

## **A pílula contraceptiva na ótica da religião: observando a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)**

**The contraceptive pill from the perspective of religion: observing the National Survey on Demographics and Health of Children and Women (PNDS-2006)**

**La píldora anticonceptiva desde la perspectiva de la religión: observando la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Niños y Mujeres (PNDS-2006)**

Recebido: 10/08/2021 | Revisado: 13/08/2021 | Aceito: 14/08/2021 | Publicado: 16/08/2021

**Vinicius Ferreira Baptista**

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8717-8332>  
Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil  
E-mail: [viniciusferbap@ufrj.br](mailto:viniciusferbap@ufrj.br)

### **Resumo**

O presente trabalho objetiva investigar se há alguma relação entre religião e as decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula. Para tanto, nós temos como base a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Em alguns estudos, a religião não influenciou no uso de métodos contraceptivos, não sendo significativa a associação entre religião e uso de método contraceptivo, contudo, há a prevalência de uso desses métodos por meninas que se autodeclararam católicas foi mais alta (80,9%) em relação às meninas não católicas (70,3%). Em outros, vemos a pílula ser o método contraceptivo ser o mais lembrado e procurado por mulheres, em que se destaca a interferência da religião no uso da contracepção não foi capturada em nenhuma das pesquisas nacionais de demografia e saúde. Assim, neste trabalho, testamos as hipóteses: 1) como nula, a de que não há interferência nas decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula; 2) como alternativa, a de que há interferência nas decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula. Testamos a correlação e covariação por tabelas de contingência, gráficos, e os testes de significância pertinentes – correlação de Pearson, teste qui-quadrado, ANOVA por meio do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Como principal resultado, a categoria “Religião” não é capaz de responder por influência no uso método de anticoncepção atualmente, assim como pela procura do SUS ou de outra instituição para obter pílula.

**Palavras-chave:** Mulher; Religião; Métodos contraceptivos; Políticas públicas; Pílula anticoncepcional.

### **Abstract**

The present work aims to investigate whether there is any relationship between religion and decisions regarding the use of contraceptive methods, specifically the pill. For this purpose, we are based on the National Survey on Demography and Health of Children and Women (PNDS-2006). In some studies, religion did not influence the use of contraceptive methods, and the association between religion and the use of contraceptive methods was not significant, however, there is a higher prevalence of use of these methods by self-declared Catholic girls (80.9%) in relation to non-Catholic girls (70.3%). In others, we see the pill as the contraceptive method being the most remembered and sought after by women, in which the interference of religion in the use of contraception stands out and has not been captured in any of the national demographic and health surveys. Thus, in this work, we tested the hypotheses: 1) as null, that there is no interference in decisions regarding the use of contraceptive methods, specifically the pill; 2) as an alternative, that there is interference in decisions regarding the use of contraceptive methods, specifically the pill. We tested correlation and covariation using contingency tables, graphs, and pertinent significance tests – Pearson correlation, chi-square test, ANOVA through Statistical Package for the Social Sciences. As a main result, the category “Religion” is not able to respond due to the influence on the use of contraceptive methods currently, as well as the search for the SUS or another institution to obtain the pill.

**Keywords:** Woman; Religion; Contraceptive methods; Public policy; Contraceptive pill.

### **Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo investigar si existe alguna relación entre la religión y las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, específicamente la píldora. Para ello, nos basamos en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de la Infancia y la Mujer (PNDS-2006). En algunos estudios, la religión no influyó en el uso de métodos anticonceptivos, y la asociación entre religión y el uso de métodos anticonceptivos no fue significativa, sin embargo, existe una mayor prevalencia de uso de estos métodos por parte de niñas católicas auto declaradas (80,9%)

en relación con las niñas no católicas (70,3%). En otros, vemos a la píldora como el método anticonceptivo más recordado y buscado por las mujeres, en el que destaca la injerencia de la religión en el uso de anticonceptivos y no ha sido captada en ninguna de las encuestas nacionales de demografía y salud. Así, en este trabajo probamos las hipótesis: 1) como nula, que no hay interferencia en las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, específicamente la píldora; 2) como alternativa, que exista injerencia en las decisiones sobre el uso de métodos anticonceptivos, específicamente la píldora. Probamos la correlación y la covariación utilizando tablas de contingencia, gráficos y pruebas de significancia relevantes: correlación de Pearson, prueba de chi-cuadrado, ANOVA utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS). Como resultado principal, la categoría “Religión” no puede responder debido a la influencia en el uso de métodos anticonceptivos en la actualidad, así como a la búsqueda del SUS u otra institución para obtener la píldora.

**Palabras clave:** Mujer; Religión; Métodos anticonceptivos; Políticas públicas; Píldora anticonceptiva.

## 1. Introdução

O presente trabalho objetiva investigar se há alguma relação entre religião e as decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula anticoncepcional. No estudo de Heloisa Helena S. Duarte et al (2011), Pedro (2003) e de Paniz, Fassa e Silva (2005), a religião não influenciou no uso de métodos contraceptivos, não sendo significativa a associação entre religião e uso de método contraceptivo, contudo, há a prevalência de uso desses métodos por meninas que se autodeclararam católicas foi mais alta (80,9%) em relação às meninas não católicas (70,3%). Já o trabalho de Helen Ferreira et al (2019), vemos a pílula ser o método contraceptivo ser o mais lembrado e procurado por mulheres.

O Planejamento Familiar é regulado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que define o mesmo como “conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal” (Art. 2º), sendo direito de todo cidadão (Art. 1º) e parte integrante de uma visão de atendimento global e integral à saúde (Art. 3º) no âmbito do acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade (Art. 4º). O Planejamento Familiar foi incluído pela Lei nº 11.935, de 2009, nos planos e seguros privados de assistência à saúde, por meio da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, no âmbito do inciso III do Artigo 35-C, sendo obrigatória a cobertura do atendimento.

O parágrafo único do artigo 2º aponta que proibição da utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico. Paralelamente, o Artigo 9º destaca que ao o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

O planejamento familiar é um método de prevenção e de intervenção na saúde da família, que deve considerar a unidade familiar e não apenas a mulher e que índices de mortalidade materna de mulheres pobres possam ser reduzidos pela melhoria dos serviços de pré-natal, parto e pós-parto. Para Sanches e Simão-Silva (2016, p. 79), pensar o planejamento familiar é pensar a sexualidade considerando o consentimento do/a parceiro/a e as questões relacionadas com a parentalidade, fundamentado no princípio da autonomia, ou seja, “no direito de escolher livremente uma opção sem pressões paternalistas ou autoritárias e com o limite de que a opção escolhida não afete a terceiros”. Em Camiá, Marin e Barbieri (2001), o planejamento familiar é o processo básico no âmbito da prevenção primária de saúde, sendo crítico ao fornecimento de informações elementares à deliberação para o uso efetivo de métodos anticoncepcionais adequados à população em suas necessidades.

O planejamento familiar, seja em termos legais para com a Constituição Federal de 1988, quanto em termos de programas e políticas públicas, como parte da programação geral na Saúde Pública, eleva a relevância da família como um sistema e prioridade. Contudo, Santos e Freitas (2011, p. 1814) assinalam que “o planejamento familiar apresenta restrições quando aplicado a mulheres que pertencem a classes sociais menos favorecidas”, não acolhendo às pendências de mulheres empobrecidas e periféricas. Fonseca-Sobrinho (1993) já ponderava acerca deste modo dissociado da informação pública em ações e políticas de governo, tal como na questão da educação em estabelecimentos de ensino básico e nas políticas de

acompanhamento da saúde familiar, notadamente, em espaços e territórios mais fragilizados. Caetano (2014, p. 312) destaca que a contracepção neste sentido “moderno” foi a basilar ao impacto na queda da fecundidade brasileira pós 1960.

A afinidade entre status socioeconômico e efetividade do planejamento familiar se evidencia na historicidade do segundo quanto ao aproveitamento de métodos para controle do número de filhos por famílias (Baptista, 2021). Ao passo que Lam e Marteleto (2004) sustentam que há uma conjuntura de projeção do procedimento de ajustamento do número de filhos à renda familiar, em que os recursos básicos para os membros familiares se configuram discernimento de desenvolvimento social. Amartya Sem (2000) já ratificava que este arquétipo de planejamento familiar organizado por políticas públicas neste molde tornam o exemplo frágil para famílias pobres, de maneira especial, as rurais. Não obstante, Martins e Baptista (2020) destacam que perspectivas desse tipo, em que medidas de planejamento familiar achavam ao fim subscrevendo políticas de controle de corpos, em espécie de biopolítica de mulheres e famílias mais pobres e periféricas, construindo, ao fim, um sistema de controle populacional.

Para Olsen et al (2018), a interferência da religião no uso da contracepção não foi capturada em nenhuma das pesquisas nacionais de demografia e saúde. O que elas têm desvendado é que as católicas tendem a usar anticoncepção com a mesma frequência que as demais mulheres, em dissonância com o discurso da hierarquia católica. Não obstante, as jovens pentecostais apresentaram a menor prevalência de anticoncepção, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa.

Nicolau et (2011) realizaram um perfil anticoncepcional progresso de mulheres laqueadas e verificaram associações entre variáveis educacionais, sexuais, obstétricas e a idade de realização da laqueadura tubária de 1423 prontuários datados de abril de 2005 a junho de 2008. Destacaram que 89,7% são mulheres sexualmente ativas, 24,2% não empregavam meios contraceptivos e 29,2% participantes ainda estavam no período de alta fertilidade, isto é, abaixo dos 35 anos e a média de idade foi de 40,19 anos. Em termos de escolaridade, 59,2% possuíam até o ensino fundamental completo e 9,7% eram analfabetas. Em relação à conjugalidade, 60,3% referiram viver com seus parceiros, incluindo mulheres casadas e unidas consensualmente. Analisando as correlações: 1) evidenciaram que 85,8% daquelas que se esterilizaram antes dos 25 anos, possuíam até o ensino fundamental; 2) entre aquelas com nível educacional inferior ao ensino médio, 58,8% referiram ao não uso progresso de métodos contraceptivos e 14,2% daquelas mais instruídas relatou a ausência de experiências passadas com outros anticoncepcionais; 3) 58,5% mulheres que engravidaram até três vezes realizaram a laqueadura até 30 anos; 4) quanto maior o número de abortos maior a idade da mulher ao se laquear, uma vez que 42,8% das mulheres que nunca sofreram abortos realizaram a laqueadura até os 27 anos e todas as mulheres que sofreram dois abortos ou mais realizaram a laqueadura mais tardiamente.

Baptista (2021) indica que o relatório da comissão de investigação de esterilização feminina de 1993 assinalava que escasseava, à época, às mulheres, “informação sobre o corpo e sua fisiologia reprodutiva”, assim como careciam de “métodos contraceptivos na rede pública de assistência à saúde e não podem recorrer ao aborto em condições aceitáveis”, logo, surge a esterilização cirúrgica como “opção drástica e definitiva” (Brasil, 1993, p. 37). A educação e a informação configuram, portanto, instrumentos importantes no tocante ao esclarecimento de riscos relacionados à um método contraceptivo cirúrgico, a exemplo da esterilização, entretanto, designadamente, quanto à competência do exercício íntegro de autonomia para a atividade do planejamento familiar.

Entretanto, há uma imaculada apreensão de que leis empregadas solucionam problemas, quando observamos a lei de planejamento familiar, como se tais medidas pudessem resolver as dificuldades que as abrangências normativas careceriam respaldar a solução (Ávila; Corrêa, 1999), considerando, igualmente, que se predomina visão exclusivamente na saúde da mulher e no domínio do número de filhos, em claro contorno de autoridade reprodutiva, desconsiderando o que Osis et al (2006) demonstram que há envolvimento reduzido dos homens e programas de saúde sexual e reprodutiva masculina.

No que se refere ao atendimento prestado no âmbito do acesso aos meios contraceptivos, há o ajuizamento acerca da oferta dos métodos em si, o que pode provocar descontinuidade da contraceptividade, uma vez que parte significativa das comunidades atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) estão distantes de localidades com comércio ou estabelecimentos de saúde onde se adquira métodos contraceptivos – Silva et al (2011, p. 2419) apontam a provisão irregular dos métodos contraceptivos como desestabilizador a longo prazo, sendo necessária “compatibilidade entre informação e disponibilidade de tecnologia contraceptiva às pessoas”.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996, observou a concentração no uso de dois métodos contraceptivos: a laqueadura tubária e a pílula (40% e 21%, respectivamente), em que a prevalência da primeira é maior nas regiões onde as mulheres têm menor escolaridade e condições socioeconômicas mais precárias (MS, 2004, p. 32).

Assim, neste trabalho, testaremos as hipóteses de que: 1) como nula, a de que não há interferência nas decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula; 2) como alternativa, a de que há interferência nas decisões relativas à utilização de métodos contraceptivos, especificamente a pílula. Para tanto, nós temos como base a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006).

## 2. Metodologia

A proposta do presente trabalho é investigar se há alguma relação entre religião e cor em decisões relativas à gravidez e esterilização. Temos, como objetivo testar hipóteses que relacionem os marcadores de Cor e Religião às escolhas de gravidez, métodos contraceptivos, pré-natal e esterilização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com Richardson et al (2007), esta pesquisa se classifica como de natureza aplicada, com abordagem quali-quantitativa, com o apoio de procedimentos bibliográficos, documentais e estatísticos, com o uso de técnicas de tratamento de dados empíricos no âmbito quantitativo e analítico.

Como hipóteses temos que: 1) a religião é fator que tem peso na busca por métodos contraceptivos; 2) a religião é fator que tem peso na escolha de utilizar os métodos contraceptivos. No âmbito dos testes de hipótese e significância, situamos como hipótese nula a não relação entre as cinco variáveis independentes (religião subdividida em cinco categorias) e três dependentes (as perguntas que delimitaremos a seguir): M313-Usa método de anticoncepção atualmente; M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula; M325-Quando não conseguiu no SUS.

Os dados foram obtidos no âmbito do Ministério da Saúde e trata-se da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher<sup>1</sup>. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, foi coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) traça um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, foi coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebap). Em sua terceira edição, a PNDS foi realizada pela primeira vez no Brasil em 1986 e repetida em 1996. Os resultados recentes fornecem subsídios para uma avaliação dos avanços ocorridos na saúde da mulher e da criança no Brasil. Além disso, permitem comparações internacionais e auxiliam na formulação de políticas e estratégias de ação.

A maior parte dos dados foi coletada por meio de entrevistas domiciliares, realizadas com cerca de 15 mil mulheres entre 15 e 49 anos, que vivem em áreas urbanas e rurais nas cinco regiões brasileiras. A metodologia incluiu ainda

---

<sup>1</sup> Banco de dados em cvs <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/pnds/metodologia.php>.

mensurações como as antropométricas, que medem altura e peso; análises laboratoriais de amostras de sangue, para dosagens de vitamina A e hemoglobina, e do teor de iodo disponível no sal consumido pelas famílias.

Os dados coletados permitem analisar a fecundidade e intenções reprodutivas; a atividade sexual e anticoncepção; a assistência à gestação e ao parto; a morbidade feminina e o estado nutricional das crianças. Permitem ainda estudar três novos temas introduzidos pela primeira vez na PNDS 2006: o acesso a medicamentos, os micronutrientes e a segurança alimentar nos domicílios (acesso à alimentação em quantidade suficiente e qualidade adequada).

Quatro instituições participaram da pesquisa, duas da Universidade de São Paulo (o Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública e o Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto); duas da Universidade Estadual de Campinas (o Núcleo de Estudos de População (NEPO) e o Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas). O Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística (IBOPE) executou o trabalho de campo.

O estudo permite estabelecer uma interlocução com o projeto Measure DHS (Demographic and Health Survey), uma investigação realizada em escala global com o apoio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e parceria de várias outras instituições internacionais, que tem como objetivo prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de população, saúde e nutrição de mulheres e crianças de países em desenvolvimento.

A População de estudo envolveu mulheres de 15 a 49 anos de idade e seus filhos menores de 5 anos em 2015, cuja amostra observa a representatividade nacional das 5 macrorregiões urbano-rural, abrangendo 14.617 domicílios, 15.575 mulheres entrevistadas e 5.056 crianças menores de 5 anos (4.957 vivas no momento da entrevista). O modelo estratificado de conglomerados aleatório simples em 2 etapas, com 1ª. Etapa um sorteio aleatório dos conglomerados – setores e a 2ª. Etapa com sorteio dos domicílios. O Métodos de coleta se pautou por entrevistas domiciliares com mensurações antropométricas (altura e peso de mulheres e crianças e circunferência da cintura de mulheres), coleta de amostras de sangue para dosagens de vitamina A e hemoglobina e informações sobre o teor de iodo disponível no sal consumido nos domicílios.

A variável considerada independente neste estudo é M109-Religião atual: categórica, qualitativa nominal, subdividida em cinco categorias (Cat = Católicas; EvaTrad = Evangélicas Tradicionais; EvaPent = Evangélicas Pentecostais; Esp = Espíritas; Afro = Afro-brasileiras). E as variáveis consideradas dependentes neste estudo são: M313-Usa método de anticoncepção atualmente (categórica, qualitativa nominal); M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula (categórica, qualitativa nominal) e M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula (categórica, qualitativa nominal).

Por trabalharmos com variáveis quantitativas e qualitativas, testamos a correlação e covariação por tabelas de contingência, gráficos, e os testes de significância pertinentes – correlação de Pearson, teste qui-quadrado, ANOVA ou regressão simples por meio do *Statistical Package for the Social Sciences*. O objetivo é produzir análise que procure demonstrar relação entre as variáveis independentes apontadas acima em relação às variáveis independentes, com a proposta de situar a relação.

Destacamos que criamos as seguintes variáveis: Mu\_Cat, referente às mulheres de religião Católicas; Mu\_EvaTrad, referente às mulheres de religião Evangélicas Tradicionais; Mu\_EvaPent, referente às mulheres de religião Evangélicas Pentecostais; Mu\_Esp, referente às mulheres de religião Espíritas; Mu\_Afro, referente às mulheres de religião Afro-Brasileiras. O objetivo foi testar as variáveis independentes. Optamos pelas 5 religiões com maior significância. Preferimos separar o grupo evangélico por ter, dentre seus adeptos, clara diferenciação.

### 3. Resultados e Discussão

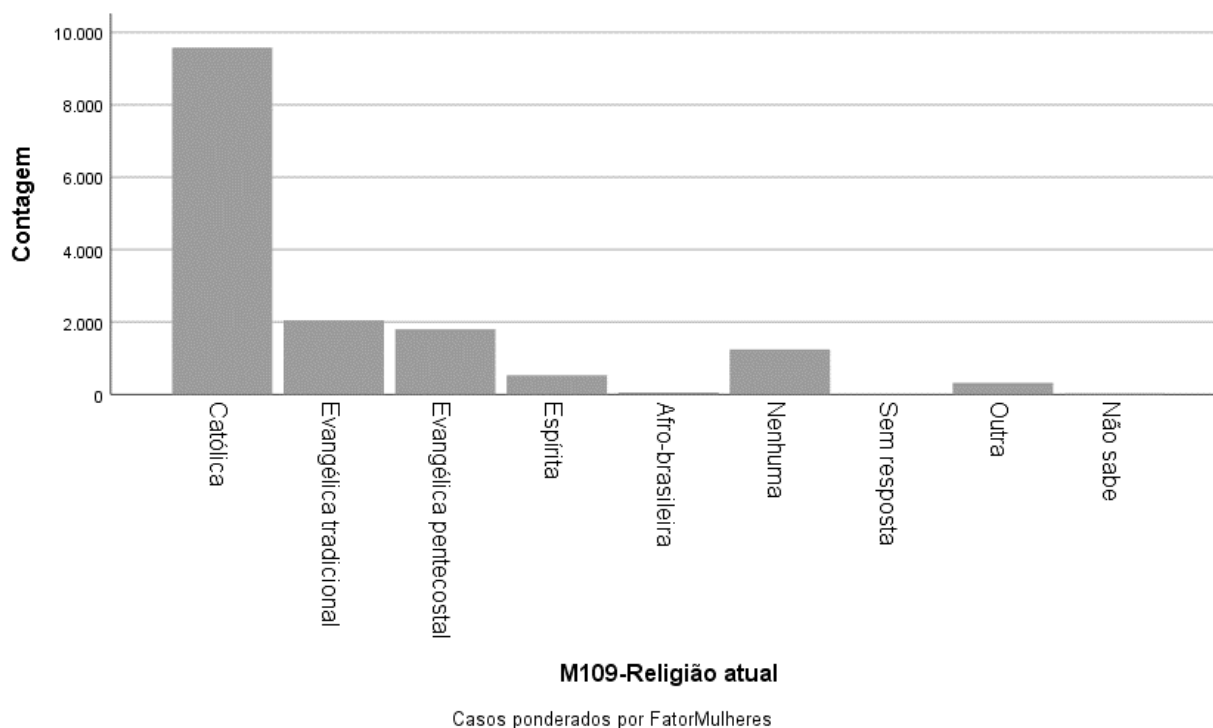
Primeiramente, devemos situar a distribuição dos dados da pesquisa em termos das cinco variáveis independentes. Em relação à religião, temos a maior frequência entre mulheres católicas (61,5%), evangélicas tradicionais (13,1%), evangélicas pentecostais (11,6%), espíritas (3,4%) e afro-brasileiras (0,3%), conforme Tabela 1 e Figura 1, a seguir.

**Tabela 1.** Religião dos entrevistados.

		<b>M109-Religião atual</b>			
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Católica	9579	61,5	61,5	61,5
	Evangélica tradicional	2042	13,1	13,1	74,6
	Evangélica pentecostal	1800	11,6	11,6	86,2
	Espírita	524	3,4	3,4	89,5
	Afro-brasileira	52	0,3	0,3	89,9
	Nenhuma	1239	8,0	8,0	97,8
	Sem resposta	2	0,0	0,0	97,8
	Outra	317	2,0	2,0	99,9
	Não sabe	21	0,1	0,1	100,0
	Total	15575	100,0	100,0	

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

**Figura 1.** Religião dos entrevistados.



Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

No âmbito das mulheres por religião e que usam método contraceptivo atualmente, temos: entre as mulheres católicas 69,5% utiliza métodos contraceptivos, as evangélicas tradicionais 62,7%, evangélicas pentecostais 67,4%, espíritas 70% e afro-brasileiras 48,1%. No caso das que declararam não utilizar métodos contraceptivos, católicas, evangélicas tradicionais e



pentecostais e espíritas oscilam entre 13,5% a 20%, sendo que entre os afro-brasileiros 36,5% não utilizam métodos contraceptivos, quase o dobro das médias das outras religiões, como pode ser visto na Tabela 2 a seguir:

**Tabela 2.** Relação mulheres por religião e uso de métodos contraceptivos.

**Tabulação cruzada M109-Religião atual \* M313-Usa método de anticoncepção atualmente**

		M313-Usa método de anticoncepção atualmente				Total
		Sim	Não	Sem resposta	97	
M109-Religião atual	Contagem	6661	1361	55	1503	9580
	% em M109-Religião atual	69,5%	14,2%	0,6%	15,7%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	63,4%	57,0%	64,0%	57,9%	61,5%
Católica	Contagem	1279	378	15	369	2041
	% em M109-Religião atual	62,7%	18,5%	0,7%	18,1%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	12,2%	15,8%	17,4%	14,2%	13,1%
Evangélica tradicional	Contagem	1213	242	3	341	1799
	% em M109-Religião atual	67,4%	13,5%	0,2%	19,0%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	11,5%	10,1%	3,5%	13,1%	11,6%
Evangélica pentecostal	Contagem	367	102	0	55	524
	% em M109-Religião atual	70,0%	19,5%	0,0%	10,5%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	3,5%	4,3%	0,0%	2,1%	3,4%
Espírita	Contagem	25	19	0	8	52
	% em M109-Religião atual	48,1%	36,5%	0,0%	15,4%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	0,2%	0,8%	0,0%	0,3%	0,3%
Afro-brasileira	Contagem	766	214	7	252	1239
	% em M109-Religião atual	61,8%	17,3%	0,6%	20,3%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	7,3%	9,0%	8,1%	9,7%	8,0%
Nenhuma	Contagem	0	1	0	0	1
	% em M109-Religião atual	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sem resposta	Contagem	177	69	5	66	317
	% em M109-Religião atual	55,8%	21,8%	1,6%	20,8%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	1,7%	2,9%	5,8%	2,5%	2,0%
Outra	Contagem	17	2	1	1	21
	% em M109-Religião atual	81,0%	9,5%	4,8%	4,8%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	0,2%	0,1%	1,2%	0,0%	0,1%
Não sabe	Contagem	10505	2388	86	2595	15574
	% em M109-Religião atual	67,5%	15,3%	0,6%	16,7%	100,0%
	% em M313-Usa método de anticoncepção atualmente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

No âmbito das mulheres por religião e que alguma vez procuraram o SUS para obter a pílula anticoncepcional, temos que entre as mulheres católicas 69,5% utilizam métodos contraceptivos, as evangélicas tradicionais 62,7%, evangélicas pentecostais 67,4%, espíritas 70% e afro-brasileiras 48,1%. No caso das que declararam não utilizar métodos contraceptivos, católicas, evangélicas tradicionais e pentecostais e espíritas oscilam entre 13,5% a 20%, sendo que entre os afro-brasileiros 36,5% não utilizam métodos contraceptivos, quase o dobro das médias das outras religiões, como pode ser visto na tabela a seguir. Indicamos que temos 12.158 casos em que as declarantes não apontaram as respostas, representando, notadamente, 76% das católicas, 83,4% das evangélicas tradicionais, 81,9% das evangélicas pentecostais, 74,8% das espíritas, 86,5% das afro-brasileiras e 78,6% das que não indicaram religião. Ver Tabela 3.

Poderíamos dizer, neste ponto, que a religião poderia interferir na resposta em termos de a declarante assumir que procurou o SUS para obter pílula. Contudo, como temos 78,6% de não declarantes de religião, não podemos confirmar isso. Todavia, há de se considerar que as declarantes podem não estar procurando o SUS para obtenção da pílula, mas comprando em estabelecimentos privados. Veremos isso mais à frente.

**Tabela 3.** Relação mulheres por religião e uso de métodos contraceptivos.

**Tabulação cruzada M109-Religião atual \* M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula**

		M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula					Total
		Sim	Não	Sem resposta	97	Não sabe	
Católica	Contagem	845	1456	1	7277	2	9581
	% em M109-Religião atual	8,8%	15,2%	0,0%	76,0%	0,0%	100,0 %
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	68,3%	66,9%	100,0%	59,9%	66,7%	61,5%
Evangélica tradicional	Contagem	135	203	0	1704	0	2042
	% em M109-Religião atual	6,6%	9,9%	0,0%	83,4%	0,0%	100,0 %
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	10,9%	9,3%	0,0%	14,0%	0,0%	13,1%
Evangélica pentecostal	Contagem	128	197	0	1474	0	1799
	% em M109-Religião atual	7,1%	11,0%	0,0%	81,9%	0,0%	100,0 %
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	10,3%	9,1%	0,0%	12,1%	0,0%	11,6%
Espírita	Contagem	17	115	0	391	0	523
	% em M109-Religião atual	3,3%	22,0%	0,0%	74,8%	0,0%	100,0 %
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	1,4%	5,3%	0,0%	3,2%	0,0%	3,4%
Afro-brasileira	Contagem	1	6	0	45	0	52
	% em M109-Religião atual	1,9%	11,5%	0,0%	86,5%	0,0%	100,0 %
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	0,1%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%	0,3%
Nenhuma	Contagem	96	168	0	973	1	1238
	% em M109-Religião atual	7,8%	13,6%	0,0%	78,6%	0,1%	100,0 %



	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	7,8%	7,7%	0,0%	8,0%	33,3%	7,9%
	Contagem	0	0	0	2	0	2
Sem resposta	% em M109-Religião atual	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Contagem	15	29	0	272	0	316
Outra	% em M109-Religião atual	4,7%	9,2%	0,0%	86,1%	0,0%	100,0%
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	1,2%	1,3%	0,0%	2,2%	0,0%	2,0%
	Contagem	1	1	0	20	0	22
Não sabe	% em M109-Religião atual	4,5%	4,5%	0,0%	90,9%	0,0%	100,0%
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,1%
	Contagem	1238	2175	1	12158	3	15575
Total	% em M109-Religião atual	7,9%	14,0%	0,0%	78,1%	0,0%	100,0%
	% em M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

No âmbito das mulheres por religião e o lugar em que obteve a pílula anticoncepcional quando não no SUS, todos os grupos têm margens significativas de não indicarem resposta. Dentre as que indicaram, a compra na farmácia é preferencial entre católicas (65,3%), como pode ser visto na tabela 4.

**Tabela 4.** Relação mulheres por religião e uso de métodos contraceptivos.

**Tabulação cruzada M109-Religião atual \* M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula**

		M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula							Total
		Compro- u na farmá- cia	Ganhou de alguém	Ficou sem	Outro método pelo SUS	Outro método	Sem resposta	97	
M109- Religiã o atual	Contagem	286	1	5	1	2	0	9285	9580
	% em M109- Religião atual	3,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	96,9%	100,0%
	% em M325- Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	65,3%	25,0%	100,0%	50,0%	100,0%	0,0%	61,4%	61,5%
Evangélica tradicional	Contagem	50	0	0	1	0	0	1991	2042
	% em M109- Religião atual	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97,5%	100,0%
	% em M325- Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	11,4%	0,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	13,2%	13,1%

Evangélica pentecostal	Contagem	47	2	0	0	0	0	1751	1800
	% em M109-Religião atual	2,6%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97,3 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	10,7%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,6 %	11,6 %
Espírita	Contagem	7	0	0	0	0	0	517	524
	% em M109-Religião atual	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	98,7 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	3,4%
Afro-brasileira	Contagem	0	0	0	0	0	0	52	52
	% em M109-Religião atual	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%
Nenhuma	Contagem	40	1	0	0	0	1	1197	1239
	% em M109-Religião atual	3,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	96,6 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	9,1%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	7,9%	8,0%
Sem resposta	Contagem	0	0	0	0	0	0	2	2
	% em M109-Religião atual	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Outra	Contagem	8	0	0	0	0	0	308	316
	% em M109-Religião atual	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97,5 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%
Não sabe	Contagem	0	0	0	0	0	0	21	21
	% em M109-Religião atual	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0 %	100,0 %
	% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
Total	Contagem	438	4	5	2	2	1	1512 4	1557 6

% em M109-Religião atual	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97,1%	100,0%
% em M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Na Correlação de Pearson entre as cinco categorias de religião criadas (Cat = Católicas; EvaTrad = Evangélicas Tradicionais; EvaPent = Evangélicas Pentecostais; Esp = Espíritas; Afro = Afro-brasileiras) e a M313, observamos uma correlação, a nível de confiança de 99%, um valor de -0,032 para as mulheres católicas, configurando uma correlação linear negativa fraca; um valor de -0,033 para as mulheres espíritas, configurando uma correlação linear negativa fraca. Já a nível de confiança de 95% temos um valor de 0,17 para as mulheres evangélicas tradicionais, configurando uma correlação linear positiva fraca; um valor de 0,18 para as mulheres evangélicas pentecostais, configurando uma correlação linear positiva fraca. No caso das mulheres afro-brasileiras, encontramos um valor de -0,002 para as mulheres afro-brasileiras, configurando uma correlação linear negativa fraca. Em geral, não podemos afirmar que exista relação entre religião e uso de métodos contraceptivos. Contudo, comparando as mulheres evangélicas (tradicionais e pentecostais) apresentam correlação linear negativa quase moderada quando comparadas às mulheres católicas (com -0,491 e -0,457, respectivamente). Ver Tabela 5.

**Tabela 5.** Correlação entre religião e uso de métodos contraceptivos.

		Correlações					
		M313-Usa método de anticoncepção atualmente	Mu_Cat	Mu_EvaTrad	Mu_EvaPent	Mu_Esp	Mu_Afro
M313-Usa método de anticoncepção atualmente	Correlação de Pearson	1	-,032**	,017*	,018*	-,033**	-,002
	Sig. (2 extremidades)		,000	,037	,023	,000	,765
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Cat	Correlação de Pearson	-,032**	1	-,491**	-,457**	-,236**	-,073**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaTrad	Correlação de Pearson	,017*	-,491**	1	-,140**	-,072**	-,022**
	Sig. (2 extremidades)	,037	,000		,000	,000	,005
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaPent	Correlação de Pearson	,018*	-,457**	-,140**	1	-,067**	-,021**
	Sig. (2 extremidades)	,023	,000	,000		,000	,009
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Esp	Correlação de Pearson	-,033**	-,236**	-,072**	-,067**	1	-,011
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000	,000		,178
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Afro	Correlação de Pearson	-,002	-,073**	-,022**	-,021**	-,011	1
	Sig. (2 extremidades)	,765	,000	,005	,009	,178	
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Na Correlação de Pearson entre as categorias de religião criadas e a M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula, observamos uma correlação, a nível de confiança de 99%, um valor de -0,064 para as mulheres católicas, configurando uma correlação linear negativa fraca; um valor de 0,050 para as mulheres evangélicas tradicionais, configurando uma

correlação linear positiva fraca; um valor de 0,034 para as mulheres evangélicas pentecostais, configurando uma correlação linear positiva fraca; um valor de -0,15 para as mulheres espíritas, configurando uma correlação linear negativa fraca; no caso das mulheres negras, encontramos um valor de 0,011 para as mulheres afro-brasileiras, configurando uma correlação linear positiva fraca. Em geral, não podemos afirmar que exista relação entre religião e uso de métodos contraceptivos. Contudo, ao compararmos intragrupos, as mulheres evangélicas (tradicionais e pentecostais) apresentam correlação linear negativa quase moderada quando comparadas às mulheres católicas (com -0,491 e -0,457, respectivamente). Veja na Tabela 6.

**Tabela 6.** Correlação entre religião e uso de métodos contraceptivos.

		Correlações					
		M322- Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	Mu_Cat	Mu_EvaTrad	Mu_EvaPent	Mu_Esp	Mu_Afro
M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	Correlação de Pearson	1	-,064**	,050**	,034**	-,015	,011
	Sig. (2 extremidades)		,000	,000	,000	,061	,188
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Cat	Correlação de Pearson	-,064**	1	-,491**	-,457**	-,236**	-,073**
	Sig. (2 extremidades)	,000		,000	,000	,000	,000
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaTrad	Correlação de Pearson	,050**	-,491**	1	-,140**	-,072**	-,022**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000		,000	,000	,005
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaPent	Correlação de Pearson	,034**	-,457**	-,140**	1	-,067**	-,021**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000	,000		,000	,009
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Esp	Correlação de Pearson	-,015	-,236**	-,072**	-,067**	1	-,011
	Sig. (2 extremidades)	,061	,000	,000	,000		,178
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Afro	Correlação de Pearson	,011	-,073**	-,022**	-,021**	-,011	1
	Sig. (2 extremidades)	,188	,000	,005	,009	,178	
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Ao tentarmos a correlação de M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula, criamos previamente a categoria Compra\_met\_farm para indicar as mulheres que compraram a pílula diretamente na farmácia. A frequência original indicava que 439 mulheres compraram neste local, com 15123 casos de não resposta. Veja a Tabela 7.

**Tabela 7.** Compra de pílula por local.

**M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula**

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem acumulativa
Válido	Comprou na farmácia	439	2,8	2,8
	Ganhou de alguém	3	,0	2,8
	Ficou sem	5	,0	2,9
	Outro método pelo SUS	2	,0	2,9
	Outro método	2	,0	2,9
	Sem resposta	1	,0	2,9
	97	15123	97,1	97,1
Total	15575	100,0	100,0	

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Assim, pegando apenas os 439 casos e correlacionando por religião, encontramos que nenhuma das religiões tem relação direta com a compra na farmácia, ainda assim, as mulheres católicas são as que apresentam maior valor de correlação positiva com 0,013 e as espíritas apresentam o maior valor de correlação negativa com -0,017. Veja a Tabela 8.

**Tabela 8.** Correlação entre religião e compra de pílula na farmácia.

		Correlações					
		Compra_met_farm	Mu_Cat	Mu_EvaTrad	Mu_EvaPent	Mu_Esp	Mu_Afro
Compra_met_farm	Correlação de Pearson	1	,013	-,008	-,004	-,017*	-,008
	Sig. (2 extremidades)		,113	,306	,598	,036	,299
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Cat	Correlação de Pearson	,013	1	-,491**	-,457**	-,236**	-,073**
	Sig. (2 extremidades)	,113		,000	,000	,000	,000
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaTrad	Correlação de Pearson	-,008	-,491**	1	-,140**	-,072**	-,022**
	Sig. (2 extremidades)	,306	,000		,000	,000	,005
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_EvaPent	Correlação de Pearson	-,004	-,457**	-,140**	1	-,067**	-,021**
	Sig. (2 extremidades)	,598	,000	,000		,000	,009
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Esp	Correlação de Pearson	-,017*	-,236**	-,072**	-,067**	1	-,011
	Sig. (2 extremidades)	,036	,000	,000	,000		,178
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575
Mu_Afro	Correlação de Pearson	-,008	-,073**	-,022**	-,021**	-,011	1
	Sig. (2 extremidades)	,299	,000	,005	,009	,178	
	N	15575	15575	15575	15575	15575	15575

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Para garantir a confiança do teste, testamos o Qui-Quadrado para todas as categorias ao mesmo, em que observamos o valor P garantindo a confiança, como pode ser observado na Tabela 9 a seguir.

**Tabela 9.** Teste Qui-quadrado das variáveis.

	Estatísticas de teste							
	M313-Usa método de anticoncepção atualmente	M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula	M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula	Mu_Cat	Mu_EvaT rad	Mu_EvaP ent	Mu_Esp	Mu_Afro
Qui-quadrado	14883,485 <sup>a</sup>	22662,743 <sup>a</sup>	82218,158 <sup>b</sup>	726,818 <sup>c</sup>	7901,531 <sup>c</sup>	8655,867 <sup>c</sup>	12703,869 <sup>c</sup>	14458,682 <sup>c</sup>
gl	3	3	6	1	1	1	1	1
Significância Sig.	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000

a. 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 3664,5.

b. 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 2094,0.

c. 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 7329,0.

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

Realizando a regressão, testamos dois modelos que explicam 5,3% dos casos que configuram o M313-Usa método de anticoncepção atualmente: o primeiro com a categoria Mu\_Esp e o segundo com a categoria Mu\_Cat, situando que as mulheres Espíritas e Católicas são as que mais impactam em responder sobre a utilização de pílula anticoncepcional, de acordo com as Tabelas 10 e 11.

**Tabela 10.** Teste ANOVA das variáveis.

Modelo	Variáveis Inseridas/Removidas <sup>a</sup>		Método
	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	
1	Mu_Esp	.	Avançar (Critério: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050)
2	Mu_Cat	.	Avançar (Critério: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050)

a. Variável Dependente: M313-Usa método de anticoncepção atualmente  
Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

**Tabela 11.** Teste ANOVA das variáveis – resumo.

Modelo	Resumo do modelo			
	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,033 <sup>a</sup>	,001	,001	36,129
2	,053 <sup>b</sup>	,003	,003	36,099

a. Preditores: (Constante), Mu\_Esp

b. Preditores: (Constante), Mu\_Esp, Mu\_Cat

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).



Realizando a regressão, testamos dois modelos que explicam 7,1% dos casos que configuram o M313-Usa método de anticoncepção atualmente: o primeiro com a categoria Mu\_Cat e o segundo com a categoria Mu\_Esp, situando que as mulheres Católicas e Espíritas são as que mais impactam em responder sobre a procura de pílula anticoncepcional no SUS. Veja as Tabelas 12 e 13.

**Tabela 12.** Teste ANOVA das variáveis – resumo.

Modelo	Variáveis Inseridas/Removidas <sup>a</sup>		Método
	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	
1	Mu_Cat	.	Avançar (Critério: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050)
2	Mu_Esp	.	Avançar (Critério: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050)

a. Variável Dependente: M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

**Tabela 13.** Teste ANOVA das variáveis – resumo.

Modelo	Resumo do modelo			
	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa
1	,064 <sup>a</sup>	,004	,004	39,372
2	,071 <sup>b</sup>	,005	,005	39,354

a. Preditores: (Constante), Mu\_Cat

b. Preditores: (Constante), Mu\_Cat, Mu\_Esp

Fonte: Autores, a partir dos dados obtidos em MS (2006).

#### 4. Conclusão

Os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) demonstram uma série de dados que nos motivam a pesquisar acerca da relação entre variáveis e sua capacidade correlacional com outros elementos. Escolhemos observar se há relação entre religião e uso de anticoncepcionais e a busca por pílulas.

Como hipóteses tínhamos que: 1) a religião é fator que tem peso na busca por métodos contraceptivos; 2) a religião é fator que tem peso na escolha de utilizar os métodos contraceptivos. No âmbito dos testes de hipótese e significância, situamos como hipótese nula a não relação entre as cinco variáveis independentes (religião subdividida em cinco categorias) e três dependentes (as perguntas que delimitaremos a seguir): M313-Usa método de anticoncepção atualmente; M322-Procurou alguma vez o SUS para obter pílula; M325-Quando não conseguiu no SUS.

Para tanto, criamos cinco variáveis a saber: Mu\_Cat, referente às mulheres de religião Católicas; Mu\_EvaTrad, referente às mulheres de religião Evangélicas Tradicionais; Mu\_EvaPent, referente às mulheres de religião Evangélicas Pentecostais; Mu\_Esp, referente às mulheres de religião Espíritas; Mu\_Afro, referente às mulheres de religião Afro-Brasileiras. Posteriormente criamos previamente a categoria Compra\_met\_farm para indicar as mulheres que compraram a pílula diretamente na farmácia.

Conseguimos situar que nas duas hipóteses, a hipótese nula, a de que não há interferência, não pode ser descartada. Primeiro porque analisando as correlações de Pearson, praticamente todas são fracas (sejam negativas ou positivas) nas três variáveis dependentes (M313, M322 e M325) para todas as independentes (Mu\_Cat, Mu\_EvaTrad, Mu\_EvaPent, Mu\_Esp, Mu\_Afro). Confirmamos isso ao testarmos o Qui-Quadrado para todas as categorias ao mesmo, em que observamos o valor P garantindo a confiança, assim como o teste ANOVA, onde, realizando a regressão, testamos dois modelos que explicam 5,3% dos casos que configuram o M313-Usa método de anticoncepção atualmente: o primeiro com a categoria Mu\_Esp e o segundo com a categoria Mu\_Cat, situando que as mulheres Espíritas e Católicas são as que mais impactam em responder sobre a utilização de pílula anticoncepcional. Realizando a regressão, testamos dois modelos que explicam 7,1% dos casos que configuram o M313-Usa método de anticoncepção atualmente: o primeiro com a categoria Mu\_Cat e o segundo com a categoria Mu\_Esp, situando que as mulheres Católicas e Espíritas são as que mais impactam em responder sobre a procura de pílula anticoncepcional no SUS. Testamos também o M325-Quando não conseguiu no SUS, onde obteve a pílula, que responde por 1,7% do modelo com Mu\_Esp, descartando todas as outras.

O que conseguimos depreender no trabalho executado e, tendo em vista, o arquivo disponibilizado, além de todas as outras categorias que permitem desenvolver mais testes, que a categoria “Religião” não é capaz de responder por influência no uso método de anticoncepção atualmente, assim como pela procura do SUS ou de outra instituição para obter pílula.

No estudo de Heloisa Helena S. Duarte et al (2011) e de Paniz, Fassa e Silva (2005), a religião não influenciou no uso de métodos contraceptivos, não sendo significativa a associação entre religião e uso de método contraceptivo, contudo, há a prevalência de uso desses métodos por meninas que se autodeclararam católicas foi mais alta (80,9%) em relação às meninas não católicas (70,3%). Já o trabalho de Helen Ferreira et al (2019), vemos a pílula ser o método contraceptivo ser o mais lembrado e procurado por mulheres. Para Julia Olsen et al (2018), a interferência da religião no uso da contracepção não foi capturada em nenhuma das pesquisas nacionais de demografia e saúde. O que elas têm desvendado é que as católicas tendem a usar anticoncepção com a mesma frequência que as demais mulheres, em dissonância com o discurso da hierarquia católica. Não obstante, as jovens pentecostais apresentaram a menor prevalência de anticoncepção, embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa. Aqui, também verificamos estes dados dos trabalhos acima indicados.

Quanto às limitações e sugestões para o estudo, destacamos que a base de dados está desatualizada, ao passo em que deveria ampliar a amostra, agregando arranjos familiares diversos, a exemplo de casais homoafetivos ou famílias monoparentais. Ao mesmo tempo, outras variáveis deveriam estar disponíveis, a exemplo de renda, localidade e número de membros na família, com o objetivo de reconstruir retrato de como as condições familiares podem impactar na tomada de decisão.

## Agradecimentos

Este trabalho contou com o apoio de recursos no âmbito da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ).

## Referências

- Ávila, M. B. & Corrêa, S. (1999). *Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos – saúde sexual reprodutiva no Brasil*. Hucitec.
- Baptista, V. F. (2021). Planejamento familiar: inimigo a ser combatido, aliado libertador ou falso amigo? *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, 11(1), 394-417.
- Brasil. (1993). *Relatório Final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada para Exame da incidência da esterilização em massa de mulheres no Brasil*. Congresso Nacional.

- Duarte, H. S. et al. (2011). Utilização de métodos contraceptivos por adolescentes do sexo feminino da Comunidade Restinga e Extremo Sul. *Rev. paul. pediatr.*, 29(4), 572-576.
- Ferreira, H. L. O. C. et al. (2019). Determinantes Sociais da Saúde e sua influência na escolha do método contraceptivo. *Rev. Bras. Enferm.*, 72(4), 1044-1051.
- Caetano, A. J. (2014). Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 31(2), 309-331.
- Camíá, G. K.; Marin, H. F. & Barbieri, M. (2011). Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam serviço de planejamento familiar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 26-34.
- Fonseca-Sobrinho, D. (1993). *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*. Rosa dos Tempos.
- Martins, U. L. & Baptista, V. F. (2020). Política pública, planejamento familiar e direito reprodutivo: a esterilização compulsória como estratégia da biopolítica. In: *I Encontro Virtual do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito*. Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, 326-347.
- Ministério da Saúde [MS]. (2006). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006)*. Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde [MS]. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Ministério da Saúde.
- Nicolau, A. I. O. et al. (2011). Laqueadura tubária: caracterização de usuárias laqueadas de um serviço público. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 55-61.
- Olsen, J. M. et al. (2018). Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(2), 1-17.
- Osis, M. J. D. et al. (2016). Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(11), 2481-2490.
- Paniz, V. M. V.; Fassa, A. G. & Silva, M. C. (2005). Conhecimento sobre anticoncepcionais em uma população de 15 anos ou mais de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(6), 1747-1760.
- Pedro, J. M. (2003). A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. *Rev. Bras. Hist.*, 23(45), 239-260.
- Richardson, R. J. et al. (2007). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3a ed.), rev. ampliada. Atlas.
- Sanches, M. A. & Simão-Silva, D. P. (2016). Planejamento familiar: do que estamos falando? *Revista Bioética*, 24(1), 73-82.
- Santos, J. C. & Freitas, P. M. (2011). Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1813-1820.
- Sen, A. (2000). *Desenvolvimento como liberdade*. Companhia das Letras.
- Silva, R. M. et al. (2011). Planejamento familiar: significado para mulheres em idade reprodutiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2415-2424.