita, o desejo expressado de usar anticoncepcionais e o período pós-parto prolongado. As mulheres neste período não somente expressam altos níveis de necessidade e de intenção de usar anticoncepcionais, mas também representam grandes parcelas de toda a necessidade da população e de todas as mulheres com intenção de usar um método. Ainda, necessidade e intenção de usar não são sinônimos de nenhuma maneira—sobrepõem-se somente parcialmente, sendo que a soma dos dois grupos excede consideravelmente cada um em separado. Os dois grupos se cruzam de uma maneira es-

pecial, com quase todas as mulheres com intenção de uso tendo necessidade insatisfeita, mas com somente cerca de dois terços destas com necessidade insatisfeita tendo a intenção de usar um método.

Não são novas as mensagens de que a constelação de serviços para planejamento familiar e outras preocupações de saúde reprodutiva se concentram por volta do tempo do parto, e de que estes serviços devem ajudar uns aos outros muito mais do que atualmente ocorre. É impressionante, entretanto, observar a medida até a qual as preocupações centradas na satisfação da necessidade insatisfeita, e em esforços para ajudar as mulheres a implementar suas intenções anticoncepcionais, são concentradas tanto no período pós-parto prolongado. As implicações para programas de saúde reprodutiva são importantes, se os números de gravidezes não desejadas assim como abortos e partos não desejados devem ser reduzidos, e se as mulheres devem adquirir maior controle sobre seus partos.

## Referências

- Zatuchni GI, *Postpartum Family Planning: A Report on the International Program*, Nova Iorque: McGraw-Hill, 1970; e Castadot RG et al., The international postpartum family planning program: eight years of experience, *Reports on Population/Family Planning*, 1975, 18(1):1–53.
- Winikoff B e Mensch B, Rethinking postpartum family planning, *Studies in Family Planning*, 1991, 22(5):294–307.
- Ross JA e Frankenberg E, *Findings from Two Decades of Family Planning Research*, Nova Iorque: Population Council, 1993.
- Ibid.
- Thapa S et al., Contraceptive use among postpartum women: recent patterns and programmatic implications, *International Family Planning Perspectives*, 1992, 18(3): 83–92; Thapa S et al., trabalho apresentado na International Postpartum Conference, Cidade do México, México, 17–19 de setembro, 1990; e Thapa S et al., Contraceptive use and needs among postpartum women in 25 developing countries: recent patterns and implications, em: *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, 1991, Vol. 2, Columbia, MD, EUA: Institute for Resource Development/Macro International, 1991, págs. 1149–1154.
- Hobcraft J, Child spacing and child mortality, em: *Proceedings of the...*, 1991, op. cit. (ver referência 5), págs. 1157–1181; e Hobcraft J, *The Health Rationale for Family Planning: Timing of Births and Child Survival*, Nações Unidas: Nova Iorque, ST/ESA/SER.A/141, 1994.
- Rutstein S, Birth intervals in developing countries: actual and preferred, trabalho apresentado à U.S. Agency for International Development, 9 de março, 2000.
- Robey B, Ross J e Bhushan I, Meeting unmet need: new strategies, *Population Reports*, 1996, Series J, No. 43.
- Westoff C, Is the KAP-gap real? *Population and Development Review*, 1988, 14(2):225–232; Bongaarts J, The KAP-gap and the unmet need for contraception, *Population and Development Review*, 1991, 17(2):293–313; Westoff C, Mea-

(continua na página 37)

## Intenção de usar anticoncepcionais...

(continua da página 9)

asuring the unmet need for contraception: comment on Bongaarts, *Population and Development Review*, 1992, 18(1):123–125; e Bongaarts J, Measuring the unmet need for contraception: reply to Westoff, *Population and Development Review*, 1992, 18(1):126–127.

10. Curtis SL e Westoff CF, Intention to use contraceptives and subsequent contraceptive behavior in Morocco, *Studies in Family Planning*, 1996, 27(5):239–250.

11. Casterline JB e Sinding SW, Unmet need for family planning in developing countries and implications for population policy, *Population and Development Review*, 2000, 26(4):691–723.

12. Ross JA e Heaton L, Intended contraceptive use

among women without an unmet need, *International Family Planning Perspectives*, 1997, 23(4):148–154.

13. Westoff CF e Bankole A, Unmet Need: 1990–1994, *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 16, Calverton, MD, EUA: Macro International, 1995.

14. Tabulações não publicadas da DHS da República Centro-africana.