



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

EMANUELLE FREITAS GÓES

**RACISMO, ABORTO E ATENÇÃO À SAÚDE: UMA PERSPECTIVA
INTERSECCIONAL**

Salvador

2018

EMANUELLE FREITAS GÓES

**RACISMO, ABORTO E ATENÇÃO À SAÚDE: UMA PERSPECTIVA
INTERSECCIONAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Pública.

Área de Concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Estela Aquino

Salvador

2018

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

G598r Góes, Emanuelle Freitas.

Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional /
Emanuelle Freitas Góes. -- Salvador: E.F.Góes, 2018.

105f.

Orientadora: Profa. Dra. Estela Aquino.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Racismo. 2. Aborto. 3. Direitos Reprodutivos. 4.
Interseccionalidades. 4. Discriminação. 5. Vulnerabilidades. I.
Título.

CDU 396



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

EMANUELLE FREITAS GÓES

Racismo, aborto e atenção à saúde: uma perspectiva interseccional.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de janeiro de 2018.

Banca Examinadora:

Profª. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino - Orientadora – ISC/UFBA

Profª. Greice Maria de Souza Menezes – ISC/UFBA

Profª. Raquel Souza – IMS/UFBA

Profª. Denise de Almeida Ribeiro – UFRB

Profª. Maria Inês da Silva Barbosa – UFMT

Salvador
2017

DEDICATÓRIA

Quem faz da vida uma luta, tudo é dedicado

AGRADECIMENTOS

A minha ancestralidade que me trouxera até aqui e me conduz em cada passo, Motubá a todos os Orixás.

As Iabás, Oyá e Oxum por me inspirarem na caminhada lutando por uma sociedade justa e de iguais.

Ao Diosmar, por seu companheirismo e seu amor e tudo mais, fonte de inspiração.

A minha mãe, ao meu pai e a toda família Góes que me possibilitaram chegar até aqui cumprindo mais uma etapa da vida.

A minha família de Asé, fonte que nunca seca.

A minha família Odara Instituto da Mulher Negra.

A minha orientadora e amiga Estela Aquino que, com sensibilidade, competência e respeito, acreditou nas minhas ideias, possibilitando que se tornassem realidade. O seu cuidado nos ensinamentos contribuiu na minha construção como pesquisadora e epidemiologista. A tudo que aprendemos juntas.

A Greice, orientadora e amiga, que abriu as portas do Musa e me conduziu docemente nesses quatro anos.

A banca de doutorado Denize Ribeiro, Maria Inês Barbosa e Raquel Souza. Sisterhood.

Ao amigo e irmão Leonildo Silva que muito me ajudou em vários momentos, nos mais difíceis.

As/os professoras/es do Instituto de Saude Coletiva.

As/os minhas/meus colegas de turma, em especial as “esteletes”, Paloma, Maria Engrácia e Manuela.

As Musas, todas vocês, eu agradeço poder fazer parte desse agrupamento, um agradecimento especial a Edileuza.

A Monica/Conceição, por pacientemente me ajudar na análises estatísticas.

A Raquel de Souza pela tradução do resumo.

Ao Programa de Pós-Graduação, professor Luis Eugenio Portela, as/os funcionárias/os que estão conosco na construção desse projeto.

Ao Instituto de Saúde Coletiva.

As Coordenadoras que se dedicaram na concepção de pesquisa tão importante para a saúde das mulheres do Nordeste, o GravSus, obrigada pela autorização dados, Estela Aquino, Greice Menezes, Thália Araújo, Maria Teresa Alves e pesquisadoras/e Maria da Conceição Almeida, Eleonora Schiavo, Luci Praciano Lima (In memória), Carlos Augusto Menezes, Lilian Marinho, Liberata Coimbra e Oona Campbell. A equipe de campo que produziu os dados e as mulheres que generosamente compartilharam suas histórias conosco. Aos financiadores da pesquisa CNPq, FAPESB e FAPEMA.

A CAPES pela bolsa do doutorado pleno e do doutorado sanduiche.

A professora Conceição Nogueira, minha orientadora no Doutorado Sanduiche na Universidade do Porto.

Ao movimento de mulheres negras e movimento negro.

As/os que vieram antes, José Marmo, Sony Santos, Fatima Oliveira, Mãe Beata de Iemanjá (In Memória).

A minha Bem Lembrada Luiza Bairros, a meu Bem Lembrado José Carlos Limeira (In Memória).

A todas as pessoas que, de certa forma, contribuíram para a minha chegada até aqui!

"A noite não adormece nos olhos das mulheres"
Conceição Evaristo

RESUMO

O racismo reforça as desigualdades sociais e atua de forma interseccional com outras opressões, afetando mulheres negras, pobres e moradoras das periferias urbanas. No Brasil, pesquisas sobre desigualdades sociais em saúde privilegiam determinantes socioeconômicos, não valorizando a dimensão étnico-racial e o racismo como produtores destas desigualdades. No país, são incipientes as investigações que tratam do acesso aos serviços de saúde reprodutiva e que os avaliam, comparando mulheres negras e brancas. Sobre o tema do aborto, a lacuna da produção científica ainda é maior, pois embora as pesquisas apontem como as negras estão mais expostas a práticas inseguras de interrupção da gravidez e ao maior risco de morrer por suas complicações, poucos discutem como o racismo afeta esta experiência reprodutiva. A presente tese busca suprir esta lacuna, investigando o efeito do racismo na produção de condições mais desfavoráveis para as mulheres negras quanto ao contexto da gravidez, à busca por cuidados e ao acesso aos serviços de saúde no momento do abortamento. O presente estudo integra uma investigação mais ampla, a pesquisa GravSus.NE, estudo multicêntrico realizado em Salvador, Recife e São Luís, de corte transversal que entrevistou com mulheres com 18 anos e mais, internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da sua gravidade e do tipo de aborto (espontâneo ou provocado). Os resultados são apresentados sob a forma de três artigos: no primeiro realizou-se uma análise descritiva do contexto reprodutivo, da gravidez e do aborto das mulheres, comparando pretas, pardas e brancas; o segundo analisa as barreiras individuais enfrentadas pelas mulheres na busca do primeiro atendimento para o cuidado pós-aborto, segundo raça/cor; o terceiro analisa as barreiras institucionais enfrentadas pelas mulheres para acesso à internação hospitalar no pós-abortamento. As mulheres pretas, relativamente às brancas são menos escolarizadas e unidas, estando as pardas em situação intermediária. Também as primeiras informam atitudes mais negativas diante da gravidez, assim como dos seus parceiros e das suas famílias. Relativamente às brancas, mulheres pretas relataram mais o aborto como tendo sido provocado, assim como sua realização mais tardia. Quanto às barreiras pessoais na busca de cuidados para o primeiro atendimento pós-aborto as mulheres pretas e pardas apresentam maiores dificuldades e estão expostas à situação de vulnerabilidades. Comparativamente às brancas, as mulheres pretas citaram como principais barreiras “não ter dinheiro para transporte” e “medo de ser maltratada no serviço”, e as pardas “não ter com quem deixar os filhos”. Mulheres negras, relativamente às brancas chegaram em piores condições de saúde ao hospital e informaram ter enfrentado barreiras institucionais para internação, por todos os motivos analisados. Ter se declarado de cor preta permaneceu associado a estas barreiras, mesmo após ajuste pelos demais fatores investigados. O estudo evidencia que o racismo e suas manifestações atravessam o percurso reprodutivo das mulheres negras com abortamento, estando elas em contextos menos favoráveis à continuidade da gravidez e apresentando maiores dificuldades pessoais na busca de cuidado e finalmente no acesso à atenção hospitalar para efetivação dos cuidados pós-aborto. As reivindicações pela legalização do aborto não podem estar descoladas do enfrentamento do racismo que estrutura a sociedade brasileira, nas suas diversas formas. A luta pelo acesso integral à saúde reprodutiva precisa compor a bandeira de reivindicações do movimento de mulheres e feministas. Pesquisas futuras precisam debruçar-se sobre o efeito do racismo na vida reprodutiva das mulheres negras e nas práticas de saúde, assim como analisar como a interação das discriminações raciais e do estigma do aborto impacta o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado recebido.

Palavras-chave: Racismo; Aborto; Direitos Reprodutivos; Interseccionalidades; Discriminação; Vulnerabilidades; Desigualdades.

ABSTRACT

Racism reinforces social inequalities and operates intersectionally with other oppressions, affecting poor black women residents in urban areas. In Brazil research on social inequalities in healthcare privileges socioeconomic determinants, not valuing the ethnic-racial dimension and racism as producers of these inequalities. Investigations that deal with access to reproductive health services and evaluate them, providing a comparison between black and white women are incipient. On the subject of abortion, the gap in scientific production is even greater since although research points out that black women are more exposed to unsafe abortion practices and are at greater risk of dying from complications, there is little discussion on how racism affects such reproductive experience. The present thesis seeks to fill that gap by investigating the effect of racism on the production of conditions that are more unfavorable for black women regarding the context of pregnancy, as they look for assistance and access to healthcare services at the time of abortion. The present study integrates a broader investigation, the GravSus.NE study, a multicenter study conducted in Salvador, Recife and São Luís. It presents a cross-sectional study that interviewed women 18 years of age or older hospitalized with abortion or complications resulting from it, regardless of its severity and the type of abortion (spontaneous or induced). The results are presented in three articles: the first one was a descriptive analysis of the reproductive context, the pregnancy and abortions, comparing black, mixed race and white; the second analyzes the individual barriers faced by women in the search for the post-abortion first care, according to race/color; the third examines the institutional barriers faced by women to access post-abortion care at hospitals. Black women, compared to white women, are less educated and united, and mixed race women are in an intermediate situation. The former also report more negative attitudes towards pregnancy, as well as their partners and their families. Comparing to white women, black women reported a higher percentage of induced abortions, which happened at a later pregnancy stage. Regarding the personal barriers faced in looking for post-abortion first time assistance, black and mixed race women present greater difficulties and are exposed to vulnerabilities, since the main barriers in comparison to white women is not having money for transportation and fear of mistreatment during assistance. For mixed race women not having anybody to look after their children was also a difficulty presented in the study. Black women, compared to white women, arrived in worse health conditions at the hospital and reported having faced institutional barriers to hospitalization for all the reasons analyzed. Declaring to be black remained associated with those barriers, even after adjustment for the other factors investigated. The study evinces that racism and its manifestations intersect the reproductive trajectory of black women vis-à-vis abortion, since they live in contexts which are less favorable to the continuity of pregnancy, and present greater personal difficulties in the search for care and finally in access to hospital assistance in order to receive post-abortion care. The demands for the legalization of abortion cannot be detached from confronting the racism that structures Brazilian society in its various forms. The struggle for full access to reproductive healthcare must belong to the agenda of the women and feminist movement's demands. Future research needs to address the effect of racism on the reproductive life of black women and health practices, as well as how the interface between racial discrimination and the stigma of abortion impacts access to healthcare services and the quality of assistance received.

Keywords: Racism; Abortion; Reproductive Rights; Intersectionalities; Discrimination; Vulnerabilities; Inequalities.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico – Teoria Ecosocial..... **p. 33**

ARTIGO 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais entre mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto.

Figura 1 - Barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010..... **p. 71**

ARTIGO 03 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro entre mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil.

Figura 1a – Barreiras de acesso ao hospital entre mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010..... **p. 89**

Figura 1b - Barreiras institucionais..... **p. 89**

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 01 - Intersecções de raça e gênero no contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 52
Tabela 2 – Contexto conjugal e familiar de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 53
Tabela 3 – Contexto reprodutivo de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 54
Tabela 4 – Atitudes diante da gravidez atual de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 55
Tabela 5 – Contexto da gravidez e do aborto de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 56

ARTIGO 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais entre mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e do aborto de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 69
Tabela 2 – Busca de cuidados para o primeiro atendimento de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 70
Tabela 3 – Análise estratificada da relação entre barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento e raça/cor entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas (<i>Odds Ratio</i> bruta e ajustada). Salvador, Recife e São Luís, 2010.....	p. 72
Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla da relação entre raça/cor e barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento entre mulheres em situação de abortamento, Salvador, Recife e São Luís, 2010.....	p. 73

ARTIGO 03 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro entre mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e contexto do aborto de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 87
Tabela 2 – Condições de acesso ao hospital entre mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010.....	p. 88
Tabela 3 – Análise estratificada da relação entre barreiras institucionais no acesso ao hospital e raça/cor entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas (<i>Odds Ratio</i> bruta e ajustada). Salvador, Recife e São Luís, 2010.....	p. 90
Tabela 4 – Análise de regressão logística múltipla da relação entre raça/cor e entre barreiras institucionais no acesso ao hospital entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas. Salvador, Recife e São Luís, 2010.....	p. 91

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
OR	Odds Ratio
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFMA	Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	18
3 RAÇA, GÊNERO E SAÚDE, PERSPECTIVA INTERSECCIONAL	19
3.1 Níveis de Racismo	24
3.2 Interseccionalidade de Raça e Gênero	27
3.3 Racismo e Direitos Reprodutivos	29
3.4 Modelo Teórico Adotado - Teoria Ecosocial	32
4 MATERIAIS E MÉTODOS	34
5 ASPECTOS ÉTICOS	38
6 RESULTADOS	39
Artigo 01- Intersecções de raça e gênero no contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro;.....	39
Artigo 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais das mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto;.....	39
Artigo 03 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro pelas mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil.	39
6.1 ARTIGO 01 - Intersecções de raça e gênero no contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro	40
6.2 ARTIGO 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais das mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto	57
6.3 ARTIGO 3 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro pelas mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERENCIAS	99
ANEXOS	105

1 INTRODUÇÃO

As barreiras geradas pelo racismo são determinantes para as mulheres negras, privando-as de condições dignas de vida e, em particular, de saúde, ao dificultar seu acesso pleno aos serviços de saúde e uma atenção integral voltada às suas necessidades. Ao agregarem-se a outros fatores de opressão, potencializam a situação de vulnerabilidades destas mulheres.

O racismo pode ser definido como um sistema estruturante gerador de comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam desigualdades evitáveis e injustas entre grupos da sociedade, baseadas na raça ou etnia. Quando institucionalizado, isto é, praticado em instituições do Estado, o racismo obstrui o acesso a bens, serviços e oportunidades, estando subjacente às normas que orientam as ações destas instituições, mesmo sem ser legalizado (WERNECK, 2016; FERDINAND; PARADIES; KELAHER, 2012; JONES, 2000).

Ao desvelar as condições de saúde das mulheres negras e reivindicar o direito à saúde integral para a população negra, o movimento negro e de mulheres negras vêm, nos últimos 20 anos, atuando junto ao Estado Brasileiro para a implementação de políticas voltadas à promoção da igualdade racial e ao enfrentamento ao racismo, com a criação de estruturas organizacionais para garantir a efetivação destas políticas, em conformidade com compromissos assumidos em tratados e convenções nacionais e internacionais.

Assim, em 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), reconhecendo-se as desigualdades étnico-raciais e o racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde da população negra (BRASIL, 2007). Ao considerar especificamente as dimensões das desigualdades entre as mulheres, desde a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), incorporados o enfoque de gênero, a integralidade da atenção e a promoção da saúde como princípios norteadores, se reconheceu como a diversidade de mulheres — negras, indígenas, lésbicas, rurais, em situação de prisão, entre outras — deveria ser considerada, já que esta implicava desigualdades nas condições de vida, de saúde e no acesso aos serviços (BRASIL, 2004).

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, é um direito fundamental que deve ser assegurado a todas as pessoas. O acesso e a utilização dos serviços são elementos dos sistemas de saúde ligados à organização dos serviços que se referem à

entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, resultante da interação de fatores relacionados aos serviços (insumos, recursos, rotinas), mas também das características de usuárias/os que procuram os cuidados e de profissionais que as/os conduzem ao interior do sistema de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No sentido de evidenciar o impacto das desigualdades sociais e do racismo, pesquisas realizadas em diferentes regiões do país constatam que as mulheres negras estão quase sempre em situação de desvantagem quando comparadas às brancas, no que concerne ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, mesmo entre grupos pertencentes a estratos sociais semelhantes (LEAL et al., 2017; BATISTA et al., 2016; DINIZ et al., 2016; GOES; NASCIMENTO, 2013; BAIRROS; MENEGHEL; OLINTO, 2008; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; MARTINS, 2006; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Especificamente sobre saúde reprodutiva, uma investigação realizada no Rio de Janeiro, avaliando a atenção obstétrica, registrou que a despeito da baixa proporção de mulheres sem assistência pré-natal, esta foi significativamente mais alta entre as pretas (6,7%) e as pardas (4,7%), quando comparada às brancas (2,5%). Constatou-se também que eram as mulheres pretas (31,8%) e pardas (28,8%) aquelas que mais peregrinavam em busca de atendimento no momento do parto, em proporções maiores do que as mulheres brancas (18,1%) (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

As autoras ainda ressaltam como estas barreiras de acesso aos serviços de saúde reiteravam situações de discriminação e exclusão social para as mulheres negras. Estas, relativamente às brancas, tinham menos acesso à educação, possuíam status social e econômico mais baixo, viviam em piores condições de vida e de moradia e, no que se refere à saúde reprodutiva, tinham menos acesso aos métodos contraceptivos e apresentavam maiores chances de engravidar, ainda que não o desejassem (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Mais recentemente, pesquisa envolvendo amostra nacional representativa de 23.984 puérperas, da rede pública e privada de serviços, evidenciou que as mulheres negras persistem em desvantagens no acesso ao pré-natal de qualidade e ao parto hospitalar, estando mais vulneráveis a situações de violência obstétrica (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2016).

A atenção obstétrica tem melhorado nos últimos anos no Brasil, contudo as mulheres negras ainda permanecem como as mais afetadas pela falta de acesso aos serviços, mais expostas às iniquidades em saúde e às maiores taxas de mortalidade materna.

No entanto, pesquisas sobre as desigualdades sociais em saúde no Brasil, em seus modelos explicativos, privilegiam as análises a partir dos determinantes socioeconômicos, não

valorizando a dimensão étnico-racial e o racismo como produtores de desigualdades em saúde, com expressão diferenciada dos agravos à saúde.

A despeito do reconhecimento de que a qualidade de vida dos indivíduos é determinada pela forma de nascer, adoecer e morrer, e da produção de evidências científicas das pesquisas que mostram a existência de desigualdades no perfil de saúde entre regiões e diferentes classes sociais, poucas investigações associam a inserção social precária/desvalorizada da população negra na sociedade à situação desfavorável constatada pelos indicadores de saúde (BARATA, 2009; BATISTA; ESCUDER, 2005).

Ainda assim, a saúde das mulheres negras, especificamente, tem sido discutida e visibilizada no Brasil desde a década de 80, inicialmente pelo movimento de mulheres negras que se debruçou principalmente sobre a saúde sexual e reprodutiva, com foco nas temáticas de utilização de métodos contraceptivos e recurso à esterilização feminina, além de prevalência e fatores associados aos miomas. Posteriormente, pesquisadoras negras ativistas iniciaram estudos sobre infecção pelo HIV, mortalidade materna, violências, acesso aos serviços de saúde, e outras morbidades (LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; MARTINS, 2006;; BATISTA; ESCUDER; PEREIRA, 2004; BARBOSA, 2001). Estas produções forneceram subsídios para o debate e posteriores intervenções nas políticas de saúde e, sobretudo na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Entretanto, são incipientes as investigações que tratam sobre acesso aos serviços de saúde reprodutiva e que avaliem esses serviços comparando mulheres negras e brancas. No que se refere ao tema do aborto, a lacuna dessa produção científica ainda é maior, pois a maioria das pesquisas sobre aborto utiliza o quesito raça/cor apenas para caracterizar a população estudada.

Se por um lado, pesquisas sobre a saúde reprodutiva das mulheres negras não se debruçam sobre os estudos sobre aborto, por outro, pesquisas sobre o tema do aborto não investigam os fatores relacionados às mulheres negras, para além de identificar que são estas as mais expostas ao aborto inseguro. Principalmente, não exploram como os efeitos do racismo afetam esta experiência reprodutiva.

Uma extensa revisão de pesquisas sobre aborto realizada no Brasil destaca que raça é um tema largamente ignorado no estudo (BRASIL, 2009). Observa-se que as investigações não mostram as desigualdades raciais como pano de fundo para compreensão da situação das mulheres negras. Não analisam as particularidades das práticas e dos recursos adotados por elas na realização do aborto, os motivos e decisão pelo aborto, considerando as singularidades raciais e o impacto do racismo na magnitude, na morbidade e na experiência do aborto.

As complicações do abortamento inseguro, que levam muitas mulheres à internação hospitalar e à morte materna, têm como maiores vítimas as mulheres negras e pobres. Em uma das primeiras pesquisas sobre Saúde das Mulheres Negras, Martins (2006) constatou que o risco de morte materna por aborto no Brasil é quase três vezes maior entre mulheres negras do que entre mulheres brancas.

Assim sendo, a trajetória reprodutiva destas mulheres é mais afetada, pois a intersecção do racismo e do sexismo produz impactos, desde a tomada de decisão sobre a escolha de ter ou não filhos, até o acesso e a qualidade da atenção nos serviços de saúde, tanto quando as mulheres querem prosseguir com a gravidez, quanto interrompê-la, com as negras sendo pouco reconhecidas como sujeitas de direitos.

O encontro das opressões de raça, gênero e classe potencializa as desvantagens para as mulheres negras na sociedade gerando outros efeitos nas condições de saúde (GOES, 2014; CRENSHAW, 2005; WERNECK, 2005). Neste sentido, estudos sobre aborto inseguro revelam que as mulheres negras e em situação de pobreza são as que mais realizam a interrupção voluntária da gravidez em locais insalubres, com pouca ou nenhuma higiene, sem supervisão médica e, mesmo que estas ainda permanecem utilizando métodos agressivos, tais como sondas, para provocar o aborto (BRASIL, 2009).

Em um país onde o sua prática é crime, salvo em situações específicas¹ e condenada socialmente, o abortamento é realizado de forma clandestina e, na maioria das vezes, insegura, elevando as taxas de complicações pós-aborto expressas em internações hospitalares e mortalidade materna por conta de procedimentos mal sucedidos (DINIZ; MEDEIROS, 2012; DINIZ et al., 2009; MENEZES; AQUINO, 2009).

Contudo, pesquisas nacionais têm mostrado como a queda da fecundidade no país, a maior utilização de contraceptivos e o uso generalizado de misoprostol[®] têm implicado redução das complicações graves e das mortes por aborto (SINGH et al., 2012). Mas, estas ainda continuam ocorrendo, apesar do seu alto potencial de evitabilidade e, sobretudo, permanecem as desigualdades entre negras e brancas, com desvantagem para as primeiras, o que suscita a necessidade de mais estudos explorando a relação entre racismo e aborto.

¹ Risco de vida e gravidez resultante de estupro. Em 2010, o Supremo Tribunal Federal autorizou interrupção da gravidez na presença de anencefalia fetal.

2 OBJETIVOS

Geral

Analisar os efeitos do racismo nas decisões reprodutivas das mulheres, na busca de cuidado e no acesso aos serviços no atendimento pós-aborto.

Específicos

- Identificar características sociodemográficas, familiares, reprodutivas, relacionadas ao contexto da gravidez e do aborto de mulheres com abortamento, segundo raça/cor;
- Analisar os fatores relacionados às barreiras individuais na busca do primeiro atendimento no pós-aborto, segundo raça/cor;
- Identificar os fatores associados às barreiras institucionais no acesso aos serviços de saúde das mulheres com abortamento, segundo raça/cor.

3 RAÇA, GÊNERO E SAÚDE, PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

As desigualdades no Brasil fazem parte da formação histórica, das dinâmicas da sociedade e de suas estruturas. Há uma espécie de lógica estabelecida na sociedade que produz e mantém, ao longo da história, hierarquias, possibilidades e lugares sociais, destinados aos indivíduos que dela fazem parte.

Neste sentido, o racismo e as desigualdades raciais estão enraizados na vida social dos grupos e classes sociais, atingindo de forma perversa os negros. Ao afetarem a capacidade de inserção das pessoas negras na sociedade brasileira, as desigualdades comprometem o projeto da construção de um país democrático, com oportunidades iguais para todas as pessoas (HERINGER, 2002; IANNI, 2004).

O termo “raça”, durante muito tempo, foi utilizado para caracterizar uma população em relação à outra, com a finalidade de evidenciar a noção de supremacia racial ou da raça pura. Como mecanismo para a luta pelos direitos civis, porém, o termo “raça”, nos dias de hoje, é empregado para reforçar a identidade racial de determinada população neste caso, a população negra (PAIXÃO, 2005; DAHIA, 2008; JACCOUD, 2008).

Convive-se hoje com a compreensão de que não existem distintas raças entre as populações, e sim uma raça humana. No entanto, essa afirmação tem servido de justificativa para invisibilizar o racismo e as desigualdades oriundas dele. Ao refletir sobre o discurso da superação do racismo e da desigualdade racial, Paixão (2006) discute que a construção fundamentada e centrada no argumento da inexistência de raças humanas, independente das dinâmicas sociais constituídas, corre o risco de invisibilizar ou velar um problema efetivamente real.

De acordo com Paixão (2006), o termo “raça” foi utilizado, primeiramente, pela elite europeia, no período das grandes navegações, sendo intensificada no processo da expansão imperialista, ao longo do século XIX, quando era definida a partir de distinções físicas e culturais constatadas entre os seres humanos. Segundo Lugones (2014) os povos indígenas das Américas e os africanos escravizados eram classificados como espécies não humanas — como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens. O homem europeu, heterossexual, cristão, burguês, colonial moderno tornou-se um sujeito/agente, apto a decidir sobre a vida pública e o governo, um ser de civilização, um ser de mente e razão.

Para Ianni (2004, p. 23), a *“raça não é uma condição biológica, mas uma condição social e cultural, criada, reiterada e desenvolvida na trama das relações sociais, envolvendo jogos de forças sociais e progressos de dominação e apropriação”*.

Na mesma linha de pensamento, Dahia (2008) acrescenta que, pela ótica da biologia, a ideia de raça entre os seres humanos é desprovida de valor científico, pois os estudos de genética do século XX propiciaram uma mudança radical no que se refere a ideias concebidas sobre as diferenças entre seres humanos, tornando estéril o estabelecimento de qualquer critério de classificação racial no campo biológico.

Dahia (2008, p.699) sustenta que:

A desconstrução científica da raça biológica não faz desaparecer a evidência da raça simbólica, da raça percebida e, invariavelmente interpretada, porquanto raça, queira-se ou não, permanece um elemento maior da realidade social, à medida que emprega, a partir de características físicas visíveis, formas coletivas de diferenciação classificatória e hierárquica, que podem engendrar, às vezes, comportamentos discriminatórios individuais ou coletivos.

Entretanto, para Pena (2005), “raça” faz parte da construção na medicina e associa-se à ideia de que cor e/ou ancestralidade biológica são relevantes como indicadores de predisposição a doenças e/ou resposta a fármacos. Esta afirmação tem origem no racismo da Escola de Medicina da Bahia, um dos polos do movimento eugênico no Brasil, entrincheirado nos estudos de medicina legal sobre a criminalidade e as deficiências físicas e mentais, tendo como referência o médico legista baiano Nina Rodrigues (1862-1906) que definia o perfil do criminoso pelas características físicas, como o tamanho do crânio (GUIMARÃES, 2004; OLIVEIRA, 2002).

Lopes e Werneck (2009) argumentam que o conceito de raça se estrutura a partir do racismo, que tem como mecanismo social a exclusão que afeta a todos os envolvidos, atingindo cada um de forma diferenciada. O racismo “abarca” a produção de sentidos pejorativos conferidos a características particulares de determinados padrões da diversidade humana e de significados sociais negativos aos grupos que os detêm, justificando, desta forma, o tratamento desigual.

O racismo, considerado uma ideologia que estrutura relações sociais e atribui superioridade de uma raça sobre as demais, surge no Brasil como uma construção social, a partir da escravidão, sendo fortalecido e reproduzido principalmente após a abolição, quando passa a estruturar-se na forma de discurso, “com base nas teses de inferioridade biológica dos negros, e se difunde no país como matriz para a interpretação do desenvolvimento nacional”, como refere Jaccoud (2008, p. 49).

Desde o século XVI, as desigualdades impostas pelo regime escravista do Brasil permaneceram através do desenvolvimento de um sistema fundamentado no capitalismo, que conservou o racismo como legitimador da exclusão social.

No século XIX, mesmo sem ter organizado um sistema de discriminação legal a elite colonial brasileira amparava sua visão hierárquica de sociedade num conjunto de estereótipos negativos em relação aos negros, ao mesmo tempo em que os brancos eram dotados de uma positividade que se acentuava quanto mais próximos estivessem da cultura europeia (SILVA, 2009).

Nessa época, surge o projeto nacional de branqueamento que cultivava estereótipos ligados à raça e baseava-se na tese que conciliava a crença na superioridade branca com a busca do desaparecimento progressivo do negro, cuja presença era interpretada como algo negativo para o país.

No caminho em direção à “limpeza” das raças, com a eliminação dos indesejados e degenerados e a permanência dos aptos, a sociedade brasileira utilizou de vários caminhos para atingir este objetivo, a partir da tese do embranquecimento e pureza racial, contando principalmente com o campo da saúde para este fim; especificamente foram utilizadas três áreas da saúde, a medicina legal, a eugenia e o higienismo.

Logo após a escravidão da população negra no país, a proposta da sociedade brasileira, especificamente da elite nacional, ao final do século XIX e meados do XX, era que o Brasil deveria se tornar um país de população majoritariamente branca, com a eliminação da população negra que, naquele período, de acordo com o censo de 1972, chegava a mais de 50% da população (SILVA, 2009).

A elite brasileira se preocupava naquele momento com a composição racial do Brasil e com os olhares do exterior sobre o país pois, segundo pensadores americanos, os cruzamentos “promíscuos” verificados em boa parte da América Latina haviam produzido povos degenerados, instáveis, incapazes de desenvolvimento progressivo (STEPAN, 2005).

Dessa forma, para que o Brasil se tornasse um país de raça “pura”, ou seja, de população branca, criaram-se alguns mecanismos, como a política do branqueamento da população brasileira, por meio de estratégias, como o incentivo para a imigração de contingentes de populações oriundas da Europa, de modo a mudar o cenário. Tais mudanças reduziram o número de negros e mestiços, que, por um processo biossocial de miscigenação seletiva, eram considerados inferiores, estando fadados a seguir na direção gradual da extinção. A eugenia se impõe também nesse cenário como mais um dos mecanismos em favor

do branqueamento, definida como a ciência do aprimoramento racial; teorias eugênicas eram fortalecidas pelo campo da saúde com a saúde pública e medicina legal.

Nos anos 1890 a medicina legal, com a nova figura do perito, ao lado da polícia, passa a se legitimar como instância que explica a criminalidade e determina a loucura. Nos anos 30, entra em cena práticas eugenistas visando a separar a população enferma daquela considerada sã (SCHWARCZ, 1993).

Dessa forma, algumas teorias dariam sustentação à continuidade desse projeto médico-eugênico no campo da saúde, como a tese lombrosiana, que utilizava a craniologia para definir o perfil do criminoso com base nas suas características físicas e nos seus hábitos; também a teoria do darwinismo social que apontaria o cruzamento racial como o maior mal para a população brasileira, condenando a hibridação das raças e sua conseqüente degeneração e apostando na seleção natural para a eliminação da população negra.

O projeto médico-eugênico se fortaleceu em dois locais diferentes, na Bahia, com a medicina legal liderada por Nina Rodrigues e, no Rio de Janeiro, com a atuação dos médicos higienistas.

O tema racial é de suma importância nesse período, pois integra o arsenal teórico na saúde. Na Bahia é a raça, mais especificamente o cruzamento racial, que iria tentar explicar a criminalidade, a loucura, a degeneração. E no Rio de Janeiro, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com diferenças nas constituições físicas, é que seria considerado o maior fator responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e a barreira para a perfeição biológica (SCHWARCZ, 1993).

A medicina legal tinha como objetivo o estudo sobre a criminologia, no qual o foco não era a doença ou o crime, mas o criminoso. De 1880 até 1915, houve ampliação da produção científica na medicina sobre a temática da medicina legal, tendo como mais importante objeto de estudo a análise do perfil do criminoso, relacionado à criminalidade e à degeneração. Os estudos de frenologia e craniologia foram utilizados como modelo para identificar as raças, apontando como o atraso da população estaria supostamente relacionado à fragilidade dos cruzamentos (STEPAN, 2005; SCHWARCZ, 1993). A autora Schwarcz (1993, p 221) ainda descreve que:

Era por meio da medicina legal que se comprovava a especificidade da situação ou as possibilidades de “uma ciência brasileira” que se detivesse nos casos de degeneração racial. Os exemplos de embriaguez, alienação, epilepsia, violência ou amoralidade passavam a comprovar os modelos darwinistas sociais em sua condenação do cruzamento, em seu alerta à “imperfeição da hereditariedade mista”.

Na saúde pública, médicos sanitaristas, sob os interesses das classes dominantes, priorizavam o controle de determinadas epidemias, ao mesmo tempo em que realizavam a dicotomia racializada no seu enfrentamento. Assim ocorreu na eleição do combate à febre amarela, doença que incidia entre os imigrantes, mão de obra estratégica para a expansão econômica, na virada do século XIX para o século XX, em detrimento do enfrentamento do problema da tuberculose que atingia a população pobre das grandes cidades. A luta contra a febre amarela tinha pois um aspecto racial (CHALOUB, 1996).

Chalhoub (1996) descreve o pensamento higienista de corte racial, no contexto da transição do trabalho escravo para o regime de mão de obra livre, que configuraria aos poucos um quadro racializado e dicotomizado, nas definições das ações de saúde pública.

Somente, nos anos 30, é construída a ideologia da democracia racial, que tinha como propósito valorizar a miscigenação, formando, assim, uma nação mestiça (SILVA, 2009).

Grande parcela da sociedade compartilha dessa ideologia, sob o pressuposto de ter-se formado uma nação pacífica, afetuosa e sensual, ancorada na idéia da mistura racial e da existência de forma igualitária, favorecendo oportunidades para todos, de forma distinta à segregação racial vigente nos Estados Unidos e na África do Sul. Dessa forma, entendia-se que, pelo fato de o país não ter oficializado e legalizado a segregação racial, a realidade brasileira seria distinta destes dois países (HERINGER, 2002; BERNARDINO, 2002).

No entanto, em 1950, a UNESCO realizou uma grande pesquisa no Brasil com a finalidade de compreender as relações raciais, com base na democracia racial e desde esta época, já se identificava como este discurso não era condizente com a realidade. Segundo Heringer (2002, p. 59):

“O Projeto UNESCO constituiu-se num importante marco do estudo sobre relações raciais no Brasil [...]. Alguns autores afirmam que o Projeto UNESCO frustrou suas expectativas iniciais ao ter identificado o preconceito racial persistente no país que era com frequência descrita como “paraíso racial”.

De acordo com Paixão (2003, p.68):

“A força do mito da democracia racial, para além das características intrínsecas do modo de funcionamento da sociedade brasileira, em grande parte, retirou suas energias da falta de informação estatísticas e demográficas sobre a realidade das desigualdades raciais no Brasil”.

O ano de 1988 foi um marco histórico para o movimento negro. Primeiramente, pela passagem dos 100 anos de abolição da escravidão no Brasil, que motivou a realização de várias manifestações no país.

Nesse contexto, a Constituição Federal foi promulgada por constituintes compelidos pelo movimento negro a participar deste diálogo que trata diretamente da discriminação

racial, tendo como marco a afirmação da igualdade, o combate aos preconceitos, o repúdio ao racismo, a defesa da pluralidade e da liberdade de culto, sendo o racismo considerado crime inafiançável e imprescritível (PAIXÃO, 2003).

A partir dos anos 1990, houve um considerável recuo no que se refere à disseminação do mito da democracia racial. Por um lado, a luta do movimento negro exigia que o Brasil se reconhecesse como um país racista, tendo como resultado as desigualdades raciais. Por outro lado, a produção e a divulgação de indicadores sociais produziram evidências inequívocas e serviram de subsídios para mostrar as desigualdades sociais entre brancos e negros (PAIXÃO, 2003).

A partir desse momento, entende-se que as desigualdades sociais têm como principal componente a discriminação racial, desmontando, assim, os argumentos de que estas desigualdades são socioeconômicas e que, portanto, devem ser enfrentadas exclusivamente com medidas para a redução da pobreza (LOPES, 2005; BARBOSA, 2001).

Decorrente da constatação de que o racismo e a discriminação racial expõem homens e mulheres a situações mais vulneráveis de adoecimento e de morte, o movimento negro brasileiro explicitou suas demandas ao Estado brasileiro e reivindicou a implantação de políticas públicas nas diversas áreas como saúde, educação e trabalho, para reconhecimento da invisibilidade da população negra na sociedade, e nas políticas do país.

3.1 Níveis de Racismo

O racismo pode ser amplamente definido como comportamentos, práticas, crenças e preconceitos que fundamentam as desigualdades evitáveis e injustas entre grupos da sociedade baseadas na raça e etnia. Esta definição abrange não só a violência racial ou formas ilegais de discriminação, mas também as formas sutis de exclusão (FERDINAND; PARADIES; KELAHER, 2012).

Para Jones (2000) e Ferdinand, Paradies e Kelaher (2012) o racismo pode ser compreendido em três níveis, que se sobrepõem na prática: racismo institucional, racismo pessoalmente mediado e racismo internalizado.

No primeiro nível, identifica-se o racismo institucional, conceito introduzido nos EUA no final de 1960, na luta pelos direitos civis pelo movimento Black Power e, na África do Sul, na luta contra o *apartheid*. Com o fim do colonialismo nos países africanos e asiáticos, mudanças profundas nos estudos sobre o racismo no mundo passam a ocorrer, com o

reconhecimento de que as instituições, por meio de práticas administrativas, políticas e sociais podiam agir de forma racialmente discriminatórias e excludentes (SANTOS, 2013).

Neste sentido foi reconhecido que esses processos discriminatórios têm dinâmica própria, de modo independente da ação de uma pessoa individualmente racista. Com isso o conceito do racismo amplia-se, definindo-se o racismo institucional e o racismo estrutural, identificados como formas de discriminação racial que podem ocorrer independentemente da vontade das pessoas. Dessa forma se reconheceu que certas práticas realizadas por instituições podem discriminar, criar obstáculos e prejudicar os interesses de um grupo por causa de sua raça, cor, etnia e cultura (SANTOS, 2013).

Racismo institucional é, portanto qualquer sistema estrutural de desigualdade que se baseia em raça, que pode ocorrer em instituições tais como, órgãos públicos governamentais, corporações empresariais privadas e universidades (públicas e privadas). Trata-se da falha coletiva de uma organização em fornecer um serviço adequado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica (SANTOS, 2001). É descrito como o acesso desigual por conta do pertencimento racial a bens, serviços e oportunidades, sendo normativo, mesmo sem ser legalizado.

No Brasil, em 2005, a partir do Programa de Combate ao Racismo Institucional (PCRI) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o conceito foi adaptado e estratégias foram implementadas para o enfrentamento deste racismo institucional, nas áreas da Saúde e da Educação. No Programa, o racismo institucional foi definido como:

O fracasso das instituições e organizações em prover um serviço profissional e adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial, uma atitude que combina estereótipos racistas, falta de atenção e ignorância. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (LÓPEZ, 2012, pag 128).

Segundo Santos (2013), o racismo institucional existe quando um órgão, entidade, organização ou estrutura social cria um fato social hierárquico como estigma visível, ou define espaços sociais reservados, pois é no funcionamento da sociedade que o racismo, como uma propriedade estrutural inscrita nos mecanismos rotineiros, assegura a dominação e a inferiorização dos negros.

O segundo nível de racismo é o pessoalmente mediado, que de acordo com Jones (2000) pode ser definido como preconceito (diferentes pressupostos sobre habilidades, motivações e intenções dos outros de acordo com sua raça) e discriminação (diferencial nas ações em relação aos outros de acordo com sua raça).

O racismo pessoalmente mediado tem como pressupostos estereótipos, preconceitos e discriminação em relação à população negra. Estereótipos são um conjunto de crenças sobre a suposta essência de um grupo social, já o preconceito se refere à ideia sobre algo ou alguém. A discriminação remete ao tratamento injusto, motivado por características identitárias ou pertencimento a um grupo específico e não por características pessoais (BASTOS; FAERSTEIN, 2012).

Segundo Jones (2000), na atenção à saúde, o preconceito e a discriminação podem se manifestar como desrespeito, falta de atendimento e falhas na comunicação entre pacientes e profissionais de saúde. A discriminação interpessoal é a discriminação que ocorre nas interações entre pessoas nas práticas cotidianas comuns (PARADIES et al., 2009).

Na Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial de 1965, em seu artigo 1º, a discriminação é conceituada como sendo:

Qualquer distinção, exclusão ou restrição baseada em raça, cor, descendência ou origem nacional ou étnica que tenha o propósito ou o efeito de anular ou prejudicar o reconhecimento, gozo ou exercício em pé de igualdade de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou em qualquer outro domínio da vida pública (ONU, 1965).

A discriminação tem impacto sobre os grupos contra os quais é praticada e tem como resultado a negação de seus direitos, além de afetar a subjetividades dos indivíduos. A discriminação pode ser entendida como tratamento desigual, formal ou informal e, apesar de ser uma ação individual, tem valor agregado. A discriminação abrange comportamentos ou práticas que resultam em desigualdades evitáveis e injustas no acesso ao poder, a recursos e a oportunidades entre os grupos na sociedade (GOTO; COUTO; BASTOS, 2013; PARADIES et al., 2009).

O terceiro e último nível é o racismo internalizado, caracterizado ou definido quando um indivíduo aceita atitudes, crenças ou ideologias sobre a superioridade de outros grupos e / ou a inferioridade do seu próprio grupo, ou seja, remete à resposta de alguns membros de grupos étnico/raciais estigmatizados aos estereótipos negativos disseminados na sociedade (WILLIAMS; PRIEST, 2015; PARADIES et al., 2009). Segundo Jones (2000) o racismo internalizado transmite mensagens negativas sobre habilidades próprias e valor intrínseco, limitando assim a própria humanidade plena, apresentando-se como autodesvalorização, resignação, desamparo e desesperança; desta forma, o racismo internalizado impacta as condições de vida e gera comportamentos de risco à saúde.

Para Santos (2013) no Brasil, a discriminação pode ser sistêmica em vez de pessoal, sendo desta forma mais difícil de se identificar e de compreender. Internalizada e naturalizada

nos discursos que reproduzem a concepção de que se vive em um país miscigenado. Isto resulta em que vítimas neguem estarem sendo oprimidas, ou aceitem sua condição como um destino que a vida lhes proporcionou, ou que reajam oprimindo aquelas que estão em posição hierárquica “abaixo” delas.

3.2 Interseccionalidade de Raça e Gênero

A interação das opressões do racismo e do sexismo irá produzir para as mulheres negras outros efeitos no percurso da vida e nas condições de saúde. Teóricas e pesquisadoras negras apresentam o conceito interseccionalidade de raça e gênero, conceito este forjado dentro do feminismo negro, com o intuito de dar conta não só dessas duas dimensões mas de outras categorias de opressão, que eram invisibilizadas nas pautas do movimento feminista e do movimento negro.

Para Carneiro (2000: pagina):

“Este novo olhar feminista e antirracista – ao integrar em si, tanto a tradição de luta do movimento negro como a tradição de luta do movimento de mulheres – representa uma nova identidade política, decorrente da condição específica do ser mulher negra”.

Diante da ausência da discussão acerca das opressões que atingiam as mulheres negras, tanto no movimento feminista como no movimento negro, as feministas negras introduziram novos desafios teóricos e políticos, explicitando diferenciações na identidade das mulheres e nos fatores de subordinação aos quais estavam submetidas, demonstrando como mecanismos políticos e ideológicos (re)produzem experiências distintas de opressões. Racismo e sexismo se articulam e são vivenciados de forma desigual entre as mulheres, não só porque são mulheres, mas em virtude de sua raça e do pertencimento a outras categorias sociais.

A feminista afro-americana Kimberlé Crenshaw (2002) conceitua a interseccionalidade como uma associação de sistemas múltiplos de subordinação, sendo descrita de várias formas, como discriminação composta, cargas múltiplas, como dupla ou tripla discriminação, que concentra problemas. Busca assim capturar as consequências estruturais de dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento.

A autora ainda destaca como a interseccionalidade não tem como objetivo oferecer uma nova teoria holística de identidade; o foco das interseções de raça e gênero é destinado apenas

para destacar a necessidade de se ter em conta as múltiplas fontes de identidade quando se pensa sobre a construção da esfera social (CRENSHAW, 2005).

A autora Sudbury (1998) discute como nos Estados Unidos da América, as feministas afro-estadunidenses desenvolveram um conceito de sua posição na sociedade, a partir da interseccionalidade de raça, gênero e sexualidade, afirmando a integração dos sistemas de opressão. Nos lugares onde as mulheres brancas estão “cegas” pela “raça” e talvez pelo privilégio da classe e os homens negros estão limitados pela máscara de sua masculinidade e do machismo, as mulheres negras permanecem invisíveis, em uma posição radicalmente marginalizada.

Para Bairros (1995), a experiência da opressão sexista é dada pela posição que as mulheres ocupam numa matriz de dominação, na qual raça, gênero e classe social interceptam-se em diferentes pontos, pois se configuram mutuamente, formando um mosaico, que só pode ser entendido em sua multidimensionalidade. Assim, do ponto de vista feminista, não existe uma identidade única; a experiência de ser mulher se constitui como tal, de forma social e historicamente determinada.

As mulheres negras sofrem com o fenômeno da dupla discriminação, ou seja, estão sujeitas a mais de uma de discriminação social, em consequência da conjugação perversa do racismo e do sexismo, as quais resultam em uma espécie de asfixia social com desdobramentos negativos sobre todas as dimensões da vida (CARNEIRO, 2002).

A intersecção, como forma de análise categórica e histórica, permite visibilizar o que as mulheres negras experimentam neste lugar, de não ser uma mulher branca e nem um homem negro. Segundo Werneck (2005) o racismo e o sexismo e suas incidências sobre pessoas e grupos populacionais irão impactar de forma simultânea, sincrônica, não sendo possível separá-los ao longo da experiência concreta de cada indivíduo ou povo. É a isto que chamamos de interseccionalidade. De acordo com Bell Hooks (1995, pag. 468)

“o sexismo e o racismo, atuando juntos, perpetuam uma iconografia de representação da negra que imprime na consciência cultural coletiva a idéia de que ela está neste planeta principalmente para servir aos outros”.

Patricia Hill Collins (1998; apud CURIEL-PICHARDO, 2014) argumenta que a chamada “matriz de dominação” envolve a compreensão de como o racismo interage com a heterossexualidade, o colonialismo e o classismo, integrando quatro características: elementos estruturais, tais como leis e políticas institucionais; aspectos disciplinares, como hierarquias burocráticas; elementos hegemônicos ou idéias e ideologias; e aspectos interpessoais, práticas discriminatórias comum na experiência cotidiana.

Crenshaw (2005) divide a interseccionalidade em duas dimensões: *a estrutural*, em que é possível analisar a situação das mulheres negras quanto a desigualdades de gênero e raça em relação à violência, ao acesso ao mercado de trabalho, à educação e a saúde, por exemplo, comparando-as com as mulheres brancas e os homens negros e brancos; e *a política*, que se refere às pautas das mulheres negras que são marginalizadas nas políticas públicas, tanto raciais, quanto voltadas às mulheres. Isto porque o racismo vivenciado pelos homens negros determina que, em grande parte, as configurações de estratégias sejam só antirracistas e que, no combate ao sexismo, vivenciado pelas mulheres brancas, as medidas de enfrentamento, na maioria das vezes, não sejam racializadas.

Nas trajetórias das mulheres negras há um entrelaçamento de várias estruturas de opressão e desigualdades, sendo que raça e gênero são os principais fatores responsáveis que conduzem às diferenças de classe; por isso que as intervenções políticas e sociais para as mulheres negras devem ter como base estas intersecções.

Todas as opressões se articularão ao mesmo tempo, em um só corpo, se inter cruzando, interseccionando e determinando as condições de vida dos indivíduos, sua oportunidade de escolarização, de ascensão no mercado de trabalho, o acesso a melhores empregos e renda, ao ensino superior e, por fim aos serviços de saúde, configurando uma situação mais desfavorável para as mulheres negras.

3.3 Racismo e Direitos Reprodutivos

Raça, racismo e gênero foram igualmente importantes para a eugenia, pois era pela via das uniões sexuais que as fronteiras entre as raças eram mantidas ou transgredidas. Por isso, eugenia, gênero e raça ficaram ligados à política de identidade nacional.

A discussão de gênero era central para as práticas eugênicas, pois era pela reprodução que ocorria a modificação e a transformação hereditária das gerações futuras. Nesse contexto, cabia à mulher o papel social primordialmente reprodutivo. Segundo Stepan (2005), para alguns historiadores, a eugenia foi um movimento conservador e antifeminista, porque visava controlar a sexualidade e definir para as mulheres, de forma exclusiva e naturalizada, seu papel reprodutivo maternal. Lugones (2014) discute como a mulher branca europeia era vista como alguém que reproduzia raça e capital por meio de sua pureza sexual, sua passividade e por estar atada ao lar a serviço do homem branco europeu burguês.

Atuação no controle dos corpos das mulheres como forma de ordenação da sociedade com a relação íntima e familiar entre ciência e poder. A biopolítica da população adentra os

corpos como uma máquina regulando as populações e controlando os processos biológicos como nascimentos, fecundidade, longevidade e mortalidade, realizando uma série de intervenções e controles, destinados a modelar a conduta reprodutiva e sexual (FOUCAULT, 2008; MINELLA, 2005).

As mulheres são o alvo perfeito para o controle e a regulação dos corpos, tanto pelos aspectos biológicos da reprodução, quanto pelas questões pautadas nas relações desiguais de gênero e o patriarcalismo, e no caso das mulheres negras, isto se redobra visto que estas sofrem o impacto do racismo que é um determinante estruturante em suas vidas.

Se o corpo das mulheres era a matriz do corpo social, este devia ser preparado, cuidado e adaptado perfeitamente à função reprodutiva, pois para além da higiene e dos cuidados de saúde, este corpo representa a moral da sociedade.

Esta normatização biológica e moral do corpo da mulher convergiu perfeitamente ao ideário eugenista do início do século XX, em torno da preocupação do tipo antropológico brasileiro e da nacionalidade dos desejados. E a mulher foi e continua sendo considerada como grande responsável para alcançar tal fim (MAI, 2004, pag. 109).

Dessa forma, o movimento eugenista tinha como recurso a esterilização involuntária das mulheres para controlar a população que estava sendo formada, no sentido de definir uma identidade racial. De acordo com Werneck (2005), desde o início do século XX, os movimentos eugenistas lançaram mão de técnicas médicas para a eliminação e controle dos indesejáveis. E, para isso, teve destaque o recurso à esterilização cirúrgica, utilizada como instrumento eficaz e, em muitos casos, com amparo legal.

A primeira lei de esterilização foi posta em prática nos Estados Unidos, na Pensilvânia, em 1907. No entanto em 1932 com o avanço do pensamento eugênico nos Estados Unidos, 26 estados aprovaram leis de esterilização compulsória que cirurgicamente impediam diversas pessoas de se reproduzir por serem consideradas inaptas. Com isso o movimento pelo controle da natalidade considerava que a esterilização compulsória deveria atingir os deficientes mentais, analfabetos, miseráveis, desempregados, criminosos, prostitutas e traficantes. Ao interior da *American Birth Control League*, a proposta de controle de natalidade da população negra tinha a mesma base racista que a esterilização compulsória. O principal objetivo do controle da natalidade era de “*mais filhos dos capazes, menos dos incapazes*” (ROLAND, 1995 pag. 508). Neste período os psiquiatras e médicos das áreas da medicina legal e da higiene mental eram particularmente inclinados a sugerir a esterilização involuntária dos “grosseiramente degenerados”.

Apesar de o controle de natalidade não ter se fortalecido pelos meios legais no Brasil, devido ao papel da Igreja Católica na esfera da família, do matrimônio e da sexualidade, tanto no país como na América Latina, que o proibia, houve quem advogasse em seu favor, considerando-o uma política social cientificamente razoável, moderna, racional e avançada, utilizada como medida de saúde pública na Europa (STEPAN, 2005).

Na década de 60, um novo elemento seria posto à disposição de racistas eugenistas, o aparecimento de novas tecnologias de controle da fecundidade, através da interferência nos ciclos hormonais das mulheres, se constituíram métodos que abriram novas perspectivas para o controle compulsório da fecundidade das mulheres negras, indígenas e asiáticas, para além da esterilização cirúrgica já à disposição (STEPAN, 2005; WERNECK, 2005).

De acordo com o *Population Council*, em 1990, 69,2% das mulheres brasileiras utilizavam algum método contraceptivo e deste total, 43,9% já estavam esterilizadas. Em 1991, no nordeste a esterilização representava o recurso contraceptivo de 62,9% das mulheres que usavam algum método (ROLAND, 1995).

Na década de 70, em resposta a novas iniciativas de controle populacional contra mulheres negras levadas a cabo nos Estados Unidos, no Brasil e em outras partes do mundo, o movimento de mulheres negras inicia, sob forma de denúncia, o combate ao genocídio da população negra e a usurpação da liberdade reprodutiva das mulheres.

Neste período, movimento de mulheres negras no Brasil travava um grande debate nacional com pesquisadoras, parlamentares e feministas alertando a respeito das seguintes questões: está em curso um processo que tem a mulher negra e pobre como alvo; são essas mulheres que estão sendo induzidas à ligadura tubária e se faz necessário coibir o processo de esterilização em massa dessas mulheres (ROLAND, 1995).

Essa luta vai resultar na criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPI), instaurada pelo Congresso Nacional Brasileiro, no ano de 1991. A comissão constatou que houve prestação inadequada dos serviços oferecidos pelas instituições privadas financiadoras de métodos contraceptivos, inclusive os irreversíveis, sendo expandida principalmente, nas regiões mais pobres do país. Em 1996, por meio da recomendação da CPI, foi aprovada a Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96) que regulamenta o acesso à esterilização feminina.

No documento preparatório para a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento de Cairo, em 1994, a "Declaração de Itapeccerica da Serra", o movimento de mulheres negras declara que a liberdade reprodutiva é essencial para as etnias discriminadas e reivindica ao Estado brasileiro a garantia dos direitos reprodutivos, assegurando as condições

necessárias para a manutenção da vida de forma que as mulheres negras pudessem exercer a sua sexualidade e seus direitos reprodutivos controlando a sua própria fecundidade, decidindo se queriam ter ou não ter os filhos que desejassem. Para tanto, o Estado deveria garantir acesso a serviços de saúde para atenção de boa qualidade à gravidez ao parto e ao aborto (RIBEIRO, 1995).

Diante deste cenário, a partir da década de 1990 o movimento de mulheres negras e o movimento negro iniciaram a construção de uma agenda mais incisiva na saúde pública, acompanhando, principalmente, o processo da saúde reprodutiva das mulheres negras, o que culminou em ações concretas, como a inserção do quesito raça/cor no Sistema de Informação de Nascidos Vivos e de Mortalidade e, posteriormente, na criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com vistas a reduzir/eliminar o racismo e as desigualdades raciais na saúde (SOUZAS, 2010).

O racismo foi assim construído por teorias, baseadas na superioridade da branquitude, com a identidade racial branca, historicamente moldada, influenciando na construção do "outro" não branco, sendo um lugar de privilégio racial, econômico e político (BENTO, 2005). Com isso, por meio de estereótipos negativos a população negra é colocada, sobretudo, as mulheres, em situação de desvantagem no acesso aos serviços de saúde assim como no alcance de padrões de saúde integral.

3.4 Modelo Teórico Adotado - Teoria Ecosocial

Modelos teóricos têm sido adotados na Epidemiologia Social para explicar as desigualdades sociais em saúde. Buscam analisar o impacto da estrutura social sobre o processo saúde-doença e identificar os mecanismos que produzem a participação ou exclusão a bens e serviços, associados às diferentes posições dos sujeitos na sociedade, em distintos contextos históricos (BARATA, 2009).

A *Teoria Ecosocial* é um destes modelos e será adotada no presente estudo pois permite apreender o racismo, juntamente com o sexismo, como determinantes sociais em saúde. Proposta pela epidemiologista Nancy Kreiger (2002), em uma perspectiva histórica e ecológica, procura articular o raciocínio social e biológico.

Os modos de incorporação do social pelo organismo biológico expressam a inter-relação cumulativa entre exposição, vulnerabilidade e resistência presentes em distintos níveis e em múltiplos domínios da realidade. Nessa abordagem, os corpos são vistos como artefatos sociais e entidades políticas que acumulam e integram experiências e exposições decorrentes de diversos fatores relativos à posição social (BARATA, 2005).

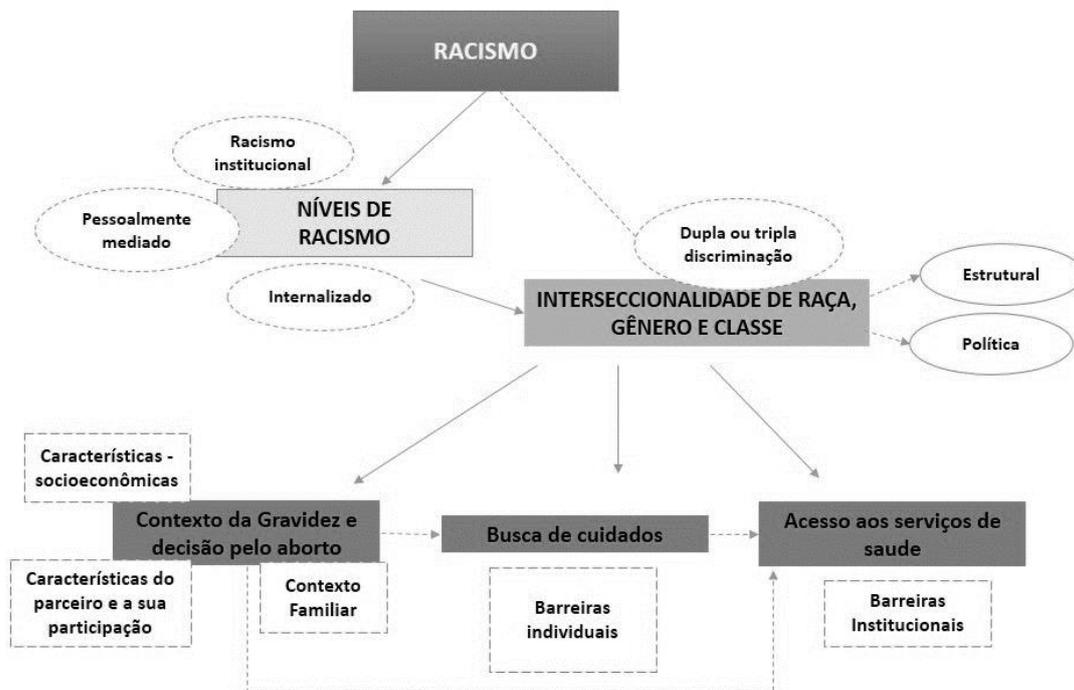
Ao apresentar as dimensões das discriminações raciais, Krieger (2002) discute como, diferentemente da investigação epidemiológica em que raça/etnia tem sido utilizada para explicar as disparidades raciais com base em diferenças genéticas, a Epidemiologia Social considera experiências vividas reais do racismo, investigando as consequências da discriminação racial para a saúde.

As análises epidemiológicas sobre as consequências da discriminação na saúde exigem conceituação e operação de diversas expressões de exposição, susceptibilidade e resistência à discriminação Krieger (2002).

No caso do presente estudo, consideramos o racismo como estruturante, singularizando o percurso reprodutivo e interferindo no acesso e na qualidade do serviço oferecido às mulheres. O racismo é visto em três níveis — o institucional, o pessoalmente mediado que tem relação com a discriminação racial e o internalizado. A dimensão da interseccionalidade apresenta o impacto da interação do racismo com o sexismo.

Outras dimensões também contemplam o modelo, como a posição socioeconômicas das mulheres, o contexto familiar, a características e participação do parceiro e o contexto da gravidez e do aborto, assim como a busca e acesso ao serviço de saúde.

Figura 1 – Modelo teórico - Teoria Ecosocial (adaptado de Krieger, 2002)



4 MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo de corte transversal, se insere na pesquisa GravSus/NE, investigação multicêntrica realizada em três capitais do Nordeste brasileiro: Salvador, Recife e São Luís. O GravSus/NE analisou duas dimensões do fenômeno do aborto: a situação epidemiológica e a qualidade da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Envolve dois componentes: um estudo epidemiológico sobre a morbidade por aborto, suas complicações e severidade; e um estudo de avaliação da atenção ao aborto.

Estudo GravSus/Ne

O estudo envolveu uma pesquisa avaliativa¹ realizada por meio de entrevistas com gestores de três unidades ou equipe de direção de cada cidade, segundo critérios pré-estabelecidos: maior volume de atendimento, menor razão parto/aborto, existência de UTI, ensino de graduação ou pós-graduação e/ou serviço de aborto legal. Foi aplicado um instrumento com questões relativas à atenção ao aborto, abarcando planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão, aliado à observação participante em três hospitais selecionados de cada cidade, durante 2 semanas (típica e atípica).

Um estudo epidemiológico foi também realizado por meio de um inquérito em 19 hospitais da rede pública das três cidades onde foi desenvolvida a pesquisa ¹, entre agosto e dezembro de 2010, envolvendo 2804 mulheres, com 18 anos e mais, residentes nos municípios, internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da gravidade do quadro clínico apresentado e do tipo de aborto declarado (espontâneo ou provocado). Foram considerados inelegíveis os casos de aborto previsto em lei; os de gravidez ectópica e mola hidatiforme; e aborto resultante de outros produtos anormais da concepção.

As entrevistas foram realizadas face a face, com aplicação de questionário estruturado, por equipe treinada. Houve baixo percentual de perdas (5,8%) e recusas (2,7%). Adicionalmente, foram consultados os prontuários hospitalares das mulheres para exame de dados de interesse do estudo, relativos às condições de chegada das mulheres, à classificação do aborto e à morbidade pós aborto, também com pequena proporção de perdas (3%).

O questionário aplicado, composto por sete módulos, continha um total de 160 questões pré-codificadas sobre as seguintes dimensões: (A) Características socioeconômicas e demográficas da mulher; (B) Decisão de buscar o cuidado e fatores que facilitaram ou

dificultaram o acesso; (C) Contexto da gravidez/aborto; (D) Antecedentes reprodutivos; (E) Cuidados e utilização de serviços de saúde; (F) Qualidade da atenção na perspectiva das usuárias; (G) Módulo de encerramento. Em se tratando de uma temática considerada delicada e sensível, foi adotado, ao final da entrevista, o Método da Urna e adotado este método para avaliar a subdeclaração de aborto provocado, solicitando-se à entrevistada que preenchesse uma cédula, contendo duas questões: “Qual é sua idade?” e “Este aborto foi provocado ou espontâneo?” A cédula era então depositada em urna trancada, cedida pelo Tribunal Regional Eleitoral.

Ainda foi aplicada uma escala numérica para classificação da intensidade da dor que variava de (grau 0) ausência de dor, aumentando gradativamente até a pior dor (grau 10), em diferentes momentos do percurso abortivo das mulheres: sintomas iniciais que motivaram a busca de cuidados e após a realização do procedimento de esvaziamento uterino.

Os dados provenientes dos questionários e prontuários das usuárias foram digitados, utilizando-se o software EPI INFO for Windows. A digitação de 10% dos questionários foi refeita para avaliação da proporção de erros na entrada de dados. A limpeza do banco de dados de questionários de usuárias foi procedida com análise da distribuição de frequências e consistência das variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão). A descrição dos procedimentos metodológicos e operacionais da pesquisa encontra-se detalhada em documento específico (relatório GravSus) e em artigos científicos já publicados (AQUINO et al., 2014; AQUINO et al.2012). O estudo envolveu uma pesquisa avaliativa¹ realizada por meio de entrevistas com gestores de três unidades ou equipe de direção de cada cidade, segundo critérios pré-estabelecidos: maior volume de atendimento, menor razão parto/aborto, existência de UTI, ensino de graduação ou pós-graduação e/ou serviço de aborto legal. Foi aplicado um instrumento com questões relativas à atenção ao aborto, abarcando planta física, recursos materiais, recursos humanos, materiais de consumo, educação em saúde e ferramentas de gestão, aliado à observação participante em três hospitais selecionados de cada cidade, durante 2 semanas (típica e atípica).

Um estudo epidemiológico foi também realizado por meio de um inquérito em 19 hospitais da rede pública das três cidades onde foi desenvolvida a pesquisa ¹, entre agosto e dezembro de 2010, envolvendo 2804 mulheres, com 18 anos e mais, residentes nos municípios, internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da gravidade do quadro clínico apresentado e do tipo de aborto declarado

(espontâneo ou provocado). Foram considerados inelegíveis os casos de aborto previsto em lei; os de gravidez ectópica e mola hidatiforme; e aborto resultante de outros produtos anormais da concepção.

As entrevistas foram realizadas face a face, com aplicação de questionário estruturado, por equipe treinada. Houve baixo percentual de perdas (5,8%) e recusas (2,7%). Adicionalmente, foram consultados os prontuários hospitalares das mulheres para exame de dados de interesse do estudo, relativos às condições de chegada das mulheres, à classificação do aborto e à morbidade pós aborto, também com pequena proporção de perdas (3%).

O questionário aplicado, composto por sete módulos, continha um total de 160 questões pré-codificadas sobre as seguintes dimensões: (A) Características socioeconômicas e demográficas da mulher; (B) Decisão de buscar o cuidado e fatores que facilitaram ou dificultaram o acesso; (C) Contexto da gravidez/aborto; (D) Antecedentes reprodutivos; (E) Cuidados e utilização de serviços de saúde; (F) Qualidade da atenção na perspectiva das usuárias; (G) Módulo de encerramento. Em se tratando de uma temática considerada delicada e sensível, foi adotado, ao final da entrevista, o Método da Urna e adotado este método para avaliar a subdeclaração de aborto provocado, solicitando-se à entrevistada que preenchesse uma cédula, contendo duas questões: “Qual é sua idade?” e “Este aborto foi provocado ou espontâneo?” A cédula era então depositada em urna trancada, cedida pelo Tribunal Regional Eleitoral.

Ainda foi aplicada uma escala numérica para classificação da intensidade da dor que variava de (grau 0) ausência de dor, aumentando gradativamente até a pior dor (grau 10), em diferentes momentos do percurso abortivo das mulheres: sintomas iniciais que motivaram a busca de cuidados e após a realização do procedimento de esvaziamento uterino.

Os dados provenientes dos questionários e prontuários das usuárias foram digitados, utilizando-se o software EPI INFO for Windows. A digitação de 10% dos questionários foi refeita para avaliação da proporção de erros na entrada de dados. A limpeza do banco de dados de questionários de usuárias foi procedida com análise da distribuição de frequências e consistência das variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão). A descrição dos procedimentos metodológicos e operacionais da pesquisa encontra-se detalhada em documento específico (relatório GravSus) e em artigos científicos já publicados (AQUINO et al., 2014; AQUINO et al.2012).

Para o presente trabalho foram utilizados os dados do inquérito realizado nas maternidades públicas das três cidades. Foram excluídas das análises as mulheres que se classificaram como indígenas e de origem asiáticas. Estas representaram apenas 5,31% da amostra, tendo optado por não mantê-las em um único grupo, pelas distinções entre ambas.

5 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo multicêntrico, a pesquisa GravSus. Ne foi submetida aos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão), sendo aprovada por estas instâncias (Resolução 346/05 - CONEP/CNS).

O estudo garantiu a participação voluntária das mulheres entrevistadas por meio de leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A opção pelo Termo de Consentimento oral justificou-se não só em função da proteção das entrevistadas, mas apresentou uma vantagem adicional ao favorecer a abordagem de mulheres, com diferentes graus de escolaridade, em ambiente hospitalar, propiciando a interação com entrevistadoras, ao se lidar com um tema sensível. Nos termos do documento foram tomados cuidados no sentido de não explicitar a prática de interrupção voluntária da gravidez de modo a proteger as participantes.

As entrevistas foram feitas por mulheres de profissões com sigilo garantido – enfermeiras, psicólogas e assistentes sociais – treinadas para a atividade, em local que garantiu a privacidade das entrevistadas.

Todas as entrevistadoras e demais integrantes da equipe de pesquisa assinaram Termo de Responsabilidade, declarando não só compromisso de sigilo, mas outros aspectos relativos a condutas e atitudes requeridas no trabalho de campo. Todos os cuidados foram tomados no sentido de assegurar o respeito às hierarquias institucionais e à organização do trabalho assistencial, bem como aos compromissos éticos assumidos.

As entrevistas ocorreram após a alta hospitalar das mulheres, estando estas já em boas condições de saúde, no momento em que aguardavam procedimentos burocráticos para saída do hospital.

A participação das entrevistadas foi voluntária, tendo sido assegurado o sigilo e a confidencialidade das informações.

6 RESULTADOS

Os resultados da presente tese são apresentados sob a forma de três artigos seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva:

Artigo 01- Intersecções de raça e gênero no contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro;

Artigo 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais das mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto;

Artigo 03 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro pelas mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil.

6.1 ARTIGO 01 - Intersecções de raça e gênero no contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro

INTRODUÇÃO

É sob a égide dos direitos reprodutivos que as mulheres asseguram a livre decisão de ter filhos ou não, com o acesso à informação e aos meios para decidir, e principalmente o direito de *gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva, livre de discriminações, coerções ou violência* (UNFPA, 2009; p.19). Contudo, em uma sociedade estruturada por desigualdades, como a brasileira, o pleno gozo da saúde reprodutiva e dos seus direitos torna-se limitado e fragilizado.

As análises sobre eventos da vida reprodutiva de mulheres brasileiras mostram que as desigualdades de gênero articulam-se às de raça e classe, determinando que as mulheres negras, de baixa renda e baixa escolaridade iniciem a vida sexual mais cedo quando comparadas às brancas, tenham menos relações afetivas estáveis e tenham acesso a uma menor amplitude de métodos contraceptivos (PAIXÃO et al., 2011; BRASIL, 2008; PERPÉTUO, 2000). Sabe-se que o tipo de relação afetivo-sexual influencia a escolha e a decisão sobre o uso de contraceptivos e o tipo de método, desde quem é a/o parceiro/a, o contexto da relação e o momento da vida em que se encontram (MACHADO, 2009; HEILBORN; BOZON, 2009).

Por outro lado, há barreiras de acesso aos serviços de planejamento reprodutivo, uma vez que o atendimento é direcionado para o pré-natal e o pós-parto, ficando em último plano as ações dirigidas àquelas que não pariram, não desejam parir ou têm dificuldade de engravidar. Isto não propicia o planejamento reprodutivo, desde o início da trajetória sexual, de modo a diminuir o risco de uma gravidez não prevista (HEILBORN et al., 2009).

Nos Estados Unidos, estudos nacionais e regionais evidenciam em que medida o acesso e o uso efetivo da contracepção estão associados a gravidezes não pretendidas, já que o risco de ocorrência é maior entre as que não usam qualquer método contraceptivo, com destaque para as mulheres negras e latinas (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; COHEN, 2008).

A gravidez não prevista é um dos fatores que levam à decisão pelo aborto (COHEN, 2008; PRIETSCH et al., 2011), seja nos Estados Unidos ou no Brasil. No entanto, por ser ilegal no Brasil, as mulheres o realizam clandestinamente e, em sua maioria, de forma insegura, ocorrendo principalmente entre as negras, jovens, pobres e moradoras de regiões

periféricas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2012; MENEZES; AQUINO, 2009).

O cenário do aborto é marcado por dinâmicas sociais atravessadas por raça, gênero, classe e geração, que interagem entre si, em uma dimensão interseccional, e impactam o exercício dos direitos, a liberdade de escolha e a autonomia nos eventos da saúde reprodutiva das mulheres. O racismo, o sexismo e outras opressões correlatas ocorrem de forma simultânea e sincrônica, não sendo possível separá-los ao longo da experiência concreta das mulheres (CRENSHAW, 2002; WERNECK, 2005). O racismo é considerado uma ideologia que estrutura relações sociais e atribui a superioridade de uma raça sobre as demais (IANNI, 2004), a sua manifestação nas relações interpessoais e institucionais prejudicam a saúde das mulheres negras e assim como o exercício dos direitos reprodutivos.

Na literatura internacional, principalmente aquela oriunda dos Estados Unidos da América, a raça é vista como um importante preditor e deve ser considerado nos estudos sobre aborto, dado que sua interação com outros marcadores sociais irá conformar, de forma distinta, o acesso das mulheres negras aos métodos contraceptivos, bem como o processo decisório pelo aborto (HARRIS; WEITZ, 2013; PRICE, 2011; COHEN, 2008; DEHLENDORF; JAGANNATHAN, 2001). Todavia, no Brasil, as pesquisas sobre o tema secundarizam as experiências das mulheres negras e os efeitos do racismo, limitando-se a apresentar a variável raça/cor como uma característica sociodemográfica (BRASIL, 2009; DINIZ et al., 2009; MENEZES; AQUINO, 2009).

O presente estudo se propôs a preencher esta lacuna, ao analisar o contexto reprodutivo e do aborto de mulheres do Nordeste brasileiro, a partir de uma perspectiva interseccional de raça e gênero.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um inquérito de usuárias que integra uma pesquisa mais ampla, o GravSus/NE, um estudo multicêntrico realizado em três capitais do Nordeste brasileiro: Salvador, Recife e São Luís, cujos aspectos metodológicos encontram-se publicados (AQUINO et al., 2014).

Foi realizado um censo em 19 hospitais da rede pública das três cidades, entre agosto e dezembro de 2010 alcançando todas as 2.804 mulheres, com 18 anos e mais, residentes nesses municípios, que haviam sido internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da gravidade do quadro clínico apresentado e do tipo de aborto

(espontâneo ou provocado). Foram considerados inelegíveis os casos de aborto previsto em lei; de gravidez ectópica e mola hidatiforme; e o aborto resultante de outros produtos anormais da concepção.

Os dados foram obtidos pela aplicação de questionário estruturado, em entrevistas face a face, por mulheres profissionais de saúde protegidas pelo sigilo profissional e treinadas para este fim. As entrevistas foram realizadas nos períodos da manhã e da tarde, nos sete dias da semana, inclusive feriados, após as mulheres receberam alta hospitalar. Registraram-se 5,8% de perdas e 2,7% de recusas.

A informação sobre raça/cor foi obtida por meio da pergunta “*Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor da pele ou raça?*” e as respostas alternativas eram branca, preta, amarela, parda e indígena considerando a classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2016).

Para o presente trabalho foram selecionadas as mulheres que se autodeclararam brancas, pardas e pretas, sendo excluídas das análises as indígenas e de origem asiática, em razão de seu pequeno número (5,3% do total) e por apresentarem distinções importantes, que dificultariam agregá-las em qualquer outro grupo.

As variáveis foram agrupadas em: *características sociodemográficas; contexto conjugal e familiar; contexto reprodutivo; atitudes diante da gravidez atual; contexto da gravidez e do aborto*. A informação sobre tipo de parceria foi produzida a partir da pergunta “*Atualmente você está casada ou tem um relacionamento com alguém?*” com as seguintes alternativas de resposta única e estimulada: “Atualmente casada”, “Vive / mora junto”, “Tem um companheiro, mas não vive na mesma casa”, “Tem um namorado/parceiro”, “Não tem namorado fixo” e “Não tem ninguém”.

Como medida de autonomia, foi indagado “*Quem decide o que fazer com o dinheiro que você ganha?*” tendo como alternativas de resposta única e estimulada: “Você”, “Marido / companheiro / parceiro”, “Ambos”, “Outro parente”, “Você e outro parente”, “Outra”.

Todas as análises foram conduzidas de modo comparativo entre pretas, pardas e brancas, com as diferenças entre proporções testadas quanto à significância estatística por meio do teste χ^2 de Pearson, ao nível de 5%.

Para processamento e análise dos dados foi utilizado do *software* STATA versão 13.0 para *Windows*.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão). O estudo garantiu a participação voluntária das mulheres entrevistadas, com

dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado exclusivamente pela entrevistadora. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, enquanto as mulheres aguardavam os procedimentos administrativos para saída do hospital. A todas as participantes foi facultado o direito de não responder qualquer questão, tendo sido assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas.

RESULTADOS

As 2640 mulheres entrevistadas eram 35,7% pretas, 53,3% pardas e 11,0% brancas. Em relação à faixa etária não houve diferenças estatisticamente significantes, sendo pouco mais de um terço de jovens entre 18 e 24 anos. No entanto, as pretas tinham menor nível de escolaridade, particularmente o ensino superior (5,9%). Quando questionadas sobre o trabalho atual e renda própria, as mulheres pretas apresentaram as maiores proporções (respectivamente, 64,0% e 78,2%). Foram elas também que mais relataram não ter religião (27,9%), em que pese à predominância de católicas e a alta proporção de protestantes e pentecostais nos três grupos (Tabela 1).

Mais da metade das mulheres estão casadas ou moram junto com o parceiro, com diferenças em nível limítrofe de significância estatística: as brancas com o maior percentual de coabitação com os parceiros (62,5%); e em contrapartida as pretas e pardas com maiores percentuais sem companheiro fixo (respectivamente, 11,5% e 11,7%) (Tabela 2). Não houve diferenças estatisticamente significantes quanto ao tempo de relacionamento, sendo mais de um terço delas engajadas em parceria de cinco anos ou mais. Constata-se uma tendência à homogamia racial, especialmente das pretas com parceiros pretos (55,6%) e das pardas com parceiros pardos (54,5%), mas as brancas se distribuem equitativamente nos três grupos de raça/cor do parceiro. Em geral, as mulheres se relacionam mais com homens de escolaridade média, mas as brancas estão mais envolvidas com homens de nível superior (13,6%) quando comparadas às pretas (6,3%) e pardas (8,6%); por outro lado, as pretas (34,6%) e as pardas (30,9%) relacionam-se um pouco mais do que as brancas (28,0%) com homens que têm apenas até o ensino fundamental. Uma em cada quatro mulheres é responsável pelo domicílio, mas cerca de $\frac{3}{4}$ delas decidem como usar a própria renda, sem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. As mulheres pretas (34,2%) estão entre as que mais relatam não ter filhos (Tabela 2).

São também as mulheres pretas que reportam menos gravidez anterior (35,1%), declaram mais aborto provocado (18,7%) e estão entre as que mais utilizam algum método

contraceptivo (60,9%), embora em relação a esta última variáveis as diferenças situem-se em nível limítrofe de significância estatística (Tabela 3).

Chama a atenção que mais de 40% de todas elas não estivessem em uso de contracepção por ocasião da gravidez que terminou em aborto. As que estavam evitando uma gestação optaram majoritariamente por métodos modernos, sendo pequena a proporção de uso de métodos tradicionais (Tabela 3). Quase 80% das mulheres conversaram com os parceiros sobre contracepção; estes na mesma proporção concordaram com o método escolhido, mesmo que na maioria das vezes a escolha tenha sido delas.

A maioria absoluta das mulheres conhece a contracepção de emergência e cerca de 40% já a usou, ainda que um pequeno percentual tenha recorrido a este método na gravidez atual. As diferenças entre os grupos situaram-se em nível limítrofe de significância estatística (Tabela 3).

Para aquelas que usavam métodos contraceptivos, os principais motivos “da falha” na gravidez atual foram: não ter usado a camisinha em todas as relações ou esta ter “estourado” (36,3%, das pretas, 42,2% das pardas e 41,4% brancas) e ter esquecido de tomar a pílula ou ter interrompido a cartela (23,1% das pretas, 21,6% das pardas e 18,6% das brancas) (dados não apresentados).

No que diz respeito às atitudes diante da gravidez que terminou em aborto, menos da metade afirmou ter ficado contente ou, pelo menos ter aceitado a gravidez, destacando-se nestas categorias de resposta as brancas (respectivamente, 40,0% e 11,4%). As pretas declararam mais ter pensado fazer um aborto ao saberem que estavam grávidas (17,7%) comparativamente às pardas (12,8%) e às brancas (10,7%). Cerca de 1/3 das mulheres declararam ter ficado confusas. Os parceiros das mulheres brancas demonstraram maior contentamento do que aqueles das pretas ou pardas (69,9% vs 58,1% e 61,8%, respectivamente); as reações dos parceiros dessas últimas tenderam a ser menos positivas e cerca de 5% deles sugeriram a realização de um aborto. Igualmente as famílias das mulheres brancas expressaram contentamento com mais frequência (56,6% vs 46,3% e 50,3% daquelas das pretas e pardas, respectivamente) (Tabela 4).

A maioria das entrevistadas declarou que não queria engravidar ou não pensava no assunto, e quando engravidaram 40% delas compartilharam a notícia com outras mulheres, em ambos os casos sem diferenças estatisticamente significantes entre os grupos de raça/cor (Tabela 5). No entanto, as diferenças aparecem quando se considera o momento em que isso ocorreu e as pretas (35,5%) contaram que estavam grávidas em estágio mais avançado de gestação (dois meses e mais) quando comparadas às pardas (30,0%) e brancas (29,2%). Da

mesma forma, as pretas declararam menos ter realizado o teste para confirmar a gravidez (54,1% vs 63,6% das pardas e 67,2% das brancas) (Tabela 5).

A interrupção da gravidez ocorreu mais tardiamente entre as pretas (15,4%), comparativamente às pardas (11,4%) e brancas (11,1%). Sobre a declaração do tipo de aborto, as mulheres de forma majoritária afirmaram ter sido espontâneo, porém quando se observa a informação sobre o aborto provocado, as mulheres pretas (31,1%) o declararam mais do que brancas (24,2%) e pardas (21,0%) (Tabela 5). Para aquelas que admitiram o aborto como provocado, o percentual do não uso de métodos contraceptivos chega a 24,9% entre as pretas, 18,1% para as pardas e 18,8% para as brancas (dados não apresentados). Os principais motivos na decisão pelo aborto foram: já ter o número de filhos que desejava ou não querer ter filhos (cerca de 30%) e não ter condições financeiras para ter um filho no momento (cerca de 1/5), sem diferenças significativas entre os grupos de raça/cor (dados não apresentados).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que são vários os fatores que mediam o exercício dos direitos reprodutivos e da saúde das mulheres que por consequência irão impactar diretamente a autonomia sobre a contracepção, a gravidez e a decisão pelo aborto.

Tratando-se de usuárias do SUS, na região Nordeste, seria possível esperar a existência de grande homogeneidade social e, de fato, as mulheres entrevistadas compartilham vários indicadores de desvantagem social. Contudo, são principalmente as pretas, mas também as pardas, que apresentam as piores condições em muitos aspectos da experiência reprodutiva e de saúde, como observado em pesquisas semelhantes sobre desigualdades raciais em saúde (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2016; GOES; NASCIMENTO, 2013; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; BATISTA; ESCUDER, 2005).

Tal como evidenciado em estudos anteriores (DINIZ, MEDEIROS. MADEIRO, 2017; BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009), o presente estudo mostra que a maioria das mulheres tem mais de 25 anos estão engajadas em relações estáveis, inclusive casadas ou morando com seus parceiros, ao contrário do senso comum que atribui a experiência do aborto às jovens e solteiras. Também chama a atenção que a maioria absoluta é composta por católicas, protestantes e evangélicas. Constata-se a homogamia racial, no entanto, a ocorrência de relacionamentos inter-raciais é maior do que na população geral, de acordo com o último Censo do IBGE (2010) que registra 70% dos casamentos no país entre pessoas de mesma raça/cor. Cabe assinalar a possibilidade de algum tipo de efeito de declaração, já que a

raça/cor das entrevistadas é autodeclarada e a dos parceiros é heteroclassificada também por elas; a classificação racial quando declarada por outra pessoa leva em consideração além da aparência física, características sociodemográficas que também poderão interferir nesta classificação (BASTOS et al., 2008).

Há evidências de que as mulheres apresentam dificuldades no uso contínuo dos contraceptivos: há um elevado percentual entre as que não usam qualquer método, ou o método utilizado “falhou”, o que resultou em uma gravidez não pretendida. A “falha” mais frequente ocorre na utilização da camisinha masculina, o que mostra, em certa medida, o baixo engajamento dos parceiros no planejamento reprodutivo.

Pesquisas nacionais têm mostrado em que pese o importante aumento da oferta de contracepção (VICTORA et al., 2011), as mulheres exercem seus direitos reprodutivos de forma restrita e conturbada, como resultado das dificuldades de acesso continuado aos serviços, do limitado espectro de métodos e de sua provisão irregular. Fatores socioeconômicos e culturais que influenciam a liberdade individual e a limitada autonomia nas relações afetivo-sexuais também têm impacto nas escolhas reprodutivas, sobretudo, em relações assimétricas de gênero, raça, classe e geração (DINIZ, 2013; PRIETSCH et al., 2011; HEILBORN et al., 2009; MACHADO, 2009; MOURA; SILVA; GALVÃO, 2007).

Em um contexto de desigualdades de gênero, a opção pela camisinha masculina como método de proteção, em uma relação estável, pode ser considerada uma forma de explicitar dúvidas em relação à fidelidade, tanto masculina como feminina; neste sentido, o uso deste método vai sendo abandonado quando as relações afetivo-sexuais vão se consolidando (DINIZ, 2013; HEILBORN; BOZON, 2009). Em uma pesquisa de âmbito nacional, as mulheres responderam que o motivo de não usar a camisinha nas relações sexuais está vinculado à confiança no parceiro com um suposto acordo de fidelidade (DINIZ, 2013). Essa relação assimétrica afeta a participação dos homens no planejamento reprodutivo do casal (SOUZAS; ALVARENGA, 2007).

Uma questão que merece ser discutida diz respeito ao fato de que as escolhas de parceiras e sua classificação pelos homens são estruturadas pelas relações raciais e, reproduzem estereótipos socialmente construídos, que orientam quem são as mulheres para ter relações sexuais eventuais, construírem um laço afetivo ou casar. Neste sentido, as mulheres negras fazem parte do imaginário da erotização e do sexo, sendo naturalizadas ou relegadas ao “mercado do sexo”, em contraposição às mulheres brancas que nesse mesmo imaginário, marcado por uma hierarquização racial e gênero, são pertencentes à “cultura do afetivo”, ao

“mercado matrimonial”, ou seja, preferíveis para o casamento e uma união estável (PACHECO, 2013; SOUZAS; ALVARENGA, 2007).

O presente estudo corrobora essas interpretações, ao evidenciar que são as mulheres pretas e pardas que estão menos engajadas em relacionamentos estáveis e que enfrentaram atitudes mais negativas dos parceiros em relação à gravidez, pois reportaram mais frequentemente como queriam que elas fizessem um aborto, não acreditaram na gestação, sumiram ou não ficaram sabendo da gravidez. A participação do parceiro é importante no processo de tomada de decisão na gravidez, no entanto as mulheres, muitas vezes, sobretudo em relações com vínculos não estabelecidos, preferem não revelar a gravidez e o possível aborto, por acreditarem que não receberão apoio emocional e/ou financeiro deles. Muitos parceiros por outro lado, ao saber da gravidez, sugerem o aborto ou simplesmente somem e deixam as mulheres seguirem sozinhas na decisão principalmente em relacionamentos não estáveis (HEILBORN et al., 2012; KALCKMANN; PINTO, 2010).

As relações raciais e o racismo modelam a decisão pelo aborto, tal como mostrou um estudo no Brasil, no qual homens brancos revelaram as dificuldades que os relacionamentos com mulheres negras trariam às suas vidas, principalmente quanto à vida familiar, levando-os, muitas vezes, a não assumir a relação e nem reconhecer o(s) filho(s) com elas (KALCKMANN; PINTO, 2010).

No contexto da gravidez e na decisão pelo aborto estão em jogo elementos para além de um processo individual, uma vez que são submetidos às contingências da relação com parceiros, com a rede familiar e com a rede social mais ampla, tratando-se de uma prática social negociada entre pares e enquadrada por circunstâncias sociais (HEILBORN et al., 2012). Para mulheres negras estadunidenses a decisão pelo aborto também tem relação com a publicização da gravidez, visto que grande parte delas precisa de outras pessoas para ajudar no processo de decisão, assegurando a autonomia, mas considerando necessário o apoio no momento de decidir (FINER et al., 2006).

As atitudes das famílias diante da gravidez também expressam desigualdades e discriminações, com as brancas relatando em maior proporção reações de contentamento e manifestações de apoio, enquanto, as pretas e pardas enfrentaram mais reações negativas e mesmo a sugestão de um aborto. A publicização da gravidez para familiares, parceiros e outras mulheres é uma importante etapa na tomada de decisão diante da gestação, pois esta rede social poderá assegurar às mulheres um espaço de confiança e cuidado diante da situação. Mas, isso não se estende a todas as entrevistadas no presente estudo, considerando que foram as pretas que compartilharam menos a notícia da gravidez e o fizeram mais tarde.

Os resultados de uma pesquisa em cinco capitais brasileiras convergem com esses achados ao revelar que são mulheres negras, de baixa escolaridade e jovens que mais passam pelo processo do abortamento, sozinhas, sem o auxílio ou apoio de uma amiga, familiar ou profissional da saúde (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

As mulheres pretas apresentaram ainda o menor percentual de realização do teste de confirmação da gravidez, foram aquelas em que a interrupção da gravidez ocorreu após 12 semanas e declararam mais aborto provocado. Pesquisas anteriores revelam que antes de realizar o teste para confirmar a gravidez, as mulheres utilizam chás, líquidos e ervas aguardando a menstruação, e só após o insucesso dessas medidas para “baixar as regras” procuram o teste com auxílio de um profissional de saúde (MENEZES, AQUINO, 2009). No entanto há uma concentração de mulheres negras com baixa escolaridade, para quem a confirmação da gravidez ocorre por meio de sinais corporais (DINIZ; MEDEIROS, 2012). A demora em realizar o teste de gravidez e o desconhecimento das mudanças corporais contribuem para o retardo na tomada de decisão pelo aborto, assim como para a procura do serviço de aborto. Nos EUA isso ocorre principalmente entre as mulheres adolescentes e sem gestação anterior. Entre a confirmação da gravidez, o anúncio da gestação, a decisão pelo aborto e a provisão para realizá-lo as mulheres retardam a efetivação do procedimento, o que o torna inseguro, à medida que aumenta o tempo da gestação (FINER et al., 2006)..

As mulheres pretas foram as que, proporcionalmente, mais evidenciaram a gravidez como não pretendida, uma vez que mais assumiram que não queriam engravidar, apresentaram maior percentual de uso de métodos contraceptivos, mais frequentemente pensaram em fazer um aborto e declararam o aborto como provocado na gravidez atual e em gestações anteriores. Estudos e inquéritos nacionais confirmam que gravidez não planejada/preendida é uma realidade nas trajetórias reprodutivas das mulheres, principalmente as negras, sendo estas mais expostas à realização do aborto clandestino e inseguro (PRIETSCH et al., 2011; BRASIL, 2009; PERPÉTUO, 2000). De forma semelhante, as afro-estadunidenses estão mais submetidas a uma gravidez não planejada, principalmente por conta da falta de acesso aos serviços de saúde reprodutiva e da baixa oferta de métodos contraceptivos, o que vai impactar nas altas taxas de aborto para estas mulheres, sendo quase cinco vezes mais quando comparadas às brancas (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; PRICE, 2011; COHEN, 2008). A decisão pelo aborto para as mulheres negras apresenta marcas históricas do racismo: quando engravidavam, estando escravizadas, muitas vezes, realizavam o aborto para que seu filho não sofresse a mesma sina (DAVIS, 2016; SOUZAS; ALVARENGA, 2007). Em tempos atuais, mas ainda em vivendo em situação adversa, as

mulheres negras e latinas, em grande medida, declaram realizar aborto por conta das condições precárias que as demovem de trazer novas vidas ao mundo (DAVIS, 2016; PRICE, 2011).

O presente estudo traz contribuições originais, ao mostrar que a vida reprodutiva das mulheres no Nordeste brasileiro é atravessada por dinâmicas relacionais, sociais e políticas, dentro de realidades singulares, dependendo do contexto de desigualdades a que estão submetidas e de qual o ponto interseccional são oprimidas e tornadas vulneráveis (GOES, 2016). Em última análise, uma vez que as mulheres negras experimentam o efeito do racismo e a intersecção com as opressões de gênero e outros marcadores sociais nos eventos reprodutivos e no acesso aos serviços de saúde reprodutiva, o pleno gozo dos direitos reprodutivos fica impossibilitado de ser exercido, visto que é indispensável um ambiente livre de opressão para praticá-lo. Espera-se que estudos futuros possam aprofundar as questões aqui levantadas, e investigar de que modo o racismo, o sexismo e outras opressões correlatas interagem e prejudicam a autonomia das mulheres negras no contexto reprodutivo e do aborto. É necessário que as reivindicações pelos direitos reprodutivos e pelo aborto legal e seguro considerem o racismo e suas manifestações, uma opressão estruturante que impede os avanços dos direitos humanos das mulheres negras.

REFERENCIAS

AQUINO, E. M. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 2005–2016, 2014.

BASTOS, J. L. et al. Diferenças socioeconômicas entre autoclassificação e heteroclassificação de cor/raça. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 324–334, abr. 2008.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L. Medindo desigualdade na saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista-BEPA**, p. 15–16, 2005.

BRASIL. **PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher: relatório**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2008.

BRASIL. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

COHEN, S. A. Abortion and women of color: The bigger picture. **Guttmacher Policy Review**, v. 11, p. 2–12, 2008.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Editora Boitempo, 2016.

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1772–1779, 2013.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

DINIZ, D. et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 939–942, abr. 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671–1681, jul. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

DINIZ, S. G. Direitos sexuais, direitos reprodutivos. In: **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

FINER, L. B. et al. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. **Contraception**, v. 74, n. 4, p. 334–344, out. 2006.

GOES, E. F. Editorial. **Cadernos Sisterhood**, v. 1, p. 6, maio 2016.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

HEILBORN, M. L. et al. Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s269–s278, 2009.

HEILBORN, M. L. et al. Gravidez imprevista e aborto no Rio de Janeiro, Brasil: gênero e geração nos processos decisórios. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 12, p. 224–257, dez. 2012.

HEILBORN, M. L.; BOZON, M. Iniciação à Sexualidade: Modos de Socialização de Gênero e Trajetórias Individuais. In: **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2009. p. 155–216.

IANNI, O. Dialética das relações raciais. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, p. 21–30, abr. 2004.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Nupcialidade, fecundidade e migração - Resultados da amostra**. Rio de Janeiro: [s.n.]. Disponível em: <<https://loja.ibge.gov.br/censo-demografico-2010-nupcialidade.html>>. Acesso em: 8 jan. 2018.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://loja.ibge.gov.br/pnad-2015-sintese-de-indicadores.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

JAGANNATHAN, R. Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary

evidence. **American journal of public health**, v. 91, n. 11, p. 1825–31, nov. 2001.

KALCKMANN, S.; PINTO, E. A. Aborto: livre escolha? **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 185–191, 2010.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, p. e00078816, 2017.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 39–46, dez. 2007.

MACHADO, P. M. Muitos pesos e muitas medidas: uma análise sobre masculinidade(s), decisões sexuais e reprodutivas. In: **Sexualidade, reprodução e saúde**. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2009. p. 534.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s193–s204, 2009.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M. DA; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961–970, abr. 2007.

PACHECO, A. C. L. **Mulher negra: Afetividade e solidão**. Salvador: EdUFBA, 2013.

PAIXÃO, M. et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil - 2009-2010**. Rio de Janeiro: Editora GARAMOND, 2011.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, p. 1–14, 2000.

PRICE, K. It's Not Just About Abortion: Incorporating Intersectionality in Research About Women of Color and Reproduction. **Women's Health Issues**, v. 21, n. 3, p. S55–S57, maio 2011.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1906–1916, 2011.

SOUZAS, R.; ALVARENGA, A. T. DE. Direitos sexuais, direitos reprodutivos: concepções de mulheres negras e brancas sobre liberdade. **Saude e Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 125–132, 2007.

UNFPA, F. DE P. DAS N. U. **Direitos reprodutivos no Brasil**. 3 Ed ed. Brasília: UNFPA, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9780, p. 1863–76, 28 maio 2011.

WERNECK, J. Algumas considerações sobre racismo, sexismo e a tecno-eugenia. “**Um Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento**”, p. 1–10, 2005.

Tabela 1 - Características sociodemográficas de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Faixa etária (anos)	942	1.407	291	
18-24	35,2	35,6	38,5	
25-29	28,1	28,0	28,2	0,587
30-34	20,5	19,8	18,9	
35 e mais	16,1	16,6	14,4	
Escolaridade	932	1.396	289	
Fundamental	36,4	33,2	33,6	
Médio	57,6	59,2	50,2	0,000
Superior	5,9	7,5	16,3	
Trabalha atualmente	942	1.404	290	
Sim	64,0	54,6	52,4	0,000
Não	36,0	45,4	47,6	
Renda própria*	939	1.398	289	
Sim	78,2	73,6	72,7	0,026
Não	21,8	26,4	27,3	
Religião à época	941	1.404	291	
Nenhuma	27,9	22,7	25,8	
Católica	37,2	43,7	44,0	
Protestante/Pentecostal	27,2	28,1	26,5	0,000
Espírita	1,5	2,2	2,4	
Candomblé	2,3	0,6	0,3	
Outras**	3,9	2,7	1,0	

*Salário (37,9%), rendimento próprio (20,4%), pensão (8,2%), benefício (1,8%), Bolsa Família (22,2%), aposentadoria e aluguel (2,9%); **Frequenta mais de uma religião.

Tabela 2 – Contexto conjugal e familiar de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Tipo de parceria	942	1.407	291	
Casada/Mora junto	54,6	56,3	62,5	
Parceria estável sem coabitação	34,0	32,0	30,2	0,084
Não tem companheiro fixo	11,5	11,7	7,2	
Tempo do relacionamento (anos)	914	1.350	286	
Até um	31,3	29,9	26,5	
Dois a quatro	29,9	28,6	28,3	0,281
Cinco e mais	37,9	40,2	44,8	
Raça/cor do parceiro	900	1.305	279	
Preta	55,6	25,4	34,4	
Parda	24,1	54,5	30,8	0,000
Branca	20,3	20,8	34,8	
Escolaridade do parceiro	796	1.210	264	
Superior	6,3	8,6	13,6	
Médio	59,2	60,5	58,3	0,002
Fundamental	34,6	30,9	28,0	
Responsável pelo domicílio	942	1.402	291	
A própria	24,6	25,1	23,4	
Parceiro	14,6	16,5	16,8	
Ambos	26,8	24,1	29,6	0,370
Familiares	33,9	34,0	30,3	
Quem decide sobre a própria renda	712	957	200	
A própria	76,0	78,4	78,7	
Parceiro	1,5	0,9	1,1	
Ambos	17,5	16,8	17,6	0,700
Outra situação	5,0	3,9	2,7	
Filhos	924	1.383	290	
Nenhum	34,2	28,8	32,8	
Um a dois filhos	52,3	57,5	51,0	0,035
Três e mais	13,5	13,7	16,2	

Tabela 3 - Contexto reprodutivo de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Gravidez anterior	937	1.407	291	
Sim	64,9	70,3	67,0	0,020
Não	35,1	29,7	33,0	
Aborto prévio	934	1.397	291	
Espontâneo	17,1	20,3	18,6	0,035
Provocado	18,7	14,8	14,4	
Nenhum	64,1	65,0	67,0	
Uso de método contraceptivo	936	1.403	290	
Sim	60,9	56,9	55,2	0,087
Não	39,1	43,1	44,8	
Tipo de método	888	1.351	282	
Moderno*	53,2	49,7	48,6	0,462
Tradicional**	5,6	5,6	5,3	
Nenhum método	41,2	44,8	46,1	
Conversou com o parceiro sobre o uso do método	847	1.269	275	
Sim	79,6	79,1	77,4	0,754
Não	20,4	20,9	22,6	
Escolha do método	543	765	152	
Pela própria	58,4	52,8	56,6	0,117
Pelo parceiro	8,5	10,5	6,6	
Ambos	18,4	23,1	25,7	
Pela (o) médica (o)	14,7	13,6	11,2	
Opinião do parceiro sobre a escolha do método	822	1.231	272	
Concorda	80,4	83,1	82,7	0,640
Discorda	16,2	14,1	14,3	
Indiferente	3,4	2,8	2,9	
Uso da contracepção de emergência	939	1.399	290	
Nunca ouviu falar	7,1	6,6	9,0	0,073
Já ouviu, mas não sabe o que é	9,6	8,3	6,9	
Conhece, mas nunca usou	43,3	42,0	38,6	
Conhece e já usou mas não desta vez	33,2	33,0	37,2	
Usou na gravidez atual	6,7	10,1	8,3	

Nota: *pílula, injeções, DIU, preservativo feminino e masculino; **Coito interrompido, tabela/abstinência periódica

Tabela 4 – Atitudes diante da gravidez atual de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Atitude própria sobre a gravidez	937	1.402	290	
Ficou contente	30,0	32,7	40,0	
Aceitou a gravidez	12,7	12,8	11,4	
Pensou em fazer um aborto	17,7	12,8	10,7	0,002
Ficou confusa	32,6	32,2	30,0	
Não sabia que estava grávida	7,0	9,4	7,9	
Atitude do parceiro	840	1.237	256	
Ficou contente	58,1	61,8	69,9	
Não ligou/Nem ficou contente	25,9	22,7	20,3	0,029
Queria que fizesse um aborto	5,6	5,5	4,3	
Não acreditou/Sumiu/Não soube	10,5	10,0	5,5	
Como ficou a relação após a gravidez	906	1.325	276	
Não mudou nada	46,4	47,1	51,1	
Uniu o casal	34,9	36,3	36,6	0,151
Separou/Não fixo	18,8	16,6	12,3	
Atitude da família diante da gravidez	923	1.356	279	
Ficaram contentes/Afirmaram que ajudariam	46,3	50,3	56,6	
Não aceitaram/Sugeriram aborto	14,7	14,9	9,7	0,014
Indiferente/Não ficaram sabendo	39,0	34,8	33,7	

Tabela 5 - Contexto da gravidez e do aborto de mulheres em situação de abortamento, usuárias internadas em maternidades públicas, segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Intenção previa quanto à gravidez	940	1.395	289	
Estava tentando engravidar	18,0	18,4	22,8	
Queria mais tarde	19,8	20,2	22,2	0,099
Não queria engravidar	25,8	24,6	17,6	
Não pensava no assunto	36,4	36,8	37,4	
Teste para a confirmação da gravidez	739	1.120	244	
Sim	54,1	63,6	67,2	0,000
Não	45,9	36,4	32,8	
Publicização da gravidez	935	1.403	290	
Parceiro	13,5	12,5	14,8	
Outras mulheres	44,5	49,7	43,1	0,034
Pessoa próxima	23,7	21,4	28,3	
Ninguém	18,3	16,4	13,8	
Tempo de publicização da gravidez	884	1.319	274	
Um mês e menos	59,4	62,6	67,5	0,002
Dois meses e mais	35,5	30,0	29,2	
Não lembra	5,1	7,4	3,3	
Tempo da gravidez quando ocorreu o aborto	892	1.312	273	
Até 12 semanas	84,6	88,9	88,6	0,009
13 semanas e mais	15,4	11,1	11,4	
Tipo de aborto declarado	934	1.394	286	
Espontâneo	68,9	75,8	79,0	0,000
Provocado	31,1	24,2	21,0	

6.2 ARTIGO 02 - Vulnerabilidades e racismo: barreiras individuais das mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto

INTRODUÇÃO

As desigualdades no Brasil se refletem na busca por atenção pelas mulheres em situação de abortamento, as quais percorrem caminhos afetados por barreiras individuais, sociais e estruturais, expondo-as a situações de vulnerabilidades (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; HEILBORN et al., 2012; MENEZES; AQUINO, 2009).

Segundo Ayres (2003, pag. 125) a vulnerabilidade diz respeito a *um conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados*. Entre os aspectos de vulnerabilidade o autor destaca a pobreza, a exclusão de base racial, as relações de gênero e as questões geracionais (AYRES, 2002).

Para a população negra no Brasil, as vulnerabilidades estão estruturalmente vinculadas ao racismo, que atua na sua produção, determinando piores indicadores sociais e de saúde, configurando um cenário de iniquidades (WERNECK, 2016; TAQUETTE; MEIRELLES, 2013). As mulheres negras são as mais vulneráveis nessa sociedade, já que experimentam desigualdades de raça, gênero e classe, quando comparadas às mulheres brancas e aos homens negros e brancos. São elas que apresentam desvantagens de escolaridade e renda, vivem em condições de moradia mais precária, e ao mesmo tempo, têm mais filhos, menos parceiros fixos e são mais frequentemente as principais responsáveis pela família (GOES; NASCIMENTO, 2013; PAIXÃO et al., 2011; TAQUETTE, 2010; LOPES, 2005). Sua extrema vulnerabilidade social certamente tem impactos sobre a saúde e o acesso aos serviços.

Estudos nacionais sobre a utilização de serviços de saúde sexual e reprodutiva evidenciam que são as negras aquelas mais expostas a barreiras individuais e institucionais de acesso aos cuidados, desde a iniciativa de procura pelo serviço até o momento do atendimento (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). Uma das consequências deste tipo de vulnerabilidade é a menor capacidade de exercer o planejamento reprodutivo e evitar gravidezes não desejadas. As mulheres negras têm acesso mais restrito aos métodos contraceptivos e a maior parcela delas utiliza menor amplitude do *mix* anticoncepcional (PERPÉTUO, 2000).

Quando uma gravidez não pretendida acontece, a ilegalidade do aborto não coíbe sua prática, mas acentua as desigualdades sociais. As mulheres que não têm condições para realizar o aborto em clínicas e consultórios privados (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016) recorrem ao uso de misoprostol, obtido em um circuito clandestino e ilegal, e ao início do sangramento, buscam assistência hospitalar pública para completar o esvaziamento uterino e tratar complicações (DINIZ; CASTRO, 2011). Um estudo sobre itinerários e métodos abortivos, realizado em cinco capitais brasileiras, descreve as características mais comuns das mulheres que fazem um primeiro aborto: têm idade até 19 anos, são negras e com filhos. O método mais utilizado para interrupção da gravidez combina chás com Cytotec®, e em alguns casos, a finalização do aborto ocorre em um hospital no dia seguinte (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

As pesquisas nacionais são convergentes ao mostrar que as mulheres mais vulneráveis à interrupção de uma gravidez de modo inseguro são negras, jovens, solteiras, com filhos, de baixa escolaridade e renda (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2012; BRASIL, 2009; MENEZES; AQUINO, 2009; ADESSE; LEVIN; MONTEIRO, 2008).

Mesmo em países onde a prática é legal, a exemplo dos Estados Unidos da América, as mulheres enfrentam obstáculos pessoais na busca pelo serviço, pois precisam assegurar recursos financeiros e arranjos para transporte, já que muitas vezes os serviços são distantes. São estas barreiras que se apresentam de forma mais contundente nas pesquisas estadunidenses, sobretudo para mulheres negras jovens, de baixa renda e da zona rural (LINCE-DEROUCHE et al., 2017; MARGO et al., 2016; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; HARRIS; GROSSMAN, 2011). Também mulheres negras sul-africanas, vivendo com HIV, de baixo status socioeconômico e de regiões distantes do centro da cidade estão desproporcionalmente mais vulneráveis à realização do aborto inseguro, pois essas barreiras fazem com que o acesso ao serviço de aborto legal torne-se restrito (MOSLEY et al., 2017).

A literatura sobre acesso e utilização de serviços de saúde enfatiza que seu uso efetivo e oportuno resulta de fatores que antecedem e determinam a busca pelo cuidado e a entrada no sistema, os quais incluem características dos indivíduos, sejam elas sociais, econômicas, culturais e psicológicas (TRAVASSOS, MARTINS, 2004).

No Brasil, ainda se desconhece em que medida a maior vulnerabilidade social das mulheres negras se traduz em barreiras individuais de acesso à atenção pós-aborto. O presente estudo pretendeu preencher esta lacuna e identificar as barreiras individuais das mulheres na busca do primeiro atendimento por cuidado pós-aborto, adotando uma perspectiva racial. Teve ainda como objetivo testar a hipótese de sua associação com raça/cor.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de corte transversal, se insere na pesquisa GravSus/NE, estudo multicêntrico realizado em três capitais do Nordeste brasileiro: Salvador, Recife e São Luís, cujos aspectos metodológicos encontram-se publicados (AQUINO et al., 2014).

Sinteticamente, foi realizado um censo em 19 hospitais da rede pública das três cidades, entre agosto e dezembro de 2010 alcançando todas as 2804 mulheres, com 18 anos e mais, residentes nesses municípios, que haviam sido internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da gravidade do quadro clínico apresentado e do tipo de aborto (espontâneo ou provocado). Foram considerados inelegíveis os casos de aborto previsto em lei; de gravidez ectópica e mola hidatiforme; e o aborto resultante de outros produtos anormais da concepção.

Os dados foram produzidos pela aplicação de questionário estruturado, por meio de entrevistas face a face realizadas por profissionais de saúde de nível superior, nos períodos da manhã e da tarde, nos sete dias da semana, inclusive feriados, após as mulheres receberam alta hospitalar. Houve 5,8% de perdas e 2,7% de recusas.

A informação sobre raça/cor foi obtida da pergunta “*Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor da pele ou raça?*” e as respostas alternativas eram branca, preta, amarela, parda e indígena, considerando a classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Para a presente análise, foram analisadas as mulheres que se autodeclararam brancas, pardas e pretas, sendo excluídas as indígenas e as de origem asiática, pelo seu pequeno número (5,3% do total) e por apresentarem distinções importantes, que dificultariam agregá-las em qualquer outro grupo.

As informações sobre *barreiras individuais na busca do primeiro atendimento* foram obtidas a partir do quesito: “*Teve alguma dificuldade para procurar este primeiro atendimento de saúde?*”, com as seguintes alternativas de respostas múltiplas e estimuladas: “não tinha dinheiro para o transporte”; “não tinha com quem deixar os filhos”; “não tinha quem a acompanhasse”; “não podia faltar ao trabalho”; “teve medo de ser maltratada ou humilhada no serviço de saúde”; “não sabia que atendimento procurar”; “não teve dificuldades”. Na análise, o construto foi dicotomizado em “sim”, quando houve pelo menos uma resposta positiva às alternativas de dificuldades, e “não” se a entrevistada respondeu que “não teve dificuldades”.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva das variáveis segundo raça/cor, com as diferenças entre proporções sendo testadas quanto à significância estatística por meio do teste χ^2 de Pearson, ao nível de 5%.

As variáveis foram definidas em dois grupos: *características sociodemográficas e do aborto* (faixa etária, escolaridade, trabalho profissional, renda própria, responsável pelo domicílio, pertencimento religioso atual, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez quando ocorreu o aborto, tipo de aborto declarado) e *busca de cuidados para o primeiro atendimento* (intensidade da dor referida na busca do primeiro cuidado, sintoma que motivou o primeiro atendimento, pedido de ajuda a terceiros ao surgimento dos primeiros sintomas, primeiro atendimento de saúde procurado, número de serviços procurados antes da internação, atendimento em todos os serviços que procurou).

O sintoma que motivou a busca inicial de cuidados foi identificado pela pergunta “Qual o principal sintoma que fez você procurar o primeiro atendimento?” com as seguintes respostas estimuladas: “dor abdominal”, “sangramento”, “febre alta”, “corrimento vaginal com mau cheiro ou pus”, “não teve sintomas, mas o ultrassom revelou que o feto estava morto”. Foi utilizada uma escala numérica para classificação da intensidade da dor (MCDOWELL, 2006), eventualmente sentida, cujos resultados por categorizados em “sem dor” (0), “leve/moderada” (1 a 6) e “intensa” (7 a 10).

Posteriormente, estimou-se a magnitude da associação através do cálculo da *odds ratio* (OR) e os respectivos intervalos de confiança a 95%, entre raça/cor e “dificuldades pessoais na busca do primeiro atendimento”, segundo estratos específicos para identificar potenciais confundidores ou modificadoras de efeito (faixa etária, escolaridade, trabalho profissional atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado). A seleção de variáveis foi efetuada com base na literatura científica sobre o tema.

Na análise de regressão logística se considerou “*não teve barreiras individuais na busca do primeiro atendimento*” como categoria de referência da variável dependente. As variáveis selecionadas para entrada no modelo foram aquelas que na etapa da estratificação mostraram-se associadas às barreiras individuais, em nível de significância estatística $\leq 0,10$. As variáveis foram inseridas no modelo simultaneamente, seguindo o método *Backward*, e retiradas as que não se mostraram estatisticamente significante (p-valor $> 0,05$). No modelo final permaneceram as variáveis com significância estatística.

Para processamento e análise dos dados foi utilizado do *software* STATA versão 13.0 para *Windows*.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão). O estudo garantiu a participação voluntária das mulheres entrevistadas, com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado exclusivamente pela entrevistadora. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, enquanto as mulheres aguardavam os procedimentos administrativos para saída do hospital. A todas as participantes foi facultado o direito de não responder qualquer questão, tendo sido assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas.

RESULTADOS

Das 2640 mulheres entrevistadas 35,7% eram pretas, 53,3% pardas e 11,0% brancas. Não houve distinção entre os grupos quanto à distribuição etária, sendo cerca de um terço delas composto por adultas jovens (entre 18 e 24 anos) (Tabela 1). Comparadas às mulheres brancas, as pretas tinham menor nível de escolaridade, particularmente ensino superior (5,9%); as pardas se situaram em posição intermediária, embora mais próximas das pretas, quanto à menor proporção de escolaridade superior (7,5%). As mulheres pretas estavam mais inseridas no mercado de trabalho (64,0% vs pouco mais da metade das pardas e brancas). A absoluta maioria das mulheres declarou ter renda própria, mas a proporção foi mais alta entre as pretas (78,2%). Cerca de três quartos das entrevistadas era responsável pelo domicílio, sem diferenças estatisticamente significantes segundo raça/cor. Também não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos raciais quanto ao tipo de parceria afetiva, sendo que uma minoria referiu não ter um parceiro estável, mas as mulheres pretas relataram menos ter filhos, enquanto as pardas tiveram a maior proporção. O aborto espontâneo foi declarado de forma majoritária pelas mulheres, porém as mulheres pretas (31,1%) declararam mais ter interrompido a gestação do que pardas (24,2%) e brancas (21,0%). Foi entre as pretas que a interrupção da gravidez ocorreu mais tardiamente (15,4% vs 11,1% entre pardas e 11,4% entre brancas) (Tabela 1).

O principal sintoma para a busca de cuidados foi o sangramento e não houve diferenças estatisticamente significantes segundo raça/cor, bem como para a intensidade da dor e para o pedido de ajuda a terceiros para a busca de cuidados (Tabela 2). Além do próprio parceiro, a maioria das mulheres contou com a ajuda de outras mulheres. Quanto ao primeiro serviço de saúde procurado, mais de 70% das mulheres foram prioritariamente ao hospital público. Chama a atenção o fato de que 12,4% das brancas procuraram um hospital, clínica ou

consultório privado (vs 8,4% das pretas e 10,6% das pardas), e que 10,1% das pretas procuraram primeiro outros tipos de solução, como farmácia, automedicação ou remédio caseiro (vs 7,6% das pardas e 4,8% das brancas). Antes da internação no hospital onde foram entrevistadas, 71,4% das brancas e 66,3% das pardas procuraram pelo menos outro serviço para atendimento e a maioria delas (respectivamente, 53,7% e 56,7%) conseguiu atendimento em todos os serviços procurados. As pretas em maior proporção (42,4%) buscaram diretamente o hospital onde realizaram o procedimento de esvaziamento uterino (Tabela 2).

Sobre as barreiras individuais enfrentadas na procura do primeiro atendimento, entre as pretas constatou-se o maior percentual de relato (32,0% vs 28,0% entre pardas e 20,3% entre brancas) (Tabela 3).

O medo de ser maltratada foi a principal barreira relatada por todas, mas houve um gradiente segundo raça/cor e a proporção entre as pretas (13,0%) foi mais que o dobro maior do que entre as brancas (5,9%). O fato de não ter dinheiro para o transporte foi três vezes mais frequente entre as pretas quando comparadas às brancas. As demais dificuldades registradas não apresentaram diferenças estatisticamente significantes, com destaque para não ter companhia e não ter com quem deixar os filhos (Figura 1).

Na análise estratificada, constatou-se a associação entre barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento e ter-se declarado preta ou parda, a qual foi acentuada entre as mulheres de 25 anos e mais, sendo a idade, portanto, uma variável modificadora de efeito (Tabela 3). Escolaridade, trabalho profissional atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado apresentaram-se como potenciais confundidoras e foram, portanto, incorporadas para ajuste no modelo de análise simultânea pela regressão logística.

Nessa etapa, controlando-se a idade, confirmou-se a associação entre ser de raça/cor preta e parda e enfrentar mais barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento, mesmo após ajustar por todas as variáveis selecionadas por critérios estatísticos, somente para as mulheres de 25 anos e mais, dentre as quais a magnitude da associação aumentou consideravelmente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados evidenciam como as mulheres pretas e pardas adultas, a partir dos 25 anos, estão em situação de vulnerabilidade na busca pelo primeiro atendimento pós-aborto. Estudos anteriores sobre procura e acesso destas mulheres a outros tipos de

serviços de saúde mostram situações equivalentes (GOES; NASCIMENTO, 2013; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Na busca pelo primeiro atendimento, as mulheres do presente estudo em grande parte recorrem ao hospital público, no entanto o segundo recurso mais procurado entre as pretas foram farmácia, automedicação e remédio caseiro. Ao mesmo tempo, são estas mulheres que peregrinam menos a procura de serviços e vão diretamente ao hospital para a finalização do aborto; elas que, ao que tudo indica, estão expostas a um quadro de maior gravidade, já que são as que apresentam mais sintomas infecciosos e maior tempo de gestação quando acontece o aborto.

As desigualdades de gênero, raça e classe determinam as disparidades em saúde, restringindo a população negra ao acesso de bens e serviços. As mulheres pretas deste estudo, embora menos escolarizadas, estão mais inseridas no mercado de trabalho e mais frequentemente têm renda própria. Um dos limites deste estudo é a falta de informação válida sobre renda familiar, já que houve uma proporção alta de entrevistadas que não soube responder. Porém, *não ter dinheiro de transporte* constituiu a segunda mais importante barreira na busca pelo cuidado e foi mais relevante para pretas e pardas. Estudos internacionais, com destaque para os Estados Unidos da América e África do Sul, evidenciam situação semelhante para as mulheres negras na busca pelo serviço de aborto legal; a logística do transporte e o recurso financeiro para o deslocamento e realização do procedimento são fatores que limitam o acesso (LINCE-DEROUCHE et al., 2017; MOSLEY et al., 2017; MARGO et al., 2016; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; HARRIS; GROSSMAN, 2011). No Brasil, a universalidade do SUS permite que o fator financeiro se restrinja essencialmente ao deslocamento urbano, principalmente pela segregação espacial, que faz com que os mais pobres morem em áreas periféricas das cidades, desprovidas de serviços públicos, incluindo os de saúde. Particularmente, em relação às maternidades, há uma grande disparidade na sua localização geográfica reforçando as desigualdades sociais, com grandes vazios assistenciais (AZEVEDO BITTENCOURT et al., 2014).

Os arranjos familiares monoparentais entre as mulheres são uma realidade crescente no Brasil, e são as mulheres negras, não-unidas, de baixa renda, da região nordeste, que experimentam a chefia da família de forma mais marcante (PAIXÃO et al., 2011). No presente estudo, não foram observadas diferenças significativas quanto ao tipo de parceria segundo raça/cor. Contudo as pretas foram mais frequentemente responsáveis pelo domicílio, o que já havia sido evidenciado como um complicador da utilização dos serviços de saúde pelas mulheres (GOES; NASCIMENTO, 2013).

Entretanto, a principal barreira apontada pelas mulheres, especialmente pelas pretas, foi o *medo de ser maltratada*. A discriminação nos serviços de saúde tem sido registrada como recorrente para todas as mulheres em situação de abortamento, de forma direta e indireta, com tratamento não digno, julgamento moral e constrangimentos que são revertidos em práticas violentas no momento do atendimento destas mulheres (MADEIRO; RUFINO, 2017; ADESSE et al., 2016; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; FARIA, 2013). Ao que parece, isso se redobra pelo racismo institucional e passa a se constituir em uma barreira de acesso antes mesmo da entrada no sistema de saúde.

Essa expectativa negativa do atendimento no hospital, informada pela experiência de outras mulheres que relataram terem sido discriminadas pelo aborto nas unidades públicas de saúde, tem sido registrada em pesquisas realizadas em várias cidades brasileiras (MADEIRO; RUFINO, 2017; MCCALLUM, MENEZES, REIS, 2016; SOARES, GALLI; VIANA, 2010). O tratamento recebido nos hospitais termina inclusive por atingir as mulheres com abortamento espontâneo, suspeitas de tê-lo provocado. Estas práticas, que envolvem desde o retardo na atenção, agressão verbal, não informação sobre procedimentos, expõem as mulheres a complicações de saúde. Nos últimos anos, isto tem sido agravado pelo aumento de denúncias das mulheres com aborto, feita por profissionais de saúde à polícia, ocorridas ainda no momento da internação, documentadas pela imprensa, em um claro desrespeito ao sigilo previsto nos Códigos de Ética das profissões de saúde.

O estigma social do aborto e a discriminação nos serviços de saúde também são determinantes para as mulheres negras sul-africanas no adiamento da procura pelo serviço, sendo fatores que resultam na alta taxa de aborto inseguro e na busca dos serviços para a realização do procedimento de modo mais tardio (LINCE-DEROCHÉ et al., 2017; MOSLEY et al., 2017), tal como constatado no presente estudo. Em situação similar em relação ao estigma e à discriminação, jovens negras vivendo com HIV, de uma comunidade do Rio de Janeiro, relataram que, por vezes, desistem de retornar ao serviço de saúde para não serem maltratadas, e terminam recorrendo a alternativas como balcões de farmácia, remédios de terceiros e práticas caseiras (TAQUETTE; MEIRELLES, 2013).

A acessibilidade aos serviços de saúde envolve um conjunto de obstáculos na procura e na obtenção do cuidado e assim como adequadas capacidades da população para superar tais obstáculos, visto como poder de utilização (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). A resistência em procurar os serviços se inclui entre aqueles impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços, mas ao poder da população, poder de tempo e transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. O racismo nos serviços de saúde e o estigma

em relação do aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres pretas e pardas na busca pelo serviço, e essa decisão desencadeia uma situação limite de maior agravamento do quadro pós-abortamento.

O estudo tem como limite analisar somente o que é percebido pelas entrevistadas como barreiras individuais na busca do cuidado. Em condições de grande vulnerabilidade, não se pode afastar a possibilidade de que algumas barreiras sejam tão naturalizadas que não sejam consideradas como tal. No entanto, ao se obter a informação sobre dificuldades na busca de cuidado ao primeiro atendimento por meio de questão com respostas múltiplas e estimuladas, buscou-se minimizar este potencial viés e padronizar o relato das entrevistadas.

A pesquisa teve como ponto forte ter seus resultados obtidos a partir de um censo hospitalar de todos os serviços que prestavam atenção ao aborto nas três cidades investigadas, e, ao menos entre aquelas que efetivamente os utilizaram, investigar as barreiras individuais que dificultaram o acesso previamente à chegada ao hospital. Todavia, cabe sinalizar que o estudo só permite mensurar as situações em que as barreiras não impediram definitivamente o acesso aos hospitais e a continuidade do cuidado até a alta hospitalar (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A principal contribuição deste estudo foi suprir uma grande lacuna, em um país de média renda e legislação restritiva ao aborto, ao revelar que mesmo com ajuste de múltiplas co-variáveis, ser de raça/cor preta e parda permaneceu como um obstáculo na busca do primeiro atendimento pós-aborto. Espera-se que este sirva de estímulo para novas investigações, especialmente sobre a relação entre o racismo e o estigma do aborto, como mecanismo que redobra a vulnerabilidade das mulheres negras, colocando-as em situação de maior gravidade das complicações do aborto e dificultando a redução da morbimortalidade materna. Igualmente, espera-se que estes resultados possam alimentar o debate sobre o direito à saúde das mulheres negras nos marcos dos direitos reprodutivos e direitos humanos.

REFERENCIAS

ADESSE, L. et al. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 12, p. 3819–3832, dez. 2016.

ADESSE, L.; LEVIN, J.; MONTEIRO, M. F. G. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. **Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, p. 1–10, out. 2008.

AQUINO, E. M. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de

questionário para usuárias de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 2005–2016, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 11, p. 11–24, ago. 2002.

AYRES, J. R. DE C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. p. 117–139, 2003.

AZEVEDO BITTENCOURT, S. D. DE et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. **Cadernos de saude publica**, v. 30 Suppl 1, p. S1-12, ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 405–418, jun. 2013.

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1772–1779, 2013.

DINIZ, D. et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 939–942, abr. 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671–1681, jul. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: **Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado - Uma Década de Mudanças na Op. Pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

HARRIS, L. H.; GROSSMAN, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 115, n. 1, p. 77–79, 2011.

HEILBORN, M. L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699–1708, jul. 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de

Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://loja.ibge.gov.br/pnad-2015-sintese-de-indicadores.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.

LINCE-DEROUCHE, N. et al. Accessing medical and surgical first-trimester abortion services: women's experiences and costs from an operations research study in KwaZulu-Natal Province, South Africa. **Contraception**, v. 96, n. 2, p. 72–80, ago. 2017.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, p. 53–101, 2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 39–46, dez. 2007.

MCCALLUM, Cecilia; MENEZES, Greice and REIS, Ana Paula dos. **The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia.** *Hist. cienc. saude-Manguinhos*[online]. vol.23, n.1, p.37-56, 2016.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771–2780, ago. 2017.

MARGO, J. et al. Women's Pathways to Abortion Care in South Carolina: A Qualitative Study of Obstacles and Supports. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 48, n. 4, p. 199–207, 1 dez. 2016.

McDOWELL I. Pain measurements. In: McDowell I, editor. **Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires.** New York: Oxford University Press; 2006. p. 470-519.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s193–s204, 2009.

MOSLEY, E. A. et al. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. **Culture, Health & Sexuality**, p. 1–16, 19 jan. 2017.

PAIXÃO, M. et al. **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil - 2009-2010.** Rio de Janeiro: Editora GARAMOND, 2011.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, p. 1–14, 2000.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. e00004815, 2016.

SOARES G.S; GALLI M.B; VIANA A.P.A.L. **Advocacy para o acesso ao aborto legal e seguro: semelhanças no impacto da ilegalidade na saúde das mulheres e nos serviços de saúde em Pernambuco, Bahia, Paraíba, Mato Grosso do Sul e Rio de Janeiro.** Recife: Grupo Curumim; 2010.

TAQUETTE, S. R. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 51–62, dez. 2010.

TAQUETTE, S. R.; MEIRELLES, Z. V. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 129–142, 2013.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e do aborto de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Características	Raça/cor (%)			P-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Faixa etária (anos)	942	1.407	291	
25 anos e mais	64,8	64,4	61,5	0,587
18 a 24	35,2	35,6	38,5	
Escolaridade	932	1.396	289	
Fundamental	36,4	33,2	33,6	0,000
Médio	57,6	59,2	50,2	
Superior	5,9	7,5	16,3	
Trabalho profissional atual	942	1.404	290	
Sim	64,0	54,6	52,4	0,000
Não	36,0	45,4	47,6	
Renda própria*	939	1.398	289	
Sim	78,2	73,6	72,7	0,026
Não	21,8	26,4	27,3	
Responsável pelo domicílio	942	1.402	291	
Sim	75,5	74,6	76,6	0,735
Não	24,5	25,4	23,4	
Tipo de parceria afetiva	942	1.404	291	
Casada/mora junto	54,6	56,3	62,5	0,084
Parceiro estável sem coabitar	34,0	32,0	30,2	
Sem parceiro estável	7,2	11,7	11,5	
Filhos	924	1.383	290	
Sim	65,8	71,2	67,2	0,018
Não	34,2	28,8	32,8	
Tipo de aborto declarado	934	1.394	286	
Espontâneo	68,9	75,8	79,0	0,000
Provocado	31,1	24,2	21,0	
Tempo da gravidez ao ocorrer o aborto	892	1.312	273	
Até 12 semanas	84,6	88,9	88,6	0,009
13 semanas e mais	15,4	11,1	11,4	

*Salário, rendimento de trabalho por conta própria, pensão, benefício, bolsa família, aposentadoria e aluguel

Tabela 2 – Busca de cuidados para o primeiro atendimento de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010

Características	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Intensidade da dor ao buscar o primeiro cuidado	942	1.404	290	
Sem dor	14,5	12,5	11,7	0,137
Moderada/leve	26,7	30,5	26,2	
Intensa	58,8	57,0	62,1	
Sintoma que motivou o 1º atendimento	942	1.407	291	
Sem sintomas	5,3	3,8	4,8	
Dor abdominal	26,9	23,9	24,1	0,201
Sangramento	55,2	60,8	61,2	
Sinais de infecção*	5,9	5,7	3,8	
Outros sintomas**	6,7	5,8	6,2	
Pedido de ajuda a terceiros ao início dos sintomas	939	1.402	291	
Parceiro	29,6	33,2	35,1	0,189
Outras mulheres***	41,5	39,4	38,1	
Outras pessoas	12,5	10,1	12,4	
Não pediu ajuda	16,3	17,3	14,4	
Primeiro atendimento de saúde procurado	942	1.401	291	
Hospital público	74,3	73,3	73,9	0,020
Hospital/Clínica/Consultório privado	8,4	10,6	12,4	
Unidade básica/Posto de saúde	7,2	8,5	8,9	
Outras soluções****	10,1	7,6	4,8	
Número de serviços procurados antes da internação	938	1.399	290	
Nenhum	42,4	33,7	28,6	0,000
Um	38,0	46,1	49,3	
Dois e mais	19,6	20,2	22,1	
Atendimento em todos os serviços que procurou antes da internação	933	1.396	291	
Sim	44,7	53,7	56,7	0,000
Não	10,7	9,1	10,6	
Foi direto ao hospital da internação	44,6	37,2	32,7	

*Febre alta e corrimento vaginal com mau cheiro ou pus; ** Perda de líquido e dor de cabeça; ***Mãe, irmã, amiga, vizinha; ****Farmácia, automedicação, remédio caseiro ou especificado.

Figura 1 - Barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento entre mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor, Salvador, São Luís e Recife, 2010

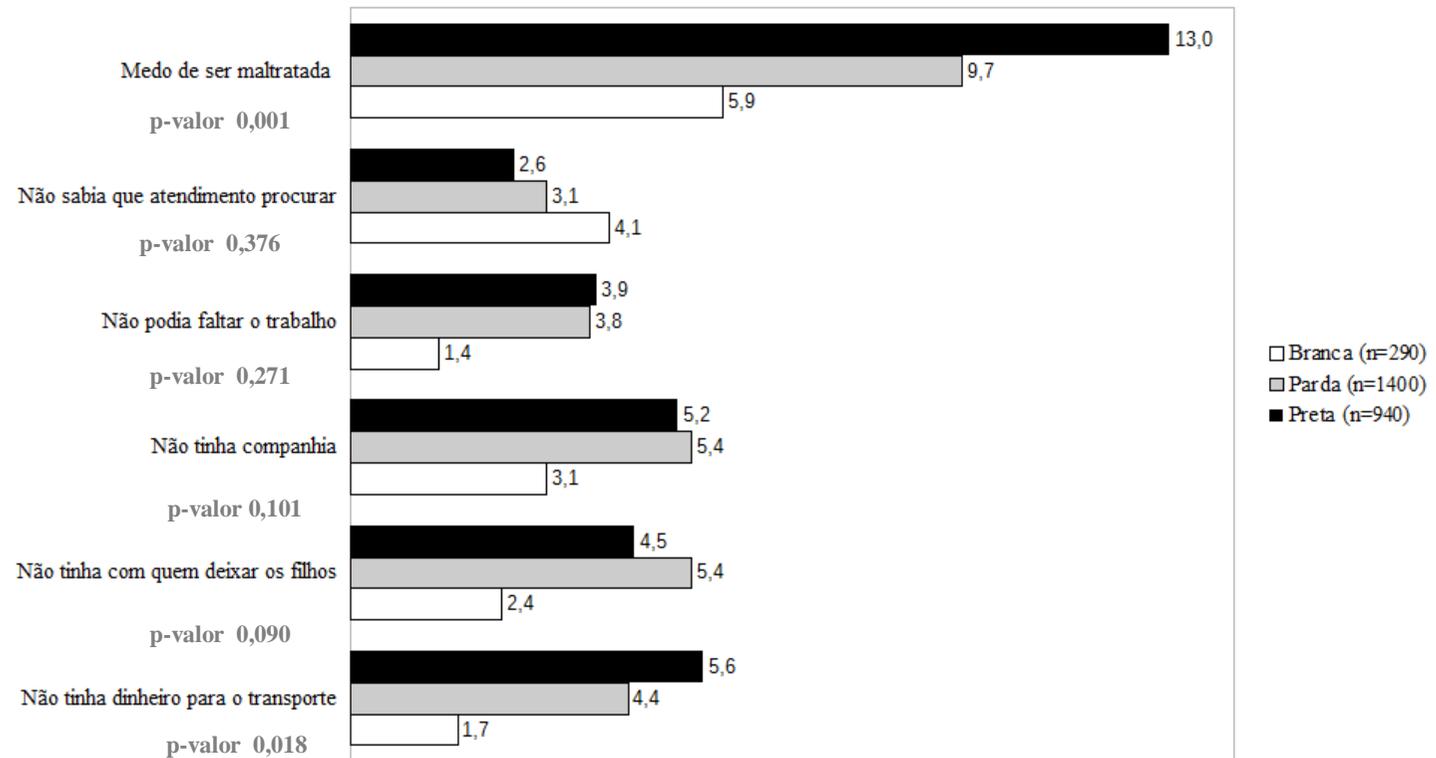


Tabela 3 - Análise estratificada da relação entre barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento e raça/cor entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas (*Odds Ratio* bruta e ajustada). Salvador, Recife e São Luís, 2010

Fatores Relacionados	Preta			Parda			Branca*
	%	OR IC 95%	p-valor	%	OR IC 95%	p-valor	%
Raça/cor (Bruta)	32,0	1,8 (1,3 – 2,5)	0,000	28,0	1,5 (1,1 – 2,1)	0,008	20,3
Faixa Etária (anos)							
25 anos e mais	31,3	2,6 (1,6 – 4,0)	0,000	29,6	2,4 (1,5 – 3,6)	0,000	15,1
18 a 24	33,4	1,2 (0,8 – 2,0)	0,370	25,2	0,8 (0,5 – 1,3)	0,424	28,8
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,008</i>	
Escolaridade							
Superior	36,4	2,1 (0,8 – 5,0)	0,112	22,9	1,1 (0,5 – 2,5)	0,880	21,7
Médio	29,3	2,0 (1,3 – 3,4)	0,002	26,0	1,8 (1,1 – 2,8)	0,016	16,6
Fundamental	34,0	1,5 (0,9 – 2,6)	0,096	33,0	1,4 (0,9 – 2,3)	0,168	25,8
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,007</i>	
Trabalho profissional atual							
Sim	32,1	1,7 (1,1 – 2,6)	0,014	27,6	1,4 (0,9 – 2,1)	0,138	21,7
Não	31,9	2,0 (1,2 – 3,3)	0,005	28,6	1,7 (1,1 – 2,7)	0,023	19,0
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,008</i>	
Renda Própria							
Sim	32,5	1,8 (1,2 – 2,5)	0,000	28,7	1,5 (1,0 – 2,1)	0,032	21,4
Não	29,3	2,1 (1,1 – 4,0)	0,033	25,9	1,7 (0,9 – 3,3)	0,088	16,7
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,007</i>	
Responsável pelo domicílio							
Sim	30,3	1,5 (0,9 – 2,8)	0,154	26,3	1,3 (0,7 – 2,3)	0,393	18,0
Não	37,4	2,0 (1,4 – 2,9)	0,000	33,2	1,6 (1,1 – 2,3)	0,010	27,9
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,008</i>	
Parceria estável com ou sem coabitação							
Sim	30,5	1,8 (1,3 – 2,5)	0,001	27,6	1,6 (1,1 – 2,2)	0,008	19,7
Não	43,5	1,9 (0,7 – 5,3)	0,203	31,1	1,1 (0,4 – 3,1)	0,035	28,6
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,0)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,0)</i>	<i>0,010</i>	
Filhos							
Sim	33,3	2,0 (1,4 – 2,9)	0,000	30,6	1,8 (1,2 – 2,6)	0,003	20,0
Não	29,4	1,5 (0,6 – 2,7)	0,122	22,7	1,1 (0,9 – 2,7)	0,762	21,3
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,007</i>	
Tempo de gravidez ao ocorrer o aborto							
Até 12 semanas	30,8	1,8 (1,2 – 2,5)	0,000	26,1	1,4 (1,0 – 2,0)	0,055	20,3
13 semanas e mais	39,4	2,2 (0,9 – 5,0)	0,084	39,3	2,2 (0,9 – 5,5)	0,084	22,6
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,5)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,1)</i>	<i>0,016</i>	
Tipo de aborto declarado							
Espontâneo	29,1	1,7 (1,2 – 2,5)	0,004	25,4	1,4 (1,0 – 2,1)	0,046	19,1
Provocado	38,6	1,9 (1,0 – 3,5)	0,048	35,6	1,7 (0,9 – 3,1)	0,112	25,0
<i>Ajustada</i>		<i>1,8 (1,3 – 2,0)</i>	<i>0,000</i>		<i>1,5 (1,1 – 2,0)</i>	<i>0,011</i>	

* Grupo de referência; IC 95% - Intervalo a 95% de confiança.

Tabela 4 - Análise de regressão logística múltipla da relação entre raça/cor e barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento por mulheres em situação de abortamento. Salvador, Recife e São Luís, 2010

Variáveis	Mulheres de 18 a 24 anos	Mulheres de 25 e mais anos
Raça/cor ^a		
Preta	1,2 (0,8 – 2,0)	2,6 (1,6 – 4,0)
Parda	0,8 (0,5 – 1,3)	2,4 (1,5 – 3,6)
Branca	1,0*	1,0*
Raça/cor ^b		
Preta	1,1 (0,7 – 1,8)	2,5 (1,6 – 4,0)
Parda	0,8 (0,5 – 1,2)	2,5 (1,5 – 3,9)
Branca	1,0*	1,0*

^aModelo não ajustado

^bModelo final ajustado por escolaridade, trabalho profissional atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado

*Grupo de referência

IC 95% - Intervalo a 95% de confiança

6.3 ARTIGO 3 - Barreiras de acesso à atenção ao aborto inseguro pelas mulheres negras: evidências do racismo institucional no Brasil

INTRODUÇÃO

Em diversas partes do mundo, as mulheres enfrentam dificuldades para ter acesso ao aborto seguro e aos cuidados pós-aborto, mesmo em países onde a prática é legalizada (GANATRA; FAUNDES, 2016; DORAN; NANCARROW, 2015). No Brasil, o aborto é permitido apenas quando a gravidez resulta de estupro ou oferece risco de vida à gestante, e mais recentemente nos casos de anencefalia fetal. Para realizá-lo as mulheres têm recorrido à auto-administração do misoprostol, seguida da busca por uma internação hospitalar para completar o esvaziamento uterino (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; BRASIL, 2009).

Sabe-se que a atenção oportuna a esses casos é crucial (PACAGNELLA et al., 2014) para evitar complicações de um procedimento que, quando efetuado de forma segura, oferece um risco mínimo à saúde (KAPP et al., 2013). Nos serviços de saúde, é preciso priorizar os casos de maior gravidade, com mais tempo de gravidez e especialmente aqueles que apresentem sinais e sintomas compatíveis com condições ameaçadoras da vida e *near miss* (SOUZA et al., 2012).

Todavia, na hierarquização de prioridades para atenção, além de critérios técnicos, operam mecanismos de discriminação, nem sempre explícitos (BLAIR; STEINER; HAVRANEK, 2011), os quais são baseados em concepções morais e atitudes de condenação, a partir de características sociais daquelas que declararam ou supostamente fizeram um aborto provocado (YAM; DRIES-DAFFNER; GARCÍA, 2006).

Isso se reflete nas relações interpessoais (BLAIR; STEINER; HAVRANEK, 2011), mas também na organização do atendimento, desde o uso quase exclusivo de curetagens e a realização destes procedimentos ao final dos plantões, até a alta hospitalar burocrática, sem marcação de consultas de revisão e sem informações para a prevenção de infecções e para a contracepção pós-aborto (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; AQUINO et al., 2012).

O acesso aos serviços de saúde abrange a entrada no serviço com a continuidade do tratamento e os cuidados subsequentes. O processo de utilização dos serviços de saúde é o resultado da interação do comportamento e das características das pessoas que procuram cuidados, assim como dos profissionais que as conduzem dentro do sistema de saúde, o que, em grande parte, define o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os

problemas de saúde de usuárias e usuários dos serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Neste processo, interferem inúmeras barreiras que resultam de desigualdades socioeconômicas, raciais e de gênero, da disponibilidade de serviços e do desempenho dos profissionais de saúde frente a situações de estigma social (OLIVEIRA, 2009; TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Estudos realizados em diferentes hospitais da rede pública de saúde constataam que as mulheres brasileiras em situação de abortamento sofrem discriminação quando chegam aos serviços de saúde. São recorrentes atitudes como retardo do atendimento, falta de interesse dos profissionais em escutá-las e orientá-las, violência verbal explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas (MADEIRO; RUFINO, 2017; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; FARIA, 2013; KALCKMANN; PINTO, 2010).

A prática do aborto é um fenômeno frequente entre as mulheres de diferentes classes sociais, grupos raciais, níveis educacionais e religiões, tal como evidenciado em duas pesquisas populacionais de âmbito nacional (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2010). Contudo, há uma maior ocorrência entre negras, aquelas de menor escolaridade e residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017). Por outro lado, são estas que, na clandestinidade, realizam o aborto mais frequentemente de forma insegura e necessitam de internação hospitalar para completar a interrupção da gravidez ou tratar complicações associadas (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2010; MENEZES; AQUINO, 2009). Como consequência, no Brasil, o risco de morte materna por aborto é quase seis vezes maior entre as mulheres sem nenhuma instrução quando comparadas às mais escolarizadas; e é quase três vezes mais alto entre as mulheres negras quando comparadas às brancas (ADESSE; LEVIN; MONTEIRO, 2008).

Esse padrão de desigualdade é também observado nos Estados Unidos e na África do Sul, onde as mulheres negras e de baixa renda têm acesso restrito aos serviços de aborto e estão mais expostas à realização da prática de forma insegura (MOSLEY et al., 2017; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013).

Pesquisas brasileiras têm demonstrado que as mulheres negras, quando comparadas às brancas, enfrentam maiores dificuldades no acesso ao planejamento reprodutivo e ao uso de métodos contraceptivos, à atenção pré-natal e ao parto hospitalar (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2016; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005; PERPÉTUO, 2000).

Contudo, pouco se sabe sobre mulheres negras em relação ao aborto e as barreiras enfrentadas ao utilizar os serviços de saúde no Brasil. Uma extensa revisão sobre a temática

no país concluiu que a raça é um dos temas mais negligenciados nos estudos e as desigualdades raciais não são investigadas como determinantes da maior vulnerabilidade das mulheres negras, das particularidades das suas práticas e dos recursos adotados para a realização do aborto. Tampouco são abordados os motivos e a decisão pelo aborto, considerando as singularidades raciais e o impacto do racismo na magnitude, na morbidade, na experiência do aborto e no acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

O presente estudo pretendeu suprir esta lacuna e investigou as condições de acesso à internação hospitalar pelas mulheres em situação de abortamento, com ênfase nas barreiras institucionais enfrentadas, adotando uma análise racial e buscando interpretar as diferenças encontradas à luz da literatura científica sobre racismo institucional. Este é entendido como o conjunto de práticas que resultam no acesso desigual a bens, serviços e oportunidades, por conta do pertencimento racial, estando subjacente às normas que orientam as ações das instituições, mesmo sem ser explicitamente legalizado (WERNECK, 2016; GOES; NASCIMENTO, 2013; JONES, 2000). O racismo institucional afeta os comportamentos individuais e as relações interpessoais, e pode contribuir para desfechos negativos à saúde sexual e reprodutiva (PRATHER et al., 2016).

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de corte transversal, se insere na pesquisa GravSus/NE, investigação multicêntrica realizada em três capitais do Nordeste brasileiro: Salvador, Recife e São Luís.

Foi realizado um censo em 19 hospitais da rede pública das três cidades, entre 31 de agosto e 30 de dezembro de 2010, alcançando-se 2804 mulheres, com 18 anos e mais, residentes nesses municípios, que haviam sido internadas com quadros de abortamento ou complicações dele decorrentes, independente da gravidade do quadro clínico apresentado e do tipo de aborto declarado (espontâneo ou provocado). Foram considerados inelegíveis os casos de aborto previsto em lei; de gravidez ectópica e mola hidatiforme; e o aborto resultante de outros produtos anormais da concepção.

Detalhes metodológicos encontram-se publicados (AQUINO et al., 2012). Sucintamente, os dados foram produzidos por meio de entrevistas face a face com aplicação de questionário estruturado e extração de dados do prontuário para classificação das condições de chegada ao hospital. As entrevistas foram realizadas nos períodos da manhã e da tarde, nos sete dias da semana, inclusive feriados, após as mulheres receberem alta hospitalar. Registraram-se 5,8% de perdas e 2,7% de recusas. A equipe de campo foi formada por

profissionais de saúde de nível superior protegidas pelo sigilo profissional, com experiência em trabalho hospitalar e manejo de prontuários.

A informação sobre raça/cor foi colhida por meio da pergunta “Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor da pele ou raça?” e as respostas alternativas eram branca, preta, amarela, parda e indígena considerando a classificação racial oficial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016).

Foram consideradas para a presente análise as mulheres que se autodeclararam brancas, pardas e pretas. Foram excluídas as indígenas e as de origem asiática, pelo seu pequeno número (5,3% do total) e por apresentarem distinções importantes, que dificultariam agregá-las em qualquer outro grupo.

As informações sobre barreiras de acesso à atenção ao aborto foram obtidas a partir de dois quesitos com respostas múltiplas e estimuladas: “Teve alguma dificuldade para chegar até este hospital?” (“não tinha dinheiro para o transporte”; “não tinha com quem deixar os filhos”; “não tinha quem a acompanhasse”; “não podia faltar ao trabalho”; “teve medo de ser maltratada ou humilhada no serviço de saúde”; “não teve dificuldades”); e “Teve alguma dificuldade para ser internada nesto hospital?” (“esperar muito para ser atendida”, “aguardar vaga/leito”, “parturientes eram atendidas primeiro”; “não teve dificuldade”; “outras dificuldades”). Entendeu-se, portanto, o acesso como aquele limitado à entrada nos serviços de saúde. Ao ser obtido de mulheres internadas, correspondeu ao “acesso realizado”, tal como definido por Andersen (1995).

As condições de chegada ao hospital foram classificadas em “boa”, “regular”, “grave” e “muito grave”, com base em informações extraídas de prontuários, a partir de critérios definidos previamente em Conferência de Consenso por especialistas e pesquisadores/as que investigam o tema de abortamento e/ou têm experiência com cuidados intensivos. A classificação foi efetuada por dois profissionais com formação em obstetrícia (médica/o ou enfermeira/o), de forma independente e, em caso de dissenso revista por um terceiro com a mesma formação.

Na análise, foi considerado o construto “barreiras de acesso” em quatro categorias: “barreiras individuais”; “barreiras institucionais”; “ambos os tipos” e “sem barreiras”. Foram consideradas “barreiras individuais” quando houve pelo menos uma resposta positiva ao primeiro quesito; “barreiras institucionais” quando houve pelo menos uma resposta positiva ao segundo quesito; “ambos os tipos” na presença de pelo menos uma resposta positiva a cada um dos quesitos e “sem barreiras” quando negativas as respostas a ambos os quesitos.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva e estratificada por raça/cor segundo características selecionadas, com as diferenças entre proporções sendo testadas quanto à significância estatística por meio do teste χ^2 de Pearson, ao nível de 5% (p-valor < 0,05). Posteriormente, foi testada a associação entre “raça/cor” e “barreiras institucionais no acesso à internação hospitalar”, ajustada por co-variáveis selecionadas na literatura: aquelas que poderiam suscitar mecanismos implícitos de discriminação: idade (18 a 24 anos / 25 e mais), escolaridade (fundamental, médio e superior), união conjugal (com parceiro / sem parceiro), ter filhos (sim / não) e tipo de aborto declarado (espontâneo/provocado); aquelas que refletiam critérios técnicos de hierarquização de prioridades (tempo de gestação por ocasião do aborto e condições de chegada ao hospital). A medida de associação estimada foi a *odds ratio* com respectivo intervalo de confiança a 95%.

Na análise de regressão considerou-se como categorias referentes: “raça/cor branca” e, “sem barreiras”. As co-variáveis selecionadas para entrada no modelo foram aquelas informadas pela literatura científica sobre o tema e aquelas com nível de significância estatística $\leq 0,10$. As variáveis foram inseridas no modelo em blocos de forma progressiva (*forward*), sendo retiradas aquelas cuja associação não se mostrou estatisticamente significante (p-valor > 0,05). Inicialmente foram incluídas aquelas que podem expressar critérios técnicos de prioridade no atendimento (tempo da gravidez quando ocorreu o aborto, condições de chegada); posteriormente as características sociodemográficas (faixa etária, escolaridade, união conjugal, filhos) que podem suscitar mecanismos implícitos de discriminação, e por último, o tipo de aborto declarado.

Para processamento e análise dos dados foi utilizado do software STATA versão 13.0 para Windows.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética das três universidades envolvidas (Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Pernambuco e Universidade Federal do Maranhão). O estudo garantiu a participação voluntária das mulheres entrevistadas, com dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que foi lido e assinado pela entrevistadora. As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, enquanto as mulheres aguardavam os procedimentos administrativos para saída do hospital. A todas as participantes foi facultado o direito de não responder qualquer questão, tendo sido assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas.

RESULTADOS

Das 2640 mulheres entrevistadas 11,0% eram brancas, 53,3% pardas e 35,7% pretas. Pouco mais de um terço delas tinha entre 18 e 24 anos, sem diferenças entre os grupos raciais. Entretanto, comparadas àquelas que se declararam brancas, as pretas tinham menor escolaridade, e em menor proporção alcançaram nível superior (5,9% vs 16,3%); também relataram ter menos filhos (67,2% vs 65,8%) (Tabela 1). As mulheres pardas situaram-se em posição intermediária, embora mais próximas das pretas, quanto à menor escolaridade superior (7,5%), mas foram as que mais relataram ter filhos (71,2%). Não houve diferenças estatisticamente significantes quanto ao tipo de parceria afetiva.

Abortos espontâneos foram referidos de forma majoritária pelas mulheres, porém o aborto provocado foi mais declarado pelas pretas (31,1% vs 24,2% entre as brancas e 21,0% entre pardas. Foi também entre as pretas que a interrupção da gravidez ocorreu mais tardiamente (15,4% vs 11,1% entre pardas e 11,4% entre brancas) (Tabela 1).

Uma maior proporção de mulheres pretas relatou ter vindo diretamente da residência (72,2% vs 65,8% das pardas e 63,1% das brancas) e usado transporte coletivo (35,5% vs respectivamente 29,9% e 23,0% de pardas e brancas) (Tabela 2).

O principal motivo apontado para a escolha do hospital onde estavam internadas foi a proximidade da casa ou do trabalho e isto foi particularmente importante para as mulheres pretas (36,0%). Entre estas últimas, assim como entre as pardas, a informação de que ali se atendia casos de aborto foi mais citada do que entre brancas (Tabela 2).

Ao chegar ao hospital, a maioria absoluta das entrevistadas apresentava-se em bom estado, entretanto as pretas (9,8%) e pardas (9,2%) apresentaram proporções duas vezes maiores de condições regulares, graves ou muito graves, comparativamente às brancas (4,7%) (Tabela 2).

As mulheres pretas relataram com mais frequência (27,2%) ter enfrentado barreiras institucionais do que pardas (18,0%) e brancas (18,4%) (Figura 1a) e isso ocorreu para todos os motivos investigados. As diferenças foram mais expressivas quanto à espera por uma vaga ou leito, cujo percentual entre as pretas (7,7%) foi três vezes maior do que o relatado pelas brancas (2,1%) (Figura 1b).

Na análise estratificada, bruta e ajustada, foi identificada a associação entre raça/cor e barreiras institucionais no acesso ao hospital. As pretas, tanto as mais jovens quanto as mais velhas, as de escolaridade média, as com união conjugal e sem filhos, com aborto declarado como espontâneo e em boas condições de chegada apresentaram mais chances de ter barreiras

institucionais para acesso ao hospital. Nessa fase da análise, nem a idade gestacional à época da gravidez, nem as condições de chegada ao hospital mostraram associação com relato de barreiras institucionais de acesso, em nível de significância estatística (Tabela 3).

Na análise simultânea pela regressão logística, manteve-se a associação entre enfrentar barreiras institucionais no acesso ao hospital e ser preta, mesmo após o ajuste por todas as variáveis selecionadas por critérios estatísticos e teóricos (Tabela 4). No modelo 2, quando incorporadas apenas as variáveis relativas a possíveis critérios técnicos de priorização da atenção, ter realizado o aborto até 12 semanas de gestação associou-se de modo inverso, porém esta associação perdeu significância no próximo nível de análise. Nenhuma característica sociodemográfica manteve-se associada com barreiras institucionais, sendo todas retiradas do modelo. A última variável de entrada no modelo foi o tipo de aborto declarado, permanecendo a associação com o declarado como provocado. No modelo final, o relato de enfrentamento de barreiras institucionais no acesso à internação hospitalar por complicações do aborto permaneceu associado à raça/cor preta, mesmo quando ajustada a associação pela declaração de aborto provocado.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que, a exemplo de pesquisas prévias sobre atenção ao pré-natal e ao parto (DINIZ et al., 2016; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005), as usuárias pretas e pardas são as menos escolarizadas e estas últimas relatam mais ter filhos. Entretanto, a julgar pelos presentes resultados, as mulheres pretas estão em maior desvantagem em praticamente todos os indicadores examinados e são as mais afetadas pelas barreiras de acesso à internação hospitalar para a finalização do aborto. Estes achados têm especial relevância pelo fato de ser a população do estudo composta exclusivamente por usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) de uma das regiões mais pobres do país e, portanto, não incluir as camadas mais privilegiadas da população.

A pesquisa teve como ponto forte ter seus resultados obtidos a partir de um censo hospitalar de todos os serviços que prestavam atenção ao aborto nas três cidades investigadas, permitindo identificar as barreiras institucionais enfrentadas pela grande maioria da população que é usuária do SUS e não dispõe de recursos para pagar a interrupção da gravidez em consultórios e clínicas privadas (SILVEIRA; MCCALLUM; MENEZES, 2016). Entretanto, o estudo só permitiu mensurar as situações em que as barreiras não impediram definitivamente

o acesso aos hospitais e a continuidade do cuidado até a alta hospitalar (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Cabe destacar que, os dados foram produzidos por meio de questionários estruturados, aplicados por entrevistadoras treinadas para este fim, no momento da alta hospitalar, quando as usuárias se encontravam em boas condições. Porém, as perdas, apesar de não serem expressivas, ocorreram principalmente entre casos de maior gravidade que entraram diretamente para o Centro Obstétrico, ou que vieram a falecer, cujos dados foram resgatados dos prontuários, mas que não chegaram a ser entrevistadas.

As mulheres pretas declararam mais aborto provocado e tiveram a gravidez interrompida mais tardiamente, condições que contribuem para sua maior vulnerabilidade a complicações e à necessidade de cuidados hospitalares. Estes achados são consistentes com os de estudos populacionais brasileiros (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; BRASIL, 2009) que têm revelado serem as mulheres pretas e pardas as que mais admitem ter realizado abortos clandestinos e em condições inseguras. Também há evidências de que são estas mulheres e as de camadas populares que terminam muitas vezes por realizar o aborto com maior idade gestacional, expondo-se a maiores riscos de complicações pós-aborto (KALCKMANN; PINTO, 2010). Particularmente, o aborto no segundo trimestre comporta um maior risco de morbidade e mortalidade, sendo responsável pela maioria das complicações graves e das mortes em contexto de ilegalidade da prática, pois geralmente é realizado por pessoas sem habilidades necessárias e/ou em ambientes insalubres (HARRIS; GROSSMAN, 2011).

Varios fatores podem contribuir para a realização mais tardia da interrupção da gravidez, desde a demora para confirmá-la e publicizá-la, pelo medo de condenação social, bem como para tomar a decisão pelo aborto e obter recursos necessários a sua realização. Mulheres mais jovens e fora de uma união conjugal podem contar com menor apoio social e conseqüentemente enfrentar mais dificuldades para concretizar cada um desses passos no processo decisório (DINIZ; MEDEIROS, 2012; HEILBORN et al., 2012).

Todavia, além de barreiras individuais, diante da decisão pelo aborto e da impossibilidade de contar com condições seguras para efetivá-lo, as mulheres ainda enfrentam barreiras institucionais no momento em que procuram os serviços de saúde (CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; FARIA, 2013).

No presente estudo, parte das entrevistadas relatou ter esperado as parturientes serem atendidas primeiro, o que se constitui em um mecanismo discriminatório das usuárias em situação de abortamento. Ao que tudo indica isso se redobra entre as mulheres pretas que

registraram mais esta forma de discriminação, bem como o maior tempo de espera para serem atendidas e para obterem uma vaga em leito hospitalar. Isso não poderia ser explicado pela menor severidade de seus quadros clínicos, já que, ao contrário, foram elas que mais frequentemente chegaram ao hospital em condições regulares, graves e muito graves, além dos abortos terem ocorrido em gestações mais tardias. Outras formas de discriminação social, tais como serem jovens e sem filhos, igualmente não poderiam explicar a associação observada já que não houve diferenças etárias nem quanto ao tipo de parceria que fossem estatisticamente significantes. Não obstante, ao ajustar o modelo de regressão por estas variáveis, a associação entre ter enfrentado barreiras institucionais e ser de raça/cor preta permaneceu, indicando a provável existência de mecanismos de racismo institucional.

Como principal obstáculo para as mulheres pretas e pardas, o racismo institucional limita o cuidado e o acesso aos serviços de saúde, atuando como mecanismo performativo ou produtivo, legitimando e gerando condutas excludentes (WERNECK, 2016; GOES; NASCIMENTO, 2013).

No Brasil, estudos sobre acesso à atenção obstétrica já haviam mostrado que as mulheres pretas e pardas têm menor número de consultas, menos ultrassonografias, mais inadequação do cuidado pré-natal e mais síndromes hipertensivas (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2016).

No plano internacional, em países como EUA e África do Sul, mesmo em condições de legalidade da prática, as mulheres negras sofrem restrição ao acesso e estão também expostas ao aborto inseguro (MOSLEY et al., 2017; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013).

Publicações estadunidenses têm destacado que a discriminação racial é um fator que prejudica o acesso, pois o racismo é um sistema institucionalizado e impacta o comportamento individual, as condições de vida e a saúde reprodutiva das mulheres (PRATHER et al., 2016; DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013).

Não pode ser afastada a possibilidade de que grupos que sofrem cotidianamente diferentes formas de discriminação social (especialmente de classe, gênero e raça) estejam mais sensíveis a perceber situações de estigma, tal como discutido em estudo sobre o relato de mulheres negras e latinas com abortos espontâneos em serviços de saúde nos Estados Unidos da América (BOMMARAJU et al., 2016).

Todavia, isso justamente confere relevância aos estudos sobre discriminações sofridas na atenção pós-aborto, de modo que estas não redobrem as vulnerabilidades sociais, impliquem retardos na atenção e aumentem a morbidade e a mortalidade materna por

complicações do aborto. Sobretudo, fica evidente a necessidade de que pesquisas futuras abordem as interações entre discriminação racial e estigma do aborto, naquilo que foi denominado de estigma interseccional (MOSLEY et al., 2017; EARNSHAW; KALICHMAN, 2013).

Por fim, é preciso rever a legislação sobre aborto vigente no país que se mostra ineficaz para coibir sua prática e apenas reforça as desigualdades sociais. Do mesmo modo, são imperiosas mudanças do próprio modelo de atenção ao aborto na rede pública de saúde que coloca, no mesmo espaço institucional, as maternidades, mulheres em situação de abortamento e parturientes. Nestas unidades de saúde, estruturadas para atenção ao parto e nascimento, as mulheres que abortam tendem a ter suas demandas negligenciadas, inclusive aquelas usuárias com perdas espontâneas, pela desconfiança de terem induzido o aborto (MCCALLUM, MENEZES E REIS, 2016; AQUINO et al., 2012). Para além dos maus-tratos pessoais, as situações de discriminação podem contribuir para expor as mulheres, em particular as negras, a riscos evitáveis à saúde.

Em síntese, este estudo veio preencher uma importante lacuna nas pesquisas sobre o tema do aborto no Brasil, ao introduzir a análise das desigualdades raciais e do papel do racismo institucional para a saúde reprodutiva das mulheres. Espera-se que estes resultados possam ser um estímulo a pesquisas futuras, aprofundando as questões aqui abordadas e que enriqueçam o debate sobre equidade em saúde no país e em contextos semelhantes, de modo a assegurar a ampliação de direitos humanos das mulheres negras.

REFERENCIAS

ADESSE, L.; LEVIN, J.; MONTEIRO, M. F. G. As mulheres pretas, as analfabetas e as residentes na Região Norte têm um risco maior de morrer por complicações de gravidez que termina em aborto. **Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, p. 1–10, out. 2008.

ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of health and social behavior**, v. 36, n. 1, p. 1–10, mar. 1995.

AQUINO, E. M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1765–1776, jul. 2012.

BLAIR, I. V.; STEINER, J. F.; HAVRANEK, E. P. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? **The Permanente Journal**, v. 15, n. 2, p. 71–8, 2011.

BOMMARAJU, A. et al. Situating stigma in stratified reproduction: Abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. **Sexual & Reproductive**

Healthcare, v. 10, p. 62–69, 2016.

BRASIL. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 405–418, jun. 2013.

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1772–1779, 2013.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 959–966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671–1681, jul. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

DORAN, F.; NANCARROW, S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 41, n. 3, p. 170–180, 2015.

EARNSHAW, V. A.; KALICHMAN, S. C. Stigma Experienced by People Living with HIV/AIDS. In: **Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS**. Dordrecht: Springer Netherlands, 2013. p. 23–38.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: **Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado - Uma Década de Mudanças na Op. Pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

GANATRA, B.; FAUNDES, A. Role of birth spacing, family planning services, safe abortion services and post-abortion care in reducing maternal mortality. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 36, p. 145–155, out. 2016.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

HARRIS, L. H.; GROSSMAN, D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 115, n. 1, p. 77–79, 2011.

HEILBORN, M. L. et al. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1699–1708, jul. 2012.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de

Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://loja.ibge.gov.br/pnad-2015-sintese-de-indicadores.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 8, p. 1212–5, ago. 2000.

KALCKMANN, S.; PINTO, E. A. Aborto: livre escolha? **BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)**, v. 12, n. 2, p. 185–191, 2010.

KAPP, N. et al. A review of evidence for safe abortion care. **Contraception**, v. 88, n. 3, p. 350–363, 2013.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, p. e00078816, 2017.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.

MADEIRO, A. P.; RUFINO, A. C. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2771–2780, ago. 2017.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. DOS. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 37–56, mar. 2016.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s193–s204, 2009.

MOSLEY, E. A. et al. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. **Culture, Health & Sexuality**, p. 1–16, 19 jan. 2017.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. s259–s268, 2009.

PACAGNELLA, R. C. et al. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: Results from a national multicentre cross-sectional study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 14, n. 1, 2014.

PERPÉTUO, I. H. O. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. **Jornal da Rede Saúde**, p. 1–14, 2000.

PRATHER, C. et al. The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. **Journal of Women's Health**, v. 25, n. 7, p. 664–671, jul. 2016.

SILVEIRA, P.; MCCALLUM, C.; MENEZES, G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. e00004815, 2016.

SOUZA, J. P. et al. The WHO Maternal Near-Miss Approach and the Maternal Severity Index Model (MSI): Tools for Assessing the Management of Severe Maternal Morbidity. **PLoS ONE**, v. 7, n. 8, p. e44129, 29 ago. 2012.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016.

YAM, E. A.; DRIES-DAFFNER, I.; GARCÍA, S. G. Abortion opinion research in Latin America and the Caribbean: a review of the literature. **Studies in family planning**, v. 37, n. 4, p. 225–40, dez. 2006.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e contexto do aborto de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Características sociodemográficas	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Faixa Etária (anos)	942	1.407	291	
25 e mais	61,5	64,4	64,8	0,587
18 a 24	38,5	35,6	35,2	
Escolaridade	932	1.396	289	
Fundamental	36,4	33,2	33,6	0,000
Médio	57,6	59,2	50,2	
Superior	5,9	7,5	16,3	
Religião	941	1.404	291	
Não	27,9	22,6	25,8	0,014
Sim	72,1	77,4	74,2	
Tipo de parceria	942	1.404	291	
Com parceiro estável*	92,8	88,3	88,5	0,079
Sem parceiro estável ou sem parceiro	7,2	11,7	11,5	
Filhos	924	1.383	290	
Sim	65,8	71,2	67,2	0,018
Não	34,2	28,8	32,8	
Tipo de aborto declarado	934	1.394	286	
Espontâneo	68,9	75,8	79,0	0,000
Provocado	31,1	24,2	21,0	
Tempo da gravidez quando ocorreu o aborto	892	1.312	273	
Até 12 semanas	84,6	88,9	88,6	0,009
13 semanas e mais	15,4	11,1	11,4	

* Inclui casamento, união com ou sem coabitação, parceiro estável sem morar junto.

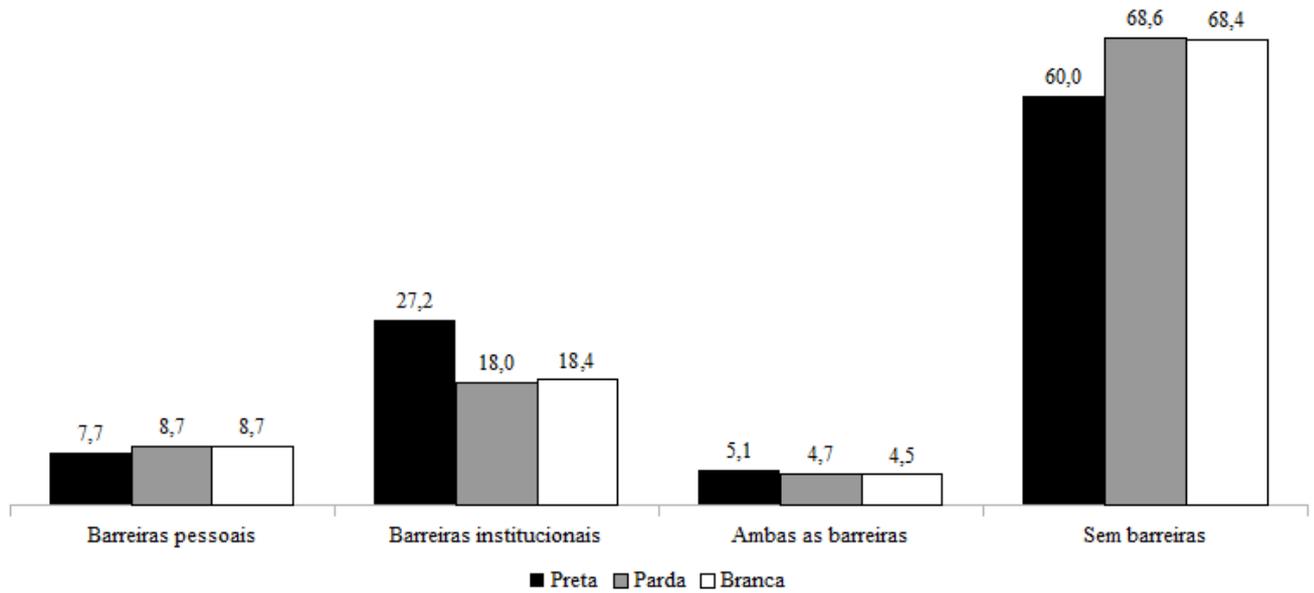
Tabela 2 – Condições de acesso ao hospital pelas mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010.

Variáveis	Raça/cor (%)			p-valor
	Preta (n=942)	Parda (n=1.407)	Branca (n=291)	
Local de procedência antes da chegada ao hospital	933	1.398	290	
Casa	72,2	65,8	63,1	
Outra unidade, com ficha de encaminhamento	6,0	12,8	13,5	
Outra unidade, sem ficha de encaminhamento	13,6	13,0	14,1	0,000
Transferida de outro hospital	3,1	3,1	4,5	
Não especificou	5,1	5,4	4,8	
Transporte que utilizou para chegar ao hospital	941	1.400	291	
Particular	28,5	29,2	35,7	
Taxi	17,0	16,9	18,6	
Coletivo	35,5	29,9	23,0	0,000
Outro transporte	10,7	15,9	12,4	
A pé	5,1	4,9	5,2	
Ambulância*	3,2	3,2	5,2	
Motivo para ter escolhido o hospital	940	1.402	291	
Perto de casa/trabalho	36,0	27,9	32,0	
Indicação do médico/amiga	26,5	31,8	29,2	
Seria bem atendida/Não ia esperar muito	13,0	14,8	16,8	0,000
Sabia que atendia casos de aborto	8,4	8,1	3,4	
Outros**	16,2	17,4	18,6	
Condições de chegada ao hospital	912	1.351	278	
Boa	90,2	90,8	95,3	0,029
Regular, grave e muito grave	9,8	9,2	4,7	

*Transferida de outro serviço ou pela central de leitos; **não escolheu/foi encaminhada/transferida

Figura 1 – Barreiras de acesso ao hospital entre mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador, São Luís e Recife, 2010.

1a – Tipos de barreiras individuais e institucionais



1b – Barreiras institucionais segundo tipo

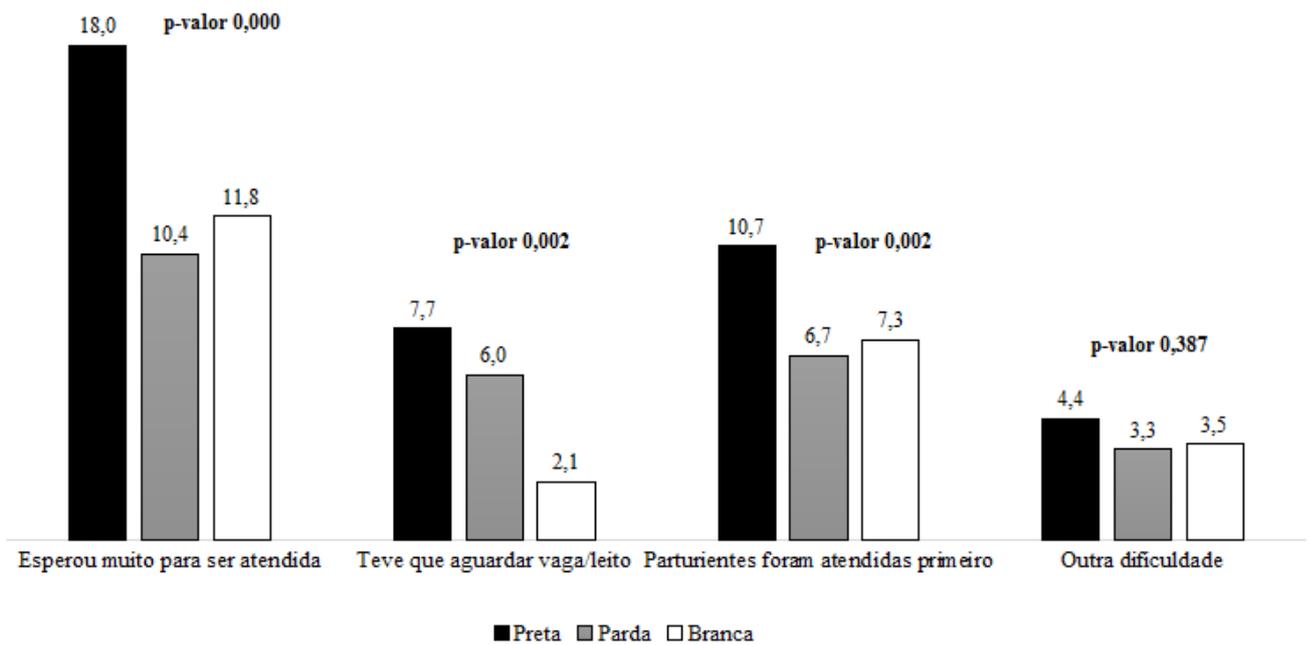


Tabela 3 - Análise estratificada da relação entre barreiras institucionais no acesso ao hospital e raça/cor* entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas (*Odds Ratio* bruta e ajustada). Salvador, Recife e São Luís, 2010.

Características Selecionadas	Preta				Parda				Branca*
	%	OR	p-valor	IC (95%)	%	OR	p-valor	IC (95%)	%
Bruta	32,3	1,6	0,004	1,2 – 2,1	22,7	1,0	0,869	0,7 – 1,3	23,2
Faixa Etária (anos)									
18 a 24	29,7	1,5	0,046	1,0 – 2,2	23,6	1,1	0,650	0,7 – 1,6	22,0
25 e mais	36,9	1,8	0,023	1,1 – 2,8	21,2	0,8	0,374	0,5 – 1,3	25,0
<i>Ajustada</i>		<i>1,6</i>	<i>0,003</i>	<i>1,2 – 2,2</i>		<i>1,0</i>	<i>0,882</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	
Escolaridade									
Superior	34,6	1,9	0,142	0,8 – 4,8	21,9	1,0	0,931	0,5 – 2,4	21,4
Médio	31,6	1,9	0,005	1,2 – 3,0	21,7	1,1	0,574	0,7 – 1,8	19,6
Fundamental	32,9	1,2	0,572	0,7 – 1,9	25,2	0,8	0,340	0,5 – 1,3	29,9
<i>Ajustada</i>		<i>1,5</i>	<i>0,006</i>	<i>1,1 – 2,1</i>		<i>1,0</i>	<i>0,814</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	
Parceria estável com ou sem coabitação									
Sim**	31,3	1,6	0,004	1,2 – 2,2	24,2	1,0	0,944	0,7 – 1,4	21,1
Não	33,3	1,3	0,012	1,1 – 2,2	20,9	0,9	0,561	0,7 – 1,3	26,6
<i>Ajustada</i>		<i>1,6</i>	<i>0,004</i>	<i>1,2 – 2,1</i>		<i>1,0</i>	<i>0,879</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	
Filhos									
Sim	30,2	1,3	0,122	0,7 – 1,4	24,0	1,0	0,907	0,9 – 1,9	24,4
Não	35,1	2,0	0,011	1,2 – 3,5	20,2	0,9	0,845	0,5 – 1,6	21,5
<i>Ajustada</i>		<i>1,5</i>	<i>0,006</i>	<i>1,1 – 2,1</i>		<i>1,0</i>	<i>0,878</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	
Tipo de aborto declarado									
Espontâneo	30,2	1,6	0,010	1,1 – 2,9	22,0	1,0	0,944	0,7 – 1,4	21,8
Provocado	35,1	1,4	0,266	0,8 – 2,6	25,3	0,9	0,621	0,5 – 1,6	28,3
<i>Ajustada</i>		<i>1,6</i>	<i>0,005</i>	<i>1,1 – 2,1</i>		<i>1,0</i>	<i>0,857</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	
Tempo da gravidez quando ocorreu o aborto									
Até 12 semanas	31,0	1,4	0,053	0,1 – 1,9	21,8	0,9	0,360	0,6 – 1,9	24,5
13 semanas e mais	36,8	2,3	0,085	0,9 – 6,1	29,7	1,7	0,288	0,6 – 4,4	20,0
<i>Ajustada</i>		<i>1,5</i>	<i>0,016</i>	<i>1,1 – 2,0</i>		<i>0,9</i>	<i>0,635</i>	<i>0,6 – 1,3</i>	
Condições de chegada									
Boa	33,0	1,6	0,006	1,0 – 1,9	22,9	1,0	0,814	0,6 – 1,2	23,6
Regular/Grave	29,2	1,4	0,648	0,4 – 5,4	24,0	1,1	0,943	0,3 – 4,1	23,1
<i>Ajustada</i>		<i>1,6</i>	<i>0,004</i>	<i>1,2 – 2,2</i>		<i>1,0</i>	<i>0,858</i>	<i>0,7 – 1,3</i>	

* Grupo de referência; IC 95% - Intervalo a 95% de confiança

** Inclui casamento, união com ou sem coabitação, parceiro estável sem morar junto

Tabela 4 - Análise de regressão logística múltipla da relação entre raça/cor e barreiras institucionais no acesso ao hospital entre mulheres em situação de abortamento, segundo características selecionadas. Salvador, Recife e São Luís, 2010.

Características	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4
Raça/cor				
Preta	1,6 (1,2 – 2,1)	1,4 (1,1 – 2,0)	1,5 (1,1 – 2,1)	1,6 (1,1 – 2,1)
Parda	1,0 (0,7 – 1,3)	0,9 (0,7 – 1,2)	1,0 (0,7 – 1,3)	1,0 (0,7 – 1,3)
Branca	1,0*	1,0*	1,0*	1,0*
CrITÉRIOS tÉCNICOS DE prioridade no atendimento				
Tempo do aborto				
Ate 12 semanas		0,7 (0,6 – 1,0)	0,8 (0,6 – 1,0)	
13 semanas e mais		1,0*	1,0*	
Condições de chegada				
Boa		1,1 (0,8 – 1,5)		
Regular, grave e muito grave		1,0*		
Características Sociodemográficas				
Faixa Etária (anos)				
25 anos e mais			1,0*	
18 a 24			1,1 (0,9 – 1,4)	
Escolaridade				
Superior			1,0*	
MÉdio			1,0 (0,7 – 1,3)	
Fundamental			1,1 (0,8 – 1,6)	
Parceria estável com ou sem coabitação				
Sim**			1,0*	
Não			1,0 (0,8 – 1,1)	
Filhos				
Sim			1,0*	
Não			1,0 (0,8 – 1,3)	
Tipo de Aborto declarado				
Espontâneo				1,0*
Provocado				1,2 (1,0 – 1,5)

*Grupo de referência; **Inclui casamento, união com ou sem coabitação, parceiro estável sem morar junto; IC 95% - Intervalo a 95% de confiança

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo ora apresentado evidenciam que o racismo afeta a forma como as mulheres negras vivenciam os seus eventos reprodutivos, configurando cenários desfavoráveis na gravidez e, diante da sua decisão pela sua interrupção, dificultando a busca pelo cuidado e o acesso à internação hospitalar para a finalização do aborto. Os mecanismos pelos quais opera o racismo se expressam nas afetivas e relações interpessoais, mas também interferem nas práticas de saúde. As mulheres afro-estadunidense referem de forma semelhante como o racismo prejudica a saúde reprodutiva, atuando com um mediador dos comportamentos individuais, das relações interpessoais e do acesso aos serviços (PRATHER et al., 2016).

Ainda que a presente investigação tenha sido realizada com usuárias de serviços públicos de saúde, de uma mesma região do país, com todas as mulheres em situação de abortamento estando expostas a estigmas e discriminações e submetidas a situações de violência institucional, foi evidente como para as mulheres negras, sobretudo, as pretas comparadas às pardas, o racismo se mostrou fator determinante para desfechos desfavoráveis, com uma relação dinâmica e potencializada com outras opressões.

As mulheres pretas e pardas são as mais expostas às barreiras individuais, com dificuldades para a busca de atendimento, e o *medo de ser maltratada* destacou-se como o principal motivo entre aqueles investigados. O retardo na busca do cuidado é apontado, de forma consistente como um fator associado a quadros de complicações mais graves e mortes por aborto (SANTANA et al., 2012).

Quanto mais escura a cor da pele, mais desfavoráveis são os desfechos para as mulheres negras, expressos em barreiras institucionais de acesso à internação hospitalar para o cuidado pós-aborto. As práticas racistas, mesmo não se constituindo como normas explícitas nos serviços de saúde, estão institucionalizadas nas condutas, na forma de organização do cuidado, estando presentes nos hospitais investigados nas três cidades.

Investigações sobre atenção obstétrica no Brasil já haviam identificado distinções do efeito do racismo nos serviços de saúde para as mulheres pretas e pardas, sendo observado um gradiente racial na exposição à violência institucional, quando comparadas às brancas (LEAL et al., 2017; DINIZ et al., 2016; LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Ao considerar a perspectiva interseccional de raça e gênero para embasar as decisões teóricas e metodológicas, a presente tese permite apresentar as diferenças das experiências

reprodutivas das mulheres de acordo com o pertencimento racial, além de evidenciar como o racismo interage com outras opressões ou marcadores sociais. Desse modo, o estudo identifica por meio de análises estatísticas a interação dos fatores raça/cor e idade, pois são mulheres pretas e pardas com mais de 25 anos aquelas que efetivamente enfrentam barreiras individuais na busca do primeiro cuidado após um aborto.

A interseccionalidade tem composto o quadro teórico, analítico e epistemológico de estudos sobre desigualdades sociais, no entanto ainda é incipiente sua incorporação também nas escolhas metodológicas para análise dos dados das investigações empíricas. Nas pesquisas quantitativas, se deve ir além da simples inclusão de variáveis de raça/cor, sexo, classe, para explorar as desigualdades de raça, gênero, classe social e outros marcadores sociais, Pesquisadoras/es devem construir modelos capazes de capturar as nuances da interação dessas variáveis nas suas análises. Alguns exemplos incluem desagregar a população de estudos em subgrupos que conjuguem raça e sexo, estabelecendo modelos de regressão separados para diferentes grupos sociais, ou criando variáveis interativas (sexo \times raça) em vez de variáveis independentes mutuamente exclusivas (sexo + classe + raça) (PRICE, 2011; VEENSTRA, 2011).

Portanto, a interseccionalidade segue outra direção em relação aos modelos aditivos de opressão que estão firmemente enraizados no pensamento dicotômico de classificação das categorias sociais. Desta forma pretende-se substituí-los por aqueles orientados pelo entrelaçamento das opressões, criando assim outras possibilidades de interpretação; então não só raça, classe e gênero são vistos como sistemas de opressão, mas esta abordagem promove uma mudança na direção de um novo paradigma, ao incorporar outras opressões, como as de idade/geração, orientação sexual e religião que se entrelaçam potencializando-se mutuamente (COLLINS, 1990).

A tese apresenta dois temas que são difíceis de serem tratados, por serem carregados de estigmas e discriminações — o racismo e o aborto — cuja investigação é ainda insuficiente na literatura científica do campo da Saúde Pública, sobretudo na Epidemiologia.

Por ser um tema delicado e sensível, o aborto e sua declaração como provocado têm sido um desafio na realização de pesquisas deste evento reprodutivo. O aborto é carregado de sentidos morais e religiosos, agravados principalmente em uma sociedade em que o permissivo legal para sua realização é tão restrito, como no caso do Brasil. Neste sentido, pesquisadoras utilizam distintas estratégias metodológicas para buscar obter uma informação mais fidedigna. No país, as duas Pesquisas Nacionais sobre Aborto, inquéritos domiciliares com amostras de mulheres alfabetizadas, maiores de idade, de áreas urbanas utilizaram o

método de urna (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2010). A técnica de urna consiste em entregar às entrevistadas um questionário impresso com perguntas — se realizou ou não um aborto, e quando — a ser respondido pelas próprias e depositado em uma urna lacrada, sem que as entrevistadoras tenham conhecimento das respostas. Com isso assegura-se não apenas o sigilo das respostas, mas também a percepção de sigilo pelas mulheres, o que tende a reduzir a omissão do aborto ou sua declaração como espontâneo (DINIZ; MEDEIROS, 2010). Esta estratégia é útil para estimativas de ocorrência do aborto, e foi também utilizada no GravSUS. Contudo só permite correlacionar a experiência do aborto com um número limitado de variáveis, como a idade por exemplo, que caibam em uma cédula.

No caso do presente estudo, foram utilizados os resultados provenientes de entrevistas face-a-face e, pontualmente, da extração de dados de prontuários para caracterização das condições de chegada ao hospital, no artigo 3. Para favorecer a declaração do aborto como provocado, em entrevistas estruturadas, foram adotados cuidados, tais como a constituição da equipe, composta por mulheres, com idade próxima das entrevistadas, protegidas pelo sigilo profissional, cuidadosamente treinadas para este fim; construção de um questionário, culturalmente sensível, com perguntas sobre o tipo do aborto ao final do instrumento, de modo a permitir o estabelecimento de um maior *rapport* entre entrevistadora-entrevistada; utilização de TCLE com concordância apenas oral; sigilo e confidencialidade dos dados da pesquisa, sem identificação nominal das entrevistadas nos instrumentos. Ainda assim, os resultados mostraram um baixo percentual de declaração de aborto provocado (26,4%) quando comparado ao espontâneo (87,5%), o que é incompatível com as proporções esperadas deste evento².

Apesar da baixa declaração do aborto como provocado, constatou-se maior relato deste entre as mulheres pretas, de forma semelhante aos dados dos inquéritos nacionais da Pesquisa Nacional sobre Aborto (DINIZ; MEDEIROS; MADEIRO, 2017; DINIZ; MEDEIROS, 2010) e da Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2015). Este achado merece atenção em estudos futuros, de modo a se buscar compreender as razões que levam as mulheres pretas a declarar mais o aborto provocado. Isto reflete a maior realização de abortos provocados de forma insegura pelas negras, o que resulta em maior internação hospitalar? Ou há efeito de declaração, com negras informando mais terem induzido o aborto?

² Estima-se que das apenas 15% das gravidezes termine em um aborto espontâneo.

Diferente do Brasil, nos Estados Unidos, há uma subnotificação da informação sobre aborto provocado entre as mulheres negras. Esta é atribuída ao grau de desconfiança com que diferentes grupos raciais reagem ao processo de pesquisa, tendo influência as características dos entrevistadores, a forma como é elaborada a questão sobre o aborto e a técnica da entrevista (JAGANNATHAN, 2001). Nos EUA, é necessário considerar que a população negra manifesta receio em relação ao aborto, reflexo das práticas racistas de controle do crescimento populacional que são consideradas uma estratégia de genocídio desta população (PRICE, 2011).

A qualidade da informação sobre o contexto da gravidez, muitas vezes, depende da memória das entrevistadas, o que pode influenciar por exemplo o relato sobre a falha do método contraceptivo, o tempo de publicização da gravidez após saber que estava grávida ou o tempo de gravidez quando aconteceu o aborto. Segundo Diniz e Medeiros (2012) a falta de um padrão sobre como as mulheres contam o atraso na menstruação impede uma sistematização dessa informação. O que importa saber é se este viés de memória distribui-se igualmente entre os diferentes grupos raciais, não havendo até o momento qualquer evidência de que seja diferencial, influenciando a comparação central deste estudo.

Da mesma forma, as informações sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde, relativas à percepção sobre tempo de espera, se demorou muito para ser atendida ou quantos serviços procurou, pode não corresponder ao que de fato ocorreu. Isto porque mulheres em situação de abortamento, atendidas em maternidades, podem naturalizar o retardo no atendimento e a preferência dada às gestantes, neste contexto carregado de juízo de valor e estigma sobre o aborto. Idealmente, pesquisas sobre aborto, como o GravSus, deveriam ser aplicadas fora do ambiente hospitalar, especialmente pela possibilidade do “viés de gratidão”, que resulta em melhor avaliação dos indivíduos sobre o cuidado prestado, após a experiência passada, diante da alta hospitalar iminente. Entretanto, em face de dificuldades para localizar as mulheres a serem entrevistadas no domicílio, sua realização no hospital tornou-se imperiosa para evitar perdas (AQUINO et al., 2014). Isso em parte explica porque uma revisão de trabalhos no Brasil mostra que a maioria das pesquisas sobre aborto foi desenvolvida com mulheres em hospitais da rede pública (BRASIL, 2009).

Em relação ao tema do acesso aos serviços de saúde, o estudo só incluiu as mulheres que procuraram o serviço e efetivaram o atendimento, ou seja, não pode investigar aquelas barreiras que as impediram de concretizar o acesso. Segundo Travassos e Martins (2004) o uso efetivo dos serviços de saúde é o resultado de uma multiplicidade de fatores que podem ser individuais, contextuais e relativos à qualidade do cuidado e influenciam o uso e sua

efetivação. Já a continuidade deste cuidado depende de situações distintas daquelas que definem a entrada no sistema, o que indica a importância de que sejam analisados os dois momentos em suas particularidades, tal como foi feito no presente estudo.

Considerada uma informação que requer uma sensibilidade na forma de coleta, o quesito cor também se constitui um desafio nos estudos quantitativos. A inserção deste quesito e a autoclassificação racial nos formulários das instituições de saúde e nas pesquisas científicas são frutos das reivindicações dos movimentos negros que têm como principais finalidades mensurar a distribuição demográfica da população brasileira segundo raça/cor e assim como observar as condições de vida da população negra por meio dos indicadores de sociais e de saúde. Na pesquisa GravSus a pergunta sobre a raça/cor da entrevistada seguiu as orientações de autoclassificação como referenda o IBGE (2016) e teve êxito em relação ao preenchimento da variável, com apenas 0,6% de perda desta informação.

Na análise dos dados, optou-se por analisar as categorias pretas e pardas separadamente, ao invés da junção de ambas e criação da categoria negra. Compreende-se a importância dos estudos anteriores já realizados no Brasil que analisaram as desigualdades raciais e o racismo na saúde mostrando a situação desfavorável da população negra, relativamente à branca. Contudo, considerou-se a necessidade de se avançar na análise, identificando as singularidades internas entre as pretas e pardas, No presente estudo, se confirmou a desvantagem das mulheres pretas, em vários indicadores analisados, ficando as pardas em uma posição intermediária, o que representou a melhor escolha para analisar os efeitos do racismo e fica como uma indicação para futuras pesquisas.

No plano internacional, apesar de grande parte das pesquisas incluir a raça/cor como variável descritora das características sociodemográficas das mulheres, a investigação sobre sua implicação para a experiência do aborto ainda é insuficiente na literatura científica. Poucas pesquisas de fato discutem o tema. O presente estudo dialogou com investigações realizadas na África do Sul e nos Estados Unidos da América, considerando as semelhanças sobre as questões raciais e o reconhecimento do racismo institucional nos países, determina a forma de nascer, viver, adoecer e morrer da população negra.

O racismo institucional é um conceito formulado nos EUA, ao final de 1960, na luta do movimento *Black Power* pelos direitos civis e, na África do Sul, na luta contra o *Apartheid*. Com o fim do colonialismo nos países africanos e asiáticos, ocorreram mudanças profundas nos estudos sobre o racismo no mundo, com o reconhecimento de que as instituições, por meio de práticas administrativas, políticas e sociais podiam agir de forma racialmente discriminatórias e excludentes (SANTOS, 2013; WERNECK, 2016). Diferentemente do

Brasil, nos dois países o aborto é legal³, o que oportunizou observar e evidenciar a situação desfavorável das mulheres negras, relativamente às brancas em relação à busca e ao acesso aos serviços de aborto legal.

Na África do Sul, após a legalização do aborto houve uma queda na mortalidade materna no país, no entanto, passados 20 anos, ainda persiste um cenário de desigualdades, pois as mulheres negras sul-africanas ainda seguem com dificuldades de acesso aos serviços, mantendo altos percentuais de realização de abortos inseguros — mais de metade dos abortos — mesmo em condições legais. Apesar de serem as mulheres negras as principais prejudicadas, o estudo não discute o racismo institucional, sugerindo mais pesquisas para confirmar essa associação (LINCE-DEROUCHE et al., 2017; MOSLEY et al., 2017).

Nos EUA, cuja taxa de aborto é maior do que aquela da maioria dos países desenvolvidos, constata-se que existem disparidades substanciais das taxas entre grupos de mulheres. São as negras e de menor renda que exibem as taxas mais elevadas quando comparadas às brancas e àquelas de maior status socioeconômico. As pesquisas referem que as altas taxas de aborto entre as mulheres negras estão associadas às questões socioeconômicas, às disparidades raciais em saúde, à falta de acesso ao planejamento reprodutivo e à baixa oferta de métodos contraceptivos, fatores que convergem para a maior ocorrência de gravidez não prevista (DEHLENDORF; HARRIS; WEITZ, 2013; DEHLENDORF; WEITZ, 2011; PRICE, 2011).

As iniquidades em saúde ainda são um impeditivo para o acesso de qualidade aos serviços, já que, como visto, mesmo quando o aborto é legal, existe restrição a sua realização, desde a ausência de serviços locais, sobretudo em áreas distantes dos centros urbanos, insuficiência de recursos e insumos, até a permanência de atitudes negativas dos profissionais no atendimento, aspectos que fazem parte da realidade de muitas mulheres que terminam por se submeterem a aborto inseguro, mesmo este lhe sendo permitido pela lei (DORAN; NANCARROW, 2015).

No Brasil, em que pese a legalização restrita ao aborto, o Estado prevê uma atenção humanizada para as mulheres em situação de abortamento, a partir dos marcos ético e jurídico dos direitos sexuais e reprodutivos afirmados nos planos internacional e nacional de direitos humanos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde, como consta na Norma Técnica-Atenção Humanizada ao Abortamento, editada em 2005 pelo

³ Nos Estados Unidos, o aborto é legal desde 1973. Na África do Sul, pode ser realizado até 12 semanas de gestação e foi legalizado após o fim do *apartheid*, em 1996.

Ministério da Saúde (BRASIL, 2005). No entanto, as pesquisas nacionais mostram como nos hospitais públicos, as mulheres internadas para o cuidado pós-aborto ainda estão expostas a todo tipo de violência institucional agravando o seu quadro de pós-aborto (MCCALLUM; MENEZES; REIS, 2016; CARNEIRO; IRIART; MENEZES, 2013; FARIA, 2013; BISPO; SOUZA, 2010).

A relevância da tese ora apresentada foi evidenciar como são as mulheres pretas e pardas aquelas mais expostas a barreiras individuais e institucionais e, conseqüentemente, as mais submetidas à violência institucional. O estudo buscou preencher uma lacuna acerca dos mecanismos pelos quais as mulheres negras são mais expostas a todos os desfechos negativos em relação ao aborto.

As reivindicações pela legalização do aborto não podem estar descoladas do enfrentamento ao racismo que estrutura a nossa sociedade nas suas diversas formas, pois para as mulheres negras a presença do racismo impede o exercício de direitos reprodutivos, quer na escolha de ter filhos e vê-los crescer de forma segura, quer para realizar aborto sem riscos. Assim como, a luta pelo acesso integral à saúde reprodutiva e, de modo concreto, pela informação e utilização de métodos contraceptivos (inclusive a contracepção de emergência) com oferta ampla e contínua, precisam compor a bandeira de reivindicações do movimento de mulheres e feministas.

Por fim, raça e gênero devem passar a ser categorias analíticas obrigatórias nas investigações em saúde e, do campo da Saúde Coletiva em particular, considerando que o racismo é um determinante social de saúde e que a população negra, assim como as mulheres, representam mais de 50% do contingente populacional do País. Numa sociedade marcada pela hierarquia de raça e gênero e suas intersecções, os estudos precisam evidenciar as realidades vividas por mais da metade da população, no sentido de assegurar a superação das iniquidades em saúde.

REFERENCIAS

- AQUINO, E. M. L. et al. Qualidade da atenção ao aborto no Sistema Único de Saúde do Nordeste brasileiro: o que dizem as mulheres? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1765–1776, jul. 2012.
- AQUINO, E. M. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 9, p. 2005–2016, 2014.
- BAIROS, L. Nossos Feminismos Revisitados. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 458, 1995.
- BAIROS, F. S. DE; MENEGHEL, S. N.; OLINTO, M. T. A. Citopatológico e exame de mama: desigualdade de acesso para mulheres negras no sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 17, n. 2, p. 138–141, jun. 2008.
- BARATA, R. B. Epidemiologia social. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 7–17, mar. 2005.
- BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BARBOSA, M. I. É mulher, mas é negra: perfil da mortalidade do “quarto do despejo”. **Jornal da Rede Saúde**, 2001.
- BASTOS, J. L.; FAERSTEIN, E. Conceptual and methodological aspects of relations between discrimination and health in epidemiological studies. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 177–183, jan. 2012.
- BATISTA, L. E. et al. Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: Uma proposta de intervenção. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 689–702, 2016.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L. Medindo desigualdade na saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista-BEPA**, p. 15–16, 2005.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L.; PEREIRA, J. C. R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 630–636, out. 2004.
- BENTO, M. A. S. **Branquitude e poder: a questão das cotas para negros**. I Simp. Internacional do Adolescente. **Anais...**São Paulo: 2005Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC0000000082005000100005&script=ci_arttext>
- BERNARDINO, J. Ação afirmativa e a rediscussão do mito da democracia racial no Brasil. **Estudos Afro-Asiáticos**, v. 24, n. 2, p. 247–273, 2002.
- BISPO, C. D. B.; SOUZA, V. L. C. Violência institucional sofrida por mulheres internadas

em processo de abortamento. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2010.

BRASIL. **Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento: norma tecnica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2005.

BRASIL. **20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde 2013: Ciclos de vida**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015.

CARNEIRO, M. F.; IRIART, J. A. B.; MENEZES, G. M. DE S. “Largada sozinha, mas tudo bem”: paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, p. 405–418, jun. 2013.

CARNEIRO, S. Raça e etnia no contexto de Beijing. In: **O livro da saúde das mulheres negras : nossos passos vêm de longe**. Rio de Janeiro: Pallas/Criola, 2000. p. 256.

CARNEIRO, S. A batalha de Durban. **Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 209, 2002.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COLLINS, P. H. **Black feminist thought : knowledge, consciousness, and the politics of empowerment**. Boston: Routledge, 1990.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171–188, jan. 2002.

CRENSHAW, K. Cartographies des marges : intersectionnalité, politique de l’identité et violences contre les femmes de couleur. **Cahiers du Genre**, v. n° 39, n. 2, p. 51–82, 2005.

CURIEL-PICHARDO, O. Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. In: **Otras formas de (re)conocer. Reflexiones herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista**. Bilbao: UPV/EHU, 2014. p. 45–60.

DAHIA, S. L. DE M. A mediação do riso na expressão e consolidação racismo no Brasil. **Sociedade e Estado**, v. 23, n. 3, p. 697–720, dez. 2008.

DEHLENDORF, C.; HARRIS, L. H.; WEITZ, T. A. Disparities in abortion rates: A public health approach. **American Journal of Public Health**, v. 103, n. 10, p. 1772–1779, 2013.

DEHLENDORF, C.; WEITZ, T. Access to Abortion Services: A Neglected Health Disparity. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 22, n. 2, p. 415–421, 2011.

DINIZ, C. S. G. et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 561–572, set. 2016.

DINIZ, D. et al. Aborto: 20 anos de pesquisas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25,

n. 4, p. 939–942, abr. 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 959–966, 2010.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1671–1681, jul. 2012.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; MADEIRO, A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 653–660, fev. 2017.

DORAN, F.; NANCARROW, S. Barriers and facilitators of access to first-trimester abortion services for women in the developed world: a systematic review. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**, v. 41, n. 3, p. 170–180, 2015.

FARIA, N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: **Mulheres Brasileiras e Gênero Nos Espaços Público e Privado - Uma Década de Mudanças na Op. Pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2013.

FERDINAND, A.; PARADIES, Y.; KELAHER, M. **Mental health impacts of racial discrimination in Victorian Aboriginal communities**. Australia: The Lowitja Institute. 2013.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I - A Vontade do Saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 2008. v. 1

GOES, E. F. Intersecção, Ponto de Encontro sobre as Condições de Vida das Mulheres Negras. In: SANTIAGO, A R; RIBEIRO, D A; BARROS, R C S; SILVA, R. S. (Ed.) **Tanças e redes: tessituras sobre África e Brasil**. Cruz das Almas: UFRB, 2014. p. 280.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

GOTO, J. B.; COUTO, P. F. M.; BASTOS, J. L. Revisão sistemática dos estudos epidemiológicos sobre discriminação interpessoal e saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 445–459, mar. 2013.

GUIMARÃES, A. S. A. Preconceito de cor e racismo no Brasil. **Revista de Antropologia**, v. 47, n. 1, p. 9–43, 2004.

HERINGER, R. Desigualdades raciais no Brasil: síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S57–S65, 2002.

HOOKS, B. Intelectuais Negras. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 464, 1995.

IANNI, O. Dialética das relações raciais. **Estudos Avançados**, v. 18, n. 50, p. 21–30, abr. 2004.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2015**. Rio de

Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://loja.ibge.gov.br/pnad-2015-sintese-de-indicadores.html>>. Acesso em: 15 nov. 2017.

JACCOUD, L. Racismo e República: O debate sobre o branqueamento e a discriminação racial no Brasil. In: IPEA (Ed.). **As políticas públicas e a desigualdade racial no Brasil: 120 anos após a abolição**. Brasília: IPEA, 2008.

JAGANNATHAN, R. Relying on surveys to understand abortion behavior: some cautionary evidence. **American journal of public health**, v. 91, n. 11, p. 1825–31, nov. 2001.

JONES, C. P. Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale. **American Journal of Public Health**, v. 90, n. 8, p. 1212–5, ago. 2000.

KRIEGER, N. Glosario de epidemiología social. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 11, n. 5–6, p. 480–490, jun. 2002.

LEAL, M. DO C. et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 1, p. e00078816, 2017.

LEAL, M. DO C.; GAMA, S. G. N. DA; CUNHA, C. B. DA. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 100–107, jan. 2005.

LINCE-DEROUCHE, N. et al. Accessing medical and surgical first-trimester abortion services: women's experiences and costs from an operations research study in KwaZulu-Natal Province, South Africa. **Contraception**, v. 96, n. 2, p. 72–80, ago. 2017.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **Temas em Saúde Coletiva**, v. 3, p. 53–101, 2005.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. DE C. M. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 39–46, dez. 2007.

LOPES, F.; WERNECK, J. Mulheres jovens negras e vulnerabilidade ao HIV/ Aids: O lugar do Racismo. In: **Aids e juventude : gênero, classe e raça**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 289.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 40, p. 121–134, mar. 2012.

LUGONES, M. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, v. 22, n. 3, p. 935–952, dez. 2014.

MAI, L. D. **Análise da produção do conhecimento em eugenia na Revista Brasileira de Enfermagem**. Ribeirão Preto: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo, 17 maio 2004.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473–2479, nov. 2006.

MCCALLUM, C.; MENEZES, G.; REIS, A. P. DOS. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 23, n. 1, p. 37–56, mar. 2016.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. suppl 2, p. s193–s204, 2009.

MINELLA, L. S. **Gênero e contracepção: uma perspectiva sociológica**. Florianópolis: Editora UFSC, 2005.

MOSLEY, E. A. et al. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. **Culture, Health & Sexuality**, p. 1–16, 19 jan. 2017.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra : Brasil, ano 2001**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2002.

ONU. Nações Unidas. **Convenção Internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial**. Assembléia Geral das Nações Unidas. 1965

PAIXÃO, M. J. P. **Desenvolvimento humano e relações raciais**. Rio de Janeiro: DP & A Editora, 2003.

PAIXÃO, M. J. P. **Manifesto anti-racista : idéias em prol de uma utopia chamada Brasil**. Rio de Janeiro: DP & A Editora, 2005.

PARADIES, Y. et al. **Building on our strengths: A framework to address race-based discrimination and support diversity in Victoria**. Melbourne: VicHealth, 2009.

PENA, S. D. J. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. **Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 321–346, 1 ago. 2005.

PRATHER, C. et al. The Impact of Racism on the Sexual and Reproductive Health of African American Women. **Journal of Women's Health**, v. 25, n. 7, p. 664–671, jul. 2016.

PRICE, K. It's Not Just About Abortion: Incorporating Intersectionality in Research About Women of Color and Reproduction. **Women's Health Issues**, v. 21, n. 3, p. S55–S57, maio 2011.

RIBEIRO, M. Mulheres Negras Brasileiras de Bertioga a Beijing. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 446, 1995.

ROLAND, E. Direitos Reprodutivos e Racismo no Brasil. **Estudos Feministas**, v. 3, n. 2, p. 506, 1995.

SANTANA, D. S. et al. Severe maternal morbidity due to abortion prospectively identified in a surveillance network in Brazil. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 119, n. 1, p. 44–48, out. 2012.

SANTOS, H. **A busca de um caminho para o Brasil : a trilha do círculo vicioso**. [s.l.]

Editora SENAC São Paulo, 2001.

SANTOS, I. A. A. DOS. **Direitos humanos e as práticas de racismo**. Brasília: Edições Câmara, 2013.

SCHWARCZ, L. M. **O Espetáculo das Raças: Cientistas, instituições e questão racial no Brasil do século XIX**. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, A. ET AL. Entre o racismo e a desigualdade: da constituição à promoção de uma política de Igualdade Racial (1988-2008). In: **A Construção de uma Política de Promoção da Igualdade Racial: uma Análise dos Últimos 20 Anos**. Brasília: IPEA, 2009. p. 233.

SINGH, S. et al. Trends in hospitalization for abortion-related complications in Brazil, 1992–2009: Why the decline in numbers and severity? **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 118, p. S99–S106, set. 2012.

SOUZAS, R. Movimento de mulheres negras e a saúde : análise documental sobre a reivindicação de inclusão do “ quesito cor ” no sistema de informação à saúde. **Saúde Coletiva**, v. 7, n. 40, p. 110–115, 2010.

STEPAN, N. **A hora da eugenia : raça, gênero e nação na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SUDBURY, J. **Outros Tipos de Sonhos**. Rio de Janeiro: Selo Negro. 1998.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

VEENSTRA, G. Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. **International Journal for Equity in Health**, v. 10, n. 1, p. 3, 17 jan. 2011.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet (London, England)**, v. 377, n. 9780, p. 1863–76, 28 maio 2011.

WERNECK, J. Algumas considerações sobre racismo , sexismo e a tecno-eugenia. “**Um Mundo Patentado? La privatización de la vida y del conocimiento**”, p. 1–10, 2005.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. **Sociologias**, v. 17, n. 40, p. 124–174, 2015.

ANEXOS



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
(71) 3283- 7422

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa:

Complicações precoces da gravidez e atenção prestada na rede SUS no Nordeste brasileiro: uma abordagem interdisciplinar e multicêntrica

Pesquisador responsável:

Prof. Dra. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino

Patrocinador financeiro da pesquisa:

CNPq e DECIT/Ministério da Saúde.

Apresentação do estudo:

Somos um grupo de pesquisadores da Universidade Federal da Bahia e estamos realizando uma pesquisa em parceria com a Universidade Federal do Maranhão e a Universidade Federal de Pernambuco sobre complicações de saúde no início da gravidez.

Este é um estudo pioneiro no Nordeste do Brasil por ser realizado em várias cidades – São Luiz, Recife e Salvador - e procura estudar as características das mulheres e da atenção à saúde por elas recebidas de modo a contribuir para melhorar os serviços de saúde na Região.

Participam da pesquisa mulheres que foram internadas em hospitais da rede própria do Sistema Único de Saúde por apresentarem sangramento ou outras complicações ligadas à perda ou interrupção de uma gravidez.

Objetivos da Pesquisa:

Caracterizar o perfil das complicações ligadas à perda ou interrupção de uma gravidez, bem como avaliar a adequação e a qualidade da atenção prestada às mulheres admitidas por estas complicações em hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), comparando cidades da região Nordeste.

Participação no estudo:

Convidamos a Sra a participar desta pesquisa, o que significa que DURANTE A INTERNAÇÃO, assim que estiver se sentindo disposta, a Sra responderá a um questionário sobre os problemas que a levaram a buscar internação e a assistência recebida, com duração aproximada de 30 a 40 minutos.

Perguntaremos sobre suas decisões de procurar atendimento, suas condições de saúde quando chegou, as dificuldades enfrentadas para ser atendida, os cuidados recebidos neste hospital, além de dados pessoais, sociais e hábitos de vida.

Também pedimos sua autorização para levantarmos informações registradas pelo hospital em relação aos exames realizados, medicamentos e outros aspectos clínicos da sua internação.

Seus direitos como participante:

Sua participação é inteiramente voluntária e caso aceite participar, de qualquer modo, poderá deixar de responder a qualquer pergunta durante a entrevista ou interrompê-la se assim o desejar.

Você pode decidir não participar sem que isso afete negativamente o atendimento durante a internação ou após receber alta deste hospital.

A entrevista será realizada com privacidade e se alguém se aproximar podemos interromper imediatamente nossa conversa.

O sigilo de todas as informações será absoluto e nenhum dado que permita sua identificação ficará registrado no questionário. Ao final, os resultados do estudo serão divulgados para que muitas pessoas se beneficiem desse conhecimento, mas sem identificar as mulheres participantes do estudo.

Toda a equipe de entrevistadoras é formada de mulheres com o compromisso de inteiro sigilo das informações e de manter conduta de profundo respeito às entrevistadas. Elas foram especialmente treinadas para realizar a entrevista de modo apropriado e evitar ou reduzir ao mínimo possíveis desconfortos durante a entrevista.

Embora não haja qualquer benefício imediato na sua participação, os pesquisadores deste estudo acreditam que seus resultados vão ajudar a entender dificuldades no atendimento às mulheres com problemas semelhantes aos seus, podendo ajudar a preveni-los no futuro e contribuindo para melhorar a assistência à saúde.

Para solucionar dúvidas relativas a este estudo, em qualquer outro momento, entre em contato com: Dra. Estela Maria Motta Lima Leão de Aquino (coordenadora) no telefone 3283-7422. Para obter informações sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com: o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA) pelo telefone 3283-7441.

Se a Sra entendeu estas explicações e concorda voluntariamente em participar deste estudo, por favor, manifeste-se dizendo que aceita ser voluntária neste estudo e presencie a assinatura da testemunha abaixo. Uma via ficará com a Sra, se assim o desejar, e a outra com a entrevistadora responsável.

Agradecemos sua colaboração!

Nome da entrevistadora _____

Data: ____/____/____ Assinatura _____

QUESTIONÁRIO

Hospital	Dia / Mês da admissão	Nº de ordem
__	__ / __	_____

Data da entrevista __ / __

Horário de início da entrevista __: __

MÓDULO A - CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS E DEMOGRÁFICAS DA MULHER

Vamos começar com algumas perguntas sobre quem é você e sobre sua família.

A1. Qual a sua idade?

anos completos __

A2. Qual sua data de nascimento?

__ / __ / __

A3. Você nasceu em < citar nome da cidade onde está sendo realizada a entrevista >?

1. Sim ➔ passe para A5

2. Não

A4. Em que cidade você nasceu?

Cidade _____

(888 para Não sabe / não lembra)

(999 para Não se aplica)

UF ____

A5. Há quanto tempo você mora em < citar nome da cidade onde está sendo realizada a entrevista >?

Anos completos __

00 - Menos de 1 ano

88 - Não sabe / não lembra

99 - Sempre viveu aqui ➔ passe para A7

A6. Quando criança, até os 12 anos, você morou (a maior parte do tempo) numa capital, numa cidade grande, numa cidade pequena/vila, ou zona rural?

1. Capital
2. Cidade grande
3. Cidade pequena/vila
4. Zona rural
5. Outro. Qual? _____
8. Não sabe / não lembra
9. Não se aplica

A7. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a sua cor da pele ou raça?

(Resposta estimulada e única)

1. Branca
2. Preta
3. Amarela
4. Parda
5. Indígena
6. Não quis responder
8. Não sabe

A8. Você sabe ler e escrever? (consegue ler e escrever um bilhete)

1. Sim
2. Não
6. Não quis responder

A9. Você já freqüentou a escola?

(resposta estimulada e única)

1. Está freqüentando atualmente
2. Já freqüentou mas não freqüenta mais
3. Nunca frequentou → passe para A11
6. Não quis responder → passe para A11

A10. Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação?
(marque o grau e a série mais elevados)

1. Alfabetização de jovens e adultos
2. Classe de alfabetização - CA
3. Ensino fundamental ou 1º Grau / Série ou ano _____
4. Ensino médio ou 2º grau / Série ou ano _____
5. Superior incompleto
6. Superior completo
7. Especialização, mestrado ou doutorado
8. Não sabe / não lembra
9. Não se aplica

A11. Além das atividades domésticas, você trabalha ou já trabalhou?
(Considere como trabalho qualquer atividade pela qual você receba dinheiro ou alguma outra forma de pagamento, mesmo que você a realize em sua casa).

(Resposta estimulada e única)

1. Está trabalhando
2. Já trabalhou mas não está trabalhando atualmente → passe para A13
3. Nunca trabalhou → passe para A14
4. Está aposentada → passe para A13

A12. Atualmente, você trabalha como: (se tiver mais de um considerar o principal)

(Resposta estimulada e única)

1. Empregada com carteira assinada/ com contrato
2. Empregada sem carteira assinada/ sem contrato
3. Trabalha em empresa/negócio da família, sem salário
4. Trabalha por conta própria/ Autônoma (sem empregado remunerado)
5. Empregadora (com pelo menos um empregado remunerado)
6. Estagiária com remuneração
7. Estagiária sem remuneração
8. Outro. Qual? _____
9. Não se aplica

Apenas para quem já trabalhou, mas não está trabalhando atualmente (A13 e A14)

A13. Há quanto tempo você parou de trabalhar?

Anos completos

00 - Menos de 1 ano

66 - Não quis responder

88 - Não lembra

99 - Não se aplica

A14. Nos últimos 12 meses, você esteve procurando emprego?

1. Sim

2. Não

6. Não quis responder

9. Não se aplica

A15. Você tem alguma fonte de renda própria?

(Resposta estimulada e múltipla)

Salário

Rendimento de trabalho por conta própria

Pensão → passe para A17

Benefício → passe para A17

Bolsa família → passe para A17

Aposentadoria → passe para A17

Aluguel → passe para A17

Não tem renda própria → passe para A17

Outra. Qual? _____

Não quis responder

A16. Qual foi seu rendimento bruto (ou renda bruta) no último mês, proveniente exclusivamente do trabalho?

Valor mensal individual R\$ _____ , 00

6666 - Não quis responder

8888 - Não sabe

9999 - Não trabalhou no mês passado

A17. Qual foi o rendimento bruto (ou renda bruta) dos moradores do seu domicílio no último mês?

Valor mensal TOTAL R\$ _____, 00

6666 - Não quis responder

8888 - Não sabe

A18. Em que religião você foi criada?

1. Nenhuma
2. Católica
3. Protestante. Qual? _____
4. Pentecostal. Qual? _____
5. Espírita
6. Umbanda / Candomblé
7. Outra. Qual? _____
8. Não sabe / não lembra

A19. Atualmente, qual a religião ou culto que você frequenta?

1. Católica
2. Protestante. Qual? _____
3. Pentecostal. Qual? _____
4. Espírita
5. Umbanda / Candomblé
7. Nenhuma
8. Outra. Qual? _____
6. Não quis responder

Se o pertencimento religioso atual for diferente do da criação

A20. Há quanto tempo adotou essa religião (ou deixou de ter religião)?

Anos completos

00 - Menos de 1 ano

88 - Não sabe / não lembra

99 - Não se aplica

A21. Não contando situações como casamentos, batizados e enterros, com que regularidade você tem frequentado serviços ou atividades religiosas (missas, cultos, novenas, sessões, etc)?

(Resposta estimulada e única)

1. Nunca
2. Menos de 1 vez por mês
3. Uma a três vezes por mês
4. Uma vez por semana
5. Mais de uma vez por semana
8. Não sabe
9. Não se aplica

A22. Atualmente você está casada ou tem um relacionamento com alguém?

(Resposta estimulada e única)

01. Atualmente casada
02. Vive / mora junto
03. Tem um companheiro, mas não vive na mesma casa
04. Tem um namorado/parceiro
05. Não tem namorado fixo
06. Não tem ninguém
07. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder

A23. Qual seu estado civil atual, casada, solteira, viúva, desquitada, separada ou divorciada?

- 01. Casada
- 02. União civil estável (em cartório)
- 03. Solteira
- 04. Viúva
- 05. Desquitada
- 06. Separada
- 07. Divorciada
- 66. Não quis responder

Para quem disse que não tem namorado fixo ou não tem ninguém (A24)

A24. Teve algum parceiro fixo de quem se separou nos últimos seis meses?
(Resposta estimulada e única)

- 1. Sim, estava casada
- 2. Sim, vivia/morava junto
- 3. Sim, tinha um companheiro, mas não vivia na mesma casa
- 4. Sim, tinha um namorado/parceiro
- 5. Não teve parceiro fixo nos últimos seis meses
- 7. Outro. Qual? _____
- 6. Não quis responder
- 9. Não se aplica

Para quem disse que está casada / vive com alguém, tem um companheiro / namorado / parceiro, atualmente OU nos últimos seis meses (A25 a A30)

A25. Há quanto tempo vocês estão (ficaram) casados /vivendo juntos/ tendo esse relacionamento?

Anos completos ____

00 - Menos de 1 ano

66 - Não quis responder

88 - Não sabe / não lembra

99 - Não se aplica

A26. Que idade tem (tinha) o seu parceiro?

Anos completos

66 - Não quis responder

88 - Não sabe / não lembra

99 - Não se aplica

**A27. Qual a última série e grau que ele concluiu com aprovação?
(marque o grau e a série mais elevados)**

- 01. Não freqüentou escola
- 02. Alfabetização de jovens e adultos
- 03. Classe de alfabetização - CA
- 04. Ensino fundamental ou 1º Grau / Série ou ano _____
- 05. Ensino médio ou 2º grau / Série ou ano _____
- 06. Superior incompleto
- 07. Superior completo
- 08. Especialização, mestrado ou doutorado
- 88. Não sabe / não lembra
- 99. Não se aplica

A28. Ele está (estava) trabalhando, desempregado, ou aposentado?

- 1. Trabalhando
- 2. Desempregado
- 3. Aposentado
- 4. Em benefício
- 5. Estudante
- 7. Outro. Qual? _____
- 8. Não sabe / não lembra
- 9. Não se aplica

A29. Ele trabalha(va) como: (se tiver mais de um, escolher o principal)
(Resposta estimulada e única)

- 01. Empregado com carteira assinada / com contrato
- 02. Empregado sem carteira assinada / sem contrato
- 03. Trabalha em empresa / negócio da família, sem salário
- 04. Trabalha por conta própria/autônomo (sem empregado remunerado)
- 05. Empregador (com pelo menos um empregado remunerado)
- 06. Estagiário com remuneração
- 07. Estagiário sem remuneração
- 08. Outro. Qual? _____
- 88. Não sabe / não lembra
- 99. Não se aplica

A30. Entre as seguintes alternativas, qual você escolheria para identificar a cor da pele ou raça do seu marido / companheiro / namorado?
(Resposta estimulada e única)

- 1. Branca
- 2. Preta
- 3. Amarela
- 4. Parda
- 5. Indígena
- 6. Não quis responder
- 9. Não se aplica

A31. Na sua casa, quem é a pessoa responsável pelo domicílio?
(Resposta estimulada e única)

- 01. Você
- 02. Seu marido / companheiro / parceiro
- 03. Ambos
- 04. Pai
- 05. Mãe
- 06. Outro. Qual? _____
- 07. Não tem responsável
- 66. Não quis responder
- 88. Não sabe

*Se a o/a responsável pelo domicílio não for a entrevistada ou o marido/
companheiro/parceiro*

A32. Qual a última série e o grau que ele/a concluiu com aprovação? (marque o grau e a série mais elevados)

- 01. Não freqüentou escola
- 02. Alfabetização de jovens e adultos
- 03. Classe de alfabetização - CA
- 04. Ensino fundamental ou 1º Grau / Série ou ano _____
- 05. Ensino médio ou 2º grau/ Série ou ano _____
- 06. Superior incompleto
- 07. Superior completo
- 08. Especialização, mestrado ou doutorado
- 88. Não sabe / não lembra
- 99. Não se aplica

Checar na questão A15 se ela informou ter rendimento próprio. Caso não tenha declarado rendimento, pular A33 e A34

A33. Quem decide o que fazer com o dinheiro que você ganha?
(Resposta estimulada e única)

- 01. Você
- 02. Marido / companheiro / parceiro
- 03. Ambos
- 04. Outro parente
- 05. Você e outro parente
- 06. Outra. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 88. Não sabe
- 99. Não se aplica

A34. Em média, dos gastos da sua casa, quanto é pago com seu rendimento próprio?

(Resposta estimulada e única)

- 01. Quase nada
- 02. Menos da metade
- 03. A metade
- 04. Mais da metade
- 05. Tudo
- 06. Seu salário é todo poupado
- 66. Não quis responder
- 88. Não sabe
- 99. Não se aplica

A35. A casa em que você mora é

(Resposta estimulada e única):

- 01. Própria (comprada, herdada, construída)
- 02. Própria (por título de posse)
- 03. Própria (ainda pagando)
- 04. Ocupada / Invasa
- 05. Cedida / Empréstada
- 06. Alugada
- 07. Outro. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 88. Não sabe / não lembra

A36. Onde você obtém a água utilizada em sua casa para beber ou cozinhar?

(Resposta estimulada e única)

- 1. Torneira dentro de casa
- 2. Torneira fora da casa
- 3. Não tem água encanada
- 4. Outro. Qual? _____
- 6. Não quis responder
- 8. Não sabe / não lembra

A37. Que tipo de banheiro você tem na sua casa?

(Resposta estimulada e única)

1. Banheiro dentro de casa
2. Banheiro fora de casa
3. Banheiro coletivo
4. Não tem banheiro
6. Não quis responder
8. Não sabe / não lembra

A38. Em sua casa, que tipo de ligação elétrica existe?

(Resposta estimulada e única)

1. Não tem luz elétrica
2. Ligação individual com contador próprio
3. Não tem ligação própria
4. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
8. Não sabe / não lembra

A39. Na sua casa tem (e quantos)?

(registre a quantidade de cada item nas linhas)

- __ __ televisão em cores
- __ __ rádio
- __ __ banheiro
- __ __ carro
- __ __ máquina de lavar
- __ __ vídeo-cassete e/ou DVD
- __ __ geladeira
- __ __ freezer (aparelho independente ou parte de geladeira duplex)
- __ __ moto

A40. Na sua casa tem empregada mensalista?

1. Sim Quantas? __ __
2. Não

MÓDULO B - DECISÃO DE BUSCAR O CUIDADO E FATORES QUE FACILITARAM OU DIFICULTARAM O ACESSO

Agora vamos falar um pouco sobre sua gravidez e o que aconteceu até ser internada neste hospital.

B1. *Aproximadamente, com quanto tempo de gravidez você estava quando descobriu que estava grávida?*

__ __ semanas ou

__ __ meses

88 - Não sabe / não lembra

B2. *Você lembra a data da sua última menstruação?*

__ __ / __ __ / __ __
dd mm aa

88 - Não sabe / não lembra

B3. *Inicialmente, queremos saber se por causa desta gravidez que você perdeu, teve dor e qual a intensidade desta dor. Para isso dê uma nota de zero a 10 para a intensidade da dor. (Apresente a cartela para classificação da dor e registre a nota dada).*

Nota __ __

99 - não sentiu dor

B4. *Por causa desta gravidez que você perdeu você teve algum desses sintomas? (Resposta estimulada e múltipla)*

- Sangramento
- Febre alta
- Corrimento vaginal com mau cheiro ou pus
- Não teve qualquer destes sintomas
- Não quis responder

B5. *Qual o principal sintoma que fez você procurar o primeiro atendimento?*

1. Dor abdominal
2. Sangramento
3. Febre alta
4. Corrimento vaginal com mau cheiro ou pus
5. Não teve sintomas, mas o ultrassom revelou que o feto estava morto ➔ passe para B8
7. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder ➔ passe para B11

Para quem relatou sangramento:

B6. Esse sangramento foi:

(Resposta estimulada e única)

1. Sangramento leve /borra de café
2. Sangue vivo e/ou com coágulos/pedaços
3. Sangramento em quantidade maior do que na sua menstruação
4. Sangramento intenso que molhou a roupa, a cama ou o chão
6. Não quis responder
9. Não se aplica

Para quem relatou febre:

B7. Esta sua febre veio com calafrios?

1. Sim
2. Não
6. Não quis responder
9. Não se aplica

B8. Quando apareceu(ram) o(s) sintoma(s) (ou soube que o feto estava morto), você pediu ajuda a alguém?

01. Parceiro
02. Mãe
03. Irmã
04. Outra mulher da família
05. Amiga
06. Vizinha
07. Patroa
08. Outra mulher conhecida
09. Pessoa desconhecida
10. Outra. Qual? _____
11. Não pediu ajuda
66. Não quis responder
99. Não se aplica

B9. Quanto tempo passou entre você ter < citar o sintoma declarado em B5 (ou saber que o feto estava morto) > e procurar o primeiro atendimento de saúde?

__ __ dias __ __ horas __ __ minutos

00 - De imediato

88 - Não lembra

66 - Não quis responder

99 - Não se aplica

B10. Teve alguma dificuldade para procurar este primeiro atendimento de saúde? (Resposta estimulada e múltipla)

- Não tinha dinheiro para o transporte
- Não tinha com quem deixar o(s) filho(s)
- Não tinha quem a acompanhasse
- Não podia faltar ao trabalho
- Teve medo de ser maltratada ou humilhada no serviço de saúde
- Não sabia que atendimento procurar
- Não teve dificuldades
- Outra. Qual? _____ __ __
- Não quis responder
- Não se aplica

B11. Que tipo de atendimento de saúde procurou primeiro? (Resposta estimulada e única)

- 01. Agente Comunitária de Saúde
- 02. Medicação em farmácia. Qual? _____ __ __
- 03. Remédio caseiro. Qual? _____ __ __
- 04. Unidade do PSF
- 05. Posto/Centro de Saúde/Policlínica
- 06. Hospital público. Qual? _____ __ __
- 07. Hospital ou clínica particular. Qual? _____ __ __
- 08. Consultório médico particular
- 09. Outro atendimento. Qual? _____ __ __
- 99. Não se aplica

B12. Além deste primeiro atendimento, que outros atendimentos à saúde procurou antes desta internação? (Resposta estimulada e múltipla)

- Parteira tradicional
- Agente Comunitária de Saúde
- Medicação em farmácia. Qual? _____
_____ ➔ passe para B17
- Remédio caseiro. Qual? _____
_____ ➔ passe para B17
- Unidade do PSF
- Posto/Centro de Saúde/Policlínica
- Este mesmo hospital
- Outro hospital público. Qual(is)? _____
- Hospital ou clínica particular. Qual(is)? _____
- Consultório médico particular
- Outro atendimento. Qual? _____
- Nenhum outro ➔ se o primeiro e único atendimento resultou na presente internação passe para B17
- Não sabe

Marque na casela abaixo o número de hospitais e de outros serviços de saúde procurados

- N° de hospitais procurados
- N° de outros serviços de saúde procurados

B13. Você conseguiu atendimento nos serviços de saúde que procurou antes de ser internada no < citar o nome deste hospital onde está internada >?

1. Sim, foi atendida em todos ➔ passe para B15
2. Sim, mas não em todos
3. Não
9. Não se aplica

B14. Por que você não foi atendida? (Resposta estimulada e múltipla)

- Não conseguiu vaga ou senha
- Não tinha médico atendendo
- Não tinha profissional especializado/ ginecologista
- O serviço não estava funcionando
- Não tinha medicamentos e/ou equipamentos necessários
- Não podia pagar
- Esperou muito e desistiu
- Outro motivo. Especificar _____
- Não sabe/Não lembra
- Não se aplica

Cheque em B11 e B12 se ela procurou atendimento em “hospital público” (ou em “hospital ou clínica particular”.

B15. Antes de ser internada desta vez, chegou a ser internada pelo mesmo problema?

1. Sim, neste mesmo hospital
2. Sim, em outro hospital. Em qual(is)? _____
3. Não → passe para B17
8. Não sabe/não lembra
9. Não se aplica

Marque na casela abaixo o número de hospitais onde foi internada

____ N° de hospitais

B16. Você chegou a ter alta do < citar o nome do hospital onde foi internada pela primeira vez >? (resposta estimulada e única)

1. Alta para casa com receita
2. Alta para casa sem receita
3. Transferida para outra unidade hospitalar diferente da atual
4. Transferida para o hospital onde se encontra atualmente
5. Outra. Qual? _____
9. Não se aplica

Agora vamos falar um pouco sobre esta internação neste hospital < citar o nome do hospital onde está internada >

B17. Quanto tempo passou entre você ter < citar o sintoma principal declarado em B5 > que você disse que a fez procurar o primeiro atendimento (ou saber que o feto estava morto) e o momento da sua internação neste hospital?

__ __ dias __ __ horas __ __ minutos

88 - Não lembra

66 - Não quis responder

B18. Você veio diretamente de casa para este hospital?

1. Sim ➔ passe para B20

2. Não

B19. (Se não veio direto) De onde você veio?

(resposta estimulada e única)

1. De outra unidade de saúde sem ficha de encaminhamento

2. De outra unidade de saúde com ficha de encaminhamento

3. Transferida de outro hospital ➔ passe para B26

4. Outro. Qual? _____ __ __

6. Não quis responder

9. Não se aplica

B20. Quanto tempo demorou para chegar aqui desde que saiu de casa?

__ __ dias __ __ horas __ __ minutos

66 - Não quis responder

88 - Não lembra

B21. Qual o meio de transporte que utilizou para chegar a este hospital?

1. Transporte coletivo (Ônibus, van, metrô, etc). Quantos? __ __ __

2. Táxi

3. Automóvel próprio

4. Automóvel de familiar / vizinho / amigo

5. Moto

6. Veio a pé

8. Outro. Qual? _____ __

9. Não se aplica (transferida de outro serviço ou pela central de leitos)

B22. Qual o principal motivo para ter escolhido este hospital? < citar o nome do hospital onde está atualmente internada >? (Resposta estimulada e única)

- 01. É perto de casa
- 02. É perto do trabalho
- 03. Amiga / parente indicou
- 04. Médico ou profissional de saúde indicou
- 05. Achava que o atendimento seria bom
- 06. Sabia que este hospital atende casos de aborto
- 07. Não se espera muito para ser atendida
- 08. Outro. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 99. Não se aplica (não escolheu, foi transferida por outro serviço ou pela central de leitos)

B23. Teve alguma dificuldade para chegar até este hospital < citar o nome do hospital onde está atualmente internada >

- 01. Não tinha dinheiro para o transporte
- 02. Não tinha com quem deixar o(s) filho(s)
- 03. Não tinha quem a acompanhasse
- 04. Não podia faltar ao trabalho
- 05. Teve medo de ser maltratada ou humilhada no serviço de saúde
- 06. Não teve dificuldades
- 07. Outra. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 99. Não se aplica

B24. Quem veio lhe acompanhando até este hospital? < citar o nome do hospital onde está atualmente internada >

- 01. Ninguém, veio sozinha
- 02. Parceiro
- 03. Mãe
- 04. Irmã
- 05. Outra mulher da família
- 06. Amiga
- 07. Vizinha
- 08. Patroa
- 09. Outra mulher conhecida
- 10. Pessoa desconhecida
- 11. Outra. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 99. Não se aplica

**B25. Teve alguma dificuldade para ser internada neste hospital? < citar o nome do hospital onde está atualmente internada >
(Resposta estimulada e múltipla)**

- Esperou muito para ser atendida
- Teve que aguardar uma vaga/leito na enfermaria
- As mulheres que foram parir eram atendidas primeiro
- Teve que esconder o motivo
- Não teve dificuldade
- Outra dificuldade. Qual? _____
- Não quis responder

Só para mulheres que vieram transferidas de outro hospital - B26 a B32
Checar a questão B19

Vamos falar um pouco sobre o que aconteceu até você ser internada no hospital < citar o nome do hospital de onde veio transferida >

B26. *Você foi diretamente de casa para aquela hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida >*

1. Sim
2. Não ➔ passe para B28
9. Não se aplica

B27. *Quanto tempo demorou para chegar no < citar o nome do hospital de onde veio transferida > desde que saiu de casa?*

__ __ horas __ __ minutos

88 - Não lembra

99 - Não se aplica

B28. *Qual o meio de transporte que utilizou para chegar naquele hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida >*

(Se necessário marque mais de uma resposta)

1. Transporte coletivo (Ônibus, van, metrô, etc). Quantos? __ __ __
2. Táxi
3. Automóvel próprio
4. Automóvel de familiar / vizinho / amigo
5. Moto
6. Veio a pé
7. Outro. Qual? _____
9. Não se aplica

**B29. Qual o principal motivo para ter escolhido aquele hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida >
(Resposta estimulada e única)**

- 01. É perto de casa
- 02. É perto do trabalho
- 03. Amiga / parente indicou
- 04. Médico ou profissional de saúde indicou
- 05. Achava que o atendimento seria bom
- 06. Sabia que este hospital atende casos de aborto
- 07. Não se espera muito para ser atendida
- 08. Outro. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 99. Não se aplica (não escolheu, foi transferida por outro serviço ou pela central de leitos)

**B30. Teve alguma dificuldade para chegar até aquele hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida >
(Resposta estimulada e múltipla)**

- Não tinha dinheiro para o transporte
- Não tinha com quem deixar o(s) filho(s)
- Não tinha quem a acompanhasse
- Não podia faltar ao trabalho
- Teve medo de ser maltratada ou humilhada no serviço de saúde
- Não teve dificuldades
- Outra. Qual? _____
- Não quis responder
- Não se aplica

B31. Alguém foi lhe acompanhando até aquele hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida >

- 01. Ninguém, veio sozinha
- 02. Parceiro
- 03. Mãe
- 04. Irmã
- 05. Outra mulher da família
- 06. Amiga
- 07. Vizinha
- 08. Patroa
- 09. Outra mulher conhecida
- 10. Pessoa desconhecida
- 11. Outra. Qual? _____
- 66. Não quis responder
- 99. Não se aplica

B32. Teve alguma dificuldade para ser internada naquele hospital? < citar o nome do hospital de onde veio transferida > (Resposta estimulada e múltipla)

- Esperou muito para ser atendida
- Teve que aguardar uma vaga/leito na enfermaria
- As mulheres que foram parir eram atendidas primeiro
- Teve que esconder o motivo
- Não teve dificuldade
- Outro motivo. Qual? _____
- Não quis responder
- Não se aplica

MÓDULO C - CONTEXTO DA GRAVIDEZ/ABORTO

Vamos falar agora sobre o período em que descobriu que estava grávida e sobre a perda da sua gravidez

C1. Antes de saber que estava grávida, você:
(Resposta estimulada e única)

1. Estava tentando engravidar
2. Queria engravidar, porém mais tarde
3. Não queria mais engravidar
4. Não pensava no assunto
8. Não sabe / não lembra
6. Não quis responder

C2. No último mês antes de engravidar, você estava usando algum método para evitar gravidez? (Resposta estimulada e única)

01. Pílula
02. Injeções
03. Implantes (Norplant)
04. DIU
05. Diafragma
06. Tabela / Abstinência periódica
07. Camisinha / Preservativo masculino
08. Preservativo feminino
09. Coito interrompido / gozar fora
10. Outro motivo. Qual? _____
11. Não estava usando método
88. Não sabe / não lembra
66. Não quis responder

Apenas para quem não estava usando método:

C3. Qual o principal motivo para não estar usando método para evitar a gravidez?

01. Tinha relações sexuais pouco frequentes
02. Estava amamentando
03. Ainda não tinha menstruado depois do último parto ou aborto
04. Achava que tinha dificuldade de engravidar
05. Companheiro dizia que era infértil
06. É contra uso de métodos
07. Parceiro é contra uso de métodos
08. Religião não permite
09. Não conhece nenhum método
10. Não sabe como obter métodos
11. Razões de saúde
12. Medo de efeitos colaterais
13. Tem dificuldade para obter método
14. Método muito caro
15. É desconfortável usar os métodos
16. Faltou método na unidade de saúde
17. Interfere nas funções normais do organismo
18. Outro motivo. Qual? _____
66. Não quis responder
99. Não se aplica

Apenas para quem estava usando método:

C4. Durante aquele último mês antes de você engravidar, você estava usando método para evitar a gravidez. O que você acha que aconteceu?

1. Não usou a camisinha em todas as relações
2. Camisinha estourou
3. Engravidou com DIU
4. Esqueceu a pílula
5. Interrompeu a cartela da pílula
6. Estava trocando de método
7. Outro motivo. Qual? _____
8. Não sabe
9. Não se aplica

Para quem tem parceiro fixo (C5 a C7)

C5. Você já conversou alguma vez com seu marido/ companheiro /parceiro fixo sobre métodos para evitar gravidez?

1. Sim, já conversou
2. Não, nunca conversou
9. Não tem marido / companheiro / parceiro fixo

C6. Você acha que seu marido / companheiro / parceiro fixo concorda ou discorda do uso de métodos para evitar a gravidez?

1. Concorda
2. Discorda
3. Indiferente
8. Não sabe
9. Não tem marido / companheiro / parceiro fixo

Só para quem estava usando método (C7)

C7. O método que você estava usando para evitar a gravidez foi escolhido por quem?

1. Escolhido por ela
2. Escolhido por ele
3. Escolhido por ambos
4. Pelo médico ou médica
5. Outro. Qual? _____
9. Não se aplica (não estava usando método ou não tem marido / companheiro / parceiro fixo)

A contracepção de emergência ou pílula do dia seguinte) é usada após uma relação sexual forçada ou desprotegida.

C8. Você usou contracepção de emergência (a pílula do dia seguinte)? (Resposta estimulada e única)

1. Nunca ouviu falar
2. Já ouviu falar, mas não sabe o que é
3. Conhece, mas nunca usou
4. Conhece e já usou mas não desta vez
5. Usou na gravidez atual
6. Não quis responder

C9. Qual era o seu relacionamento com a pessoa de quem engravidou?
(Resposta estimulada e única)

- 01. Parceiro atual (de quem falou antes)
- 02. Ex-marido ou ex-companheiro
- 03. Ex-namorado
- 04. Amigo
- 05. Pessoa com quem "ficou"
- 06. Na época, era meu namorado ou parceiro ou marido
- 07. Não tem certeza de quem engravidou
- 08. Outra pessoa. Qual? _____
- 66. Não quis responder

*Só para as mulheres que engravidaram do ex-marido,
ex-companheiro, ex-namorado - C10*

**C10. Quando você engravidou, há quanto tempo vocês estavam
separados/ tinham terminado o relacionamento?**

__ __ meses

00 - Menos de 1 ano

66 - Não quis responder

99 - Não se aplica

**C11. Nos últimos seis meses antes dessa gravidez, você teve alguma relação
sexual forçada/ contra sua vontade?**

- 1. Sim
- 2. Não → passe para C17
- 6. Não quis responder → passe para C17

*Só para as mulheres que tiveram alguma relação sexual forçada/
contra a vontade - C12 a C16*

C12. Esta gravidez é ou pode ter sido resultado de uma relação sexual forçada?

1. Sim
2. Não → passe para C17
6. Não quis responder
8. Não se aplica

C13. Como você foi forçada? (Resposta estimulada e única)

1. Houve muita insistência
2. Houve ameaça de violência física
3. Houve violência física
4. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

C14. Quem foi essa pessoa?

01. Atual marido / Companheiro / Namorado
02. Ex-marido, Ex-companheiro, Ex-namorado
03. Amigo
04. Vizinho
05. Pai / Padastro
06. Outro homem da família
07. Líder Religioso
08. Policial
09. Chefe ou colega de trabalho
10. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder
99. Não se aplica

C15. Após esta relação sexual forçada, você procurou algum desses serviços para obter ajuda?

(Resposta estimulada e múltipla)

- Polícia / Delegacia de defesa da mulher
- Serviço de Saúde
- Serviço jurídico/ Advogado
- Organização de mulheres
- Serviço de atenção à violência
- Nenhum
- Outro. Qual? _____
- Não quis responder
- Não se aplica

No Brasil o aborto é permitido por lei no caso da gravidez resultar de violência sexual/estupro.

C16. Por que não procurou um serviço de saúde onde se realiza abortos permitidos pela lei? (Resposta estimulada e única)

- 01. Não pensou em interromper a gravidez
- 02. Procurou mas não foi atendida
- 03. Não sabia onde procurar
- 04. Não queria que outras pessoas soubessem da violência sofrida
- 05. Não queria que outras pessoas tomassem conhecimento do aborto
- 06. Teve medo/receio de denunciar
- 66. Não quis responder
- 07. Outro. Qual? _____
- 99. Não se aplica

C17. Você fez algum exame para confirmar a gravidez?

(Resposta estimulada e múltipla)

- Teste de farmácia
- Teste no laboratório (urina ou sangue)
- Ultrassonografia
- Não fez exame

C18. Quando soube que estava grávida, você: (Resposta estimulada e única)

1. Ficou contente
2. Aceitou a gravidez, mas não ficou contente
3. Pensou em fazer um aborto
4. Ficou confusa, sem saber o que fazer
5. Outro. Qual? _____

C19. Quando soube que estava grávida, para quem você falou primeiro? (Resposta estimulada e única)

01. Parceiro
02. Mãe dela
03. Mãe do parceiro
04. Irmã
05. Amigas
06. Amigos
07. Outra mulher da família
08. Não falou com ninguém → passe para C22
09. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder

C20. Com quanto tempo de gravidez você estava quando falou para esta pessoa?

____ meses

00 - menos de 1 mês

88 - não sabe / não lembra

99 - não se aplica

C21. Com quem mais você comentou a respeito da gravidez logo que soube?

01. Parceiro
02. Mãe dela
03. Mãe do parceiro
04. Irmã
05. Amigas
06. Amigos
07. Outra mulher da família
08. Não falou com ninguém → passe para C22
09. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder
99. Não se aplica

C22 e C23 - Só para mulheres que sabem de quem engravidaram e não sofreram violência sexual.

Checar na questão C9.

C22. Quando ficou sabendo da gravidez, a atitude da pessoa de quem engravidou foi:

(Resposta estimulada e única)

01. Ficou contente
02. Não ligou muito
03. Queria que fizesse um aborto
04. Não acreditou que o filho era dele
05. Sumiu quando soube da gravidez
06. Não ficou sabendo da gravidez
07. Não ficou contente mas não sugeriu aborto
08. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder
88. Não sabe / não lembra
99. Não se aplica (inclui quem disse que “não tem certeza de quem engravidou” na questão C9)

C23. Quanto à relação com a pessoa de quem engravidou, a gravidez:

(Resposta estimulada e única)

1. Não mudou nada
2. Separou vocês
3. Uniu vocês
4. Ele não era um parceiro fixo
5. Outra. Qual? _____
6. Não quis responder
8. Não sabe/não lembra
9. Não se aplica (inclui quem disse que “não tem certeza de quem engravidou” na questão C9)

C24. A principal reação da sua família em relação à gravidez foi:

(Resposta estimulada e única)

1. Não aceitaram/condenaram a gravidez (sem sugerir um aborto)
2. Ficou contente
3. Disse que ajudaria a cuidar do bebê
4. Sugeriu um aborto
5. Não ficou sabendo da gravidez
7. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
8. Não sabe / não lembra
9. Não se aplica

C25. Este aborto foi:

(Resposta estimulada e única)

1. Aborto espontâneo → passe para C41
2. Aborto provocado
6. Não quis responder → passe para C41

C26. A iniciativa deste aborto foi:

(Resposta estimulada e única)

1. Sua
2. Do seu parceiro → passe para C30
3. Sua e do seu parceiro → passe para C30
4. Sua e dos seus familiares
5. Sua e dos familiares do parceiro
7. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
8. Não sabe / não lembra
9. Não se aplica

Se houve violência sexual com desconhecido → passe para C30

C27. Você chegou a conversar com a pessoa de quem engravidou sobre fazer o aborto?

1. Sim
2. Não → passe para C30
6. Não quis responder → passe para C30
9. Não se aplica

C28. Qual a principal reação do seu parceiro, quando soube que você queria realizar o aborto?

(Resposta estimulada e única)

1. Concordou → passe para C30
2. Disse que a decisão era sua → passe para C30
3. Não concordou
6. Não quis responder → passe para C30
9. Não se aplica

C29. De que maneira ele demonstrou não concordar que você fizesse o aborto?

(Resposta estimulada e múltipla)

- Tentou convencer você a mudar de idéia
- Foi grosseiro / ficou com raiva
- Ameaçou se separar
- Ameaçou bater em você
- Bateu em você / agrediu você
- Outra. Qual? _____
- Não quis responder
- Não se aplica

C30. Que motivos pesaram na decisão de fazer o aborto?

(Resposta espontânea e múltipla)

01. Teria que parar de trabalhar
02. Ia interferir nos estudos
03. Não é casada ou mora junto com o parceiro
04. Está se separando/ pensando em se separar
05. Parceiro não aceitou a gravidez
06. Parceiro ameaçou se separar
07. Não tem condições financeiras para ter um filho nesse momento
08. Parceiro obrigou a fazer o aborto
09. Família não aceitou ou não aceitaria a gravidez
10. Já tem o número de filhos que deseja
11. Não quer ter filho no momento
12. Nunca quis ter filhos
13. Outro. Qual? _____
66. Não quis responder
99. Não se aplica

C35. Com quem aprendeu a usar?

1. Com amiga ou vizinha
2. Com parente
3. Na farmácia
4. Com um médico / a
5. Com uma enfermeira / o
7. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

C36. Onde conseguiu?

1. Vendedor ambulante
2. Na farmácia
3. Com um médico / a
4. Com uma enfermeira / o
5. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

**C37. Em que local, o aborto foi realizado: (refere-se ao último método utilizado)
(Resposta estimulada e única)**

1. Consultório particular
2. Clínica de aborto
3. Na sua casa
4. Em hospital
5. Na casa da pessoa que fez o aborto
7. Outro. Qual? _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

C38. Quem foi a pessoa que realizou o aborto? (refere-se ao último método utilizado) (Resposta estimulada e única)

1. Você mesma
2. Médico / a
3. Enfermeira / o
4. Parteira
5. Outra. Qual? _____
6. Não quis responder
8. Não sabe
9. Não se aplica

C39. Alguém lhe acompanhou quando você foi realizar o aborto?

1. Não, foi sozinha
2. Parceiro de quem engravidou
3. Irmã
4. Amiga
5. Mãe
7. Outra. Qual? _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

**C40. Quem pagou o aborto?
(Resposta estimulada e única)**

1. Não foi pago
2. Você
3. Seu parceiro
4. Os dois, você e seu parceiro
5. Outra (especifique) (inclui mais de uma pessoa pagando diferentes métodos) _____
6. Não quis responder
9. Não se aplica

Só para as mulheres que declararam o aborto como espontâneo ou se recusaram a classificar o aborto - C41 e C42

C41. Você chegou a fazer alguma consulta de pré-natal na gravidez atual?

1. Sim ➔ passe para Módulo D
2. Não
6. Não quis responder ➔ passe para Módulo D
9. Não se aplica

C42. Por que não fez pré-natal?

01. Gravidez recente
02. Ainda não havia decidido o que fazer com a gravidez
03. Não sabia onde procurar
04. Não conseguiu agendar consulta no SUS
05. Serviço de saúde é muito distante
06. Não teve dinheiro
07. Não pretendia levar a gravidez adiante/ pensava em interromper
08. Não achou necessário
09. Outra. Qual? _____
66. Não quis responder
99. Não se aplica

MÓDULO D - ANTECEDENTES REPRODUTIVOS

D1. Antes dessa gravidez, você já esteve grávida alguma vez, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim?

1. Sim. Quantas vezes? __ __
2. Não → passe para D3
6. Não quis responder → passe para D3

D2. Quantos filhos nascidos vivos você já teve? (Considere nascido vivo aquele bebê que chorou ou mostrou sinais de vida, mesmo que tenha morrido logo após o nascimento)

__ __ filhos nascidos vivos

00 - Nenhum

66 - Não quis responder

D3. Antes da gravidez atual, você já teve algum aborto, seja espontâneo ou provocado?

1. Sim
2. Não → passe para D6
6. Não quis responder

D4. Quantos foram espontâneos? __ __

00 - nenhum

D5. Quantos foram provocados? __ __

00 - nenhum

D6. Se pudesse escolher o número de filhos para ter por toda a vida, que número seria esse?

__ __

00 - nenhum

88 - não sabe

66 - não quis responder

MÓDULO E - CUIDADOS E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora, gostaria de perguntar sobre os cuidados com sua saúde. Muitos fatores podem impedir que as mulheres procurem cuidados ou tratamentos médicos.

E1. Você já fez alguma vez um exame preventivo de câncer do colo do útero?

1. Sim
2. Nunca fez → passe para E3
8. Não sabe / Não lembra → passe para E3

E2. Aproximadamente, quanto tempo faz que você fez o preventivo de câncer pela última vez?

1. Menos de 1 ano
2. De 1 a 2 anos
3. De 3 a 5 anos
4. 6 anos ou mais
0. Nunca fez

E3. Antes da gravidez atual, quando fez a última consulta ao ginecologista?

1. Menos de 1 ano
2. De 1 a 2 anos
3. A partir de 3 anos
0. Nunca fez
8. Não sabe informar / não lembra

E4. Qual o principal motivo para você procurar o médico ginecologista nessa ocasião?

1. Para fazer preventivo ou exame de rotina
2. Para saber se estava grávida
3. Para obter método para evitar gravidez
4. Problema de saúde
5. Revisão pós-parto ou pós aborto
7. Outra. Qual? _____
9. Nunca consultou
8. Não lembra

MÓDULO F - QUALIDADE DA ATENÇÃO

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre o atendimento que você recebeu neste hospital

Atenção pré-procedimento

F1. *Desde a hora em que você chegou a este hospital até a hora que alguém lhe examinou primeiro, você acha que o tempo de espera foi adequado ou longo demais?*

1. Adequado
2. Longo demais
3. Não tem certeza

F2. *Durante esta internação, você realizou uma curetagem ou AMIU para esvaziamento do útero?*

1. Curetagem
2. AMIU
3. Sim, mas não sabe qual procedimento
4. Não ➔ passe para F34
8. Não sabe

F3. *Antes do < citar o procedimento realizado >, quem examinou você?*

1. Médico / a
2. Enfermeira / o
3. Parteira
4. Outro. Qual? _____
8. Não sabe

F4. *Você foi examinada por um homem ou uma mulher?*

1. Homem
2. Mulher

F5. *Se pudesse escolher, qual teria sido sua preferência?*

1. Homem
2. Mulher
3. Indiferente

F6. Esta pessoa lhe tratou respeitosamente, com indiferença ou desrespeitosamente?

1. Respeitosamente
2. Com indiferença
3. Desrespeitosamente
4. Outro. Qual? _____

F7. Esta pessoa lhe deu alguma informação sobre sua saúde ou sua condição física?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F9

F8. Você entendeu esta informação?

1. Sim
2. Não
3. Não tem certeza
9. Não se aplica

F9. Esta pessoa lhe deu alguma informação sobre o que iria acontecer durante o < citar o procedimento realizado >?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra

F10. Esta pessoa lhe deu a oportunidade de fazer perguntas?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra

F11. Durante o exame, havia outras pessoas presentes?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F14
8. Não lembra ➔ Passe para F14

F12. Quem eram essas pessoas? (resposta estimulada e múltipla)

- Profissionais de saúde (médicos, pessoal de enfermagem, residentes etc) ➔ passe para F14
- Pacientes
- Acompanhantes das pacientes
- Não sabe
- Não se aplica

F13. A presença de pessoas além dos profissionais de saúde que estavam examinando você lhe causou constrangimento (ou vergonha)? (resposta estimulada e única)

- 1. Muito constrangimento
- 2. Um pouco de constrangimento
- 3. Não
- 8. Não lembra
- 9. Não se aplica

F14. Você sentiu alguma dor antes de realizar o < citar o procedimento realizado >?

- 1. Sim
- 2. Não ➔ Passe para F16

F15. Deram a você alguma medicação para aliviar essa dor?

- 1. Sim
- 2. Não
- 8. Não lembra
- 9. Não se aplica

Atenção durante o procedimento

F16. Desde a hora em que alguém te examinou primeiro até a hora em que começou o < citar o procedimento realizado >, o seu tempo de espera foi adequado ou muito longo?

- 1. Adequado
- 2. Muito longo
- 3. Não tem certeza

F17. Você estava acordada ou dormindo durante o procedimento?

1. Acordada
2. Dormindo ➔ Passe para F26

F18. Quem realizou o procedimento?

1. Médico / a
2. Outro. Qual? _____
8. Não sabe
9. Não se aplica

F19. Esta pessoa tratou você respeitosamente, com indiferença ou desrespeitosamente?

1. Respeitosamente
2. Com indiferença
3. Desrespeitosamente
4. Outro. Como? _____
9. Não se aplica

F20. Esta pessoa explicou o que estava acontecendo durante o < citar o procedimento realizado >?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F22
8. Não lembra
9. Não se aplica

F21. Você entendeu a informação que lhe foi dada?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

F22. Você quis saber o que estava acontecendo durante o < citar o procedimento realizado >?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

F23. *A pessoa que estava cuidando de você, confortou você durante o < citar o procedimento realizado >?*

1. Sim
2. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

F24. *Você sentiu alguma dor durante o procedimento?*

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F26
9. Não se aplica

F25. *Deram a você alguma medicação para aliviar a dor?*

1. Sim
2. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

Atenção pós procedimento

F26. *Agora, queremos saber se depois que você realizou < citar o procedimento realizado >, sentiu dor e qual a intensidade da dor sentida. Para isso, dê uma nota de zero a 10 para a intensidade da dor. (Apresente a cartela para classificação da dor e registre a nota dada).*

__ __ nota

00 - não sentiu dor ➔ Passe para F28

F27. *Deram a você alguma medicação para aliviar essa dor?*

1. Sim
2. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

Agora vou fazer algumas perguntas sobre a realização de exame após o < citar o procedimento realizado >

**F28. Quem examinou você após o < citar o procedimento realizado >?
(Se foi examinada mais de uma vez, considere a última vez)**

1. Médico / a
2. Enfermeira / o
3. Parteira
4. Ninguém ➔ Passe para F33
5. Outro. Qual? _____
8. Não sabe

F29. Você foi tratada respeitosamente, com indiferença ou desrespeitosamente por esta pessoa?

1. Respeitosamente
2. Com indiferença
3. Desrespeitosamente
4. Outro. Como? _____
9. Não se aplica

F30 Durante o exame, havia outras pessoas presentes?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F33
8. Não lembra
9. Não se aplica

**F31. Quem eram essas pessoas?
(resposta estimulada e múltipla)**

1. Profissionais de saúde (médicos, pessoal de enfermagem, residentes etc) ➔ Passe para F33
2. Pacientes
3. Acompanhantes das pacientes
8. Não sabe
9. Não se aplica

F32. A presença de pessoas além dos profissionais de saúde que estavam examinando você lhe causou constrangimento (ou vergonha)?
(resposta estimulada e única)

1. Muito constrangimento
2. Um pouco de constrangimento
3. Não
8. Não lembra
9. Não se aplica

Horário de término :

Neste momento será feita a aplicação da técnica de urna

Pós alta - F33 a F55

Deverá ser preenchido obrigatoriamente após a mulher ter recebido alta

Horário de início Bloco Pós Alta :

F33. Alguém explicou os cuidados que você deveria ter após sair do hospital?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra

F34. Alguém explicou que você podia imediatamente ficar grávida de novo?

1. Sim
2. Não
8. Não lembra

F35. Foi marcado algum retorno ou alguma consulta de revisão pós sua alta?

1. Sim
2. Não

F36. Deram a você alguma informação sobre planejamento familiar?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F40
8. Não lembra

F37. A pessoa que lhe deu informação tratou você respeitosamente, com indiferença ou desrespeitosamente?

1. Respeitosamente
2. Com indiferença
3. Desrespeitosamente
4. Outro. Como? _____
9. Não se aplica

F38. Você foi encorajada a fazer perguntas?

1. Sim
2. Não
9. Não se aplica

F39. Quem lhe forneceu esta informação? (resposta estimulada e múltipla)

- Médico
- Enfermeira
- Parteira
- Assistente social
- Outra pessoa. Qual? _____
- Não sabe
- Não se aplica

F40. Receitaram a você algum método contraceptivo?

1. Sim
2. Não ➔ Passe para F44

F41. Você foi consultada sobre qual era o método da sua preferência?

1. Sim
2. Não
9. Não se aplica

F42. Qual método foi receitado? (resposta estimulada e múltipla)

- Pílula
- Injeções
- Implantes (Norplant)
- DIU
- Diafragma
- Camisinha masculina
- Camisinha feminina
- Outro. Qual? _____
- Não sabe/não lembra
- Não quis responder
- Não se aplica

F43. Falaram para você onde poderia conseguir contraceptivos?

- 1. Sim
- 2. Não
- 9. Não se aplica

Agora vou fazer algumas perguntas para saber suas impressões gerais sobre o atendimento.

F44. A troca de roupa de cama foi: (Resposta estimulada e única)

- 1. Suficiente
- 2. Insuficiente
- 3. Não houve troca
- 4. Não tinha roupa de cama

F45. Você considera a limpeza das enfermarias e outros ambientes do hospital, incluindo os banheiros, como:
(resposta estimulada e única)

- 1. Excelente
- 2. Boa
- 3. Regular
- 4. Ruim
- 5. Péssima
- 6. Não tem opinião formada

F46. A roupa que foi fornecida para você vestir foi:
(resposta estimulada e única)

1. Muito grande
2. Grande
3. Do tamanho adequado
4. Pequena
5. Muito pequena
9. Não foi fornecida roupa

F47. O fornecimento de absorventes para você trocar foi:
(resposta estimulada e única)

1. Suficiente (sempre que precisou)
2. Regular
3. Insuficiente
4. Não tem opinião formada
0. Não foi fornecido

F48. Seu companheiro, ou alguma pessoa da família, ou amiga ficou com você durante o tempo em que você esteve internada?
(resposta estimulada e única)

1. Sim, durante toda internação → Passe para F50
2. Sim, apenas parte do tempo → Passe para F50
3. Não

F49. Por que não teve acompanhante?

1. Não é permitido pelo hospital
2. Não é permitido acompanhante homem
3. Desconhecia que era permitido
4. Não tinha acompanhante disponível
5. Não teve necessidade
6. Não quis acompanhante
7. Outro. Qual? _____
9. Não se aplica

F50. Durante a sua internação, algum profissional de saúde mediu a sua pressão? (resposta estimulada e única)

1. Não
2. Sim
 1. Antes de realizar < citar o procedimento realizado >
 2. Depois de realizar < citar o procedimento realizado >
 3. Antes e depois de realizar < citar o procedimento realizado >
9. Não se aplica (não fez procedimento)
8. Não sabe / não lembra

F51. Durante a sua internação, algum profissional de saúde tirou (ou mediu) a sua temperatura? (resposta estimulada e única)

1. Não
2. Sim
 1. Antes de realizar < citar o procedimento realizado >
 2. Depois de realizar < citar o procedimento realizado >
 3. Antes e depois de realizar < citar o procedimento realizado >
9. Não se aplica (não fez procedimento)
8. Não sabe / não lembra

F52. Durante a sua internação, algum profissional de saúde avaliou a quantidade de seu sangramento? (resposta estimulada e única)

1. Não
2. Sim
 1. Antes de realizar < citar o procedimento realizado >
 2. Depois de realizar < citar o procedimento realizado >
 3. Antes e depois de realizar < citar o procedimento realizado >
9. Não se aplica (não fez procedimento)

8. Não sabe / não lembra

F53. Você considera que foi atendida satisfatoriamente:
(resposta estimulada e única)

1. Sempre que precisou
2. Parte das vezes em que precisou
3. Nunca

F54. Você acha que algum profissional de saúde deste hospital – médico/a, enfermeira/o ou outro – atendeu você pior do que às outras pacientes?

1. Sim
2. Não ➔ passe para o Módulo de encerramento
8. Não sabe ➔ passe para o Módulo de encerramento

F55. Por que você acha que isso aconteceu?
(resposta estimulada e múltipla)

- Pela sua idade (por ser muito jovem ou mais velha)
- Pela cor da sua pele ou sua raça
- Pela sua condição econômica
- Pela sua instrução
- Pela sua religião ou culto
- Por ser mulher
- Por acharem que o aborto foi provocado
- Outro motivo. Qual? _____
- Não lembra
- Não se aplica

Horário de término do Bloco Pós-alta ____ : ____

MÓDULO DE ENCERRAMENTO

Acabamos a entrevista. Muito obrigada pela sua participação. Sua colaboração foi muito importante. Esperamos que você se recupere bem e rapidamente.

G1. Gostaríamos de saber o que você achou do questionário?
(resposta estimulada e única)

1. Chato
2. Interessante
3. Importante
4. Indiscreto
5. Muito longo
6. Outros. Quais? _____

Horário final ____ : ____

Entrevistadora _____

PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS PELA ENTREVISTADORA

(Preencher logo após a entrevista)

H1. A entrevista foi realizada:

1. Na enfermaria
2. Em sala privativa
3. Em um ambiente sem privacidade
4. No corredor com privacidade
5. No corredor sem privacidade
6. Em área externa com circulação de pessoas
7. Outros (especificar) _____

H2. Havia outras pessoas presentes em algum momento da entrevista?

1. Não → Passe para Q4
2. Pessoas da equipe de enfermagem
3. Parentes
4. Médico/residente
5. Outras (especificar) _____

H3. A presença de pessoas atrapalhou a entrevista?

1. Não
2. Sim, um pouco
3. Sim, muito
9. NSA

H4. A cooperação da entrevistada foi?

1. Ótima
2. Boa
3. Regular
4. Ruim
5. Péssima

H5. A entrevistada teve dificuldades de compreensão das perguntas da pesquisa?

1. Sim, muita dificuldade
2. Sim, um pouco de dificuldade
3. Não teve dificuldade

H6. O quão desconfiada estava a entrevistada antes da entrevista?

1. Muito
2. Pouco
3. Nada desconfiada

H7. De uma maneira geral, qual foi o nível de interesse da entrevistada em relação à entrevista?

1. Muito alto
2. Alto
3. Médio
4. Baixo
5. Muito baixo

H8. Você teve dúvida da sinceridade da entrevistada quanto à resposta dada sobre o tipo do aborto?

1. Sim (especificar) _____
2. Não

H9. Você teve dúvida da sinceridade da entrevistada em alguma outra resposta dada por ela?

1. Sim (especificar) _____
2. Não

H10. Você acha que a entrevistada respondeu corretamente a pergunta sobre a renda dos moradores do domicílio?

1. Sim
2. Não, ela provavelmente estimou uma renda errada
0. Ela se recusou a responder
8. Ela não soube informar a renda

ESCALA VERBAL NUMÉRICA: O paciente deve ser informado sobre a necessidade de classificar sua dor em notas que variam de 0 a 10, de acordo com a intensidade da sensação. Nota zero corresponderia à ausência de dor, enquanto nota 10 a maior intensidade imaginável.



Dor leve = 1 a 3 / 10
Dor moderada = 4 a 7 / 10
Dor intensa = 8 a 10 / 10