

# **RAÇA/COR E USO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO GINECOLÓGICO EM BELO HORIZONTE EM 2002: UMA ANÁLISE EXPLORATÓRIA**

Andréa Branco Simão<sup>1</sup>  
Paula Miranda-Ribeiro<sup>2</sup>  
André Junqueira Caetano<sup>3</sup>

## **Introdução**

No Brasil, temáticas relacionadas às desigualdades sociais têm sido amplamente discutidas nas Ciências Sociais. Dentre elas, as questões referentes às assimetrias decorrentes da raça/cor dos indivíduos têm sido alvo de atenção. Muitos estudos constataam que as diferenças entre brancos e negros (aqui entendidos como pretos e pardos) se apresentam em várias esferas da vida social, indo desde a inclusão no sistema formal de educação, mercado de trabalho, até o acesso a serviços de saúde (HASENBALG e SILVA 1998; SCALON 1999; OLINTO e OLINTO, 2000; PERPÉTUO, 2000). As conseqüências das assimetrias são inúmeras e podem ser claramente percebidas em resultados de análises sobre diferenciais de escolaridade, de renda, de mobilidade ocupacional, de qualidade de vida, dentre outros. Ao realizar uma análise empírica detalhada de diversas dimensões da desigualdade racial no Brasil, HENRIQUES (2001), por exemplo, mostra que as condições de vida das populações branca e negra são bastante desiguais. A população negra, segundo o autor, está sobrerrepresentada na pobreza e na indigência e, em comparação à população branca, está sempre em desvantagem quando dimensões socioeconômicas, tais como renda, escolaridade, mercado de trabalho, condições habitacionais, consumo de bens e acesso a serviços públicos são pesquisadas. Assim, a necessidade de estudos que investiguem e analisem tais diferenciais, contemplando o recorte por raça/cor, são fundamentais não só para ampliação do conhecimento acerca do assunto, mas também para a geração de informações que auxiliem no municiação e implementação de políticas públicas que reduzam as disparidades decorrentes da raça/cor dos indivíduos.

Utilizando dados provenientes da pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR), o objetivo deste artigo é investigar os diferenciais entre mulheres brancas e negras no acesso a atendimento ginecológico - considerado como um dos quesitos básicos em saúde reprodutiva - no município de Belo Horizonte, em 2002, controlando por variáveis sócio-demográficas. Por utilizar informações de um banco de dados extremamente novo, este estudo é de extrema importância, pois preenche uma lacuna no conhecimento da situação de

---

<sup>1</sup> Aluna de doutorado em Demografia – Cedeplar - UFMG.

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Demografia – Cedeplar – UFMG.

saúde reprodutiva na esfera municipal. É importante ressaltar que este é um trabalho de caráter exploratório e que os autores pretendem dar prosseguimento às análises em investigações posteriores.

A seguir, encontra-se uma breve revisão da literatura sobre o tema em questão. O item 3 traz uma descrição da base de dados SRSR e da metodologia utilizada neste trabalho. Segue-se a análise dos resultados, dividida em duas etapas: descrição dos dados e ajuste do modelo de regressão logística. As variáveis utilizadas são idade da mulher, cor, escolaridade, situação conjugal atual, uso de método contraceptivo, época em que teve a última relação sexual, menopausa, ocorrência de doença sexualmente transmissível (dst) e plano de saúde. Os resultados indicam que as negras apresentaram um maior número de consultas ginecológicas do que as brancas, foram as que mais utilizaram o condom e a esterilização feminina como forma de contracepção, foram as que mais tiveram filhos e mais utilizaram o sistema público para realizar uma consulta ginecológica. Por fim, os resultados mostram que as negras estão subrepresentadas no quesito plano de saúde, quando comparadas às mulheres brancas.

### **Uma breve revisão da literatura**

“A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todos os assuntos concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não simplesmente à ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para reproduzir e liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes fazê-lo” (Conferência Internacional de População e Desenvolvimento - CIPD-94). Este estado de completo bem-estar físico, mental e social nos assuntos ligados ao sistema reprodutivo passam, necessariamente, pela realização de um acompanhamento voltado para prestação de serviços de saúde que atendam às necessidades das mulheres em todas as fases de sua vida. Neste sentido, a realização de consultas ginecológicas periódicas é fundamental para a garantia e manutenção da saúde da mulher.

Apesar da vasta literatura nacional que aborda a problemática das desigualdades provenientes da raça/cor de um indivíduo, ainda há muito para se conhecer acerca dos diferenciais de acesso aos serviços de saúde entre a população branca e negra, particularmente no âmbito da saúde reprodutiva. Vale lembrar uma questão levantada por OLIVEIRA (1999), em seu estudo sobre saúde reprodutiva de mulheres negras: “...até hoje o acesso destas

---

<sup>3</sup> Professor do Cedeplar – UFMG.

*peças aos serviços médicos de boa qualidade é dificultado....e pesquisas com recorte racial ainda são escassas” (p.426).*

Alguns trabalhos que investigaram questões relacionadas ao acesso e uso de serviços de saúde em municípios do Rio Grande do Sul indicaram que, na década de 90, a população feminina foi a que mais procurou atendimento médico e a procura por este atendimento foi maior entre as mulheres que tinham entre 25 e 44 anos e 65 anos e mais (MENDOZA-SASSI, BÉRIA e BARROS, 2003). Quanto aos fatores associados à utilização de serviços de saúde, o estudo de COSTA e FACCHINI (1997) revelou que, enquanto as pessoas analfabetas ou com baixa escolaridade procuravam os serviços públicos de saúde, as que possuíam ensino superior se dirigiam aos serviços privados (sejam credenciados, conveniados ou particulares). Além disto, o estudo destas autoras também indicou que a distância entre a residência do indivíduo e do local de prestação do serviço interferia no tipo de serviço procurado. Serviços públicos de saúde eram mais utilizados por indivíduos que residiam a menos de 1 km do local de prestação do serviço. Indivíduos que moravam a mais de 1 km do local de atendimento procuravam serviços credenciados e privados. Embora extremamente relevantes estes estudos não investigam questões relacionadas a um eventual diferencial por raça/cor.

Utilizando dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde de 1996 e considerando a questão raça/cor, o estudo de PERPÉTUO (2000) sobre acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva mostrou, na etapa de análise descritiva, que, no Brasil, o risco reprodutivo era mais elevado entre as mulheres negras do que entre as brancas, pois elas iniciavam a vida sexual e tinham o primeiro filho na adolescência em proporções mais elevadas do que as brancas. Além disto, também eram maiores as proporções de negras que tinham 3 ou mais filhos. Dentre outros aspectos importantes, o estudo de PERPÉTUO (2000) mostrou que, comparadas às brancas, um percentual muito menor de negras sabia localizar seu período fértil, havia utilizado contraceptivos, havia consultado um médico antes de utilizar a pílula, tinha tido acesso à assistência obstétrica e realizado exame ginecológico. Em relação à realização de consultas ginecológicas, PERPÉTUO (2000) observou, a partir de uma análise multivariada, que as mulheres negras, mesmo apresentando iguais características em relação à idade, número de filhos, região e situação de residência e nível de escolaridade, apresentaram apenas 81% da chance de uma branca de ter tido consulta ginecológica completa. A autora frisa que as diferenças observadas entre brancas e negras neste sentido são preocupantes, pois a consulta ginecológica é um instrumento importante no controle das doenças sexualmente transmissíveis e da prevenção do câncer ginecológico.

## **Metodologia e Dados**

Os dados deste estudo são provenientes da Pesquisa Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor (SRSR), realizada nos municípios de Belo Horizonte e Recife, em 2002, pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar). A pesquisa coletou informações de mulheres entre 15 e 59 anos de idade, o que permite que aspectos da sexualidade e saúde reprodutiva feminina sejam melhor compreendidos, mesmo após o final do período fértil da maioria das mulheres. As diversas informações disponíveis na pesquisa possibilitam a caracterização e a avaliação da situação e da qualidade da saúde reprodutiva da população feminina dos municípios em questão, inclusive no que se refere ao acompanhamento ginecológico, e permitem que a análise desenvolvida empregue o recorte por raça/cor.

Baseada numa amostra representativa para os dois municípios, a pesquisa fundamenta-se em 2.403 entrevistas, sendo que, em Belo Horizonte, município alvo deste estudo, foram feitas 1.301 entrevistas completas com mulheres entre 15 e 59 anos de idade. Para fins deste estudo, serão consideradas somente as mulheres que informaram não estarem grávidas no momento da entrevista, ou seja, 1.191 mulheres. Das não grávidas, 541 (45,4%) entrevistas foram com mulheres que se declararam brancas e 650 (54,6%) com mulheres que se autocalificaram como negras (pretas e pardas). Com a expansão da amostra, as entrevistadas não grávidas passaram a representar 801.328 mulheres no município, número este que será utilizado na construção das tabelas apresentadas na seção de resultados. Embora a pesquisa forneça informações sobre mulheres que se declararam como amarelas/orientais ou indígenas, elas não são consideradas neste estudo, pois além de representarem menos de 5% da amostra, o objetivo central deste trabalho é comparar as diferenças existentes entre brancas e negras.

Para descrever e comparar o comportamento das mulheres brancas e negras quanto (1) ao local onde procuraram atendimento ginecológico; (2) ao local onde efetivamente fizeram as consultas; (3) ao percentual de consultas realizadas durante os doze meses anteriores à pesquisa; (4) à efetivação do atendimento quando procuraram consulta, (5) ao motivo da procura; (6) à existência de plano de saúde, são feitos cruzamento entre diversas variáveis relacionadas à consulta ginecológica e cor da entrevistada. As variáveis que mostram relação com a possibilidade de realização de consulta ginecológica são incluídas na regressão logística.

Considerando o fato de que a questão investigada envolve uma variável dependente dicotômica (ter/não ter realizado consulta ginecológica nos últimos doze meses anteriores à pesquisa), a ferramenta escolhida para análise foi a regressão logística. Os modelos logísticos

são bastante adequados quando a variável resposta tem apenas duas categorias e se tornaram uma parte integral de qualquer análise de dados que tenha por objetivo descrever a relação entre a variável resposta e uma ou mais variáveis explicativas. Nos casos em que a variável resposta é discreta, assumindo dois ou mais valores, o emprego do modelo de regressão logística tem sido o padrão. Nos estudos demográficos, o modelo de regressão logística tem sido amplamente utilizado para verificar os efeitos de fatores explicativos sobre o risco relativo de que algum evento ocorra. Ele é especialmente apropriado quando a questão de interesse é descrever as chances (*odds*) de sucesso de um evento (POWERS e XIE, 2000). Uma característica básica do modelo de regressão logística é que ele transforma os dados para assegurar que os parâmetros não terão limites, mas predizem valores que ficam dentro de 0 e 1. A transformação logística pode ser interpretada como o logaritmo das chances de sucesso ou falha de um evento.

Dado que a variável de interesse é a realização de consulta ginecológica nos doze meses anteriores à pesquisa, considera-se o modelo de regressão logístico adequado para ser empregado no estudo, pois ele modela o logito da probabilidade de ter tido uma consulta ginecológica como função do vetor de variáveis explicativas. Assumindo valores em toda a reta real e preservando diversas propriedades do modelo de regressão linear, a probabilidade de ocorrência do evento é dada modelando-se a seguinte função:

$$P = (Y = 1|X) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p}}$$

Para obtenção da função linear dos parâmetros, aplica-se a transformação logit, a qual assume a seguinte forma:

$$\ln \left[ \frac{P(Y = 1|x)}{P(Y = 0|x)} \right],$$

A partir daí, o modelo de regressão logística é dado, então, pela seguinte equação:

$$g(x) = \ln \left( \frac{P(Y = 1|x)}{P(Y = 0|x)} \right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p$$

As chances (*odds*) de que um evento aconteça é dada por  $P(Y=1)/P(Y=0)$ , onde  $\beta_0$  é o logaritmo natural da chance de sucesso quando  $x=(0,0\dots0)$  e  $\beta_j$  é a mudança no logaritmo da chance para uma mudança unitária em  $X_j$ , considerando as outras variáveis fixas. Nos modelos que não possuem interações entre as variáveis explicativas, o exponencial de  $\beta^0$  estima a chance de mudança na linha de base e o exponencial de  $\beta_1$  estima a mudança na chance de sucesso decorrente de uma mudança unitária de  $X_j$ , para as demais variáveis fixas

no modelo (CÉSAR, RIBEIRO e ABREU, 2000). A interpretação de  $\beta$  em termos de chances e razão de chances é um dos motivos que torna o modelo logístico atrativo para modelar a probabilidade de sucesso de um evento.

As variáveis analisadas na etapa descritiva foram incluídas no modelo de regressão, o qual foi trabalhado sem a ponderação e incluiu 1.020 casos na análise. Com relação à idade da mulher, foram definidas cinco categorias: 15 a 19, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 a 59 anos. A análise do cruzamento das variáveis *procura por consulta ginecológica* e *idade da mulher* serviu de base para esta escolha. Mulheres com comportamento de procura semelhante foram agrupadas em uma mesma categoria de idade.

Para a variável método contraceptivo, também foram consideradas cinco categorias, as quais foram estabelecidas de acordo com o tipo do método. Optou-se também por incluir uma categoria *não usa método* para englobar mulheres que não utilizam nenhuma forma de prevenção à gravidez. Além disso, devido à prevalência da esterilização feminina entre a população brasileira em geral, decidiu-se que este método também seria uma categoria da variável.

Estas variáveis e as demais empregadas no modelo de regressão estão descritas no Quadro 1, a seguir. Neste quadro, também são indicadas as categorias utilizadas como categorias de referência na análise. A variável resposta de interesse é a realização de consulta ginecológica nos doze meses anteriores à pesquisa, definida como GINECO. As expectativas são de que as mulheres dos grupos etários 20 a 29 anos, 40 a 49 e 50 a 59 anos apresentem maiores chances de terem efetivado uma consulta ginecológica do que as dos demais grupos. Isto porque é entre as mulheres de 20 a 29 onde mais ocorrem as gravidezes, evento que requer acompanhamento que garanta a preservação da saúde da mulher e de seu bebê e porque é entre as mulheres de 40 anos e mais, as mudanças corporais e emocionais ligadas ao climatério começam a se manifestar, demandando uma atenção especial na área da ginecologia. Embora as jovens entre 15 e 19 anos também exijam cuidados referentes à saúde reprodutiva, a expectativa é de que este grupo apresente um menor número de consultas, pois ainda existe uma relutância bastante expressiva quanto à orientação especializada para que as jovens deste grupo etário possam ter uma vivência saudável da sua sexualidade.

Quanto aos anos de estudo, a expectativa é de que mulheres mais escolarizadas procurem o atendimento ginecológico em maiores proporções do que as menos escolarizadas já que, teoricamente, são elas as que têm maior conhecimento da importância do acompanhamento preventivo do exame ginecológico.

Além disto, as expectativas são de que as mulheres que utilizam outros métodos modernos, além da esterilização feminina, como forma de contracepção, também procurem um ginecologista em maiores proporções do que as que utilizam os demais métodos e que as não usuárias, pois apresentam efeitos sobre a saúde que precisam ser avaliados com maior frequência exigindo, portanto, um acompanhamento periódico por parte de suas usuárias.

Também se espera que as mulheres que relataram ter tido algum tipo de doença sexualmente transmissível, terem tido relações sexuais há menos de 30 dias e aquelas que informaram estar na menopausa apresentem maiores chances de terem tido uma consulta ginecológica no período de doze meses antes da pesquisa, já que estas são situações que cuidados. Também se espera que as mulheres que possuem plano de saúde consultem mais, pois, supostamente teriam maior acesso aos serviços do que as mulheres sem plano de saúde.

Por fim, espera-se que as mulheres negras tenham menor acesso ao serviço ginecológico, pois inúmeros estudos enfatizam a desigualdade contundente entre negras e brancas no Brasil, tanto em termos socioeconômicos quanto em termos de risco de saúde reprodutiva.

Após a apresentação do quadro de descrição das variáveis, os resultados obtidos nas etapas descritiva e de regressão são analisados.

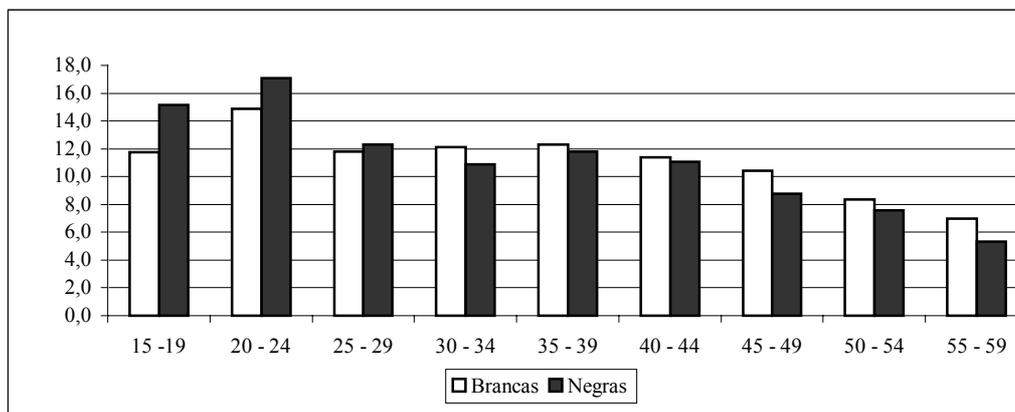
Quadro 1 - Descrição das variáveis utilizadas no modelo de regressão logístico.	
Gineco - variável dependente - 1 se a mulher teve consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa, 0 caso contrário.	
<b>Grupos etários</b>	
15 a 19 anos	1 se grupo etário de 15 a 19 anos, 0 caso contrário
20 a 29 anos	1 se grupo etário de 20 a 29 anos, 0 caso contrário
30 a 39 anos	1 se grupo etário de 30 a 39 anos, 0 caso contrário
40 a 49 anos	1 se grupo etário de 40 a 49 anos, 0 caso contrário
50 a 59 anos	1 se grupo etário de 50 a 59 anos, 0 caso contrário
<b>Anos de estudo</b>	
entre 0 e 4 anos	1 se entre 0 e 4 anos de estudo, 0 caso contrário
entre 5 e 8 anos	1 se entre 5 e 8 anos de estudo, 0 caso contrário
entre 9 e 11 anos	1 se entre 9 e 11 anos de estudo, 0 caso contrário
12 anos e mais	1 se 12 anos ou mais de estudo, 0 caso contrário
<b>Situação conjugal</b>	
solteira	1 se solteira, 0 caso contrário
casada/unida	1 se casada/unida, 0 caso contrário
separada/divorciada	1 se separada/divorciada, 0 caso contrário
viúva	1 se viúva, 0 caso contrário
<b>Método contraceptivo</b>	
não usuária	1 se não usuária de método, 0 caso contrário
condom	1 se usuária de condom, 0 caso contrário
esterilização	1 se esterilizada, 0 caso contrário
outros métodos modernos	1 se usuária de outros métodos modernos, 0 caso contrário
tradicionais	1 se usuária de método tradicional, 0 caso contrário
<b>Relação sexual</b>	
há 30 dias ou menos	1 se teve relação há 30 dias ou menos, 0 caso contrário
há mais de 30 dias	1 se teve relação há mais de 30 dias, 0 caso contrário
<b>DST</b>	
teve dst	1 se teve dst, 0 caso contrário
não teve dst	1 se não teve dst, 0 caso contrário
<b>Menopausa</b>	
está na menopausa	1 se está na menopausa, 0 caso contrário
não está na menopausa	1 se não está na menopausa, 0 caso contrário
<b>Plano de Saúde</b>	
possui plano	1 se possui plano de saúde, 0 caso contrário
não possui plano	1 se não possui plano de saúde, 0 caso contrário
<b>Cor</b>	
branca	1 se é da raça/cor branca, 0 caso contrário
negra	1 se é da raça/cor negra, 0 caso contrário

## Análise dos Resultados

A Figura 1 mostra a distribuição etária das mulheres brancas e negras, não grávidas, por grupos etários, em Belo Horizonte, em 2002. Os resultados apresentados na Figura 1 baseiam-se nas informações sobre cor que foram fornecidas pela própria entrevistada, ou seja, na autoclassificação. As categorias de cor empregadas na análise seguem o estilo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que classificam os indivíduos como brancos, pretos, pardos, amarelos/orientais e indígenas. Como mencionado anteriormente, neste estudo são consideradas somente as mulheres que se autoclassificaram como brancas e negras (pretas

e pardas). É importante ressaltar que a união de pardos e pretos numa única categoria, denominada de negros, fundamenta-se no fato de que os brancos são mais propensos a serem classificados de forma consistente do que os pardos ou pretos (CARVALHO, WOOD E ANDRADE, 2003). TELLES (2003) apontou que há maior probabilidade de que os entrevistados e entrevistadores concordem sobre quem é branco do que sobre quem é preto ou pardo e que isto demonstra que as distinções entre branco e não branco é a divisão racial mais clara na mente dos brasileiros. Assim, é coerente unir as categorias *pardo* e *preto* em uma única categoria, uma vez que as diferenças entre pretos e pardos é bem mais ambígua do que a divisão entre brancos e pardos.

Figura 1 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, entre 15 e 59 anos, por grupos etários. Belo Horizonte, 2002.



Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

A Figura 1 indica que, entre as mulheres de 15 a 19 anos, cerca de 15 % das entrevistadas se declararam como negras e aproximadamente 12% como brancas. No grupo etário de 20 a 24 anos ainda se observa um percentual mais elevado de mulheres que informaram ser negra: 17%. Neste grupo, 15% se autot classificou como branca. É interessante observar que, à medida que aumenta a idade, diminuem os percentuais de mulheres que se denominaram como negras. Esta diferença pode ser explicada por uma maior consciência das jovens com relação a cor/raça ou, ainda, por uma diferença na estrutura etária de brancas e negras de 15 a 59 anos em Belo Horizonte. As duas explicações tentativas não são excludentes.

A Tabela 1, a seguir, mostra a distribuição percentual das mulheres brancas e negras, não grávidas, entre 15 e 59 anos de idade, de acordo com anos de estudo.

Tabela 1 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo anos de estudo, Belo Horizonte, 2002.

Categoria de Estudo	Branças	Negras
não estudou	1,9	2,6
entre 1 e 4 anos	12,3	23,6
entre 5 e 8 anos	21,8	26,6
entre 9 e 11 anos	35,5	36,8
12 anos ou mais	28,5	10,4
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Os resultados na Tabela 1 mostram a existência de diferenças educacionais bastante acentuadas entre as mulheres brancas e negras em Belo Horizonte. Enquanto quase 30% das mulheres brancas declararam ter conquistado 12 ou mais anos de estudo, somente 10% das mulheres negras declararam o mesmo. Estes resultados corroboram os achados de muitos estudos empíricos que indicam que a população negra (composta por pessoas pretas e pardas) apresenta desvantagens sistemáticas no quesito educacional, quando comparada à população branca. Isso também parece sugerir que, embora uma melhora geral no nível de instrução das mulheres tenha acontecido nas últimas décadas, ela não foi uniforme para os grupos de cor, pois as mulheres brancas ainda mostram estar mais adiante na escala educacional do que as negras.

A Tabela 2 mostra a distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo plano de saúde. A maior parte das mulheres negras não possui plano de saúde (61%). Entre as brancas, embora um percentual expressivo tenha declarado ter plano de saúde, 45% também informou não possuir plano.

Tabela 2 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo plano de saúde, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não tem plano	45,2	60,6
Tem plano	54,8	39,4
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Os resultados da Tabela 2 apontam para a segmentação da saúde: mais de 60% das mulheres negras informou não ter plano de saúde, o que indica que são elas que, em maiores

proporções, dependem da rede pública de saúde para atendimento. Neste aspecto, MÉDICI (1999) lembra que a população que utiliza os serviços públicos de saúde precisam se sujeitar às filas ou à escassez de insumos e medicamentos destinados às doenças que apresentam e que, geralmente, a qualidade dos serviços nesta área é boa para quem pode pagar e sofrível para os que dependem da rede pública gratuita.

Quanto à situação conjugal das mulheres brancas e negras, não grávidas, a Tabela 3 mostra que mais mulheres negras, do que de brancas, informaram ser solteiras. Este achado está em sintonia com a distribuição percentual das mulheres por idade e cor/raça (Figura 1), que indica uma maior proporção de mulheres negras nos grupos etários mais jovens, onde costumam se concentrar as solteiras. Em contrapartida, mais brancas disseram estar separadas ou divorciadas. Vale observar, também, o fato do percentual de viúvas entre as negras ser o dobro do que entre as brancas, eventual reflexo do diferencial racial na mortalidade masculina e da maior dificuldade das negras em recasar. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por BERQUÓ (1991) que, ao analisar dados do Censo demográfico de 1980, verificou que tanto o celibato quanto a viuvez entre as mulheres brancas é menor do que entre as pretas e pardas. PETRUCCELLI (1999) também ressalta a maior dificuldade das mulheres negras no mercado de casamento.

Tabela 3 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras não grávidas, segundo situação conjugal atual, Belo Horizonte, 2002.

	Brancas	Negras
Nunca unida	37,5	41,1
Casada/Unida	48,2	45,4
Separada/Divorciada	12,0	9,4
Viúva	2,3	4,1
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Em relação ao método contraceptivo utilizado, os dados apontam para o fato de que mais mulheres negras do que brancas informaram já ser esterilizadas. Alguns dos métodos denominados como modernos (pílula, DIU, injeções, implantes, diafragma, espermicidas, camisinha feminina e esterilização masculina) são mais utilizados pelas brancas (28%) do que pelas negras (25%). A prevalência de contracepção é bastante semelhante para os dois grupos – 63% das brancas e 65% das negras declararam usar algum método. A Tabela 4, a seguir, mostra esses resultados.

Tabela 4 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras não grávidas, segundo método contraceptivo utilizado, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não usa	36,7	35,0
Condom	12,0	14,6
Esterilização feminina	21,2	24,1
Outros métodos modernos	28,2	25,1
Tradicionalis	1,9	1,2
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Quando as informações sobre filhos são analisadas, os dados na Tabela 5, a seguir, mostram que os percentuais de mulheres negras que declararam ter filhos são mais altos do que o de brancas. Estes resultados corroboram os achados de PERPÉTUO (2000) que, a partir das informações disponíveis na PNDS de 1996, observou que as mulheres negras têm um menor conhecimento da fisiologia reprodutiva, fazem menos uso de métodos contraceptivos e, assim sendo, têm um número mais elevado de filhos do que as mulheres brancas.

Tabela 5 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras não grávidas, segundo informações sobre filhos, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não teve filhos	42,2	38,5
Teve filhos	57,8	61,5
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

As informações na Tabela 6, a seguir, apontam que as mulheres negras, em proporções bem mais elevadas do que as brancas, procuram atendimento ginecológico na rede pública. As diferenças de acesso ao sistema privado de saúde entre brancas e negras são bastante expressivas. Enquanto 17% das mulheres negras procura o setor público de saúde para realizar consultas ginecológicas, este percentual é 9% entre as brancas. Além disso, enquanto 26% das mulheres brancas procuram locais que oferecem consultas ginecológicas através de convênios, somente 20% das negras fazem o mesmo. Diferenças percentuais favorecendo as brancas também são observadas quando se analisa a categoria serviço privado. Este resultado é coerente com o maior acesso das brancas a planos de saúde quando comparadas às negras, discutido anteriormente (Tabela 2).

Tabela 6 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo o tipo de local onde procuraram consulta ginecológica, Belo Horizonte, 2002.

	Brancas	Negras
Não procurou consulta	59,9	60,4
Público	9,4	16,6
Com plano ou convênio	25,7	19,8
Privado	5,0	3,0
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

A distribuição percentual das mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo o local onde realizaram a consulta ginecológica, é apresentada na Tabela 7, a seguir. Os dados apresentados mostram que as mulheres negras não só procuraram a consulta ginecológica em local público muito mais do que as brancas, mas também foram elas que, em maiores proporções, efetivaram a consulta num local público.

Tabela 7 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, que realizaram consulta ginecológica, segundo o local de realização da consulta, Belo Horizonte, 2002.

	Brancas	Negras
Público	22,1	41,8
Com plano ou convênio	65,5	50,6
Privado	12,3	7,7
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Em relação ao número de consultas ginecológicas realizadas, a Tabela 8 mostra que 50% das mulheres brancas e 46% das negras realizaram entre 1 e 2 consultas ginecológicas nos doze meses que antecederam a pesquisa. Também foram as brancas que, em maiores proporções, tiveram entre 3 e 4 consultas ginecológicas no mesmo período. Apesar de numericamente pouco expressivo, chama a atenção o fato de que 40% a mais de mulheres negras realizou 5 ou mais consultas nos 12 meses antes da pesquisa.

Tabela 8 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo o número de consultas ginecológicas realizadas nos 12 meses antes da pesquisa, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não consultou	32,4	36,1
Entre 1 e 2 consultas	49,9	46,2
Entre 3 e 4 consultas	13,7	12,0
5 ou mais	4,0	5,7
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Quando questionadas sobre se foram atendidas quando procuraram por uma consulta ginecológica, o dobro de mulheres negras disse não ter sido atendida. Estas informações estão dispostas na Tabela 9. Aliado ao fato de que são as negras as que mais procuram o serviço de atendimento público e que são elas, em grande maioria, que alegam não terem sido atendidas ao procurarem o serviço, esses resultados nos remetem ao argumento de MÉDICI (1999), apresentado anteriormente, de que para aqueles que dependem da rede pública gratuita de serviços de saúde, a qualidade dos serviços, inclusive o atendimento, é sofrível.

Tabela 9 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas, segundo a realização da consulta ginecológica, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não foi atendida	1,2	2,4
Foi atendida	39,9	37,3
Nunca consultou	59,8	60,3
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Os resultados na Tabela 10 indicam que as brancas realizam mais consultas ginecológicas como rotina, o que pode estar sugerindo uma maior preocupação com a prevenção de problemas. As negras, por outro lado, são as que procuram consulta ginecológica quando apresentam algum problema específico, o que estaria coerente com o fato de uma proporção maior de negras ter tido 5 ou mais consultas ginecológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa, conforme sugerido a partir dos resultados da Tabela 8.

Tabela 10 - Distribuição percentual de mulheres brancas e negras, não grávidas segundo o motivo da consulta ginecológica, Belo Horizonte, 2002.

	Branças	Negras
Não consultou	31,6	35,4
Rotina	49,8	44,1
Problema específico	18,6	20,5
Total	100,0	100,0

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Após esta descrição, este estudo apresenta os resultados da análise de regressão logística utilizada com o propósito de verificar os efeitos de algumas variáveis sobre a probabilidade que uma mulher entre 15 e 59 anos tenha realizado uma consulta ginecológica nos doze meses que antecederam a pesquisa. Os grupos que apresentavam menor risco de terem tido uma consultas ginecológica foram escolhidos como categorias de referência para as comparações. A Tabela 11 apresenta os resultados dessa regressão.

Tabela 11 - Coeficientes da regressão para mulheres brancas e negras, não grávidas, entre 15 e 59 anos, Belo Horizonte, 2002.

Variável	Parâmetro estimado	p	Razão de Chances
<b>Grupos etários</b>			
15 a 19 anos	referência		
20 a 29 anos	1,3150	0,0004	3,7248
30 a 39 anos	1,0702	0,0055	2,9159
40 a 49 anos	1,2050	0,0035	3,3367
50 a 59 anos	0,9488	0,0621	2,5826
<b>Anos de estudo</b>			
entre 0 e 4 anos	referência		
entre 5 e 8 anos	0,2495	0,2379	1,2834
entre 9 e 11 anos	0,8493	0,0004	2,3380
12 anos e mais	0,5797	0,0455	1,7855
<b>Situação conjugal</b>			
solteira	referência		
casada/unida	0,8060	0,7406	1,0839
separada/divorciada	-0,1150	0,6868	0,8914
viúva	-0,0701	0,8673	0,9315
<b>Método contraceptivo</b>			
não usuária	referência		
condom	0,4472	0,1086	1,5640
esterilização	0,5871	0,0134	1,7987
outros métodos modernos	0,5684	0,0213	1,7655
tradicionais	-0,1823	0,7058	0,8334
<b>Relação sexual</b>			
não teve relação	referência		
há 30 dias ou menos	2,2813	0,0077	9,7899
há mais de 30 dias	1,8347	0,0323	6,2635
<b>DST</b>			
não teve dst	referência		
teve dst	0,6342	0,0003	1,8856
<b>Menopausa</b>			
não está na menopausa	referência		
está na menopausa	0,5607	0,0867	1,7520
<b>Plano de Saúde</b>			
não possui plano	referência		
possui plano	0,9673	0,0000	2,6309
<b>Cor</b>			
branca	referência		
negra	0,1640	0,3141	1,1782

Fonte: Pesquisa SRSR - Cedeplar - 2002

Os resultados da regressão mostram que, a um nível de significância de 1% ( $p < 0,01$ ) e controlando pelas demais variáveis, as mulheres entre 20 e 29 anos de idade apresentaram maiores chances de terem consultado um ginecologista no ano que antecedeu a pesquisa, do que as mulheres entre 15 e 19 anos. De fato, elas apresentaram 3,7 vezes a chance das

mulheres mais jovens de terem tido uma consulta ginecológica. Também merecem atenção os resultados obtidos para as mulheres entre 40 e 49 anos. Este grupo, segundo os resultados, apresentou 3,3 vezes a chance das mulheres de 15 a 19 anos de terem tido uma consulta ginecológica. Já as mulheres entre 50 e 59 anos tiveram 2,6 vezes a chance das mulheres entre 15 e 19 anos de terem tido consulta, em um nível de significância de 10%. Portanto, mesmo quando se controla por fatores tais como escolaridade, atividade sexual e método contraceptivo utilizado, ainda assim as adolescentes tiveram menor chance de terem tido atendimento ginecológico nos 12 meses anteriores à pesquisa. Este é um achado preocupante em função do aumento crescente da gravidez entre adolescentes.

Em relação aos anos de estudo, os dados mostram que, as mulheres mais escolarizadas (12 anos e mais de estudo) apresentaram quase duas vezes a chance (1,8) das menos escolarizadas (entre 0 e 4 anos de estudo) de terem tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores a pesquisa e que aquelas que tinham entre 9 e 11 anos de estudo apresentaram 2,3 vezes as chances das jovens entre 15 e 19 anos de terem tido uma consulta ginecológica. Ambos os resultados foram significantes. Os resultados também mostram que, controlando por fatores socioeconômicos e demográficos, a situação conjugal atual não afetou a chance de ter tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores ao estudo.

A análise da relação entre uso de método contraceptivo e realização de consulta ginecológica mostra que, em relação às mulheres que não utilizam método, as mulheres esterilizadas e as que utilizam outros métodos modernos (pílula, dispositivo intra-uterino, injeções, implantes, diafragma, espermicida/tabletes, camisinha feminina e esterilização masculina) tiveram quase o dobro da chance das não usuárias de método de terem tido uma consulta ginecológica nos doze meses que antecederam a pesquisa. Por outro lado, os resultados para as mulheres que usavam condom ou métodos definidos como tradicionais não foram estatisticamente significantes. Este é um outro achado preocupante na medida em que deixa a descoberto, em termos de atendimento ginecológico as mulheres usuárias de métodos tradicionais, camisinha masculina e as não usuárias de métodos.

As mulheres que haviam tido alguma DST apresentaram quase o dobro da chance das que não tiveram doenças sexualmente transmissíveis de ter feito uma consulta ginecológica, assim como as mulheres que já haviam entrado na menopausa. Portanto, controlando por outros fatores, problemas de saúde (mesmo que em outros momentos no tempo) e menopausa afetam a chance de atendimento ginecológico nos 12 meses anteriores à pesquisa.

A chance de uma mulher que teve relação sexual há menos de trinta dias antes da entrevista ter tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa foi 9,8 vezes

a chance das que as que não tinham tido nenhuma relação sexual no mês anterior à pesquisa. Para as mulheres que informaram ter tido a última relação sexual há mais de trinta dias, as chances de ter tido uma consulta ginecológica foram 6,3 vezes a chance das que não haviam tido nenhuma relação. Portanto, ter tido relação sexual aumenta a chance de ter tido atendimento ginecológico.

Quanto ao plano de saúde, os resultados indicam que, controlando pelas demais variáveis, as mulheres com plano de saúde apresentaram 2,6 vezes a chance de ter tido uma consulta ginecológica quando comparadas com aquelas que não tinham plano de saúde. Assim, os resultados da análise descritiva persistem aqui e, de fato, controlando por variáveis socioeconômicas e demográficas, a chance de atendimento ginecológico é maior entre as mulheres que têm plano de saúde.

Finalmente, quanto ao quesito cor, os resultados mostram que, ao contrário das expectativas, a cor/raça da mulher não afeta a sua chance de ter tido uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Este aspecto deverá ser aprofundado em investigações posteriores.

### **Considerações finais**

Este trabalho teve como objetivo investigar os diferenciais entre mulheres brancas e negras no acesso atendimento ginecológico, considerado como um dos quesitos básicos em saúde reprodutiva.

Os resultados deste estudo exploratório mostraram, em síntese, que no município de Belo Horizonte, em 2002, um percentual mais elevado de mulheres jovens se autodeclarou como pertencendo a raça/cor negra. À medida que a idade aumenta, mais mulheres informaram pertencer à categoria branca. Quando as chances de uma mulher ter realizado consulta ginecológica foram analisadas em função da idade, os resultados indicaram que as mulheres mais jovens apresentaram chances mais elevadas de terem tido uma consulta ginecológica do que as mais velhas. Tomando as mulheres entre 15 e 19 anos como referência, a probabilidade mais elevada de ter consultado um ginecologista foi verificada entre as de 20 a 29 anos de idade. No entanto, as mulheres entre 40 e 49 anos também mostraram grandes chances de terem tido uma consulta. Este fato pode estar associado a alguns problemas de saúde, tais como câncer de mama e de ovário, cuja incidência aumenta nas faixas etárias acima de 35 anos, impondo às mulheres a necessidade de um maior cuidado com sua saúde (KOIFMAN e KOIFMAN, 1999).

No quesito educação, os dados são coerentes com os diversos estudos que investigam as desigualdades educacionais por raça/cor, ou seja, as mulheres brancas foram as que conquistaram maior escolaridade. Enquanto 29% das brancas chegaram a ter 12 anos ou mais de estudo, somente 11% das negras chegou a este patamar educacional. No que se refere a plano de saúde, os dados mostraram que, enquanto 55% das brancas possui plano, 60% das negras não possuem. De acordo com os resultados da regressão logística utilizada, escolaridade elevada e ter plano de saúde são fatores que atuam no sentido de ampliar as chances de uma mulher realizar consultas ginecológicas.

No que se refere ao quesito situação conjugal atual, os dados da pesquisa SRSR indicaram que, em Belo Horizonte, mais negras, do que brancas, informaram ser solteiras (41% versus 38%). Comparadas às negras, as mulheres brancas apresentaram percentuais mais elevados na categoria de casadas/unidas (48% versus 45%). No entanto, controlando por variáveis socioeconômicas e demográficas, os resultados da regressão logística indicam que a situação conjugal no momento da entrevista não afeta a chance de ter tido consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa. Por outro lado, os maiores percentuais de mulheres esterilizadas e que informaram ter tido filho nos doze meses que antecederam a pesquisa encontram-se entre as negras. Quanto à informação referente ao número de consultas, foram entre as negras que se verificam os maiores percentuais de pessoas que declararam ter tido 5 ou mais consultas ginecológicas.

Quanto ao uso de método, os resultados obtidos por meio da regressão logística indicam que, quando comparadas às mulheres que não utilizam método, as mulheres esterilizadas foram as que tiveram maiores chances de ter tido uma consulta ginecológica. Também as que disseram utilizar métodos contraceptivos modernos, tais como a pílula, o dispositivo intra-uterino, injeções, implantes, diafragma, espermicida, camisinha feminina e esterilização masculina tiveram chances mais elevadas de ter consultado um ginecologista do que as que não utilizavam nenhum método. Além disto, ter tido uma relação sexual nos 30 dias que antecederam a pesquisa e ter tido uma doença sexualmente transmissível (DST) e foram fatores que contribuíram para aumentar as chances de uma mulher ter efetuado uma consulta ginecológica.

Em suma, os resultados sugerem que fatores como ter tido alguma doença sexualmente transmissível, ter tido pelo menos uma relação sexual num período de 30 dias, estar na menopausa e ter plano de saúde foram fatores que contribuíram para as chances de ter uma consulta. Dentre estes fatores, ter plano de saúde foi o que apresentou maior significância

estatística. Estar entre 20 e 29 anos e entre 40 e 49 anos e ter entre 9 e 11 anos de estudo também foram aspectos que contribuíram para aumentar as chances de consulta ginecológica.

Os resultados obtidos para a variável cor mostraram que, embora as mulheres negras, em relação às brancas, foram as que mais realizam consulta ginecológica, foram elas também que declaram menor acesso a planos de saúde e à rede de serviços particular e foram as que mais procuram um ginecologista por apresentarem algum problema específico. No entanto, após controlar por variáveis tais como idade, nível de escolaridade e atividade sexual, entre outras, o efeito da cor/raça desaparece.

Estudos científicos atuais, particularmente os de caráter epidemiológico, enfatizam a necessidade de incorporar a variável raça/cor em suas análises para que a realidade social seja retratada com maior fidelidade. Este quesito deve, contudo, ser analisado considerando-se o contexto socioeconômico no qual as pessoas estão inseridas. Neste sentido, OLIVEIRA (1999) ressalta que, por tratar-se de uma pista fundamental para o entendimento de agravantes ou atenuantes de doenças e por possibilitar diagnósticos mais precisos e precoces, além de atenção adequada – sobretudo no caso de doenças denominadas raciais ou étnicas, como é o caso da anemia falciforme, dos miomas uterinos e da hipertensão arterial – a inclusão do componente raça/cor em estudos sobre acesso aos serviços de saúde é de extrema importância.

O fato da cor/raça da entrevistada, de acordo com os resultados da regressão, não ter sido significativa não elimina a necessidade premente de maiores investigações sobre a discriminação racial nos serviços de saúde. Apesar de muito se falar de sua existência, poucos são os trabalhos que investigam e documentam este fato.

## Referências Bibliográficas

AGRESTI, Alan. **Categorical data analysis**. New York: John Wiley & Sons, 1990. 558p.

BERCOVICH, Alícia. Considerações sobre a fecundidade da população negra no Brasil, In: LOVELL Peggy A. **Desigualdade racial no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: MSG Editores, 1991. p.309-340.

BERQUÓ, Elza. Como se casam negros e brancos no Brasil. In: LOVELL Peggy A. **Desigualdade racial no Brasil contemporâneo**. Belo Horizonte: MSG Editores, 1991.p.115-120.

CARVALHO, José Alberto M., WOOD, Charles H. e ANDRADE, Flávia C. D. Carvalho, J.A.M., Wood, C.H., Andrade, F.C.D. Notas acerca das categorias de cor dos censos e sobre a classificação subjetiva de cor no Brasil: 1980/90. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais** 20 (1), p. 29 a 42, 2003.

CÉSAR, Cibele C.; MIRANDA-RIBEIRO, Paula; ABREU, Daisy Maria X. de. Efeito-idade ou efeito-pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v.17, n.1/2, p.177-196,jan./dez. 2000.

COSTA, Juvenal D.; FACCHINI, Luís Augusto. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população frequenta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n. 4, p. 360-369, agosto, 1997.

GOLDANI, Ana Maria. O regime demográfico brasileiro nos anos 90. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo: Editora Hucitec, 1999. pg. 25 a 69.

HASENBALG, C. e SILVA , N. do V. Educação e Diferenças Raciais na Mobilidade Ocupacional no Brasil. In ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 22, 1998.

HENRIQUES, Ricardo. Desigualdade racial no Brasil: evolução das condições de vida na década de 90. **Textos para Discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 807, p. 49, 2001.

KOIFMAN, Sérgio; KOIFMAN, Rosalina. Incidência e mortalidade por câncer em mulheres adultas no Brasil. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. **Questões da saúde reprodutiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. pg. 227 a 253.

MENDOZA-SASSI, Raul; BERIA, Jorge; BARROS, Aluisio. Outpatient health service utilization and associated factor: a population-based study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.37, n. 3, p. 372-378, junho, 2003.

MEDICI, André C. Uma década de SUS (1988 – 1998): progressos e desafios. In: GALVÃO, Loren e DÍAZ, Juan. **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil**, São Paulo: Editora Hucitec, 1999. pg. 104 a 150.

OLINTO, Maria Teresa A e OLINTO, Beatriz A Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n. 4, p. 1137-1142, out – dez, 2000.

OLIVEIRA, Fátima. O recorte racial/étnico e a saúde reprodutiva: mulheres negras. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. **Questões da saúde reprodutiva**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. pg. 419 a 438.

PERPÉTUO, Ignez Helena O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000 Caxambu. Anais...Belo Horizonte: ABEP, 2000. Disponível em: <http://www.abep.org.br> Acesso em 16 set. de 2002.

PETRUCELLI, José Luis. . Casamento e cor no Brasil atual: a reprodução das diferenças. In CNPD, **I e II Concurso Nacional de Monografias sobre População e Desenvolvimento, 1998-1999**. Brasília, 1999.

POWERS, A. D. & XIE, Y. **Methods for Categorical Data Analysis**. Academic Press, 2000.

SCALON, M. C. **Mobilidade social no Brasil: padrões e tendências**, Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

TELLES, Edward. **Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.