

Contraceção e Autonomia das Mulheres na Decisão pela Gravidez: Efeitos do Programa Bolsa Família¹

Maria Carolina Couto
IERI/UFU
maria_carolinaac@hotmail.com

Carlos C. S. Saiani
IERI/UFU
ssaian@ufu.br

Mônica Yukie Kuwahara
PPGE/UFABC
monica.kuwahara@ufabc.edu.br

Resumo

O Programa Bolsa Família (PBF) é uma das maiores políticas de transferência condicional de renda do mundo. Por isso, motivou diversas avaliações de efeitos. No geral, as evidências são favoráveis ao desenvolvimento humano, mas ainda persistem questionamentos sobre possíveis efeitos não planejados. Por exemplo, quais os impactos do PBF na contracepção e na autonomia das mulheres de tomarem decisões referentes à gravidez que atendam suas preferências? Para responder tal questionamento, este estudo faz uso de variáveis que sinalizam o desejo da mulher por uma gravidez e o uso de métodos contraceptivos, destacando a necessidade não-atendida por contraceptivos, medida que expressa se uma mulher que não deseja engravidar é capaz de efetivamente tomar uma decisão sobre seu próprio corpo e com desdobramentos por toda a sua vida. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006 são utilizados em estimações econométricas por métodos de *Propensity Score Matching*. Os resultados sinalizaram que o PBF não reduziu o uso de contraceptivos, não mudou o padrão de utilização destes segundo suas efetividades e não incentivou a decisão pela gravidez. Porém, as evidências apontaram que as beneficiárias têm menor probabilidade de não serem atendidas por métodos contraceptivos quando demandados, o que pode decorrer do incremento de renda, do maior acesso a informações ou, ainda, de uma maior autonomia decisória (empoderamento).

Palavras-chave: Contracepção. Autonomia Feminina. Empoderamento. Bolsa Família.

Abstract

The Bolsa Família Program (PBF) is one of the largest conditional cash transfer policies in the world. Therefore, it motivated several impact evaluations. Overall, the evidence is favorable to human development, but questions remain about possible unplanned effects. For instance, what are the impacts of the PBF on contraception and women's autonomy to make pregnancy decisions that meet their preferences? To answer this question, this study makes use of variables that signal the woman's desire for pregnancy and the use of contraceptive methods, highlighting the unmet need, a measure that expresses whether a woman who does not wish to become pregnant is able to effectively make a decision about her own body and with consequences throughout her entire life. Data from the 2006 National Survey on Demography and Health of Women and Children (PNDS) of 2006 are used in econometric estimates using Propensity Score Matching methods. The results show that the PBF did not reduce the use of contraceptives, did not change the pattern of use according to its effectiveness and did not encourage the decision to become pregnant. However, the evidence pointed out that the beneficiaries are less likely to not be attended to by contraceptive methods when demanded, which may result from increased income, greater access to information or even greater decision-making autonomy (empowerment).

Keywords: Contraception. Female Autonomy. Empowerment. Bolsa Família Program.

Classificação JEL: I38. J18. J16.

Área ANPEC: 12 – Economia Social e Demografia Econômica.

¹ Os autores agradecem o apoio da CAPES, CNPq e FAPEMIG.

1. Introdução

O Programa Bolsa Família (PBF), uma das maiores políticas de transferência condicional de renda (PTCR) do mundo, foi criado em 2003 com o principal objetivo declarado de combater a fome e a pobreza. Para isso, transfere recursos mensalmente a famílias de (extrema) pobreza e que respeitem condicionalidades, em especial quanto à educação dos filhos e à saúde. Partindo da premissa de que mulheres tendem a melhor administrar os recursos e a zelar pelo bem-estar de toda a família, as transferências são feitas prioritariamente a elas. Estima-se que, atualmente, o programa atende mais de 14 milhões de famílias (BARTHOLO et al., 2017; COUTO, 2020).

Em função de sua cobertura e da importância para as famílias atendidas, o PBF motivou debates políticos e acadêmicos e vários trabalhos que investigaram seus possíveis impactos em diferentes dimensões individuais, como sinalizam as revisões de Silva (2018) e Couto (2020). Além disso, há trabalhos que avaliam efeitos agregados – por exemplo, o PBF como um dos determinantes das reduções da desigualdade de renda e da pobreza no Brasil em parte dos anos 2000 e 2010 (BARROS et al., 2007; DEDECCA, 2015; SILVA, 2018). As avaliações sobre o programa consideram tanto seus objetivos declarados como prováveis efeitos não planejados.

Um efeito desse tipo tradicionalmente aventado é a possibilidade de o PBF influenciar o comportamento sexual e reprodutivo de suas beneficiárias, o que se refletiria no uso de métodos contraceptivos e na decisão por uma gravidez. Por um lado, a decisão consciente de engravidar, assim como a escolha por contraceptivos mais seguros e efetivos, poderiam decorrer da renda incremental e do potencial maior acesso a informações devido à obrigação de visitas periódicas a unidades de saúde – uma das condicionalidades do programa. Por outro lado, a chance de receber um benefício variável maior em função do total de filhos poderia incentivar as pessoas com menos filhos que o limite definido a decidirem por uma nova gestação. Há trabalhos que avaliaram efeitos do PBF na fecundidade, mas seus resultados não estabeleceram um consenso. Em alguns deles, o efeito é positivo (BERBEL, 2011; CECHIN, 2015); em outros, é negativo (SIMÕES; SOARES, 2012) ou inexistente (SIGNORINI; QUEIROZ, 2011; ROCHA, 2017).

O objetivo deste estudo é justamente contribuir para tal debate com evidências adicionais, mas com o diferencial de investigar efeitos do PBF além do conceito de fecundidade, analisando as escolhas das mulheres refletidas em variáveis que contemplam dimensões do comportamento sexual e reprodutivo. Destaca-se a medida que combina a escolha pela não concepção e o uso de contraceptivos, a chamada necessidade não-atendida por métodos contraceptivos (NNMC).

A NNMC é considerada em discussões sobre o planejamento familiar por ser pressuposto, na sua formulação, que analisar o uso de contraceptivos pelas mulheres de modo indiscriminado não fornece muita informação quanto à compreensão do poder que elas detêm de controlar seus próprios corpos (CASIQUE, 2001). Assim, a NNMC diferencia as mulheres que demandam contraceptivos – por não desejarem um/outra filho ou por quererem adiar a gestação – entre as que conseguem ser atendidas e as que não conseguem por algum motivo, mesmo expressando um desejo que só se concretizaria com a adoção de alguma forma de contracepção (WESTOFF; OCHOA, 1991; BONGAARTS; BRUCE, 1995; BRADLEY et al., 2012). A NNMC sinaliza, então, que a mulher não exerce seu direito reprodutivo, ou seja, não tem capacidade e liberdade de decidir o momento e a frequência da reprodução (PETCHESKY, 1999; LEMOS, 2004).

O presente estudo também investiga, de forma desagregada, efeitos do PBF nas variáveis do comportamento sexual e reprodutivo utilizadas na construção da NNMC – decisão por uma gravidez, momento em que se deseja engravidar e uso de métodos contraceptivos –, assim como no grau de efetividade dos contraceptivos (WHO, 2007; TRUSSELL, 2011). Ressalta-se que a análise por efetividade do método também representa uma contribuição adicional à discussão, já que, de modo geral, há uma tendência a classificar os contraceptivos apenas como métodos tradicionais ou modernos. No entanto, como Trussell (2011) demonstra, há métodos modernos com graus de efetividade inferiores a métodos tradicionais – o espermicida, por exemplo –, o que justifica a categorização por meio dos níveis de efetividade. Assim, é possível associar mais

as avaliações aqui realizadas à demanda planejada por contracepção, dado que alguns métodos também podem ser usados contra infecções sexualmente transmissíveis ou são emergenciais.

Para cumprir as investigações propostas, são feitas estimativas econométricas com uma amostra de mulheres brasileiras da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança (PNDS) de 2006², inclusive com métodos de *Propensity Score Matching* (PSM) para lidar com o possível viés de auto seleção. Ademais, para garantir maior robustez aos resultados, são controlados atributos das mulheres que refletem aspectos culturais, históricos, econômicos e sociais que podem influenciar o comportamento em análise. Para não os apresentar somente como meros controles, são realizadas análises descritivas para sugerir relações entre uso de contraceptivos, decisão pela gravidez e atributos locais e individuais das mulheres. Outro destaque é a preocupação com a identificação das mulheres férteis segundo a literatura médica.

Além de contribuir à literatura de efeitos de PTCR em geral e, especificamente, do PBF, como os dados utilizados são oriundos da PNDS, com perguntas às mulheres, as análises deste estudo também permitem respaldo e contribuições à literatura de empoderamento feminino, que já vem indicando uma relação entre tal processo e o uso de contraceptivos (CASIQUE, 2001; CRISSMAN et al., 2012; DO; KURIMOTO, 2012; PATRIKAR et al., 2014). Do ponto de vista da economia da família, a autonomia das mulheres mostra-se associada à maior possibilidade de adotar métodos de planejamento familiar, elevando as chances de fazer escolhas reprodutivas e, ao adiar a gravidez ou definir maior tempo entre gestações, reduz a morbi-mortalidade infantil e materna (YORK; BELL, 2014). Ademais, com algum controle sobre o orçamento doméstico, mulheres alocam mais recursos na nutrição e educação dos filhos e na saúde (DUFLO, 2003).

Segundo Sen (2000), a importância da ação das mulheres (*women's agency*) é um aspecto crucial no desenvolvimento humano. Os investimentos em suas educções e emancipações, por exemplo, trazem retornos para toda a sociedade, sendo evidente a correlação entre o aumento da educação da mãe e a melhora na nutrição dos filhos e no planejamento familiar. Nussbaum (2011, 2013), por sua vez, destaca a importância de interpretar cada pessoa como um fim em si mesmo e não apenas um meio para o desenvolvimento econômico. Assim, considerar a mulher como um agente e como detentora de sua própria vida, livre para escolher o que é melhor para si, dentro do conjunto de capacidades e oportunidades reais para o seu desenvolvimento, deve ser o objetivo de políticas voltadas, direta ou indiretamente, para a igualdade entre os gêneros.

Vale apontar que o empoderamento feminino é um processo multidimensional, contextual e heterogêneo pautado em aspectos individuais e estruturais, mas políticas como o PBF podem criar um ambiente propício para as beneficiárias potencializarem práticas de empoderamento (ROWLANDS, 1995; BERTH, 2019), inclusive quanto a questões do comportamento sexual e reprodutivo. Há evidências de que, mesmo não sendo um dos objetivos declarados, o PBF teria impactado no empoderamento de suas beneficiárias e nas relações de gênero³. Assim, eventuais resultados obtidos podem decorrer dos ganhos de renda e informacionais advindos do PBF, mas não é plausível descartar que sejam efeitos no empoderamento, ainda mais pelas características já apontadas do NNMC, principal medida usada como variável dependente nas estimativas⁴.

Além desta introdução e das considerações finais, este estudo é estruturado em mais três seções. Na segunda, estão as análises descritivas relacionando as dimensões do comportamento

² Única fonte encontrada com todos os dados necessários. Apesar de ser um pouco defasada, não compromete as análises por não serem avaliados efeitos do PBF no tempo. Ademais, nos elementos fundamentais do estudo, o PBF não sofreu alterações significativas desde 2006, conforme pode ser avaliado em Silva (2018) e Couto (2020).

³ Ver as revisões de Bartholo et al. (2017) e Couto (2020). Pontua-se, contudo, que a associação positiva entre o empoderamento e o PBF não é consenso na literatura (LAVINAS et al., 2012; PASSOS; WALTENBERG, 2016).

⁴ Para facilitar as discussões, toma-se a liberdade de utilizar autonomia e empoderamento quase como sinônimos. Porém, é reconhecido que, na abordagem de capacitações, à qual o estudo se alinha, o empoderamento é o resultado final (*achieved function*) e a possível influência do PBF seria o meio que, ao promover/viabilizar a autonomia pela transferência de renda às mulheres e pelas condicionalidades de saúde (*conversion factor to development*), afetaria o empoderamento. Para mais detalhes, ver: Robeyns (2003), Sen (2000), Duflo (2012) e Nussbaum (2011, 2013).

sexual e reprodutivo (emprego de anticoncepcionais, decisão pela gravidez e NNMC) a atributos locais e pessoais das mulheres, assim como as primeiras evidências para o PBF. Algumas das evidências obtidas são justificadas pela literatura. Na terceira, são descritas as estratégias empíricas adotadas para investigar efeitos do PBF no comportamento sexual e reprodutivo. Por fim, na quarta seção, os resultados são analisados, inclusive confrontados a outros já existentes.

2. Comportamento sexual e reprodutivo: dimensões e caracterização no Brasil

Nas análises deste estudo, são considerados dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), vinculada ao *Demographic and Health Surveys (DHS) Program* da Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (USAID), em parceria com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) e o Banco Mundial. No Brasil, ocorreram três PNDS, em 1986, 1996 e 2006. Outra deveria ter sido feita em 2016, mas não ocorreu. Por isso, a opção por usar dados da PNDS mais recente, a de 2006. Esta pesquisa teve representatividade nacional, com uma amostra de 15.575 mulheres entre 15 e 49 anos que residiam em áreas urbanas e rurais e nas cinco regiões brasileiras (PNDS, 2006).

A primeira dimensão do comportamento sexual e reprodutivo aqui analisada é o uso de métodos contraceptivos. Tal informação é derivada do questionamento às mulheres que não estavam grávidas (ou tinham dúvidas) se usavam algum método para evitar gravidez. Opta-se por considerar também as mulheres grávidas, que foram questionadas se pretendiam usar algum método contraceptivo no futuro, depois da atual gravidez. A existência de tal questionamento é uma das vantagens da PNDS frente a outras pesquisas. A escolha pela inclusão das grávidas segue alguns trabalhos, que a justificam pelo argumento de que nem todas as mulheres grávidas desejaram a gestação ou, ainda, por mais que contraceptivos falhem, não é plausível assumir que todas as mulheres engravidaram devido a uma falha destes (WESTOFF; OCHOA, 1991).

Consequentemente, parte das grávidas assim estavam por não terem suas necessidades de contraceptivos atendidas. Ademais, estas estão apenas momentaneamente livres da necessidade de uso de algum contraceptivo, o que tende a mudar após a gravidez. Tais aspectos sedimentam a importância da consideração das grávidas em conjunto com as não grávidas nas análises deste estudo, à semelhança de outros trabalhos, como Casique (2001), garantindo evidências mais representativas de dimensões do comportamento sexual e reprodutivo das mulheres brasileiras.

A PNDS permite a resposta de quatorze tipos de métodos contraceptivos. Neste estudo, opta-se pela agregação em grupos que consideram a classificação de graus de efetividade de WHO (2007) e Trussell (2011): i) *baixo* (espermicida e tabela/abstinência periódica); ii) *médio* (camisinha masculina e feminina, diafragma e coito interrompido)⁵; iii) *alto* (métodos injetáveis e pílulas); iv) *muito alto* (métodos de esterilização masculina e feminina, DIU e implante).

Ademais, são adicionados dois grupos: v) *indefinido* (métodos reportados como outros⁶); e vi) *PDS* (pílulas do dia seguinte⁷). Apesar de ter reconhecida elevada efetividade, a última é considerada à parte por não constar nos trabalhos supracitados e ser usada, no geral, sem um planejamento prévio, ou seja, uma decisão afetada por atributos locais e individuais e por políticas, que são os objetos de análise deste estudo. Tal fato é reconhecido na literatura, tanto que é tradicionalmente chamada de contracepção de emergência (PAIVA; BRANDÃO, 2012).

A segunda dimensão avaliada é a decisão pela gravidez. Mulheres não grávidas (ou em dúvida) foram questionadas se queriam ter um/outra filho⁸. Já as grávidas se gostariam de ter

⁵ O foco deste estudo é a contracepção e a gravidez, mas vale destacar que, entre os métodos de efetividade média, estão os que também são tradicionalmente utilizados para a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis.

⁶ Inclui outros métodos, modernos ou tradicionais, não especificados no questionário, tais como: adesivo hormonal, anel vaginal, chás, ervas e ducha vaginal.

⁷ A PDS só é uma possibilidade de resposta na PNDS para as mulheres não grávidas (ou em dúvida).

⁸ Tal pergunta não foi feita às mulheres com esterilização (masculina ou feminina) como contraceptivo. Assim, nas análises desta seção, tais mulheres não compõem a amostra para as dimensões decisão pela gravidez e NNMC.

outro filho após a atual gestação. Para os dois grupos, as respostas possíveis eram: a) *quer filho*; b) *não quer filho*; e c) *não sabe*. Para as não grávidas que querem engravidar e as grávidas que desejam outro filho, foi questionado o tempo de espera. A partir desta questão, são aqui criados subgrupos de mulheres: a.1) *quer filho logo* (mulheres que quiserem esperar menos de um ano, de um ano a 23 meses ou não querem esperar); e a.2) *quer filho depois* (aquelas que desejam esperar dois ou mais anos, esperar se casarem ou não sabem quanto tempo desejam esperar).

A terceira dimensão é a necessidade não-atendida de método contraceptivo (NNMC), uma das principais medidas utilizadas em discussões sobre planejamento familiar. A premissa chave que a fundamenta é a de que o uso de um método contraceptivo, por si só, não é a variável de interesse ao se discutir o comportamento sexual e reprodutivo feminino, mas sim o uso de métodos por mulheres que querem controlar a fertilidade, seja pela vontade de adiar a primeira ou a próxima gravidez, seja pelo desejo de não ter um/outro filho (WESTOFF; OCHOA, 1991; CASIQUE, 2001). Na definição da NNMC, primeiro, deve-se identificar a demanda potencial por contracepção: as mulheres que não querem ter filhos, estão indecisas ou desejam adiar a gravidez (BONGAARTS; BRUCE, 1995). Com dados da PNDS, tal demanda corresponde às mulheres que queriam um filho depois ou não sabiam quando ou não queriam engravidar.

Entre as demandantes por contracepção, há mulheres que de fato utilizam algum método para atender seu desejo e, assim, têm sua necessidade por contraceptivo atendida. Mas, também há mulheres que, por mais que não queiram engravidar, ao menos logo, não utilizam métodos contraceptivos. Estas são as que não têm suas necessidades atendidas. Ressalva-se que alguns trabalhos calculam a NNMC apenas para mulheres casadas ou em algum tipo de união conjugal (BONGAARTS; BRUCE, 1995). Outros trabalhos já problematizaram esta opção, defendendo a inclusão de todas as mulheres em idade fértil, independente da situação conjugal, pois “não ter cônjuge” não impede que elas tenham relações sexuais (WESTOFF; OCHOA, 1991). Este estudo segue a última sugestão, considerando todas as mulheres, sem restrição do *status* conjugal.

Vale fazer algumas ressalvas à NNMC aqui calculada, por ser uma versão “simplificada” da proposta por Bradley et al. (2012) devido à indisponibilidade de alguns dados. Um exemplo é a necessidade de considerar, entre as mulheres sem cônjuge, apenas as sexualmente ativas, ou seja, aquelas com relação sexual no último mês. Na PNDS, não há a delimitação temporal da última relação sexual – questiona, de modo amplo, somente sobre a última relação sexual nos doze meses anteriores. A outra relevante restrição refere-se a uma das definições para mulheres infecundas: para considerar uma mulher como infecunda, esta deve estar em uma união estável há mais de cinco anos, não ter filho nos últimos cinco anos e nunca ter usado algum método contraceptivo. Porém, a PNDS não apresentou uma pergunta sobre a data do casamento/união.

Importante pontuar, então, que são retiradas das análises as mulheres que são infecundas, entendendo que, se souberem sobre tal condição, elas não demandam métodos de contracepção (CASIQUE, 2001). Seguindo Bradley et al. (2012), considera-se como infecundas as mulheres que declararam alguma das seguintes situações: i) não podiam engravidar quando questionadas sobre o desejo de ter um filho; ii) estavam na menopausa ou fizeram histerectomia ao serem perguntadas sobre a razão de não usar contracepção; iii) a última menstruação ocorreu há pelo menos seis meses e não estavam com amenorreia pós-parto; iv) estavam na menopausa, fizeram histerectomia ou nunca menstruaram ao serem questionadas sobre a última menstruação; e v) a última menstruação foi antes última gravidez, sendo que esta ocorreu há mais de cinco anos.

Definidas as dimensões do comportamento sexual e reprodutivo, na sequência, estas são relacionadas a atributos locais e pessoais (atributos socioeconômicos) das mulheres⁹. Cabe reforçar que são considerados dados das mulheres que, pela classificação internacional, estão

Consequentemente, nas análises de contraceptivos, 95,51% das mulheres não estavam grávidas e 4,49% estavam. Já nas análises da decisão pela gravidez, 94,74% das mulheres não estavam grávidas e 5,26% estavam grávidas.

⁹ Para evidências mais representativas e próximas da população feminina brasileira, os dados das tabelas dessa seção são calculados considerando os fatores de expansão da amostra (“pesos”) disponibilizados na própria PNDS.

em idade fértil (15 a 49 anos). Iniciando as análises, a Tabela 1 apresenta as distribuições das mulheres férteis segundo o uso de contraceptivos, suas efetividades, as regiões brasileiras e as situações dos domicílios (urbano ou rural). Ressalva-se que uma única mulher pode usar mais de um contraceptivo; assim, o somatório das colunas de métodos pode ser superior a 100%.

Tabela 1 – Brasil: distribuições das mulheres férteis (%), segundo o uso de métodos contraceptivos, os graus de efetividade e os atributos locais (2006)

Atributos Locacionais das Mulheres / Graus de Efetividade		Métodos Contraceptivos						PDS
		Uso	Graus de Efetividade					
			Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Indefinido	
Brasil		84,57	39,70	38,73	24,41	1,70	0,37	0,21
Regiões Geográficas	Norte	82,07	48,38	26,42	27,07	1,11	0,46	0,25
	Nordeste	85,01	46,52	32,37	21,80	1,71	0,14	0,75
	Sudeste	83,92	36,39	40,00	27,02	2,00	0,46	0,06
	Sul	85,96	29,70	52,81	21,91	1,64	0,53	0,00
	Centro-Oeste	86,63	48,52	35,19	20,52	0,59	0,16	0,05
Situações dos Domicílios	Urbanos	84,05	38,98	38,63	25,64	1,77	0,38	0,24
	Rurais	87,35	43,35	39,22	18,10	1,31	0,29	0,00

Fonte: PNDS (2006). Elaboração própria.

Dentre a grande parcela de mulheres que utilizavam algum contraceptivo, pouco mais de 78% eram métodos de efetividade alta ou muito alta. A proporção de mulheres que utilizavam contraceptivos variava pouco entre as regiões, mas a proporção com graus de efetividade alto e muito alto variava mais. O Norte é a região com as menores proporções supracitadas – exceto na efetividade muito alta – e, como também têm alguns dos piores indicadores socioeconômicos (IBGE, 2019), podem ser sugeridas relações positivas entre o nível desenvolvimento, o uso de contraceptivos e a efetividade deles. Ademais, em áreas rurais, as proporções de mulheres com contraceptivos em geral e com maiores efetividades são superiores. Tais evidências reforçam outras com amostras e dados distintos (OLINTO; GALVÃO, 1999; SCHOR et al., 2000).

A Tabela 2, por sua vez, reporta as distribuições das mulheres férteis segundo a decisão pela gravidez, a NNMC e os atributos locais. Do total de mulheres, 53% desejavam ter um/outro filho, das quais aproximadamente 81% “depois” – ou seja, em mais de dois anos, após se casarem ou ainda não sabiam quando. Padrão próximo é observado em quase todas as regiões e nas áreas urbanas e rurais. Nas regiões mais desenvolvidas, Sudeste e Sul (IBGE, 2019), as proporções de mulheres que não desejavam ter um/outro filho eram relativamente superiores às das demais. Tal evidência está em consonância com a literatura – por exemplo, com os trabalhos que relacionam o desenvolvimento humano à fecundidade (MARTINS, ALMEIDA, 2001).

Tabela 2 – Brasil: distribuições das mulheres férteis (%), segundo a decisão pela gravidez, a NNMC e os atributos locais (2006)

Atributos / Decisões		Decisão pela Gravidez				NNMC	
		Quer Filho	Quer Filho		Não Quer Filho		Não Sabe
			Logo	Depois			
Brasil		53,40	19,06	80,94	43,43	3,17	19,17
Regiões Geográficas	Norte	54,06	19,60	80,40	42,66	3,28	25,46
	Nordeste	58,56	18,68	81,32	39,14	2,30	21,02
	Sudeste	51,37	18,68	81,32	45,61	3,02	18,99
	Sul	49,29	19,90	80,10	45,58	5,13	15,36
	Centro-Oeste	56,94	20,74	79,26	40,43	2,63	17,80
Situações dos Domicílios	Urbanos	52,81	19,11	80,89	43,87	3,32	19,71
	Rurais	56,59	18,80	81,20	41,06	2,35	16,02

Fonte: PNDS (2006). Elaboração própria.

Em relação à NNMC, observa-se que, do total das mulheres férteis que não desejavam um/outro filho logo ou nunca ou não sabiam para quando queriam, 19,17% não tinham as suas necessidades por contraceptivos atendidas. Tal proporção variava bastante entre as regiões (mais de 10 pontos percentuais), sugerindo uma relação positiva com o desenvolvimento regional – por exemplo, o Sul com a menor proporção de não atendimento e a Norte com a maior. Padrão bem semelhante foi constatado com dados da PNDS de 1996 por Tavares et al. (2007). Além disso, a proporção de mulheres não atendidas em áreas urbanas era superior às de áreas rurais.

Na Tabela 3, constam as distribuições das mulheres férteis de acordo com as dimensões do comportamento sexual e reprodutivo, a situação no PBF e atributos pessoais. Foge do escopo uma discussão aprofundada de todas as evidências, mas vale alguns destaques e comparações com outros trabalhos, para as corroborar – e, assim, sinalizar a validade dos dados da PNDS.

Observa-se que quase 82% das mulheres de 15 a 25 anos utilizavam algum contraceptivo, mas apenas 8,25% destas com métodos de efetividade muito alta, sendo que tal proporção eleva com a faixa etária, sinalizando maior probabilidade de métodos mais definitivos (esterilização) quanto maior a idade (SCHOR et al., 2000). Na decisão por uma gravidez, há uma relação bem intuitiva, já que é de se esperar que as mulheres mais jovens apresentem, no agregado, maior vontade de ter um filho do que as mais velhas, pois as últimas i) já tiveram filho e não querem mais ou ii) já amadureceram a ideia de não ter filho. Tal argumento também é sustentado pelos dados de “quando” a mulher quer o filho: a maioria das mais jovens queria “depois”, já as “mais velhas”, “logo”, o que reflete, em parte, o período de fertilidade da mulher. Martins e Almeida (2001) mostram tendência semelhante, em especial quanto maior o desenvolvimento do local.

Entre as faixas de anos de estudo, há uma pequena diferença da proporção de mulheres que usavam algum contraceptivo, sendo um pouco menor na maior faixa, na qual as proporções de mulheres que queriam ter um/outro filho e que isso fosse “logo” também eram as maiores. Tais evidências podem refletir a postergação da concepção de um filho para alcançar maiores níveis de educação. Ademais, as maiores proporções de mulheres que usavam contraceptivos muito efetivos e que não desejavam engravidar eram as de menor escolaridade. Por um lado, isso pode decorrer do total de filhos que já podiam ter, que tende a ser maior quanto menor a escolaridade da mãe (IBGE, 2019). Por outro lado, pode refletir um aspecto comentado a seguir.

As mulheres com até cinco anos de estudo, em domicílios com menores níveis de renda e residentes no Centro-Oeste, Norte e Nordeste e em áreas rurais figuravam entre as maiores proporções de uso de contraceptivos de efetividade muito alta. Tal constatação pode se estender à comparação entre beneficiárias e não-beneficiárias do Bolsa Família de mais adiante, com as primeiras, proporcionalmente, usando mais métodos de maior efetividade. Uma das possíveis justificativas da predominância dos contraceptivos mais efetivos nas mulheres com maiores vulnerabilidades socioeconômicas é a esterilização feminina, método mais usado do grupo, ter sido por muito tempo o principal (ou até o único) método que grande parte das mulheres teve conhecimento ou acesso ou optou devido a alguns dos outros demandarem gastos contínuos.

Nos anos 1990, inclusive, foi instaurada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) no Congresso Nacional Brasileiro. A decorrente investigação apontou que houve um processo de “esterilização em massa” de mulheres brasileiras. Segundo a CPMI, procedimentos cirúrgicos, como laqueaduras tubárias, eram oferecidos como se não houvessem outros métodos disponíveis e reversíveis e, ainda, sem promover as informações apropriadas quanto aos riscos e irreversibilidade do procedimento (BRASIL, 1993; VENTURA, 2009). A Lei nº 9.263 foi promulgada em 1996 para regulamentar as esterilizações (BRASIL, 1996; CAETANO, 2014).

O processo de “esterilização em massa” ocorreu cerca de dez anos antes da PNDS de 2006. Contudo, é possível que ainda tenha exercido influência nas evidências aqui observadas, devido às mulheres com maiores idades poderem ter passado por ele ou se houve a persistência de uma “tradição” ao método nas decisões das próprias mulheres ou na rede pública de saúde. Caetano (2014) mostrou indícios nesse sentido, inclusive também com dados da PNDS de 2006.

Tabela 3 – Brasil: distribuições das mulheres férteis (%), segundo dimensões do comportamento sexual e reprodutivo, atributos pessoais e situação no PBF (2006)

Atributos / Dimensões		Métodos Contraceptivos							Decisão pela Gravidez					NNMC
		Uso	Graus de Efetividade					Quer Filho	Quer Filho		Não Quer Filho	Não Sabe		
			Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Indefinido		PDS	Logo			Depois	
Brasil		84,57	39,70	38,73	24,41	1,70	0,37	0,21	53,40	19,06	80,94	43,43	3,17	19,17
Faixas Etárias	De 15 a 25 Anos	81,55	8,25	63,85	35,69	0,94	0,23	0,24	72,93	9,56	90,44	24,62	2,46	16,89
	De 26 a 35 Anos	86,53	39,34	40,51	22,24	2,35	0,36	0,02	46,93	30,53	69,47	48,96	4,11	15,52
	De 36 a 49 Anos	85,37	64,87	17,29	17,41	1,72	0,48	0,42	18,92	63,19	36,81	77,59	3,49	27,88
Anos de Estudo	Até 5 Anos	85,62	57,54	28,00	15,24	0,78	0,27	0,00	34,03	29,85	70,15	63,36	2,61	23,14
	De 6 a 10 Anos	84,54	35,49	41,95	25,36	1,29	0,10	0,31	57,16	12,73	87,27	40,23	2,61	18,40
	11 ou Mais Anos	83,86	30,48	43,69	30,18	2,70	0,65	0,22	59,25	21,59	78,41	36,82	3,93	17,80
Cor	Branca	85,84	36,38	41,15	25,03	2,52	0,48	0,00	54,08	18,77	81,23	41,61	4,31	16,68
	Preta	80,97	41,04	38,92	22,10	1,22	0,06	0,73	48,20	18,49	81,51	49,65	2,15	24,45
	Parda	83,64	43,03	35,97	23,48	1,06	0,32	0,35	53,15	20,33	79,67	44,69	2,16	24,43
	Amarela	87,58	31,57	43,78	34,31	1,95	0,00	0,00	55,81	13,72	86,28	38,70	5,49	13,86
	Indígena	87,14	44,96	29,81	28,19	1,24	1,34	0,00	67,83	18,81	81,19	28,97	3,20	14,33
Estado Conjugal	Com Cônjuge	90,11	45,13	36,63	19,54	1,91	0,37	0,18	41,58	35,05	64,95	55,14	3,28	10,55
	Sem Cônjuge	70,39	21,81	45,51	40,56	1,01	0,35	0,26	68,07	6,94	93,06	28,90	3,04	34,21
Trabalho	Com Trabalho	84,64	40,31	37,98	23,95	1,76	0,36	0,21	50,96	23,48	76,52	45,43	3,61	19,32
	Sem Trabalho	84,48	38,91	39,70	25,01	1,62	0,37	0,21	56,08	14,63	85,37	41,23	2,68	19,00
Faixas de Renda Domiciliar Mensal <i>per capita</i>	Sem Rendimento	75,66	43,62	32,67	28,75	0,00	0,00	0,00	61,30	8,95	91,05	36,75	1,94	33,22
	Até 1 S.M.	85,75	47,77	35,02	18,45	0,80	0,14	0,09	50,33	16,63	83,37	47,53	2,14	20,55
	De 1 a 2 S.M.	83,16	39,71	41,98	21,42	1,42	0,23	0,42	48,82	19,33	80,67	48,55	2,63	22,62
	De 2 a 5 S.M.	87,01	36,79	39,75	25,70	1,94	0,26	0,15	52,41	20,99	79,01	45,25	2,34	15,10
	De 5 a 10 S.M.	87,26	37,37	37,36	28,44	2,01	0,18	0,00	50,93	23,26	76,74	43,86	5,21	13,66
	Mais de 10 S.M.	87,87	36,12	36,87	30,54	3,40	2,32	0,00	62,36	27,28	72,72	33,45	4,19	11,21
Religião	Católica	85,84	38,95	40,21	23,26	1,75	0,39	0,25	53,58	18,76	81,24	43,62	2,80	16,95
	Evangélica	83,49	45,01	32,65	24,48	1,83	0,32	0,16	52,52	20,13	79,87	44,64	2,83	23,44
	Outras	78,58	37,46	36,31	34,48	1,20	0,34	0,24	57,41	24,72	75,28	39,20	3,38	27,55
	Nenhuma	82,02	30,94	47,30	26,49	1,29	0,31	0,00	51,69	14,47	85,53	41,90	6,41	18,68
Filhos (de 0 a 15 anos)	Sem Filhos	78,24	29,77	42,47	32,72	1,65	0,43	0,20	74,33	16,52	83,48	22,41	3,25	24,32
	Menos de 3 Filhos	87,47	40,16	39,49	21,94	1,98	0,36	0,24	34,40	25,34	74,66	62,33	3,27	15,73
	3 ou Mais Filhos	92,69	68,01	23,50	10,83	0,47	0,17	0,00	7,32	24,07	75,93	91,28	1,40	16,82
PBF	Beneficiárias	86,59	52,97	31,10	16,95	1,21	0,20	0,19	46,12	11,96	88,04	51,66	2,22	20,41
	Não Beneficiárias	84,07	36,33	40,66	26,31	1,82	0,41	0,21	54,91	20,29	79,71	41,73	3,36	18,91

Fonte: PNDS (2006). Elaboração própria. Observação: S.M. – salários-mínimos de 2006 (R\$350,00).

Se tal persistência ocorreu, ao menos teve tendência de queda. De 1996 a 2006, Perpétuo e Wong (2009) apontaram mudanças na distribuição das mulheres pelos tipos de contraceptivos, com redução da esterilização feminina e aumento de outros métodos, como pílula e camisinha. Tal tendência, por si só, é um indício de que houve a esterilização em larga escala. Porém, não há consenso sobre relações entre o processo e vulnerabilidades socioeconômicas das mulheres nos trabalhos com análises empíricas (FAÚNDES et al., 1998; CAETANO; SANSONE, 2004).

As proporções de mulheres com cônjuge que usavam métodos contraceptivos no geral e de grau de efetividade alto e muito alto, conjuntamente, eram maiores que as sem cônjuge, o que se justifica pelo maior risco de gravidez devido à continuidade de um parceiro e frequência das relações sexuais. Além disso, as mulheres com cônjuge desejavam ter um/outro filho “logo” em maior proporção do que as que não possuíam um cônjuge, o que também é de certa forma esperado, já que é plausível que uma mulher tenha maior capacidade de engravidar e planejar o futuro do filho com um parceiro (WESTOFF; OCHOA, 1993; OLINTO; GALVÃO, 1999).

Comparando as mulheres com ou sem trabalho remunerado e independente de atividades domésticas, não há discrepâncias relevantes em relação aos contraceptivos. Na decisão pela gravidez, destacam-se a menor proporção de mulheres com trabalho que queriam um/outro filho e, em contrapartida, a maior proporção de mulheres sem trabalho que desejavam filho “depois”. Tais evidências decorrem, em algum grau, da consciência da dificuldade de conciliar trabalho e família, ainda mais em uma sociedade como a brasileira, na qual culturalmente os afazeres domésticos e de cuidado dos filhos ainda são mais associados às mulheres, mesmo se trabalham – “dupla jornada feminina” (FRANÇA; SCHIMANSKI, 2009; CAVENAGHI; ALVES, 2018).

As proporções de mulheres que usavam contraceptivos apenas se diferenciavam de forma significativa naquelas com menores rendimentos e de outras religiões¹⁰. Ademais, além do já apontado maior uso de métodos de efetividade muito alta entre as mulheres em domicílios com menores rendas, observa-se uma tendência de aumento da proporção de mulheres que queriam um/outro filho “logo” à medida que aumenta a renda. Uma possível justificativa é a estabilidade financeira ser um dos determinantes da decisão pela gravidez, dada as implicações em termos de conciliação entre cuidar do filho e trabalhar. Tal tese também pode explicar a elevação das proporções de mulheres que usavam contraceptivos (e de efetividade muito alta) e não queriam engravidar à medida que aumentam os filhos (BECKER, 1960; ROCHA-COUTINHO, 2005).

Quanto à NNMC, a Tabela 3 expõe uma tendência de elevação da proporção de mulheres não-atendidas por contracepção conforme a idade. Ademais, aponta indícios de associação entre vulnerabilidades socioeconômica e maiores níveis da NNMC: mulheres com até cinco anos de estudo, pretas ou pardas e renda mensal de até 2 salários mínimos possuíam valores acima da média nacional. Tavares et al. (2007) mostraram evidências similares para idade e escolaridade e Carvalho (2019) para estratos econômicos e níveis educacionais. Já a grande diferença entre mulheres com e sem cônjuge pode ser explicada, ao menos em parte, pela impossibilidade de desconsiderar as mulheres sem cônjuge que não tinham uma vida sexual ativa, como recomenda Bradley et al. (2012). Assim, é provável que muitas destas mulheres não eram sexualmente ativas e, conseqüentemente, não tinham uma demanda (necessidade) efetiva por contracepção.

Voltando a atenção ao objetivo deste estudo – os possíveis efeitos do PBF –, a Tabela 3 mostra que a diferença entre as proporções de beneficiárias e não beneficiárias que utilizavam contraceptivos era pequena – próxima a dois pontos percentuais – e a favor das primeiras. Já o somatório das proporções de mulheres que usavam os contraceptivos de maiores efetividades era superior nas beneficiárias. Quanto à decisão pela gravidez, a proporção de beneficiárias que desejavam um filho era inferior e o contrário ocorria com a proporção que desejavam um filho depois. No não-atendimento da necessidade por contraceptivos (NNMC), existia uma pequena diferença de 1,5 ponto percentual entre beneficiárias e não beneficiárias, maior nas primeiras.

¹⁰ Para a categoria “religião evangélica”, são consideradas, conjuntamente, tanto as religiões evangélica tradicional como a pentecostal. Já como “outras”, são agregadas as religiões espírita, afro-brasileira e demais não detalhadas.

Portanto, a Tabela 3 apresenta indícios que não sustentariam a hipótese das beneficiárias desejarem outro filho vislumbrando o recebimento de mais benefícios do PBF. Ao contrário, sinalizam que o programa pode ter levado, via renda, informações de saúde ou empoderamento, ao maior uso de contraceptivos, em especial aqueles de maiores efetividades, e a relativamente menos mulheres decidindo por uma gravidez ou por engravidar logo. A partir da próxima seção, o objetivo é obter evidências mais robustas por meio de um conjunto de estratégias empíricas.

3. Estratégias empíricas

Uma dificuldade para a avaliação de efeitos de políticas (tratamentos) que atendem algum segmento da população (tratados), mas não todos (não tratados), e que a definição desses grupos – tratamento e controle, respectivamente – não ocorre de forma aleatória é a existência de um viés de auto seleção ao tratamento, que faz com que o seu resultado não seja independente de seu *status* (participação ou não). Nesse caso, o valor médio da variável de interesse (resultado) nos não tratados não é um *contrafactual* adequado para o valor médio nos tratados e a diferença entre estas médias não é o efeito médio do tratamento nos tratados (ATT, sigla em inglês)¹¹.

O PBF é um exemplo, dado que a alocação de seus benefícios não é feita aleatoriamente. Em 2006, ano analisado neste estudo, as famílias precisavam se inscrever no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Depois, era avaliado se atendiam aos critérios de elegibilidade, baseados em linhas de (extrema) pobreza e na composição familiar¹². A literatura defende a chance de auto seleção ao programa nesse processo. Para Tavares (2010), por exemplo, podem existir atributos que induzem algumas famílias elegíveis a se inscreverem e outras não, mesmo elegíveis. Tais atributos também podem influenciar os resultados do PBF.

Assim, para avaliações de efeitos do PBF, é necessária uma estratégia empírica que lide com o viés de auto seleção. Para dados em *cross-section*, como no presente estudo, uma opção é a adoção de métodos de *Propensity Score Matching* (PSM), que lidam com a auto seleção por atributos observados. Vale ressaltar que estratégias baseadas em PSM são comuns em trabalhos que averiguaram diversos possíveis efeitos do PBF, como demonstra a revisão de Couto (2020).

O ponto de partida dos métodos de PSM é a hipótese de ignorabilidade do tratamento: condicionais a um conjunto de atributos observados que influenciam a seleção, o resultado independe do *status* do tratamento, “desaparecendo” o viés de auto seleção. Para isso, os grupos de tratamento e controle devem ser semelhantes em termos de atributos observados, o que pode ser garantido por uma estratégia de *matching* (pareamento). Contudo, quanto mais atributos são considerados, mais difícil é a implementação do pareamento (CALIENDO; KOPEINIG, 2005).

Diante dessa dificuldade é que métodos de PSM ganham relevância. Nestes, o pareamento é feito pela probabilidade predita (*propensity score*) de uma mulher i ser beneficiária do PBF condicional a um conjunto de atributos observados X_i . Segundo Rosenbaum e Rubin (1983), se condicionais a X_i , o resultado é independente do *status* do tratamento, a independência também é observada no resultado condicional aos *propensity scores* $P(X_i)$. Estes podem ser estimados pelos métodos *Logit* ou *Probit* e, de acordo com Caliendo e Kopeinig (2005), são positivos e os atributos X_i não precisam determinar perfeitamente a participação ou não no programa (*status* do tratamento) – $0 < P(X_i) < 1$; assim, $P(X_i)$ não assume os valores extremos (0 e 1).

Resumidamente, o PSM é uma estratégia de ponderação das observações para balancear as distribuições dos atributos observados entre as mulheres dos grupos de tratamento e controle. Os pesos dependem do método para o pareamento, sendo que a literatura apresenta um conjunto bastante diverso de métodos de PSM. Estes diferenciam-se em relação às definições dos pesos e, conseqüentemente, dos grupos de controle. Porém, assintoticamente, os resultados tendem a ser próximos e não é possível apontar um método como sempre superior. Assim, para averiguar

¹¹ Discussão fundamentada por Roy (1951), Rubin (1974, 1978) e Duflo et al. (2006), entre outros.

¹² Couto (2020) discute os critérios de elegibilidade do PBF e as diferenças entre 2006 e o período mais recente.

a robustez dos resultados, a literatura sugere a adoção de mais de um método (HECKMAN et al., 1997; DEHEJIA; WAHBA, 2002; CALIENDO, KOPEINIG, 2005; SMITH; TODD, 2005).

Neste estudo, são adotados dois métodos: i) *nearest neighbour matching* – “vizinho mais próximo” (VPM); e ii) *Kernel matching* (KM). No VPM, cada mulher tratada é pareada à não tratada mais próxima em termos de *propensity scores*. Pode-se permitir ou não que uma não tratada seja usada mais de uma vez como par de uma tratada. Assim, o VPM pode ser com reposição (VPM-CR) ou sem (VPM-SR). É atribuído peso zero às não tratadas não pareadas a tratadas. No VPM-CR, não tratadas pareadas a mais de uma tratada recebem pesos maiores que um, variando segundo o número de vezes em que são usadas (CALIENDO, KOPEINIG, 2005).

Já no KM, o *contrafactual* é construído pela média ponderada de todas as mulheres do grupo de controle. Os pesos são inversamente proporcionais à diferença entre os *scores* de cada não tratada e da tratada para a qual é pareada. Todas as não tratadas são consideradas; ou seja, não é atribuído peso zero a nenhuma mulher, nem mesmo àquelas bem diferentes das tratadas nos atributos X_i . Assim, para garantir maior comparabilidade entre os grupos de tratamento e controle, é possível impor uma distância máxima (*bandwidth*) entre os *scores* das tratadas e não tratadas. Seguindo uma prática comum na literatura, são aqui consideradas distâncias de 0,06 e 0,01 – respectivamente, KM-0,06 e KM-0,01 (HECKMAN et al., 1997; SMITH; TODD, 2005).

Para avaliar a qualidade dos pareamentos, são feitos testes *t* de diferenças de médias das variáveis explicativas entre os grupos de tratamento e controle após o pareamento. A hipótese nula é que não existe diferenças nas médias. Se as estatísticas *t* forem significativas, as médias são diferentes. Com o pareamento, as diferenças entre os grupos devem sumir. Além disso, são comparados os ajustamentos dos gráficos das funções de densidade dos *propensity scores*, antes e após os pareamentos (ROSENBAUM; RUBIN, 1985; CALIENDO; KOPEINIG, 2005).

Outra opção, seguindo Camelo et al. (2009), que também avaliaram efeitos do PBF em variáveis binárias, e Firpo e Pinto (2013), que defendem a combinação de métodos para garantir maior precisão, é a realização de estimações em 2 estágios. No primeiro, é estimado um modelo baseado na equação (1) por *Probit* (“determinantes do PBF”), a partir do qual são calculados os *propensity scores* $P(X_i)$ usados em cada método de PSM para definir os pesos e, assim, fazer os pareamentos. Vale ressaltar que são respeitadas outras sugestões da literatura: i) a inclusão de variáveis não significativas não gera viés (BRYSON et al., 2002); e ii) uma variável só deve ser excluída com consenso de que não afetaria o resultado (CALIENDO; KOPEONIG, 2005).

$$Prob(PBF_i = 1|X_i) = P(X_i) = \mu_0 + \mu_1 X_i + e_i \quad (1)$$

sendo: PBF_i a *dummy* mulher i beneficiária ou não do PBF; $Prob(PBF_i = 1|X_i) = P(X_i)$ a probabilidade predita, condicional a X_i , da mulher i ser beneficiária do PBF; μ_0 a constante; X_i o vetor de variáveis explicativas; μ_1 o vetor de coeficientes associados a estas; e e_i o erro.

No segundo estágio, são estimados por *Probit* modelos baseados na equação (2). A opção por este método deve-se ao fato das variáveis dependentes serem binárias. As estimações por *Probit* são por máxima verossimilhança e, ao contrário de regressões de probabilidades lineares, ajusta as probabilidades preditas entre 0 e 1. Os sinais e significâncias dos coeficientes podem ser interpretados, mas, devido a especificidades do método, suas magnitudes não. Para mensurar efeitos marginais (ou derivadas), são necessários procedimentos adicionais (GREENE, 1997), que são aqui adotados para sugerir as magnitudes dos possíveis efeitos estimados do PBF.

$$Prob(CSR_i = 1|PBF_i, X_i) = \alpha_0 + \alpha_1 PBF_i + \alpha_2 X_i + \varepsilon_i \quad (2)$$

sendo: CSR_i as variáveis dependentes da mulher i ; $Prob(CSR_i = 1|PBF_i, X_i)$ a probabilidade predita, condicional a PBF_i e a X_i , da variável dependente assumir o valor 1 na mulher i ; α_0 a constante; PBF_i a *dummy* PBF; α_1 o coeficiente associado a tal *dummy*; X_i o vetor de variáveis explicativas; α_2 o vetor de coeficientes associados a estas variáveis; e ε_i o erro.

A Tabela 4 lista as variáveis utilizadas. Em consonância com as análises anteriores, as variáveis dependentes são binárias (CSR_i) e representam dimensões do comportamento sexual

e reprodutivo das mulheres. Primeiro, é avaliado o uso de contraceptivos em geral. Depois, para as mulheres que os usavam, é averiguado o emprego dos contraceptivos de maiores efetividades (alta e muito alta), de modo que análise indique possíveis efeitos do PBF no viés à esterilização feminina (efetividade muito alta) provavelmente ainda existente no ano analisado, conforme discussão da segunda seção, ao mesmo tempo em que se associe mais à demanda planejada por contracepção, pois alguns dos outros métodos também podem ser empregados contra doenças sexualmente transmissíveis (em especial os de efetividade média) ou são emergenciais (PDS).

Para todas as mulheres, também é avaliada a decisão por uma gravidez e, para as que a desejavam, o momento – nesse caso, para investigar se o PBF afetou as decisões intertemporais de planejamento familiar. Outra variável dependente é o não atendimento da necessidade por contraceptivos (NNMC) nas mulheres que não desejavam engravidar (logo, nunca ou ainda não sabiam), ou seja, naquelas que efetivamente demandavam métodos de contracepção. Para estas, também é considerada a variável dependente atendimento da demanda por contracepção (ADC) por métodos de efetividade alto ou muito alto. Por meio desta, é averiguado se o PBF impactou sobre a efetividade dos contraceptivos usados pelas beneficiárias que não queriam engravidar.

Vale ressaltar que são desconsideradas as mulheres que declararam esterilização como o contraceptivo e que tal processo tenha ocorrido antes de 2006 (ou se não sabiam)¹³. Nas análises descritivas (segunda seção), isso não foi feito em função de que o objetivo era sinalizar relações entre o uso de contraceptivos e atributos das mulheres que não variam muito no tempo, de modo que dificilmente eram muito diferentes para a maioria delas quando a esterilização ocorreu. Nas estimações, contudo, são investigados possíveis efeitos do PBF. Assim, como os dados são de 2006 e a PNDS não disponibiliza o início da participação no programa, é considerado somente o emprego de contraceptivos para casos em que a escolha foi tomada efetivamente em 2006.

A variável explicativa de interesse (tratamento) é a *dummy* PBF (PBF_i). Constata-se pela Tabela 5 (média), que quase 24% das mulheres da amostra da PNDS de 2006 eram beneficiárias do PBF. Algumas mulheres se declararam como beneficiárias de programas então já extintos que formaram o PBF (Auxílio Gás e Cartão Alimentação). Assim como Camelo et al. (2009), Tavares (2010) e Couto (2020), tais mulheres também são aqui consideradas como beneficiárias do PBF, pois é plausível que, em 2006, elas ainda não entendiam a consolidação das políticas.

As variáveis de controle (X_i) foram escolhidas por representarem possíveis determinantes da participação no PBF e do comportamento sexual e reprodutivo. A inclusão de variáveis que potencialmente influenciam o *status* do tratamento e seus resultados é uma condição necessária do PSM (CALIENDO; KOPEINIG, 2005). Pelo lado do uso de contraceptivos, da decisão pela gravidez e da NNMC, as análises descritivas iniciais, complementadas por indícios da literatura, fundamentam a inserção dos atributos pessoais e locais. Já Couto (2020) apresenta uma revisão dos trabalhos que utilizam os mesmos atributos como determinantes da participação no PBF. Alguns trabalhos controlam, ainda, os atributos domiciliares da Tabela 6 para lidar com o viés (TAVARES, 2010; SIGNORINI; QUEIROZ, 2011; PASSOS; WALTENBERG, 2016).

Por último, vale apontar que as estimações são feitas para quatro amostras. A primeira é a amostra total de mulheres da PNDS, excluindo as infecundas pelos critérios apresentados na segunda seção – 11.317 mulheres, 21,31% beneficiárias do PBF. Naquela seção, também foi justificada a escolha por considerar conjuntamente as mulheres com e sem cônjuge (algum tipo de união estável). Porém, esta escolha não é consenso na literatura. Alguns trabalhos defendem análises do comportamento sexual e reprodutivo apenas para as mulheres “casadas”, como um indicativo de vida sexual ativa. Assim, apesar de ser controlada uma *dummy* cônjuge, a segunda amostra é formada apenas por mulheres com cônjuge – 6.476 mulheres, 21,09% beneficiárias.

¹³ Como apontado na segunda seção, todas as declarantes de esterilização já eram desconsideradas pela PNDS nas questões sobre nova gravidez. Agora, as exclusões são extrapoladas, com adaptações, ao uso de contraceptivos.

Tabela 4 – Variáveis (dependentes e explicativas): descrições e estatísticas descritivas

Variável	Descrição	Média	Desvio- Padrão	Mínimo	Máximo	
Dependentes	Uso de Contraceptivo	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher utilizava algum método contraceptivo	0,798	0,401	0,000	1,000
	Uso Efetividade Alta ou Muito Alta	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher, que utilizava contraceptivos, se valia de métodos de graus de efetividade alto ou muito alto	0,710	0,454	0,000	1,000
	Quer Filho	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher desejava ter um/outro filho	0,524	0,499	0,000	1,000
	Quer Filho Logo	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher, que desejava ter um/outro filho, queria esperar menos de um ano, de um ano a 23 meses ou não queria esperar para engravidar	0,176	0,381	0,000	1,000
	NNMC	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher, que não desejava engravidar (logo, nunca ou não sabiam quando), não tinha atendida sua necessidade de contraceptivo	0,196	0,397	0,000	1,000
	ADC Efetividade Alta ou Muito Alta	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher, que não desejava engravidar, tinha atendida sua demanda por contracepção por métodos de graus de efetividade alto ou muito alto	0,683	0,465	0,000	1,000
Tratamento	PBF	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher era beneficiária de recursos do PBF	0,213	0,410	0,000	1,000
Explicativas de Controle – Atributos Pessoais	Idade	Idade da mulher (em anos completos)	27,868	9,150	15,000	49,000
	Escolaridade	Anos (completos) de estudo da mulher	8,134	3,270	0,000	12,000
	Trabalho	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher possuía um trabalho (ou ocupação) remunerado	0,508	0,500	0,000	1,000
	Cônjuge	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher tinha cônjuge	0,573	0,495	0,000	1,000
	Preta	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou como preta	0,102	0,302	0,000	1,000
	Parda	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou como parda	0,438	0,496	0,000	1,000
	Amarela/Indígena	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou como amarela ou indígena	0,056	0,230	0,000	1,000
	Renda Domiciliar	Renda bruta do trabalho de todos os membros do domicílio (R\$ milhares de 2006)	1,301	1,915	0,007	50,000
	Filho	Número de filhos de 0 a 15 anos de idade	0,957	1,197	0,000	10,000
	Católica	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou como católica	0,655	0,475	0,000	1,000
	Outras	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou adepta de outra religião	0,048	0,214	0,000	1,000
	Sem Religião	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher se declarou sem religião	0,082	0,274	0,000	1,000
	Explicativas de Controle – Atributos Locacionais	Norte	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher residia na região Norte brasileira	0,154	0,361	0,000
Sul		<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher residia na região Sul brasileira	0,233	0,423	0,000	1,000
Sudeste		<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher residia na região Sudeste brasileira	0,225	0,417	0,000	1,000
Centro-Oeste		<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher residia na região Centro-Oeste brasileira	0,188	0,391	0,000	1,000
Urbano		<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher residia em áreas urbanas	0,725	0,447	0,000	1,000
Explicativas de Controle – Atributos Domiciliares	Densidade	Razão entre o total de residentes do domicílio e o número de cômodos	0,849	0,744	0,091	17,000
	Água	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher tinha acesso a abastecimento de água (rede geral)	0,723	0,447	0,000	1,000
	Esgoto	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher tinha acesso a coleta de esgoto (rede geral)	0,399	0,490	0,000	1,000
	Eletricidade	<i>Dummy</i> igual a 1 se a mulher tinha acesso a eletricidade	0,983	0,130	0,000	1,000

Fonte: PNDS (2006). Observação: para as *dummies* cores, religiões e regiões, as bases de comparação (*defaults*) são, respectivamente: brancas, evangélicas e do Nordeste.

Anteriormente (Tabela 3), foi sinalizado que o comportamento sexual e reprodutivo pode alterar com o total de filhos. Ademais, um parâmetro do PBF é justamente tal total. Além do benefício básico, foram definidos benefícios variáveis, sendo o principal vinculado a crianças e adolescentes de 0 a 15 anos. Em 2006, era permitido que uma família recebesse até três destes benefícios (três filhos) e ainda não havia o benefício variável a adolescentes de 16 e 17 anos, criado em 2007 (BRASIL, 2004; SILVA, 2018; COUTO, 2020). Assim, em consonância com o objetivo do estudo, são feitas estimativas para subamostras segundo o total de filhos de 0 a 15 anos, tendo como corte o número de dois filhos – nas grávidas, considerando inclusive a gestação em curso. A terceira amostra, então, é a de mulheres com até 2 filhos – 10.244, 18,48% beneficiárias – e a quarta é a de mulheres com mais de 2 filhos – 1.073, 48,37% beneficiárias.

4. Análise dos resultados

A seguir, são analisados os resultados das estimativas¹⁴. A Tabela 5 reporta os resultados para o uso de contraceptivos e a efetividade destes. Observa-se que, tanto para a amostra total quanto para as subamostras, não é possível inferir, de modo robusto, a existência de impacto do PBF nestes aspectos do comportamento sexual e reprodutivo. Isto porque o PBF é associado a um efeito significativo (e positivo) no uso de contraceptivos apenas na estimativa por KM-0,01.

Tabela 5 – Efeitos estimados do PBF: uso de métodos contraceptivos

Amostras / Variáveis / Métodos	Uso de Contraceptivo				Uso Efetividade Alta ou Muito Alta			
	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01
Total	0,056 (0,060) [0,014]	0,050 (0,073) [0,012]	0,084 (0,056) [0,021]	0,108** (0,057) [0,018]	0,071 (0,059) [0,023]	0,111 (0,076) [0,037]	0,037 (0,056) [0,012]	0,025 (0,058) [0,008]
Com Cônjuge	-0,002 (0,079) [-0,001]	-0,052 (0,094) [-0,009]	0,084 (0,074) [0,016]	0,067 (0,076) [0,013]	0,063 (0,069) [0,020]	0,059 (0,085) [0,018]	0,063 (0,066) [0,020]	0,072 (0,067) [0,022]
Até 2 Filhos	0,081 (0,068) [0,020]	0,031 (0,081) [0,008]	0,059 (0,061) [0,015]	0,043 (0,062) [0,108]	-0,016 (0,068) [-0,005]	-0,013 (0,080) [-0,004]	0,008 (0,061) [0,003]	-0,005 (0,062) [-0,002]
Mais de 2 Filhos	0,060 (0,142) [0,010]	-0,014 (0,173) [-0,002]	0,085 (0,142) [0,016]	0,077 (0,147) [0,014]	0,107 (0,128) [0,030]	0,101 (0,159) [0,029]	0,124 (0,129) [0,036]	0,119 (0,132) [0,034]
Controles	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: PNDS (2006). Elaboração própria. *** Significativo a 1%. ** Significativo a 5%. * Significativo a 10%. Erros-padrão entre parênteses. Efeitos marginais entre colchetes.

A Tabela 6 mostra os resultados para as decisões relativas à gravidez. Como nenhum dos coeficientes do PBF é significativo, o que vale para todas as subamostras, inclusive de mulheres com até 2 filhos, é sinalizado com robustez, considerando as estratégias de identificação aqui adotadas, que o PBF não impactou nas decisões relativas à gravidez, tanto na decisão de ter ou não um/outro filho, quanto na de quando o ter nos casos em que as mulheres já expressavam o desejo por nova gestação. Portanto, tais resultados, em conjunto com a não redução no emprego de contraceptivos (Tabela 5), não corroboram a hipótese de que o PBF teria gerado um efeito não planejado ao supostamente promover incentivos à gravidez das beneficiárias na medida em que o pagamento de benefícios variáveis é diretamente atrelado a um total (limitado) de filhos.

Estas são evidências adicionais que este estudo fornece a um debate que não estabeleceu um consenso, pois os resultados existentes parecem ser sensíveis às escolhas empíricas. Berbel

¹⁴ Para não fugir do escopo do estudo (e respeitar a limitação de espaço), são reportados somente os resultados do PBF. Os demais podem ser disponibilizados pelos autores, assim como os testes de qualidade dos pareamentos, que sinalizam comparabilidade entre os grupos de tratamento e controle nos atributos observados considerados.

(2011), com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), avaliou a chance do PBF ter alterado a fecundidade de jovens (16 a 19 anos). Os resultados sinalizaram um efeito positivo do programa na taxa de gravidez juvenil de 2,5 pontos percentuais. Em contrapartida, Signorini e Queiroz (2011), também com dados da PNAD, não obtiveram resultados favoráveis à hipótese de efeitos significativos do PBF na decisão de ter filhos das beneficiárias em geral.

Tabela 6 – Efeitos estimados do PBF: decisão pela gravidez

Amostras / Variáveis / Métodos	Quer Filho				Quer Filho Logo			
	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01
Total	-0,027 (0,057) [-0,007]	-0,062 (0,073) [-0,016]	-0,013 (0,053) [-0,003]	-0,023 (0,057) [-0,006]	-0,140 (0,103) [-0,024]	-0,183 (0,118) [-0,031]	-0,076 (0,091) [-0,013]	-0,076 (0,092) [-0,013]
Com Cônjuge	0,008 (0,077) [0,002]	-0,000 (0,093) [-0,000]	0,014 (0,069) [0,003]	0,029 (0,070) [0,007]	0,156 (0,148) [0,041]	0,104 (0,161) [0,028]	0,081 (0,116) [0,022]	0,019 (0,120) [0,005]
Até 2 Filhos	-0,017 (0,060) [-0,005]	0,018 (0,071) [0,005]	-0,018 (0,054) [-0,005]	-0,012 (0,055) [-0,004]	-0,083 (0,107) [-0,013]	-0,029 (0,120) [-0,004]	-0,053 (0,092) [-0,009]	-0,034 (0,092) [-0,006]
Mais de 2 Filhos¹	0,083 (0,204) [0,008]	0,053 (0,254) [0,005]	0,083 (0,186) [0,007]	0,114 (0,203) [0,010]	---	---	---	---
Controles	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: PNDS (2006). Elaboração própria. *** Significativo a 1%. ** Significativo a 5%. * Significativo a 10%. Erros-padrão entre parênteses. Efeitos marginais entre colchetes. ¹ As estimações com a variável dependente “Quer Filho Logo” para as mulheres com mais de 2 filhos não são possíveis pelo número insuficiente de observações.

Já as evidências de Cechin (2015), com dados do Censo Demográfico de 2010, sugeriram que o PBF resultou em um incentivo à geração do segundo filho, mas com efeitos heterogêneos entre as regiões brasileiras. Rocha (2017), por sua vez, utilizou dados da PNAD para avaliar se o PBF afetou a probabilidade de nascimentos. Em todas as estratégias empíricas adotadas, os resultados encontrados apontaram que o programa não tem efeito significativo na fecundidade.

Simões e Soares (2012) também avaliaram efeitos do PBF na fecundidade. Os resultados sugeriram que o programa não impactou em tal dimensão, sendo que as beneficiárias tiveram, na média, taxas de fecundidade inferiores às elegíveis não beneficiárias. Como a fonte de dados é a mesma (PNDS, 2006), é importante diferenciar o trabalho de Simões e Soares (2012) e o presente estudo. O primeiro é fundamentado pelo arcabouço da decisão de formação de família e fecundidade de Becker (1960), enquanto aqui a fundamentação teórica é o empoderamento feminino e o desenvolvimento humano. Ademais, a variável dependente daquele trabalho é o nascimento de filhos no período de exposição ao PBF (análise retroativa). Já aqui, as variáveis refletem desejos e percepções femininos em questões do comportamento sexual e reprodutivo.

Nesse sentido, vale reforçar que os resultados deste estudo até agora analisados referem-se ao uso de contraceptivos pelas mulheres férteis em geral e se elas querem uma gravidez, não se efetivamente engravidaram. Por isso, devem ser relativizadas as inferências de ausência de efeito na fecundidade, pois é possível que ainda exista algum efeito, na medida em que, mesmo que uma dada mulher não deseje ter um/outro filho, pode não se proteger adequadamente para concretizar tal desejo devido a diversos fatores limitantes, desde informacionais até financeiros.

Assim, para avançar a discussão, a Tabela 7 expõe os resultados para a medida NNMC – lembrando que tal variável considera apenas mulheres que não querem engravidar logo, nunca ou não sabem quando. Os coeficientes estimados associados ao PBF são negativos e, em grande parte, significativos nas amostras mais relevantes (total, com cônjuge e até 2 filhos), em especial quando as beneficiárias são comparadas às não beneficiárias em geral (KM-0,06 e KM-0,01). Na amostra total, são significativos em todos os PSM, sinalizando que o PBF reduz entre 3 e 5

pontos percentuais a probabilidade da mulher que demanda contraceptivos não ser atendida. Para as amostras das mulheres com cônjuge e com até 2 filhos, apenas os modelos com KM apresentaram significância estatística, com efeitos de aproximadamente 3 pontos percentuais.

Tabela 7 – Efeitos estimados do PBF: NNMC e ADC Efetividade Alta ou Muito Alta

Amostras / Variáveis / Métodos	NNMC				ADC Efetividade Alta ou Muito Alta			
	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01	VPM- SR	VPM- CR	KM- 0,06	KM- 0,01
Total	-0,138** (0,067) [-0,033]	-0,205*** (0,079) [-0,050]	-0,126** (0,064) [-0,030]	-0,147** (0,066) [-0,035]	0,034 (0,064) [0,012]	0,076 (0,081) [0,025]	0,044 (0,060) [0,015]	0,024 (0,063) [0,008]
Com Cônjuge	-0,059 (0,094) [-0,009]	-0,062 (0,123) [-0,010]	-0,168* (0,088) [-0,030]	-0,196** (0,094) [-0,035]	0,084 (0,076) [0,027]	0,146 (0,094) [0,047]	0,085 (0,073) [0,027]	0,092 (0,076) [0,030]
Até 2 Filhos	-0,109 (0,077) [-0,026]	-0,045 (0,087) [-0,010]	-0,118* (0,070) [-0,028]	-0,114* (0,053) [-0,027]	-0,019 (0,074) [-0,007]	0,008 (0,089) [0,003]	0,019 (0,066) [0,007]	0,010 (0,067) [0,004]
Mais de 2 Filhos	-0,063 (0,147) [-0,012]	-0,020 (0,177) [0,004]	-0,094 (0,149) [-0,019]	-0,033 (0,154) [-0,006]	0,148 (0,136) [0,047]	-0,043 (0,172) [-0,013]	0,154 (0,140) [0,050]	0,126 (0,150) [0,040]
Controles	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: PNDS de 2006. Elaboração própria. *** Significativo a 1%. ** Significativo a 5%. * Significativo a 10%. Erros-padrão entre parênteses. Efeitos marginais entre colchetes.

Os resultados para a NNMC sinalizam, então, que um efeito não planejado do PBF foi o de reduzir a quantidade de mulheres que demandavam contraceptivos, seja para limitar ou para espaçar uma gravidez, e não tinham tal demanda atendida – o que representa um efeito positivo do programa. Alguns caminhos se colocam como possíveis justificativas para a concretização do efeito. Um deles pode ser a via informacional. As mulheres com filhos precisam comparecer com certa frequência aos postos de saúde para o acompanhamento das condicionalidades e, com isso, podem ter maior contato com informações sobre contracepção e, ao mesmo tempo, maior acesso a alguns métodos que são distribuídos gratuitamente na rede pública de saúde. Outra possibilidade é a de que ao menos uma parte do benefício seja gasto com contraceptivos.

Uma terceira via é a do PBF, ao possivelmente impactar positivamente o empoderamento das beneficiárias, ter reverberado de modo relevante na autoestima e no poder de barganha destas nos núcleos de suas relações íntimas, de modo que é plausível supor que passaram a se posicionar mais em questões do comportamento sexual e reprodutivo e planejamento familiar. Nessa linha, vale apontar o argumento de Crissman et al. (2012) de que é possível que a mulher tenha informações e acesso a possibilidades de contracepção, mas, ainda assim, não as utilizem por não entenderem que a saúde e a autonomia sexual e reprodutiva são seus direitos inerentes.

O argumento de efeitos via empoderamento é reforçado por outros indícios da literatura. Suárez e Libardoni (2007), por meio de pesquisas de campo em cidades, apontaram aspectos do empoderamento afetados pelo PBF, como o fortalecimento da ideia de cidadania e do poder de barganha no ambiente doméstico. De Brauw et al. (2014), com dados da base Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família (AIBF), mostraram efeitos positivos no poder decisório das mulheres urbanas, inclusive em questões de contracepção. Couto (2020) avaliou efeitos do PBF com a construção de índices sintéticos para dimensões do empoderamento, dados da PNDS de 2006 e PSM, sinalizando efeito positivo no índice econômico e doméstico, com aumento da probabilidade da beneficiária passar de um nível médio de empoderamento para um alto. Este trabalho e Bartholo et al. (2017) revisaram outros com efeitos diversos favoráveis às mulheres.

Por último, cabe destacar, ainda, que o PBF não é associado a efeito significativo no uso de contraceptivos de efetividades alta e muito alta nas mulheres que não desejavam engravidar (Tabela 7), assim como observado nas mulheres em geral (Tabela 5). Estas evidências sugerem

que os possíveis ganhos de renda, informacionais de saúde e de empoderamento decorrentes do PBF não amenizaram, mas não potencializaram, a tendência de esterilização (efetividade muito alta) que provavelmente ainda persistia em 2006, conforme foi discutido na segunda seção.

5. Considerações finais

O objetivo principal do presente estudo foi investigar possíveis efeitos do Programa Bolsa Família (PBF) em dimensões do comportamento sexual e reprodutivo feminino que, embora sejam intrinsecamente associados à discussão de fecundidade, vão além dela ao potencialmente refletirem a capacidade e a liberdade das mulheres tomarem decisões relativas a seus próprios corpos com reflexos por toda a sua vida. Assim, este estudo se diferencia de outros com análises de efeitos do PBF na fecundidade ao considerar não apenas aspectos já concretizados (análises retroativas), como número de filhos gerados, mas sim variáveis que refletem preferências das mulheres quanto à concepção e a efetiva capacidade de tomarem decisões de acordo com estas.

O estudo contribui, então, para uma lacuna ainda existente na vasta literatura de impactos do PBF. Destaca-se, nesse sentido, a consideração de uma variável, tradicionalmente usada na literatura sobre planejamento familiar, que expressa a necessidade (demanda) não atendida por método contraceptivo (NNMC) – no caso, se uma mulher que não quer engravidar (logo, nunca ou não sabe quando) não usa algum tipo de contraceptivo. Tal variável incorpora às análises do estudo o aspecto de agência (*women's agency*) do empoderamento feminino, ao expressar não somente o método de contracepção, mas também o desejo de não engravidar a ele combinado.

As principais evidências do estudo são justamente associadas a tal medida de necessidade não atendida. Nas análises descritivas, observou-se que, embora o uso de contraceptivos tende a ser relativamente melhor distribuído entre os atributos pessoais e locais analisados, com frequência variando de 80 a 87% das mulheres, a distribuição do NNMC é mais desigual. Por exemplo, a frequência de mulheres pardas e negras com NNMC é oito pontos percentuais maior que a das brancas. Já por meio das estimações econométricas com *Propensity Score Matching* (PSM), o principal resultado encontrado é que o PBF diminuiu entre 3 e 5 pontos percentuais a probabilidade das beneficiárias, relativamente a mulheres com atributos observados próximos, ter suas necessidades de contracepção não-atendidas. Este resultado é robusto, pois, no geral, é observado nas distintas estratégias de identificação (diferentes subamostras e métodos de PSM).

Assim, pode-se inferir que se trata de um efeito causal do programa sobre a NNMC de suas beneficiárias, decorrente provavelmente de três canais de impactos interdependentes: i) incremento da renda (benefícios do programa); ii) maior acesso a informações em função da obrigação de visitas periódicas a unidades de saúde (uma das condicionalidades do programa); e iii) empoderamento feminino (ou autonomia), principalmente devido ao pagamento prioritário dos benefícios às mulheres – em consonância com outras evidências da literatura. Portanto, o PBF contribuiu para a capacidade das mulheres que não querem engravidar, ao menos logo (ou não sabem quando), de tomarem decisões sexuais e reprodutivas que atendam suas preferências.

Ademais, as análises do uso de contraceptivos e por diferentes graus de efetividade, outra inovação do estudo, não sinalizaram efeitos significativos do PBF. Assim, este não incentivou a redução do uso de contraceptivos e não mudou o padrão de utilização segundo a efetividade. Analogamente, as análises da decisão por uma gravidez conforme o total de filhos também não sinalizaram efeitos significativos. Estas evidências sugerem a ausência do possível efeito não planejado de incentivo à gravidez devido a ganhos adicionais por número (limitada) de filhos.

Referências bibliográficas

BARROS, R. P.; FOGUEL., M. N.; ULYSSEA., G. (Orgs.). **Desigualdade de renda no Brasil: uma análise da queda recente**. Brasília: IPEA, v. 2, 2007.

- BARTHOLO, L.; PASSOS, L.; FONTOURA, N. Bolsa Família, autonomia feminina e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais?. **Textos para Discussão do IPEA**, n. 2.331, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Rio de Janeiro, 2017.
- BECKER, G. S. **An economic analysis of fertility**. In: COALE, A. (ed.). Demographic and Economic change in developed countries. Princeton University Press, p. 209-231, 1960.
- BERBEL, C. S. **Interações econômicas entre capital humano e fecundidade**. Tese de Doutorado em Economia, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2011.
- BERTH, J. **Empoderamento**. Pólen, São Paulo, 2019.
- BONGAARTS, J.; BRUCE, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. **Studies in Family Planning**, v. 26, n. 2, p. 57-75, mar./abr., 1995.
- BRADLEY, S. E. K.; CROFT, T. N.; FISHEL, J. D.; WESTOFF, C. F. **Revising unmet need for family planning**. DHS Analytical Studies, n. 25. ICF International, Calverton, 2012.
- BRASIL. **Relatório Final nº 2 da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI), Requerimento nº 796/91**. Congresso Nacional Brasileiro, Brasília/DF, 1993.
- BRASIL. **Lei nº 9.263**. Regula o planejamento familiar. Brasília/DF, 1996.
- BRASIL. **Decreto nº 5.209**. Regulamenta a Lei nº 10.836, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília/DF, 2004.
- BRYSON, A.; DORSETT, R.; PURDON, S. **The use of propensity score matching in the evaluation of labour market policies**. Working Paper DWP, n. 4, 2002.
- CAETANO, A. J. Esterilização cirúrgica feminina no Brasil, 2000 a 2006: aderência à lei de planejamento familiar e demanda frustrada. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 31, n. 2, jul./dez., 2014.
- CAETANO, A. J.; SANSONE, L. **A relação entre cor da pele/raça e esterilização no Brasil: análise dos dados da pesquisa nacional sobre demografia e saúde - 1996**. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 228-247, 2004.
- CALIENDO, M.; KOPEINIG, S. **Some practical guidance for the implementation of Propensity Score Matching**. DIW Discussion Papers, n. 485, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, 2005.
- CAMELO, R. S.; TAVARES, P. A.; SAIANI, C. C. S. Alimentação, nutrição e saúde em programas de transferência de renda: evidências para o Programa Bolsa Família. **Economia**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 685-713, dez., 2009.
- CARVALHO, A. A. Demanda por contracepção no Brasil em 2006: contribuição para a implementação das preferências de fecundidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, 2019.
- CASIQUE, I. **What difference does it make? Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico**. XXIV IUSSP General Population Conference, Salvador, ago., 2001.
- CAVENAGHI, S.; ALVES, J. E. **Fecundidade e dinâmica da população brasileira**. Fundo de População das Nações Unidas, Brasília, 2018.
- CECHIN, L. A. W. **O Impacto das regras do Programa Bolsa Família sobre a fecundidade das beneficiárias**. Dissertação de Mestrado em Economia Aplicada, UFPEL, 2015.
- COUTO, M. C. A. **Empoderamento feminino e políticas de transferência condicional de renda: uma avaliação do Programa Bolsa Família**. Dissertação de Mestrado em Economia, Programa de Pós-Graduação em Economia, UFU, 2020.
- CRISSMAN, H. P.; ADANU, R. M.; HARLOW, S. D. Women's sexual empowerment and contraceptive use in Ghana. **Studies in Family Planning**, v. 43, n. 3, p. 201-212, set., 2012.
- DE BRAUW, A.; GILLIGAN, D. O.; HODDINOTT, J.; ROY, S. The impact of Bolsa Família on women's decision-making power. **World Development**, v. 59, p. 487-504, 2014.
- DEDECCA, C. S. **A redução da desigualdade e seus desafios**. Texto para Discussão do IPEA, n. 2.031, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2015.

- DEHEJIA, R. H.; WAHBA, S. Propensity Score-Matching methods for nonexperimental causal studies. **The Review of Economics and Statistics**, v. 84, n. 1, pp. 151-161, fev., 2002.
- DO, M.; KURIMOTO, N. Women's empowerment and choice of contraceptive methods in selected African countries. **International Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 38, n. 1, p. 23-33, Mar., 2012
- DUFLO, E. Grandmothers and granddaughters: old-age pension and intra-household allocation in South Africa. **World Bank Economic Review**, n. 17, p. 1-25, 2003.
- DUFLO, E. Women empowerment and economic development. **Journal of Economic Literature**, v. 50, n. 4, p. 1.051-1.079, 2012.
- DUFLO, E.; GLENNERSTER, R.; KREMER, M. **Using randomization in development economics research: a toolkit**. MIT Department of Economics Working Paper, n.06, 2006.
- FAÚNDES, A.; COSTA, R. G.; PÁDUA, K. S.; PERDIGÃO, A. M. Associação entre prevalência de laqueadura tubária e características sócio-demográficas de mulheres e seus companheiros no estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, dez., 1998.
- FIRPO, S. P.; PINTO, R. C. C. **Combinando estratégias para estimação de efeitos de tratamento**. Working Paper EESP, n.3, 2013.
- FRANÇA, A. L.; SCHIMANSKI, E. Mulher, trabalho e família: uma análise sobre a dupla jornada feminina e seus reflexos no âmbito familiar. **Revista Emancipação**, v. 9, n. 1, 2009.
- GREENE, W.H. **Econometric Analysis**. Prentice Hall, 3 ed., New Jersey, 1997.
- HECKMAN, J.; ICHIMURA, H.; TODD, P. Matching as an econometric evaluation estimator: evidence from evaluating a job training programme. **Economic Studies**, v.64, n.4, 1997.
- IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Estudos & Pesquisas, n. 40, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.
- LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa Família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana de Población**, v. 6, n. 10, p. 31-56, jan./jun., 2012.
- LEMONS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 1, Rio de Janeiro, abr./jun., 2014.
- MARTINS, C. M.; ALMEIDA, M. F. Fecundidade e diferenciais intra-urbanos de desenvolvimento humano, São Paulo, Brasil, 1997. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n.5, 2001.
- NUSSBAUM, M. C. **Creating capabilities: the human development approach**. Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 2011.
- NUSSBAUM, M. C. **Women and human development: the capabilities approach**. Cambridge University Press, 21 ed., New York, 2013.
- OLINTO M. T. A.; GALVÃO, L. W. Características reprodutivas de mulheres de 15 a 49 anos: estudos comparativos e planejamento de ações. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 1, 1999.
- OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, out./dez. 2000.
- PAIVA, S. P.; BRANDÃO, E. R. Contracepção de emergência no contexto das farmácias: revisão crítica de literatura. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2012.
- PASSOS, L.; WALTENBERG, F. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, set./dez. 2016.
- PATRIKAR, S. R.; BASANNAR, D. R.; SHARMA, M. S. Women empowerment and use of contraception. **Medical Journal Armed Forces India**, n. 70, v. 3, p. 253-256, 2014
- PERPÉTUO, I.; WONG, L. **Desigualdade socioeconômica na utilização de métodos anticoncepcionais no Brasil: uma análise comparativa com base nas PNDS 1996 e 2006**. In: BRASIL. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, Brasília, 2009.
- PETCHESKY, R. P. Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.

- PNDS. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Ministério da Saúde, 2006.
- ROCHA, R. Programas condicionais de transferência de renda e fecundidade: evidências do Bolsa Família. **Texto para Discussão do IE**, n. 19, IE-UFRJ, Rio de Janeiro, jul., 2017.
- ROCHA-COUTINHO, M. L. **Variações sobre um antigo tema: a maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida**. In: FERES-CARNEIRO, T. (Org.). Família e Casal: Efeitos da Contemporaneidade. Editora PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2005.
- ROSENBAUM, P. R.; RUBIN, D. B. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. **Biometrika**, v. 70, n. 1, abr. 1983.
- ROSENBAUM, P. R.; RUBIN, D. B. Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. **The American Statistician**, v. 39, n. 1, p. 33-38, Feb., 1985.
- ROWLANDS, J. Empowerment examined. **Development in Practice**, v. 5, n. 2, May., 1995.
- ROY, A. D. **Some thoughts on the distribution of earnings**. Oxford Economic Papers, v.3, n.2, Jun., 1951.
- ROBEYNS, I. Sen's capability approach and gender inequality: selecting relevant capabilities. **Feminist Economics**, v. 9, n. 2, p. 61-92, 2003.
- RUBIN, D. B. Estimating causal effects of treatments in randomized and nonrandomized studies. **Journal of Educational Psychology**, v.66, n.5, 1974.
- RUBIN, D. B. Bayesian inference for causal effects: the role of randomization. **The Annals of Statistics**, v.6, n.1, 1978.
- SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. Companhia das Letras, 7 ed., São Paulo, 2000.
- SCHOR, N.; FERREIRA, A. F.; MACHADO, V. L.; FRANÇA, A. P.; PIROTTA, K. C. M.; ALVARENGA, A. T.; SIQUEIRA, A. A. F. Mulher e anticoncepção: conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n. 2, abr./jun., 2000.
- SIGNORINI, B. A.; QUEIROZ, B. L. The impact of Bolsa Família Program in the beneficiary fertility. **Texto para Discussão do Cedeplar**, n. 439, UFMG, Belo Horizonte, ago., 2011.
- SILVA, T. F. (org.) **Bolsa Família 15 anos**. ESAF, Brasília, 2018.
- SIMÕES, P.; SOARES, R. B. Efeitos do Programa Bolsa Família na fecundidade das beneficiárias. **Revista Brasileira de Economia**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 4, out./dez., 2012.
- SMITH, J. A.; TODD, P. E. Does matching overcome LaLonde's critique of nonexperimental estimators? **Journal of Econometrics**, n. 125, 2005.
- SUÁREZ, M.; LIBARDONI, M. **O Impacto do Programa Bolsa Família: mudanças e continuidades na condição social das mulheres**. In: VAITSMAN, J.; PAES-SOUSA, R. Avaliação de políticas e programas do MDS – Resultados: Bolsa Família e Assistência Social. MDS, v. 2, cap. 4, p. 119-160, Brasília, 2007.
- TAVARES, L. S.; LEITE, I. C.; TELLES, F. S. P. Necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 2, 2007.
- TAVARES, P. A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3, v. 40, p. 613-635, dez., 2010.
- TRUSSELL, J. Contraceptive failure in the United States. **Contraception**, n. 83, Jan., 2011.
- VENTURA, M. A. **Construção dos direitos reprodutivos**. In: VENTURA, M. Direitos reprodutivos no Brasil. UNFPA, FIOCRUZ, Brasília, p. 17-32, 2009.
- WESTOFF, C.; OCHOA, L. H. **Unmet need and the demand for family planning, demographic and health surveys: comparative studies 5**. The Demographic and Health Surveys (DHS) Program, Institute for Resource Development, Macro International Inc., 1991.
- WHO. **Comparing typical effectiveness of contraceptive methods**. WHO, Geneva, 2007.
- YORK, R.; BELL, S. E. Life satisfaction across nations: the effects of women's political status and public priorities. **Social Science Research**, v. 48, Nov., 2014.