

# O ACESSO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA SEGUNDO RAÇA/COR NO BRASIL EM 2006\*

Angelita Alves de Carvalho<sup>†</sup>

Gabriella de Freitas Vieira<sup>‡</sup>

Daniela Polessa Paula<sup>§</sup>

## INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais no Brasil têm sido amplamente descritas em vários estudos, mas especialmente as desigualdades raciais, étnicas e o racismo têm tido seu debate ampliado e, conseqüentemente, fomentado políticas públicas com base em diferenciação por raça/cor. Isso se deve tanto pela atuação dos movimentos sociais e também pela constatação, em grande parte dos estudos, de diferenças entre brancos e negros perceptíveis nas várias esferas da vida social, indo desde a inclusão no sistema formal de educação e mercado de trabalho, até o acesso aos serviços de saúde (Hasenbalg, Silva, 1998; Olinto, Olinto, 2000; Monteiro, Sazone, 2004).

No Brasil, apesar da abolição da escravatura e de muito tempo transcorrido deste então, permanece nos dias atuais a desigualdade e a discriminação racial. Os negros continuam à margem da sociedade em vários aspectos sociais tendo muitos de seus direitos suprimidos, devido principalmente à ausência de iniciativas públicas para sua inserção social e econômica após a abolição (Cavas; Neto, 2010; Guedes, 2014). Apesar dos negros\*\* representarem mais da metade da população brasileira (IBGE, 2011), ainda são constatadas inúmeras diferenças entre os grupos raciais e o direito à cidadania.

Especificamente quanto ao acesso à saúde e aos diferenciais por raça/cor, muitos estudos têm mostrado que no segmento de mulheres negras, persistem grandes desvantagens quanto à qualidade da saúde, e que estas iniquidades são decorrentes da violação de direitos que dificultam a ascensão social e o acesso à condições dignas dos serviços de saúde. Por essas e outras razões não é mera coincidência o fato de que a maioria das mortes maternas ocorrem

---

\* Trabalho apresentado no VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población e XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Foz do Iguaçu/PR – Brasil, de 17 a 22 de outubro de 2016

† Pesquisadora em informações geográficas e estatísticas pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE – [angelita.carvalho@ibge.gov.br](mailto:angelita.carvalho@ibge.gov.br)

‡ Graduanda em estatística pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE - [gabrielladefreitasvieira@gmail.com](mailto:gabrielladefreitasvieira@gmail.com)

§ Pesquisadora em informações geográficas e estatísticas pela Escola Nacional de Ciências Estatísticas/IBGE – [daniela.paula@ibge.gov.br](mailto:daniela.paula@ibge.gov.br)

\*\* Negros é uma categoria analítica a partir da junção do grupo da raça/cor preta e parda

entre as mulheres negras, e as principais causas dessas mortes relacionam-se às complicações referentes ao aborto inseguro (Lopes, 2004; Martins, 2006; Santos et al., 2007).

Outros estudos mostram diferenciais importantes no acesso à saúde sexual e reprodutiva<sup>††</sup>. Um estudo de referência foi o realizado por Perpétuo (2000), que analisou os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e apontou que as negras iniciavam a vida sexual e tinham seu primeiro filho mais cedo do que as mulheres brancas, conseqüentemente as negras apresentavam maior parturição (61,9% das mulheres brancas e 48,9% das mulheres negras tinham de 0 a 2 filhos e 38,1% das mulheres brancas e 51,1% das mulheres negras tinham 3 filhos ou mais). A autora também observou que algumas negras, mesmo em idade fértil e sem desejarem engravidar, não faziam uso de métodos contraceptivos, mostrando ainda que elas tinham menor conhecimento sobre a fisiologia reprodutiva. Os resultados da pesquisa mostraram também que grande parte das mulheres negras e brancas não consultou um médico ao iniciar o uso de pílula anticoncepcional, um dado preocupante visto a necessidade de indicação médica para uso deste método. Ficou constatado também que as negras realizavam menos consultas durante a gravidez e não realizavam consulta após o parto. Diferenciais quando aos cuidados ginecológicos também foram apontados Perpétuo (2000) e Simão et al. (2004), em que um grande número de mulheres negras nunca havia realizado exame ginecológico. Esses indicadores mostram diferenciais de comportamento entre os grupos raciais, e revelam em especial, diferenciais no acesso aos serviços básicos saúde sexual e materna.

Pinheiro et al. (2008) revelou também que quase metade das mulheres negras no Brasil com 25 anos ou mais nunca fizeram o exame clínico de mama, enquanto para as brancas pouco mais de um quarto nunca realizaram esse tipo de exame. Até mesmo entre as mulheres que tinham mais de 12 anos de estudo, as negras eram maioria entre as que não haviam realizado esse exame. Para o exame de útero, assim como nos estudos anteriores, a situação era um pouco melhor, porém as negras ainda eram a maior parte entre as que não o fizeram. Nos dados de Simão et al. (2004) ficou claro que as negras realizaram mais consultas ginecológicas no serviço público, enquanto as brancas realizaram mais consultas privadas ou através de convênios.

---

<sup>††</sup> De acordo com Corrêa et al. (2006), a saúde reprodutiva abrange o bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos do sistema reprodutivo, seus processos e suas funções. A saúde reprodutiva implica no direito a uma vida sexual segura e satisfatória, e também o direito de homens e mulheres a serem informados e de terem acesso aos métodos eficientes, seguros, aceitáveis e financeiramente compatíveis de planejamento familiar. Já a saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e abrange o desenvolvimento sexual saudável e a ausência de enfermidades, doenças, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade.

Como motivos para essas desigualdades, estudos sugerem que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde é fruto da discriminação racial, que leva as negras a terem menor escolaridade e renda inferior. Como consequência, possuem menos acesso a planos de saúde e concentram-se mais nas regiões periféricas, onde o sistema de saúde é menos eficaz. Tudo isso gera um quadro de acesso precário à saúde sexual e reprodutiva (Oliveira, 1999; Perpétuo, 2000; Martins, 2006).

Mais recentemente, Berquó et al. (2012) estudaram a reprodução na juventude e encontrou uma grande proporção de jovens negras de menor renda e escolaridade que iniciaram a vida sexual e engravidaram antes dos 20 anos. Os autores observaram ainda que a cor da pele não interferiu no comportamento sexual e reprodutivo quando as variáveis foram controladas por anos de estudo e classe econômica.

Corroborando com essa ideia, alguns autores acreditam que aparentemente, o principal problema não é ser negra mas ser pobre, pois análises mostraram a importância do plano de saúde para que brancas e negras tenham chances iguais de manterem e garantirem uma saúde de boa qualidade. Contudo, não se pode afastar a existência de discriminação racial no acesso a ações de saúde reprodutiva, como os dados só permitem avaliar o acesso, a qualidade do atendimento à saúde disponível para brancas e negras não pode ser mensurada (Monteiro; Sazone, 2004; Simão et al., 2004).

Por tudo isso, a contemplação do recorte por raça/cor nas pesquisas, especialmente aquelas relacionadas ao acesso à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, são fundamentais não só para ampliação do conhecimento acerca do assunto, mas também para a geração de informações que auxiliem no planejamento e implementação de políticas públicas que reduzam as disparidades decorrentes da raça/cor dos indivíduos. Além disso, ainda há poucos estudos que relacione o impacto da escolaridade nos diferenciais de acesso à saúde sexual e reprodutiva por raça/cor no Brasil.

Este trabalho tem como objetivo descrever e analisar os diferenciais por raça/cor no acesso à saúde sexual e reprodutiva no Brasil em 2006. Especificamente buscou-se identificar a experiência sexual, contraceptiva e reprodutiva das mulheres segundo raça/cor e escolaridade; Conhecer e analisar os diferenciais por raça/cor e escolaridade com relação ao uso, tipo de contraceptivos e demanda insatisfeita por contracepção; Analisar a implementação das preferências reprodutivas entre brancas e negras segundo escolaridade; Analisar o atendimento ao pré-natal por raça/cor e escolaridade.

## **METODOLOGIA**

Foram utilizados os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) do ano de 2006. A PNDS é uma pesquisa nacional, que foi realizada pelo Ministério da Saúde, coordenada pelo Cebrap e o trabalho de campo ficou a cargo do Ibope. A PNDS teve como objetivo contribuir para a melhoria da saúde da criança e da mulher. Foram entrevistadas 15.575 mulheres e foram feitas perguntas sobre o domicílio, reprodução, anticoncepção, conjugalidade, planejamento da fecundidade, entre outras (Ministério da Saúde, 2008).

Neste estudo, foram utilizados os dados das mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos e, em alguns casos, mulheres casadas/unidas. Devido aos problemas amostrais e ao número pequeno de observações em algumas variáveis, optou-se se por fazer a agregação do grupo das pretas e pardas em negras. Analisando a literatura sobre estudos raciais na demografia verificou-se que essa opção é bastante utilizada, uma vez que, em muitos casos, o comportamento entre os dois grupos é bastante similar (o que também foi verdade no caso deste estudo). Além disso, o percentual de mulheres de outras raça/cor era pequeno, e assim optou-se por analisar somente as diferenças entre negras e brancas. Para verificar a influência da escolaridade nos diferenciais inter-raciais agregou-se a variável escolaridade como baixa e alta, sendo de baixa escolaridade as mulheres com até 8 anos de estudo e de alta escolaridade aquelas com 9 ou mais. Outra variável utilizada foi uma variável dicotômica que representava o acesso/ não acesso a plano de saúde.

Para analisar a saúde sexual e reprodutiva foram utilizados os seguintes temas:

- Experiência sexual e reprodutiva: medida através da idade média da primeira relação sexual, idade média em que a mulher foi mãe pela primeira vez e o número médio de filhos nascidos vivos.
- Experiência e prevalência contraceptiva: captadas por meio do número médio de métodos conhecidos, uso de método na primeira relação sexual e atualmente, tipo de método usado na primeira relação e atualmente, e lugar onde a mulher conseguiu o método.
- Demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade: utilizou-se o conceito de necessidade insatisfeita por métodos anticoncepcionais proposto por Westoff e Ochoa (1991). Segundo os autores acima (1991, p.2) a motivação mais expressiva para a existência da necessidade de métodos anticoncepcionais seria “A presença de mulheres ou casais que não estão usando

métodos, mas desejam controlar sua fecundidade, seja para adiar o próximo filho desejado ou evitar uma gravidez não desejada depois de ter alcançado o número desejado de filhos”<sup>††</sup>.

- Implementação das preferências reprodutivas: mensurada por meio da análise da discrepância de fecundidade, (diferença entre o número de filhos tidos e desejados) em que se negativa, as mulheres tinham menos filhos do que o desejado, se positiva havia mais filhos do que o desejado e se 0, a mulher estaria sem discrepância.

- Saúde materna: investigou-se o número médio de consultas de pré-natal<sup>§§</sup> que a mulher realizou durante a gravidez e informações sobre a realização dos procedimentos clínicos básicos<sup>\*\*\*</sup>. Foram calculadas ainda a média de meses de gravidez quando a mulher realizou a primeira consulta pré-natal, o percentual de mulheres que realizou todos os procedimentos básicos e o percentual de mulheres que realizou pelo menos um deles.

Utilizou-se o teste Qui-quadrado para averiguar associação entre as variáveis, considerando o nível de significância de 0,05. Também foram calculadas as estimativas para as razões de chances para algumas variáveis por meio de tabelas de contingência (Francisco et al., 2008).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Assim como observado com os dados de 1996 por Perpétuo (2000), ainda é muito relevante e estatisticamente significativo a diferença no risco reprodutivo entre os grupos raciais, sendo este mais alto para as mulheres negras (TAB.1). As negras continuam iniciando a vida sexual e tendo o primeiro filho mais cedo do que as brancas, muitas delas ainda na adolescência (16% e 23%, respectivamente). Como consequência, é notória a diferença na parturição destas mulheres, e, novamente, entre as de raça/cor negra é bastante superior e estatisticamente significante<sup>†††</sup> o percentual daquelas que tiveram 3 ou mais filhos (23% entre as brancas contra 32% entre as negras). Pode-se dizer que com relação à experiência sexual e reprodutiva, apesar das melhorias, as diferenças entre os grupos raciais se mantiveram.

---

<sup>††</sup> Para maiores detalhes do método ver Westoff e Ochoa (1991) e Lacerda (2005).

<sup>§§</sup> Segundo o Ministério da Saúde (2006), o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) estabelece que devem ser feitas no mínimo seis consultas de pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

<sup>\*\*\*</sup> Barros (2013) aponta que os procedimentos clínicos básicos durante a gravidez são: exame de sangue e de urina, medição de pressão e uso de comprimidos contendo ferro.

<sup>†††</sup> Teste correlação significativo ao nível de 0,005

<b>TABELA 1 - Distribuição percentual de mulheres casadas ou unidas entre 15 a 49 anos segundo algumas características de sua experiência sexual e reprodutiva. Brasil, 2006</b>				
Indicadores	Branca		Negra	
	1996*	2006	1996*	2006
Idade que a mulher teve a primeira relação sexual	1996*	2006	1996*	2006
Menor que 15 anos	7,2	9,2	13,7	16,2
De 15 a 17 anos	28,3	39,3	33,8	40,3
18 anos ou mais	64,5	51,5	52,6	43,5
Idade que a mulher foi mãe pela primeira vez	1996*	2006	1996*	2006
Até 16 anos	7,8	13,4	13,2	23,3
De 17 a 19 anos	25,7	29,1	31,7	33,7
De 20 a 24 anos	42,7	34,4	38,6	27
25 anos ou mais	23,9	23,1	16,5	16
Número de filhos nascidos vivos	1996*	2006	1996*	2006
De 0 a 2 filhos	61,9	77,6	48,9	68,5
3 filhos ou mais	38,1	22,4	51,1	31,5

Fonte: PNDS, 2006; \* Perpétuo (2000)

Na TAB. 2 observa-se que, apesar de já ter ocorrido uma melhoria dos conhecimentos acerca do período correto em que se engravida durante o ciclo menstrual para todas as mulheres, comparando com os dados de Perpétuo para 1996, em que apenas 20% das negras e 37% das brancas responderam corretamente, em 2006, as negras continuam sendo as que menos declararam a resposta correta (30% contra 46% das brancas). Comparando aos dados de 1996 nota-se que foi menor em 2006 os diferenciais de raça/cor no acesso e amplitude do *mix* contraceptivo. Apesar disso, as mulheres negras ainda apresentam maior proporção entre aquelas que não utilizavam nenhum método, bem como entre aquelas esterilizadas. Por outro lado, assim como em 1996, uma menor parcela de negras usuárias da pílula passou por uma consulta médica antes de começar a tomá-la, sendo maiores as proporções de mulheres negras que se encontravam grávidas por falha do método usado. Novamente, os dados revelam a permanência da falta de informação do menor acesso do grupo das negras à saúde sexual.

Outro indicador de bastante relevância que também apresentou diferenciais importantes e estatisticamente significativos foi a necessidade insatisfeita por contracepção, o qual está intimamente relacionado aos meios para se implementar as preferências reprodutivas. Observa-se ainda na TAB.2 que as mulheres negras apresentavam um maior percentual entre aquelas que não usavam nenhum método apesar de serem fecundas e não desejarem ficar grávidas. Estes diferenciais acabam por resultar em uma proporção superior entre as negras casadas/unidas com uma demanda por contracepção (6% para as brancas contra 9% para as

negras). Tudo isso, acaba por gerar nascimentos não planejados e indesejados, que tem reflexo diretamente no bem estar destas mulheres e de seus relacionamentos.

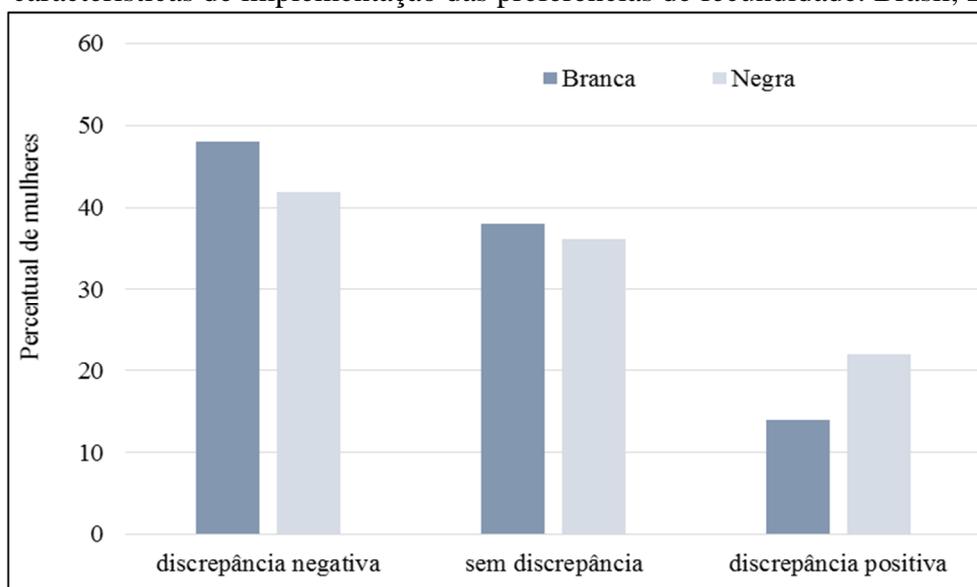
<b>TABELA 2 - Distribuição percentual de mulheres casadas ou unidas entre 15 a 49 anos segundo características de sua experiência e prevalência contraceptiva. Brasil, 2006</b>				
Indicadores	Branca		Negra	
	1996*	2006	1996*	2006
<b>Período fértil da mulher</b>				
No meio do ciclo	36,7	46,3	20,8	30,2
Outras respostas	63,3	53,8	79,2	69,8
<b>Primeiro método usado</b>	1996*	2006,0	1996*	2006,0
Nunca usou	4,1	2,2	8,3	2,3
Esterilização feminina	4,0	2,2	8,0	4,3
Outro moderno	79,0	87,1	73,8	85,3
Tradicional	12,9	8,5	9,9	8,0
<b>Método usado na data da pesquisa</b>	1996*	2006,0	1996*	2006,0
Não usa	19,6	11,8	26,1	14,1
Esterilização feminina	37,7	26,3	42,1	35,1
Pílula	23,1	29,2	19,0	25,1
Outro método moderno	12,0	28,0	7,3	23,1
Método tradicional	7,7	4,6	5,5	2,6
<b>Consultou médico quando começou a usar pílula</b>	1996*	2006,0	1996*	2006,0
Sim	74,0	84,4	68,6	77,0
Não	26,0	15,6	31,4	23,0
<b>Tem ou não demanda por contracepção</b>	1996*	2006,0	1996*	2006,0
Não tem demanda	93,0	94,0	88,4	91,0
Tem demanda	7,0	6,0	11,6	9,0

Fonte: PNDS, 2006; \* Perpétuo (2000)

Em consequência do menor nível de conhecimento sobre contracepção e da maior demanda por regulação da fecundidade entre as mulheres negras, estas não conseguem implementar suas preferências reprodutivas. No GRAF. 1 pode-se observar que o percentual de mulheres que tem mais filhos do que o desejado, ou seja, discrepância positiva de fecundidade, é em torno de 13% para as brancas e chega a mais de 22% para as negras, diferença estatisticamente significativa. Por outro lado, as brancas sofrem o fenômeno oposto, ou seja estão mais representadas no grupo daquelas que tem menos filhos do que o desejado. Mas a diferença não chega a 6% entre os dois grupos de raça/cor. Estes achados corroboram o estudo de Perpétuo (2000), o qual aponta para um elevado nível de fecundidade não desejada entre a população negra (40% contra 27% entre a população branca). Com isso, pode-se perceber que apesar da mudança do fenômeno da discrepância de fecundidade, em que agora há maior proporção de mulheres que terminam o seu período reprodutivo tendo menos filhos do que o

desejado (Carvalho et al. 2015), o diferencial entre brancas e negras permaneceu entre as décadas analisadas, com as negras apresentando maior insucesso na regulação da fecundidade.

GRÁFICO 1 – Distribuição percentual de mulheres casadas ou unidas entre 15 a 49 anos segundo características de implementação das preferências de fecundidade. Brasil, 2006



Fonte: PNDS, 2006

Adicionalmente a essas importantes diferenças de acesso à saúde sexual e reprodutiva, as mulheres negras ainda apresentam também desvantagens em relação ao acesso à assistência obstétrica. As informações quanto ao pré-natal presentes na TAB. 3 revelam que, apesar da maioria das mulheres, independentemente da raça/cor, terem feito a primeira consulta antes do 5 meses, o percentual daquelas que a fizeram depois de 5 meses e mais é o dobro para mulheres negras. É importante notar (TAB. 3) que o percentual de gestantes negras que recebeu a assistência mínima de assistência pré-natal em 2006 (seis consultas ao longo da gestação, mais uma consulta no puerpério) foi de 83% e 36%, em contraste com 88% e 47% das brancas. Estes achados corroboram com os dados de Perpétuo (2000) que mostrou que ano de 1996 houve melhorias no acesso à saúde reprodutiva, contudo persistiram os diferenciais por raça/cor. Quanto ao local do parto, a maioria deles foi feito em hospitais públicos, especialmente para as negras. As mulheres brancas apresentam um percentual quase 15% maior entre aquelas que utilizaram a rede particular para ter seus filhos. Essas diferenças são estatisticamente significativas e reforçam a existência de diferenciais importantes de acesso à saúde materna por raça/cor no Brasil.

**TABELA 3 - Distribuição percentual de mulheres segundo características do atendimento pré-natal, local de realização do parto atendimento pós-parto, em relação ao último filho tido nos 5 anos anteriores à pesquisa. Brasil, 2006**

Indicadores	Branca		Negra	
	1996*	2006	1996*	2006
<b>Quantos meses na primeira consulta de pré-natal</b>				
Até 4 meses	88,2	95,7	78,2	91,78
5 meses ou mais	5,9	3,7	8,9	7,12
Não fez	6	0,6	12,8	1,1
<b>Quantas consultas fez durante a gravidez</b>				
Menos que 3 consultas	8,1	0,85	16,7	1,62
De 3 a 5 consultas	15,3	10,82	22	15,43
6 consultas ou mais	76,6	88,33	61,3	82,95
<b>Fez exame de pré-natal</b>				
Sim	8	99,45	17,5	98,99
Não	92	0,55	82,5	1,01
<b>Local onde foi feito o parto</b>				
Domicílio	1,9	0,27	7,1	1,24
Público	76,2	64,32	80	78,41
Particular	21,9	35,4	12,8	20,35
<b>Fez exame pós-parto</b>				
Sim	54,1	46,91	69,1	63,67
Não	45,9	53,09	30,9	36,33

Fonte: PNDS, 2006; \* Perpétuo (2000)

Numa tentativa de controlar um pouco os efeitos das diferenças nas condições socioeconômicas das mulheres e trazer novas análises dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva, os próximos dados estão apresentados segundo a raça/cor e grupo de escolaridade. A TAB.4 mostra que, apesar das mulheres negras apresentarem as idades médias da primeira relação sexual e da primeira gravidez um pouco inferior às das mulheres brancas, estas diferenças são ínfimas e não foram estatisticamente significativas quando controladas por escolaridade. O que se pode observar é que estes indicadores foram bastante superiores para as mulheres escolarizadas, independentemente da raça/cor. Da mesma forma, pode-se dizer que a maior diferença entre o número médio de filhos nascidos vivos se dá entre os grupos de escolaridade e não nos de raça/cor. Olhando por esta ótica, os resultados sugerem que a experiência sexual e reprodutiva, a escolaridade tem um efeito mais forte na determinação dos resultados do que o grupo de raça/cor.

**TABELA 4 - Indicadores da experiência sexual e reprodutiva entre mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos por nível de escolaridade e raça/cor. Brasil, 2006**

Indicadores	Baixa escolaridade		Alta escolaridade	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Idade média da 1ª relação sexual	19,14	18,89	22,15	21,29
Idade média em que foi mãe pela 1ª vez	19,79	19,04	22,9	21,49
Número médio de filhos nascidos vivos	1,92	2,12	0,88	1,00

Fonte: PNDS, 2006

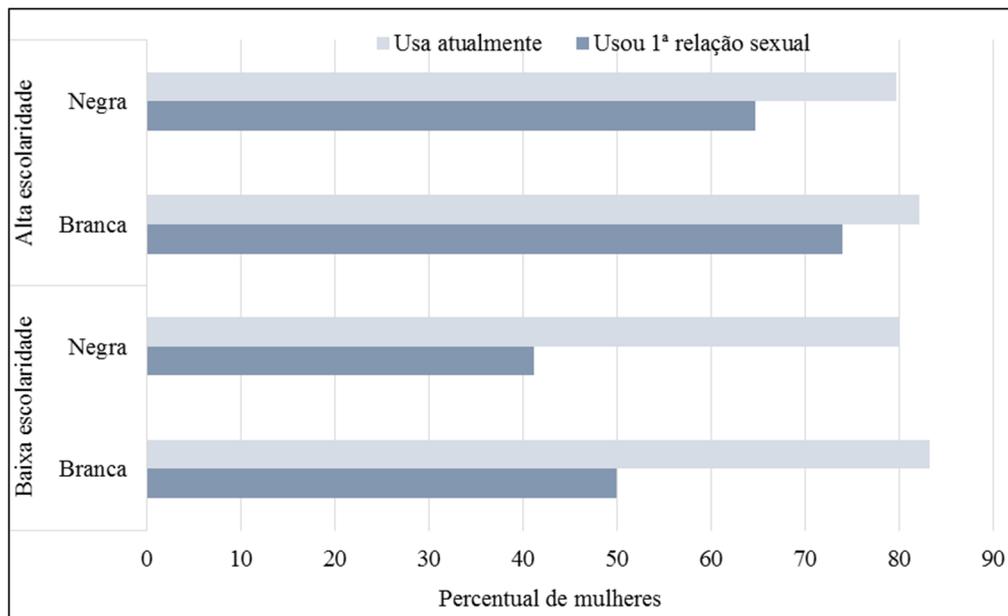
Para entender os conhecimentos e a experiência contraceptiva das mulheres, calculou-se o número médio de métodos que a mulher conhece, e, novamente, percebeu-se que as diferenças estão nos grupos de escolaridade, em que em média as mulheres de maior escolaridade conhecem em torno de 11 tipos de métodos diferentes e as de baixa escolaridade em torno de 9 métodos, independentemente da raça/cor. Contudo para os indicadores de uso de método na primeira relação sexual e para o uso atual de método, as diferenças foram estatisticamente significativas. Pode-se observar no GRAF.2 que o uso de contraceptivo na primeira relação era menor entre as menos escolarizadas, especialmente as negras (41% contra 50% das brancas). Apesar do grupo de escolaridade ter maior percentual de uso de método na primeira relação, essa diferença entre os grupos de raça/cor foi mantida. Analisando por meio das razão de chances, pode-se dizer que as mulheres brancas mais escolarizadas tinham 4 vezes mais chance de terem usado algum método contraceptivo na primeira relação quando comparada às negras de baixa escolaridade. E as negras de alta escolaridade tinham 2,6 vezes mais chance de terem usado contraceptivos do que suas colegas de baixa escolaridade. Esses dados mostram que tanto a escolaridade quanto a raça/cor influenciam o uso do método na primeira relação sexual, o que tem consequências nos demais indicadores, especialmente na prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

À respeito do uso atual de método contraceptivo, pode-se observar ainda no GRAF.2 que a maioria das mulheres fazia uso de algum método, independentemente da raça/cor e escolaridade, e apesar da pouca diferença entre negras e brancas, essas são estatisticamente significativas, em que as mulheres brancas de alta escolaridade tinham 1,14 vezes mais chance de utilizara algum método atualmente do que as negras de baixa escolaridade.

Entre os métodos escolhidos pelas mulheres na primeira relação sexual, observou-se que os mais utilizados foram pílula e camisinha, sendo que a maioria das mulheres brancas de baixa escolaridade optou pelo uso de pílula, enquanto que as negras preferiram utilizar a camisinha. Por outro lado, entre as mulheres de alta escolaridade o uso da camisinha foi prevalente e, novamente, mais representativo para as negras (56% contra 49% das brancas). Estas diferenças foram estatisticamente significativas. Pode-se pensar que as mulheres brancas tinham maior acesso à informação e orientação para evitar de forma mais eficaz a gravidez e não as doenças sexualmente transmissíveis, uma vez que tiveram grande aderência à pílula. Por outro lado, entre as negras de baixa escolaridade possivelmente a escolha da camisinha na primeira relação sexual está relacionada à facilidade de acesso, visto que esta tem distribuição ampla e gratuita e ao mesmo tempo na falta de condições financeiras e informações acessar outros métodos. Esta escolha de forma direta e momentânea as protegeu da gravidez e doenças, contudo a longo

prazo pode torna-las mais vulneráveis à maternidade, pela dificuldade e resistência no uso contínuo deste método em parcerias mais prolongadas. E diferentemente, a escolha da camisinha entre as mais escolarizadas pode estar relacionado à maior informação e consequente preocupação com doenças sexualmente transmissíveis e não mais a questões de inacessibilidade a outros métodos.

GRÁFICO 2 – Distribuição percentual de mulheres sexualmente ativas entre 15 a 49 anos segundo uso de método na primeira relação sexual e atualmente. Brasil, 2006



Fonte: PNDS, 2006

No que se refere ao uso de método contraceptivo atual (TAB. 5) a raça/cor também parece exercer um papel importante na determinação da escolha do método utilizado, pois existem diferenças, estatisticamente significativas, de uso entre negras e brancas. A maioria das mulheres de baixa escolaridade são esterilizadas, especialmente as negras (50% delas), corroborando os achados de Berquó (1999) e Perpétuo (2000). Por outro lado, entre o grupo mais escolarizado prevalece o uso da pílula, com destaque para as mulheres brancas (42%). Quanto ao uso de camisinha as diferenças parecem ocorrer mais entre os grupos de escolaridade do que por raça/cor. Sobre o lugar onde as mulheres conseguiram o método contraceptivo atual, a maioria das mulheres adquiriu o método em meios particulares (serviço de convênios, serviço particular e farmácias), principalmente as brancas de alta escolaridade. Mulheres negras de baixa escolaridade, entretanto, utilizaram o SUS. Estas diferenças foram estatisticamente significativas.

**TABELA 5 - Distribuição percentual de mulheres sexualmente ativas de 15 a 49 anos segundo tipo de método contraceptivo usado na data da pesquisa, por nível de escolaridade e raça/cor. Brasil, 2006**

Métodos	Baixa escolaridade			Alta escolaridade		
	Branca	Negra	Total	Branca	Negra	Total
Esterilização	43,4	49,5	47,2	24,0	29,2	26,5
Pílula	30,0	27,1	28,2	42,3	31,7	37,1
Camisinha	15,6	15,1	15,3	21,3	24,2	22,7
Outros hormonais*	6,3	5,9	6,0	7,2	11,4	9,3
Tradicional e outros**	4,7	2,5	3,4	5,3	3,5	4,4
Total	1880	3074	4954	2453	2335	4788

Fonte: PNDS, 2006

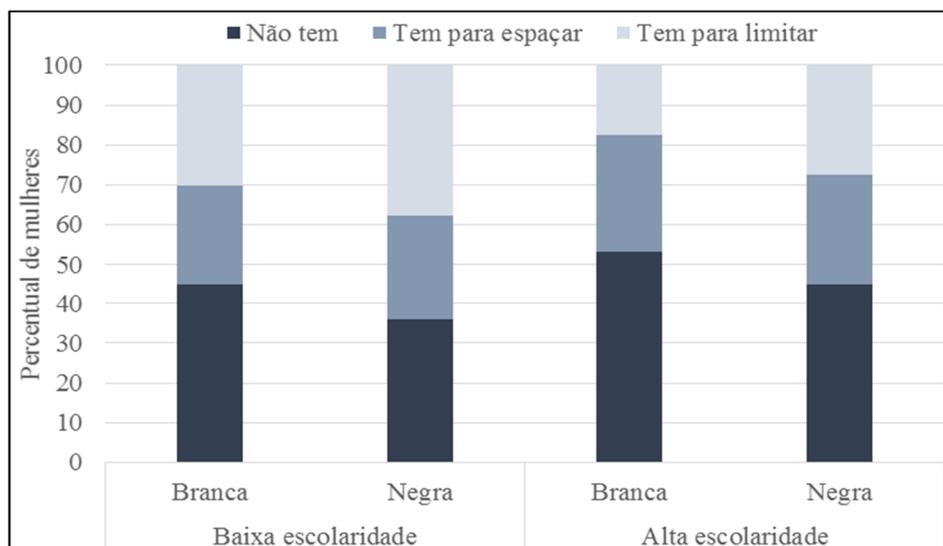
Nota: \*DIU, Implantes, Injetáveis, Diafragma e Pílula do dia seguinte \*\*Creme, Tabela, Coito interrompido ou Outros

Ainda com relação à prevalência contraceptiva, é importante observar a demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade, onde todas as diferenças observadas no GRAF.3 foram estatisticamente significantes. Nota-se que mais de 50% das mulheres brancas de alta escolaridade não apresentaram demanda por contracepção, seguidas pelas negras de alta escolaridade, brancas de baixa escolaridade e, finalmente, as negras de baixa escolaridade. Isso faz com que a chance de uma mulher branca de alta escolaridade não ter demanda insatisfeita é aproximadamente 2,03 vezes a de uma negra de baixa escolaridade. Exceto pelas brancas de alta escolaridade, a maioria das mulheres que não utilizavam métodos gostaria de utilizar algum contraceptivo e não o faziam, especialmente as negras de baixa escolaridade em que esse percentual chega a quase 64%. É interessante notar que o percentual de mulheres negras de alta escolaridade com alguma demanda é o mesmo percentual de mulheres brancas de baixa escolaridade com alguma demanda (55%). Ou seja, nesse indicador tanto a raça/cor quanto a escolaridade contribuem na sua determinação.

Quanto ao tipo de regulação demandado (GRAF.3), observou-se que a maior parte das mulheres de baixa escolaridade quer uma contracepção para limitar o número de filhos (como por exemplo, a esterilização). Isso também é verdade para as negras de alta escolaridade. É pequeno o percentual de mulheres brancas de alta escolaridade que desejam métodos para limitar a fecundidade, isto porque possivelmente eles têm maior acesso ao *mix* contraceptivo, com a opção de escolher entre esterilização e/ou DIU. A desigualdade nesse indicador reflete, como mostrado anteriormente, na não implementação das preferências de fecundidade por muitas mulheres, em que as brancas independente da raça/cor apresentam-se em maior proporção como tendo menos filhos do que o desejado. Já entre as negras isso somente acontece quando são mais escolarizadas. E mesmo nesse grupo ainda existe um percentual significativo de negras que tem uma discrepância positiva, ou seja, quase 13% tem mais filhos do que

desejavam. Isso revela que tanto a raça/cor quanto a escolaridade parecem ter um papel importante.

GRÁFICO 3 - Distribuição percentual de mulheres que não utilizam contracepção segundo demanda por planejamento da fecundidade, por nível de escolaridade e raça/cor. Brasil, 2006



Fonte: PNDS, 2006

Por fim, a TAB. 6 mostra os indicadores de acesso à saúde materna separados por nível de escolaridade e raça/cor. Observa-se que no grupo de alta escolaridade, as mulheres brancas fizeram a primeira consulta de pré-natal mais cedo e o número médio de consultas de pré-natal ao longo da gravidez foi maior, quando comparados às negras, contudo as diferenças não são muito grandes e por isso não foram estatisticamente significativas, contrariamente aos resultados encontrado por Perpétuo (2000). Apesar das diferenças nos indicadores, em média, tanto brancas quanto negras realizaram as consultas no primeiro trimestre e realizaram mais consultas do que o mínimo indicado. E praticamente todas as mulheres realizaram pelo menos um procedimento. Nesse indicador, parece que de fato houve melhorias entre as décadas analisadas e as diferenças raciais não foram perpetuadas.

TABELA 6– Indicadores selecionados de acesso à saúde materna, por nível de escolaridade e raça/cor. Brasil, 2006				
Indicadores	Baixa		Alta	
	Branca	Negra	Branca	Negra
Média de meses na 1ª consulta pré-natal	2,3	2,6	1,64	2,01
Número médio de consultas pré-natais	7,71	7,12	9,24	8,37
Realizou todos os procedimentos básicos	59,04	66,72	66,61	70,6
Realizou algum procedimento básico	100	99,92	100	100

Fonte: PNDS, 2006

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo realizou uma análise descritiva dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de mulher segundo raça/cor e nível de escolaridade no Brasil em 2006. Foi utilizado o nível de escolaridade, separado entre baixa e alta escolaridade, com o objetivo de identificar se as diferenças encontradas entre brancas e negras estaria associado ao fato das negras serem, em geral, menos escolarizadas do que as brancas ou se a raça/cor dessas mulheres de fato influenciaria os achados. Também foram realizadas comparações dos indicadores de 2006 com os do ano de 1996, em que o trabalho de Perpétuo (2000) foi utilizado como base.

Com relação à experiência contraceptiva e reprodutiva das mulheres, observou-se que as negras continuam iniciando a vida sexual e tendo o primeiro filho mais cedo do que as brancas e, muitas, ainda na adolescência, assim como mostrado no trabalho de Perpétuo (2000), o que não nos leva a pensar que pouca coisa mudou nos últimos dez anos. Contudo, quando se analisa por escolaridade, tem-se que os diferenciais se dão não mais entre a raça/cor, mas sim entre as mulheres de baixa e alta escolaridade, exceto para o caso de número médio de filhos nascidos vivos, em que há tanto diferenças por escolaridade (a maior) quanto por raça/cor, pois o percentual de mulheres negras que possuem 3 ou mais filhos é bastante superior ao de brancas.

Os indicadores sobre uso de método contraceptivo mudaram bastante ao longo desses dez anos, ao contrário do que foi observado por Perpétuo (2000), na pesquisa realizada em 2006 não haviam grandes diferenças em relação ao uso de contracepção, pois independentemente da raça/cor, um percentual importante de mulheres utilizava método contraceptivo na data da pesquisa. Porém poucas mulheres negras de baixa escolaridade utilizaram método na primeira relação, e assim como foi apontado pela autora, as mulheres negras continuam sendo a maioria entre as mulheres esterilizadas e também apresentavam um percentual ligeiramente maior entre as que não utilizavam nenhum método na data da pesquisa, independentemente da escolaridade. Além disso, grande parte das mulheres mais escolarizadas obtiveram o método contraceptivo utilizado na data da pesquisa em meios particulares, principalmente as mulheres brancas; enquanto uma parcela considerável das mulheres menos escolarizadas, sobretudo as negras, obtiveram seus métodos através do SUS. Nesses casos os diferenciais por raça/cor se mostraram importantes na construção desse contexto.

Estes diferenciais levam à desigualdades importantes na demanda insatisfeita por planejamento da fecundidade, em que os resultados mostraram que as negras, independentemente do nível de escolaridade, têm maior dificuldade em implementar suas preferências reprodutivas. As mulheres menos escolarizadas buscavam mais métodos contraceptivos que limitasse o número de filhos, as brancas de alta escolaridade estavam a

procura de métodos que espaçassem o número de filhos e as negras menos escolarizadas buscavam de maneira igual métodos para espaçar e para limitar. O que tem por consequência um elevado percentual entre negras de mulheres com uma discrepância positiva de fecundidade, qual seja, têm mais filhos do que o desejado.

Sobre os indicadores de saúde materna, podemos concluir que houve melhoria significativas em relação ao ano de 1996, com permanência dos diferenciais por raça/cor encontrados anteriormente. Contudo, quando se controla por escolaridade, observa-se que negras quanto brancas realizaram em média a quantidade de consultas de pré-natal aconselhada e também realizaram consultas logo no início da gravidez. As negras também apresentaram bons indicadores em relação aos procedimentos básicos, grande parte delas realizaram todos os exames. De tal modo, os resultados indicam que no acesso à saúde materna os diferenciais estão mais relacionados às diferenças nas condições de vida das mulheres do que a sua raça/cor.

Apesar do acesso das mulheres negras à saúde sexual e reprodutiva ter apresentado avanços, uma vez que a maior parte delas já utilizam algum método para planejar sua fecundidade e em alguns outros indicadores, os diferenciais estarem mais relacionados à diferenças de escolaridade, o estudo mostrou que ainda hoje há, mesmo controlando ela escolaridade, influência da raça/cor no acesso de muitas mulheres ao direito à uma vida sexual e reprodutiva segura. Os resultados encontrados mostraram que, de maneira geral, os indicadores das brancas de alta escolaridade eram sempre mais satisfatórios, seguidos pelas negras de alta escolaridade, brancas de baixa escolaridade e, por fim, negras de baixa escolaridade. Isso mostra que ambas variáveis, raça/cor e escolaridade, interferem nos indicadores de saúde sexual e reprodutiva, ora a raça/cor parece ter mais efeito, ora a escolaridade.

Assim, este deste trabalho confirma que houve sim uma melhora nos indicadores, porém as negras ainda têm um longo caminho a trilhar para terem direito à igualdade no acesso à saúde sexual e reprodutiva. É importante ressaltar ainda que, por não ser foco desta análise e por isso não foram analisados outros tipos de dificuldade de acesso, tais como o tipo de atendimento oferecido às mulheres, os quais ainda poderiam revelar questões relacionadas à discriminação racial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROS, J. V. de S.; WONG, L. R. **Medindo a saúde reprodutiva segundo o tipo de união na América Latina**: indicadores sintéticos para Brasil e México. 2013. xii, 101 f.
- BERQUÓ, E. Esterilização e raça em São Paulo. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 1994.
- BERQUÓ, E; GARCIA, S; LIMA, L Reprodução na juventude: perfis sociodemográficos, comportamentais e reprodutivos na PNDS 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 4, 10 jul. 2012.
- CAVAS, C. S. T.; D'ÁVILA NETO, M. I. Diáspora Negra: Desigualdades de gênero e raça no Brasil. In: Fazendo Gênero, 9., 2010, Santa Catarina. **Anais...** Santa Catarina: UFSC, 2010, p. 1-9.
- CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. de M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006. cap.1, p. 27-62.
- FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L.G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Medidas de associação em estudo transversal com delineamento complexo: razão de chances e razão de prevalência. **Rev Bras Epidemiol**, v. 11, n.3, p. 347-55, 2008.
- GUEDES, G. G.; GUEDES, T. A. O etnocentrismo e a construção racismo. **Periódico Científico Outras Palavras**, v. 10, n. 1, jun. 2014.
- HASENBALG, C.; SILVA, N. do V. (eds.). **Estrutura Social, Mobilidade e Raça**. Rio de Janeiro: Iuperj/Vértice, 1988.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese dos Indicadores de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011
- LACERDA, M. A. **Perfis de demanda insatisfeita por contracepção nos municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. 141 f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Cedeplar/ UFMG, 2005.
- LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, set./out. 2005.
- MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, nov. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**: Relatório. Brasília, 2008. 306 p.

MONTEIRO, S.; SANSONE, L. **Etnicidade na America Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

OLINTO, M. T. A.; OLINTO, B. A. (2000). Raça e desigualdade entre as mulheres: um exemplo no sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.16, n.4, pp. 1137-1142. ISSN 1678-4464.

OLIVEIRA, F. **O Recorte Racial/Étnico e a Saúde Reprodutiva**: mulheres negras. Questões da Saúde Reprodutiva. Editora FIOCRUZ, 1999, p. 419-438.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12, 2000, Caxambú. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2000.

PINHEIRO, L et al. **Retrato das desigualdades de gênero e de raça**. 3. ed. Brasília: Ipea, 2008.

SANTOS, S. M. dos; GUIMARAES, M. J. B.; ARAUJO, T. V. B. de. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. **Saúde Coletiva**, vol.16, n.2, pp. 87-102, 2007

SIMÃO, A. B.; MIRANDA-RIBEIRO, P.; CAETANO, A. J. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 14, 2004, Caxambu. **Anais...** Belo Horizonte: ABEP, 2004.

WESTOFF, C. F.; OCHOA, L. H. Unmet need and the demand for family planning. **Demographic and Health Surveys Comparatives Studies**. Columbia (USA) Maryland: Institute for Resource Development/Macro Systems, Inc., n. 5. 1991