

DESIGUALDADES RACIAIS NA SAÚDE DA MULHER EM BELO HORIZONTE: PERFIS DE ACESSO À CONTRACEPÇÃO, ACOMPANHAMENTO GINECOLÓGICO E DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE COLO UTERINO *

Andréa Branco Simão[♦]

Maria Eponina de Abreu e Torres[♣]

Marisa Alves Lacerda[◦]

Paula Miranda-Ribeiro[◦]

André Junqueira Caetano[♠]

Ignez Helena O. Perpétuo[◦]

Palavras-chaves: Raça/cor; Contracepção; Câncer de colo uterino; Belo Horizonte.

Resumo: A relação entre raça/cor e acesso a serviços de saúde tem sido objeto de interesse de pesquisadores, de integrantes do movimento negro e de diversas organizações, tanto governamentais quanto não governamentais. Entretanto, os estudos até então realizados não esgotam a questão e apontam para a continuidade de investigações nesta área. Assim, o objetivo geral deste estudo é realizar uma reflexão sobre as desigualdades raciais existentes em relação ao uso dos serviços de saúde pública, em particular aqueles destinados ao atendimento de questões relativas à saúde da mulher. Especificamente, este estudo procura identificar, no município de Belo Horizonte, perfis de mulheres usuárias e não usuárias do SUS, segundo variáveis sociodemográficas e de acesso à contracepção, ao acompanhamento ginecológico e ao diagnóstico do câncer de colo uterino. Foi utilizado o método *Grade of Membership* (GoM), versão Beta 1.01 e dados para este estudo provêm da pesquisa “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor”, realizada pelo Cedeplar em 2002. Foram gerados quatro perfis de mulheres – três com maiores proporções de mulheres negras e sem plano de saúde, e um perfil com mulheres brancas, com plano de saúde e nível de escolaridade mais elevado. O perfil que reúne mulheres brancas foi o que agregou as características que indicam melhores condições de acesso à contracepção, ao acompanhamento ginecológico e ao diagnóstico de câncer de colo uterino. Estes resultados confirmam achados de estudos anteriores no que se refere às desigualdades raciais no acesso aos cuidados de saúde.

*Projeto financiado pelo PROSARE 2005 - Programa de Apoio a Projetos em Sexualidade e Saúde Reprodutiva, com apoio da John D. and Catherine T. MacArthur Foundation.

♦ Pesquisadora da UFMG, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

♣ Mestranda no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – UFMG.

◦ Doutoranda no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – UFMG.

◦ Professoras da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

♠ Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Pesquisador no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) - UFMG.

Desigualdades raciais em saúde da mulher em Belo Horizonte: perfis de acesso à contracepção, ao acompanhamento ginecológico e ao diagnóstico de câncer de colo uterino *

Andréa Branco Simão[♦]

Maria Eponina de Abreu e Torres^{*†}

Marisa Alves Lacerda[°]

Paula Miranda-Ribeiro[°]

André Junqueira Caetano[^]

Ígnez Helena O. Perpétuo[°]

1. Introdução

Nos últimos anos, o volume de estudos sobre saúde reprodutiva e saúde da mulher experimentou um crescimento bastante expressivo no Brasil. Estes trabalhos têm focado questões bastante abrangentes e complexas, dentre as quais podem ser mencionadas aquelas referentes ao uso de contracepção, ao acesso a consultas ginecológicas, à demanda insatisfeita por contracepção, e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino (por exemplo, Perpétuo, 2000; Gualberto, 2003; Simão et al. 2004; Lacerda, 2005; Lago, 2005).

Em relação à contracepção, investigações que avaliem se as usuárias do sistema público apresentam suas demandas asseguradas e satisfeitas são fundamentais, pois assegurar os direitos reprodutivos implica, além de outras coisas, fornecer às mulheres as ferramentas para que possam planejar sua fecundidade, decidindo se desejam ter filhos e em que momento tê-los. Somente através da oferta de métodos contraceptivos e da orientação quanto à forma correta de utilizá-los torna-se possível concretizar tal planejamento, sem que haja prejuízo para o exercício saudável da sexualidade e da saúde em geral, ou seja, do bem-estar físico e mental das mulheres. Incluir, também, a questão do acesso ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino torna o estudo ainda mais relevante e necessário, uma vez que, embora o exame para detecção deste agravo de saúde seja simples e de baixo custo, o que ocorre nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, é que grande parte dos casos ainda é diagnosticada em estágios relativamente avançados, dificultando o tratamento e reduzindo a sobrevivência das mulheres (Brasil, 2004b).

Apesar destes avanços, é importante salientar que ainda existe uma lacuna no entendimento sobre os diferenciais raciais de acesso aos serviços de saúde, particularmente aos serviços de saúde pública de municípios de referência em sua região, como é o caso de Belo Horizonte. Por esta razão, estudos que incorporem a variável raça/cor e possibilitem

* Trabalho apresentado no XII Seminário de Economia Mineira, realizado em Diamantina- MG – Brasil, de 29 de agosto a 01 de Setembro de 2006.

♦ Pesquisadora da UFMG, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

* Mestranda no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – UFMG.

° Doutoranda no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) – UFMG.

° Professoras da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Departamento de Demografia e Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar).

^ Professor da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Pesquisador no Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar) - UFMG.

uma análise mais desagregada são de fundamental importância, pois permitem que se tenha um retrato mais fidedigno da realidade relativa à saúde da mulher.

Com base nos dados da pesquisa SRSR – Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, realizada pela UFMG/Cedeplar em 2002, o objetivo deste artigo é identificar os perfis de acesso de mulheres negras e brancas ao sistema de saúde pública no âmbito da contracepção, acompanhamento ginecológico e prevenção do câncer de colo uterino em Belo Horizonte,. Assim, será possível observar se o conceito de saúde reprodutiva, entendida enquanto garantia do estado completo de bem-estar físico, mental e social, está sendo, de fato, observado.

Este trabalho está dividido em seis seções, incluindo esta introdução. Na segunda seção, faz-se uma breve revisão da literatura. Tal revisão discute, de forma breve, aspectos relacionados à trajetória dos serviços de saúde reprodutiva, particularmente aqueles destinados à contracepção e ao câncer de colo uterino, passando por questões relativas às desigualdades raciais no atendimento à saúde da mulher. A terceira seção traz o marco analítico utilizado aqui. A seguir, na quarta seção são apresentados os dados e a metodologia empregada na análise. Na quinta seção, alguns dos resultados obtidos são discutidos e, por último, são feitas as considerações finais.

Com base nos dados SRSR, foram gerados quatro perfis de mulheres – três com maiores proporções de mulheres negras e sem plano de saúde, e um perfil com mulheres brancas, com plano de saúde e com nível de escolaridade mais elevado. O perfil que reúne mulheres brancas foi o que agregou as características que indicam melhores condições de acesso à contracepção, ao acompanhamento ginecológico e ao diagnóstico de câncer de colo uterino. Estes resultados confirmam achados de estudos anteriores no que se refere às desvantagens das negras, em relação às brancas, no que tange o acesso aos cuidados com a saúde.

2. A saúde da mulher e as desigualdades raciais

No Brasil, a saúde da mulher só passou a receber mais atenção nas últimas décadas, mais especificamente, com a implementação do PAISM, em 1984. Este foi o primeiro programa do governo federal que teve como uma de suas tarefas ofertar serviços de Planejamento Familiar à população e garantir o atendimento à saúde reprodutiva no contexto da atenção integral. Antes deste período, a atenção à saúde da mulher era limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto, refletindo uma visão restrita a respeito do papel feminino na sociedade e ignorando demandas que poderiam melhorar as condições das mulheres em diferentes fases do ciclo de vida (Brasil, 2004a; Costa, 2003; Costa, 2004; Lacerda, 2005).

No âmbito da contracepção e do planejamento familiar, a Constituição de 1988 é a principal referência. Em seu parágrafo 7º, artigo 226, ela aponta que o planejamento familiar deve ser uma decisão livre do casal, cabendo ao Estado oferecer informações e recursos para o exercício deste direito (Brasil, 1988; Rocha, 2004). Esse dispositivo constitucional só foi regulamentado por meio da Lei 9263/96, a qual utiliza um conceito de assistência integral à saúde e apresenta uma visão mais abrangente de planejamento familiar (Rocha, 2004).

Embora, conforme mencionado acima, temas relativos à contracepção só tenham sido incorporados mais recentemente na agenda de assistência pública à saúde, dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS/1996 – já demonstravam não somente um alto nível de conhecimento dos métodos contraceptivos, por parte das mulheres - 99,6% das entrevistadas informaram conhecer pelo menos um tipo de método contraceptivo – como

também uma alta prevalência de uso dos mesmos: em 1996, o percentual de usuárias de algum tipo de método era de 55,4% para o total de mulheres (PNDS, 1996).

Com relação ao câncer de colo uterino, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, até 2020, 15 milhões de novos casos sejam diagnosticados a cada ano. Consideradas as condições sócio-culturais atuais, cerca de 70% destes novos casos deverão acontecer em países menos desenvolvidos, dos quais somente 5% apresentam condições para realizar o controle adequado da doença (Brasil, 2004b). Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) identificam o câncer de colo de útero como um dos tipos de câncer mais freqüente entre as mulheres brasileiras, o mesmo sendo evidenciado em relação a essa doença como causa de óbito. Seus percentuais só são superados pela quantidade de casos de câncer de mama (Brasil, 2004b).

Assim, pode-se dizer que este tipo de câncer se constitui num problema de saúde pública, a despeito de poder ser detectado precocemente por meio de um exame simples e barato, o Papanicolau. Apesar do baixo custo, tal exame não tem sido aplicado de forma eficiente no país de modo a permitir mudanças neste quadro (Viva Mulher, 2004). De acordo com o INCA (Brasil, 2004b), a cobertura estimada do Papanicolau variou entre 74% e 93% em dezesseis localidades brasileiras analisadas. Porém, pelo SUS, o percentual de realização deste exame variou entre 33% e 64% do total. Este é um dado que, além de evidenciar a diversidade no nível de oferta desse serviço no país, pode explicar, em parte, o diagnóstico tardio e a manutenção das taxas de mortalidade, bem como as altas taxas de incidência deste agravo de saúde no país (Brasil 2004b).

O acesso ao exame de prevenção de câncer de colo uterino, assim como à contracepção, tornam-se ainda mais importantes quando se assume o conceito de saúde reprodutiva, utilizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e reafirmado pela Conferência Internacional de População e Desenvolvimento – Cairo 94, que vem servindo como pano de fundo para o aprimoramento das políticas públicas em saúde da mulher. A expressão saúde reprodutiva extrapola o aspecto meramente reprodutivo, englobando aspectos de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou incapacidade, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e suas funções e processos. Este conceito amplia as perspectivas de investigação sobre a saúde da mulher, pois incorpora em seu escopo eventos relacionados às doenças sexualmente transmissíveis, à contracepção, ao aborto, ao câncer de colo uterino, dentre outras (Berquó & Cunha, 2000).

Dentro de todo este cenário, a consulta ginecológica, considerada pelos profissionais da saúde como um procedimento indispensável para a manutenção da saúde da mulher, torna-se relevante tanto em termos de contracepção como de prevenção do câncer de colo uterino, já que ela deve ser não só o espaço preferencial para a realização da coleta de material para o exame preventivo de câncer de colo uterino, como também o momento para indicação e avaliação do método contraceptivo já utilizado ou a ser utilizado pela mulher. Assim, a avaliação do acesso à contracepção e à prevenção e um eventual diagnóstico do câncer de colo de útero perpassam, também, pela realização da consulta ginecológica. A respeito deste procedimento, Carvalho & Furegato (2001) mostram que, apesar da importância comprovada da consulta ginecológica para a saúde da mulher e dos esforços empreendidos por muitos profissionais para transformar este momento em uma experiência educativa, muitas mulheres ainda apresentam reações de medo, vergonha e períodos prolongados de adiamentos na procura do serviço de saúde. Tal fato sugere que esta ferramenta, fundamental para propiciar não só um maior acesso, mas também um acesso de qualidade à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de útero, pode não estar sendo usada adequadamente para a melhoria da saúde da mulher.

Dentro deste contexto, questões relativas à contracepção e ao diagnóstico e tratamento do câncer de colo uterino são fundamentais na discussão dos direitos sexuais e reprodutivos,

sendo, freqüentemente, metas de políticas públicas e de programas de saúde que vêm sendo elaborados e implementados no país. Apesar disto, pontos relativos a saúde da população de mulheres negras ainda não está consolidada como um conjunto firme de diretrizes e metas na Política Nacional de Saúde (Brasília, 2004). Desta forma, ainda se conhece pouco sobre a realidade da saúde destas mulheres. Num estudo sobre raça e acesso às ações prioritárias na agenda de saúde reprodutiva, Perpétuo (2000), observa haver uma maior proporção de negras, do que brancas, grávidas por falha do método contraceptivo ou que não desejavam engravidar, mas, à época da entrevista, não usavam nenhum anticoncepcional. Tais números refletem-se na ocorrência de gravidezes não desejadas, relatadas por 27% das brancas, em contraposição a 40% das negras. Os dados relativos à realização de exame ginecológico também chamam a atenção quando variáveis da dimensão demográfica são analisadas. Os dados da PNDS/1996 também indicam que, nos grupos entre 15 e 34 anos, 22% das brancas e 35% das negras nunca se submeteram a um exame ginecológico, e 46% de brancas e 60% de negras não o fizeram nos 12 meses anteriores à data da entrevista. Os resultados apresentados por Perpétuo (2000) revelam que o acesso à saúde, consagrado como um direito universal, não tem sido garantido a toda população, fato que inviabiliza a promoção, proteção e recuperação da saúde de maneira universal.

3. O ponto de partida: marco analítico

As variáveis envolvidas na questão do acesso aos serviços municipais de contracepção e diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino serão divididas em quatro dimensões: i) demográfica; ii) conhecimento; iii) acesso; e iv) socioeconômica. A escolha destas dimensões fundamenta-se não apenas em resultados empíricos obtidos em outras pesquisas, mas também no que é preconizado nas normas e rotinas da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

No que tange a dimensão demográfica, Travassos & Martins (2004) apontam que características demográficas, tais como idade e sexo, aliada a características socioeconômicas, tal como educação, podem influenciar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm o cuidado de saúde. Além disso, a dimensão demográfica é fundamental para o entendimento do problema a ser tratado, pois as variáveis a ela vinculadas influenciam o comportamento das mulheres em relação ao uso de contracepção e têm papel fundamental na vulnerabilidade ao câncer de colo uterino.

A dimensão do conhecimento se legitima pelo fato de que mulheres que possuem um maior conhecimento a respeito de contracepção e também da importância da prevenção do câncer de colo uterino representam uma parcela que provavelmente busca, em maiores proporções, os serviços de saúde nesta esfera, sejam eles públicos ou privados. Um exemplo da relevância desta dimensão pode ser tirado do estudo realizado por Vieira et. al (s.d.), que observam, a partir dos dados da PNDS - 1996 que, se comparado ao Brasil como um todo, no estado de São Paulo há uma maior proporção de mulheres que usam métodos reversíveis, o que pode estar refletindo não só um maior acesso a contraceptivos, mas também um maior nível de informações/conhecimento sobre métodos anticoncepcionais.

Já a dimensão do acesso tem sua importância pautada no fato de que somente o conhecimento não assegura a possibilidade de uso de contracepção e nem tampouco de realização dos exames para o diagnóstico e tratamento do câncer de colo. A garantia do acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino se torna possível à medida que as pessoas, além de conhecerem os métodos e a necessidade e importância do exame preventivo, façam parte de um sistema que disponibiliza e distribui seus recursos de forma a cobrir o maior número possível de indivíduos, que favorece a

acessibilidade aos recursos disponíveis e que assegura a equidade, tanto na distribuição quanto no acesso aos mesmos. Nesta perspectiva, ao realizarem um estudo sobre o exame de prevenção do câncer cervical em um distrito sanitário de Belo Horizonte, Escalda et al (2002) verificaram que as mulheres com mais de 49 anos de idade enfrentam maiores dificuldades para conseguir marcar uma consulta ginecológica pelo SUS, uma vez que os serviços de saúde estão organizados para atender a mulher na sua dimensão reprodutora, ou seja, a mãe e o filho. As autoras sugerem que, apesar da implantação do PAISM, os serviços visam, prioritariamente, as mulheres em idade reprodutiva, o que dificulta o acesso aos serviços para as mulheres que estão fora deste grupo.

Por fim, a dimensão socioeconômica é considerada fundamental nesta análise pela elevada relevância que apresenta para o desenvolvimento humano no sentido de que atenua as desigualdades em diversas esferas da vida dos indivíduos, inclusive no âmbito da saúde. Um exemplo da importância da dimensão socioeconômica pode ser verificado no estudo sobre cobertura e motivos para realização do teste de Papanicolau, realizado por Pinho et al (2003). Neste estudo, os autores mostram, a partir de informações de um inquérito domiciliar realizado no município de São Paulo em 2000, que mulheres com 12 anos ou mais de estudo, e também aquelas pertencentes às classes A e B, costumam procurar espontaneamente pelo teste de Papanicolau quando comparadas com mulheres de até 4 anos de estudo e com aquelas pertencentes às classes C e D.

4. Dados e metodologia

Os dados utilizados neste artigo são provenientes da pesquisa SRSR “Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor”, realizada no município de Belo Horizonte, pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (Cedeplar), da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2002. Esta pesquisa é um dos estudos mais recentes sobre saúde reprodutiva, sexualidade e raça/cor realizado no país em âmbito municipal, tendo entrevistado 1302 mulheres entre 15 e 59 anos de idade em Belo Horizonte, que se constituem numa amostra representativa para o município. O plano amostral para a pesquisa foi o de conglomerado, em 3 estágios. Em primeiro lugar, foram selecionados os setores censitários, dentro dos quais foram sorteados os domicílios. Em cada domicílio sorteado, foi sorteada uma mulher entre 15 e 59 anos.

A análise dos dados é feita através da utilização do método *Grade of Membership* (GoM)¹. A escolha deste método fundamenta-se no fato de que, diferente da maioria dos métodos estatísticos, o GoM não se baseia na teoria clássica dos conjuntos, a qual preconiza que cada elemento pertence a um único conjunto, mas sim na teoria dos conjuntos nebulosos. Segundo esta teoria, um determinado elemento pode pertencer parcialmente a múltiplos conjuntos, sendo que os graus ou escores de pertinência, denotados por g_{ik} , variam no intervalo $[0,1]$. Um escore de 0 indica que o elemento -- no caso deste estudo, a mulher -- não possui nenhuma das características do perfil K , e um escore de 1 indica que a mulher possui todas as características deste mesmo perfil.

Além do escore de pertinência - g_{ik} - do indivíduo i ao perfil de referência k , o GoM também estima a probabilidade de uma categoria l , de uma variável j , pertencer ao perfil de referência k , ou seja, a probabilidade de resposta 1 para a j -ésima variável pelo indivíduo com o k -ésimo perfil de referência, λ_{kjl} . Os λ_{kjl} medem a probabilidade de que exista, na

¹ Para maiores detalhes sobre este método, os seguintes autores podem ser consultados: Manton, Woodbury & Tolley, 1994; Sawyer, Leite & Alexandrino, 2002; Baptista, 2003; Manton & Vertrees, 1984; Cerqueira, 2004; Lacerda, 2005.

população, um indivíduo com grau de pertinência total ao perfil k , dada a resposta à categoria l na variável j .

A forma pela qual a partição nebulosa é descrita impõe algumas restrições, tanto ao escore de pertinência, g_{ik} , quanto à probabilidade de que exista, na população, um indivíduo com grau de pertinência total ao perfil k -- o indivíduo λ_{kjl} . Os escores g_{ik} devem ser positivos e possuir somatório igual a 1, tal que:

$$g_{ik} \geq 0 \text{ para cada } i \text{ e } k \quad (\text{Condição I})$$

$$\sum_{k=1}^k g_{ik} = 1 \text{ para cada } i$$

Para λ_{kjl} impõem-se as seguintes restrições:

$$\lambda_{kjl} \geq 0 \text{ para cada } k, j \text{ e } l \quad (\text{Condição II})$$

$$\sum_{l=1}^{L_j} \lambda_{kjl} = 1$$

No pacote estatístico aqui utilizado – DSIGoM version 1.0, Decision Systems, INC, 1999 –, o número de perfis de referência a serem gerados é idêntico ao número de categorias da variável escolhida como variável indicadora. Em cada perfil, a probabilidade de possuir um $\lambda_{kjl} = 1$ para a categoria l de resposta, na variável indicadora j , é de 100%, ou seja, em cada perfil, todos os indivíduos apresentam a mesma categoria de resposta para a variável escolhida como indicadora. As probabilidades de resposta para as demais variáveis do modelo vão sendo alocadas segundo a distribuição das unidades amostrais em relação à variável indicadora.

Com base nos objetivos deste estudo e as hipóteses que se têm acerca dos grupos que podem ser gerados, optou-se por utilizar a variável “escolaridade” como indicadora, pois se acredita que esta seja uma boa *proxy* para o nível socioeconômico das entrevistadas. Além disto, várias pesquisas têm mostrado que a elevação do número de anos de estudo está muito relacionada ao aumento da autonomia das mulheres, inclusive sobre seu próprio corpo, exercendo, ainda, uma influência positiva em diversos aspectos associados à vida reprodutiva, tais como o acesso e o uso de contraceptivos e de serviços de saúde preventiva, a busca de informações e o reconhecimento de seus direitos. Assim, foram delineados quatro perfis de referência.

Dada a heterogeneidade dos dados analisados, é possível que boa parte das entrevistadas possua similaridade a mais de um perfil de referência. A fim de garantir que todas as mulheres sejam enquadradas em algum perfil, são gerados também perfis mistos, com base na combinação dos diferentes valores de g_{ik} apresentados pelas observações. A definição dos perfis mistos é feita a partir de expressões booleanas (Sawyer et al., 2000). Foram consideradas como predominantes do k -ésimo perfil de referência, as mulheres com pelo menos 75% das características do perfil de referência k . Para facilitar a compreensão, estão descritos abaixo os perfis predominantes e os perfis mistos, usando como exemplo a predominância do Perfil de Referência 1:

a) Perfis de Referência (PR) - Predominância do Perfil 1 (PR1)

Se $\{g_1 \geq 0,75\}$, a mulher tem pelo menos 75% das características do perfil de referência 1.

b) Perfis Mistos (PM) – Misto 1-2 (P1-P2)

Se $\{0,5 \leq g_1 < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_2 < 0,5\} \cap \{g_3 < 0,25\} \cap \{g_4 < 0,25\}$: ou

Se $\{0,5 \leq g_2 < 0,75\} \cap \{0,25 \leq g_1 < 0,5\} \cap \{g_3 < 0,25\} \cap \{g_4 < 0,25\}$: perfil misto com características predominantes do perfil extremo 1 ou do perfil extremo 2.

Foram considerados casos amorfos, ou sem definição em termos de perfis predominantes, aqueles nos quais os escores de pertinência - g_{ik} - apresentaram-se inferiores a 0,5 em todos os perfis.

Na construção dos perfis aqui propostos, buscar-se-á levar em conta diferentes aspectos que sejam capazes de trazer indicativos das condições de acesso à contracepção, às consultas ginecológicas e ao diagnóstico de câncer de colo uterino, para as usuárias e para as não usuárias do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Estes aspectos foram selecionados com o objetivo de cobrir algumas dimensões que, acredita-se, sintetizam os principais diferenciais existentes entre as mulheres, no que se refere ao presente objeto de estudo, permitindo, assim, classificá-las segundo suas características. As variáveis envolvidas na questão do acesso aos serviços municipais de contracepção, consulta ginecológica e diagnóstico de câncer de colo uterino serão divididas nas quatro dimensões apontadas no marco analítico, quais sejam, demográfica, socioeconômica, do conhecimento e do acesso. É importante ressaltar que existe uma inter-relação entre cada uma das dimensões, o que indica que o processo de análise não se esgota neste estudo, pois sua natureza é bastante complexa.

As variáveis selecionadas para representar cada uma das dimensões anteriormente mencionadas estão apresentadas no Quadro 1, juntamente com a recategorização de algumas variáveis.

Quadro 1
Variáveis utilizadas no modelo, segundo as dimensões que representam. Pesquisa
Saúde Reprodutiva, Sexualidade e Raça/Cor, 2002.

Variáveis segundo dimensão	Categorias de Resposta	
Dimensão Demográfica		
Grupo etário	18 a 19 anos	40 a 44 anos
	20 a 24 anos	45 a 49 anos
	25 a 29 anos	50 a 54 anos
	30 a 34 anos	55 a 59 anos
	35 a 39 anos	
Raça/cor	Branca	Negra
Situação conjugal	Solteira	Unida
	Casada	Divorciada/Separada/Viúva
Parturição	0	2
	1	3 e mais
Dimensão Socioeconômica		
Possui plano de saúde ou convênio	Sem plano	Com plano
Escolaridade	0 a 3 anos	8 a 11 anos
	4 a 7 anos	12 anos e mais
Material do telhado	Telha e outros	Lage
Casa possui telefone?	Não	Sim
Religião	Católica	Espírita
	Protestante/Pentecostal	Atéia/outras
Dimensão do Conhecimento		
Sabe onde obter método?	Parceiro vesectomizado	Farmácia/Comércio
	Sistema público/SUS	Outros
	Sistema Privado	Esterilizada/não usa método
Sabe se SUS fornece método?	Não	Nunca usou método
	Sim	
Sabe onde obter ligadura?	Não	Não sabe onde obter informação
	Sim	
	Não sabe onde obter informação	
Sabe se SUS fornece ligadura?	Não	Sim
Dimensão do acesso		
Porque não usa método?	Sexo raro	
	Histerectomizada/menopáusica/infértil	
	Grávida/amenorréica/pós-parto	
	Deseja mais filhos	
	Outros	
	Usa método	
Já procurou SUS para obter método?	Não	Nunca usou/não sabe/acha que não
	Sim	
Procurou SUS no último ano para consulta ginecológica	Não	
	Sim	Nunca usou/ns/acha q ã/sabe mas ã procurou/ã lembra
Onde costuma procurar ginecologista?	SUS	Particular
	Plano de saúde/convênio	Nunca foi ao ginecologista
	Particular	
Onde fez a última consulta ginecológica?	SUS	
	Plano de saúde/convênio	
	Particular	
	Nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	
Número de consultas ginecológicas no último ano	Nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	
	de 1 a 2 consultas	
	3 ou mais consultas	
Última consulta teve papanicolau?	Incluiu	
	Não incluiu	
	Nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	

FONTE: Elaboração própria.

5. Os resultados

A análise dos perfis de mulheres usuárias e não usuárias do SUS, segundo variáveis sociodemográficas e de acesso à contracepção, ao acompanhamento ginecológico e ao diagnóstico do câncer de colo uterino pode ser visualizada, em parte, a partir da construção de perfis de referência, cujas características são delineadas segundo os valores verificados para os λ_{kjl} , obtidos por meio do método de GoM. A determinação das categorias de resposta que delineiam cada perfil é feita a partir da comparação entre as probabilidades de ocorrência da referida categoria de resposta (λ_{kjl}) e as frequências marginais correspondentes às mesmas². No caso deste estudo, para caracterizar um perfil, a razão entre a frequência marginal e o λ_{kjl} deveria estar acima de 1,2. Em outras palavras, os valores que delinearão as características predominantes correspondem às situações onde as probabilidades λ_{kjl} estimadas excederam a frequência marginal em mais de 20%.

O GoM permite, ainda, que as mulheres possam ser membros parciais de diversos perfis de referência, segundo diferentes graus de pertinência, ou g_{ik} . A fim de garantir que todas as mulheres sejam delineadas em algum perfil, estes graus de pertinência foram observados para a construção dos perfis mistos, conforme os recortes estabelecidos na seção 3. Estes perfis são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1
Perfis de acesso à contracepção e ao diagnóstico e tratamento de câncer de colo uterino, segundo grau de prevalência - Belo Horizonte, 2002

Predominância	Perfil	Percentual	Acumulado
P1	Perfil 1	7,7	7,7
P2	Perfil 2	19,6	27,3
P3	Perfil 3	9,0	36,3
P4	Perfil 4	16,3	52,6
P1-P2	Híbrido perfis 1 e 2	7,8	60,5
P1-P3	Híbrido perfis 1 e 3	4,8	65,3
P1-P4	Híbrido perfis 1 e 4	4,3	69,6
P2-P3	Híbrido perfis 2 e 3	6,9	76,5
P2-P4	Híbrido perfis 2 e 4	4,0	80,5
P3-P4	Híbrido perfis 3 e 4	13,3	93,8
Amorfos	Não definidos	6,2	100,0
N		1098	

Fonte: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

As porcentagens indicam que os perfis de referência agregam pouco mais da metade das observações, ou seja, pouco mais de metade das entrevistadas possuem grau de pertinência maior ou igual a 0,75 a algum dos perfis de referência. Tal fato demonstra a grande heterogeneidade da população aqui avaliada, uma vez que quase metade das entrevistadas possui, simultaneamente, características de mais de um perfil, sem apresentar, necessariamente, prevalência de um único perfil, considerando os recortes aqui estabelecidos.

² Estas frequências marginais se referem às características da população. Assim, verifica-se, por exemplo, que 55,7% da população de mulheres entre 15 e 59 anos, no município de Belo Horizonte, não possuem plano de saúde, 54,1% informaram ser negras e 29,14% disseram ter 3 filhos ou mais.

Dentre os perfis de referência, os mais prevalentes são os perfis 2 e 4 – P2 e P4. Cerca de 19,6% e de 16,3% das entrevistadas, respectivamente, possui pelo menos 75% das características destes perfis.

Entre os perfis mistos, o híbrido de P3 e P4 foi o mais representativo, com 13,3% da população possuindo, simultaneamente, mais de 25% das características delineadas por cada um deles. Considerando todos os perfis, os menos prevalentes na população foram os híbridos de P1 e P4 e de P2 e P4, que agregaram, respectivamente, 4,3% e 4,0% das mulheres. Cerca de 6,2% das mulheres não apresentaram prevalência de nenhum dos perfis, conforme o recorte estabelecido na seção 3, não tendo sido, por isto, definidas por nenhum deles. Estas mulheres foram classificadas dentro do que se definiu como ‘amorfos’.

Os perfis de referência delineados estão na Tabela 2, onde as características definidoras de cada perfil, de acordo com os critérios estabelecidos, estão sombreadas.

Tabela 2
Freqüências marginais, probabilidades estimadas e fatores delineadores dos perfis, segundo variáveis sociodemográficas e de saúde - Belo Horizonte, 2002

(continua)

Variáveis	Freq. Marginal	Lambdas (λ)				(λ) /frequência marginal			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
Plano de saúde/convênio?									
sem plano	55,65	98,09	100,71	64,63	-0,83	1,763	1,810	1,161	-0,015
com plano	44,35	1,91	-0,71	35,37	100,83	0,043	-0,016	0,798	2,274
Casa possui telhado?									
telha e outros	37,16	66,03	35,02	26,72	31,12	1,777	0,942	0,719	0,837
laje	62,84	33,97	64,98	73,28	68,88	0,541	1,034	1,166	1,096
Casa possui telefone?									
sem fone	20,22	42,6	33,71	13,83	-0,05	2,107	1,667	0,684	-0,002
com fone	79,78	57,4	66,29	86,17	100,05	0,719	0,831	1,080	1,254
Grupo de idade									
18 a 19 anos	3,55	0	0,16	13,2	-0,02	0,000	0,045	3,718	-0,006
20 a 24 anos	12,93	-0,2	12,9	33,41	1,37	-0,015	0,998	2,584	0,106
25 a 29 anos	15,21	-0,02	20,16	27,01	10,49	-0,001	1,325	1,776	0,690
30 a 34 anos	15,76	1,89	26,84	13,22	17,47	0,120	1,703	0,839	1,109
35 a 39 anos	14,39	8,48	13,51	12,34	22,44	0,589	0,939	0,858	1,559
40 a 44 anos	12,2	9,18	22,75	1,24	14,39	0,752	1,865	0,102	1,180
45 a 49 anos	11,48	27,85	5,02	-0,38	18,02	2,426	0,437	-0,033	1,570
50 a 54 anos	7,65	30,71	-0,94	0,04	4,8	4,014	-0,123	0,005	0,627
55 a 59 anos	6,83	22,1	-0,42	-0,07	11,03	3,236	-0,061	-0,010	1,615
Raça/cor									
branca	45,9	26,94	34,57	30,11	85,79	0,587	0,753	0,656	1,869
negra	54,1	73,06	65,43	69,89	14,21	1,350	1,209	1,292	0,263
Escolaridade									
0 a 3 anos	10,84	100	0	0	0	9,225	0,000	0,000	0,000
4 a 7 anos	30,6	0	100	0	0	0,000	3,268	0,000	0,000
8 a 11 anos	41,53	0	0	100	0	0,000	0,000	2,408	0,000
12 anos e mais	17,03	0	0	0	100	0,000	0,000	0,000	5,872
Religiao									
catolica	60,75	73,42	56,6	48,19	68,89	1,209	0,932	0,793	1,134
protestante/pentecostal	24,04	26,23	35,84	33,59	0,32	1,091	1,491	1,397	0,013
espírita	5,46	-0,24	0	7,61	13,75	-0,044	0,000	1,394	2,518
atéia/outras	9,74	0,59	7,56	10,61	17,04	0,061	0,776	1,089	1,749
Parturição									
0	24,59	6,88	-0,63	47,65	45,21	0,280	-0,026	1,938	1,839
1	21,86	2,96	17,37	36,38	24,99	0,135	0,795	1,664	1,143
2	24,41	5,57	40,89	15,92	24,49	0,228	1,675	0,652	1,003
3 e mais	29,14	84,59	42,37	0,06	5,3	2,903	1,454	0,002	0,182
Porque não usa método?									
sexo raro	10,2	26,61	-0,09	9,45	11,9	2,609	-0,009	0,926	1,167
histerectomizada/menopausa/infértil	6,92	20,72	-0,82	-0,01	14,25	2,994	-0,118	-0,001	2,059
grávida/amenorréica/pós-parto	2,82	4,49	4,08	-0,09	2,02	1,592	1,447	-0,032	0,716
deseja mais fil	2	0	0,56	2,45	4,68	0,000	0,280	1,225	2,340
outros	1,91	7,13	1,34	0,58	-0,03	3,733	0,702	0,304	-0,016
usa mac	76,14	41,06	94,93	87,63	67,18	0,539	1,247	1,151	0,882
Sabe onde obter método?									
vasectomizado	2,37	-0,06	1,71	6,47	2,51	-0,025	0,722	2,730	1,059
sist pub/sus	8,56	-0,5	30,11	-1,36	-0,13	-0,058	3,518	-0,159	-0,015
sist privado	2,64	-0,04	0,68	4,34	5,89	-0,015	0,258	1,644	2,231
farmacia/comércio	28,78	-0,02	23,76	75,64	29,66	-0,001	0,826	2,628	1,031
outros	3,28	1,61	1,64	7,36	3,71	0,491	0,500	2,244	1,131
esterilizada/não usa mac	54,37	99,02	42,1	7,55	58,37	1,821	0,774	0,139	1,074
Sabe se SUS fornece método?									
não	17,21	35,99	-0,5	-0,06	39,71	2,091	-0,029	-0,003	2,307
sim	80,24	48,23	100,81	100,11	60,44	0,601	1,256	1,248	0,753
nunca usou mac	2,55	15,78	-0,31	-0,05	-0,15	6,188	-0,122	-0,020	-0,059

Variáveis	Freq. Marginal	I				I/freqüência marginal			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
Já procurou SUS para obter método?									
não	51,91	38,45	25,83	83,69	63,42	0,741	0,498	1,612	1,222
sim	28,32	6,23	75,77	16,25	-0,02	0,220	2,675	0,574	-0,001
nunca usou/ns/acha q não	19,76	55,32	-1,6	0,06	36,6	2,800	-0,081	0,003	1,852
Procurou SUS no último ano?									
não	16,67	12,03	38,39	13,44	-0,04	0,722	2,303	0,806	-0,002
sim	11,66	-0,9	37,61	0,7	-0,07	-0,077	3,226	0,060	-0,006
nunca usou/ns/acha q ã/sabe mas ã procurou/ã lembra	71,68	88,87	24,01	85,86	100,11	1,240	0,335	1,198	1,397
Sabe onde obter ligadura?									
não	45,08	15,74	47,39	38,92	68,87	0,349	1,051	0,863	1,528
sim	26,41	16,09	33,02	24,82	27,73	0,609	1,250	0,940	1,050
não sabe onde obter informação	28,51	68,16	19,59	36,26	3,4	2,391	0,687	1,272	0,119
Sabe se SUS fornece ligadura?									
não	51,82	66,27	35,79	52,69	59,29	1,279	0,691	1,017	1,144
sim	48,18	33,73	64,21	47,31	40,71	0,700	1,333	0,982	0,845
Onde costuma procurar ginecologista?									
sus	48,36	93,39	102,21	2,87	-0,33	1,931	2,114	0,059	-0,007
plano saúde/convênio	39,8	-0,23	-1,91	45,13	91,12	-0,006	-0,048	1,134	2,289
particular	10,75	-0,01	-0,24	52,85	9,22	-0,001	-0,022	4,916	0,858
quem nunca foi ao ginecologista	1,09	6,85	-0,06	-0,86	0	6,284	-0,055	-0,789	0,000
Número de cons. último ano									
nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	29,6	78,88	29,42	14,97	-6,53	2,665	0,994	0,506	-0,221
de 1 a 2 cons	53,55	21,21	57,78	60,46	74,88	0,396	1,079	1,129	1,398
3 ou mais cons	16,85	-0,09	12,8	24,57	31,65	-0,005	0,760	1,458	1,878
Onde fez a última cons. Ginecológica?									
sus	28,96	25,31	71,75	9,58	-0,15	0,874	2,478	0,331	-0,005
plano saúde/conve	34,06	-0,6	0	31,77	98,27	-0,018	0,000	0,933	2,885
particular	7,38	0,11	0,25	34,09	7,03	0,015	0,034	4,619	0,953
nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	29,6	75,19	28	24,56	-5,15	2,540	0,946	0,830	-0,174
Última cons. teve papanicolau?									
incluiu	58,01	15,01	52,91	63,6	100,05	0,259	0,912	1,096	1,725
não incluiu	12,39	3,02	18,06	21,18	6,4	0,244	1,458	1,709	0,517
nunca foi/grav/pré-nat/não foi nos ult 12 meses	29,6	81,97	29,03	15,22	-6,45	2,769	0,981	0,514	-0,218
Situação Conjugal									
solteira	20,86	9,47	0	51,67	24,52	0,454	0,000	2,477	1,175
casada	46,72	12,02	57,64	47,34	55,34	0,257	1,234	1,013	1,185
unida	17,03	36,62	26,84	2,52	6,87	2,150	1,576	0,148	0,403
div/separada/viúva	15,39	41,89	15,53	-1,53	13,27	2,722	1,009	-0,099	0,862

FONTE: Programa SRSR, Cedeplar/UFMG, 2002.

Obs.: Escolaridade é a variável indicadora.

Conforme indicam os resultados da Tabela 2, o perfil de referência I é delineado por mulheres com maiores probabilidades, vis-à-vis a população observada, de serem negras, católicas, unidas, divorciadas, separadas ou viúvas, não possuem plano de saúde ou telefone, de terem mais de 45 anos de idade, terem 3 anos ou menos de estudo³ e 3 filhos ou mais. Em sua maioria, as mulheres deste perfil não usam métodos contraceptivos porque raramente têm relações sexuais ou porque são histerectomizadas, estão na menopausa ou são inférteis. Adicionalmente, este perfil é também delineado por mulheres que não sabem se o SUS fornece contracepção ou faz ligadura, por mulheres que nunca foram ao ginecologista ou que não procuraram o SUS no último ano para consulta ginecológica, mas que, quando procuram, se dirigem a ele. Por fim, este perfil é delineado por mulheres que não realizaram o exame Papanicolau porque nunca foram ao ginecologista ou porque estão grávidas, amenorréicas ou em período de pós-parto. Considerando os fatores predominantes neste perfil, pode-se resumir suas características mais marcantes como de mulheres negras, mais velhas, com parturição mais alta e com menor nível de escolaridade, usuárias do SUS que não realizaram consultas ginecológicas e, conseqüentemente, o Papanicolau no último ano e que não usam contracepção. Este perfil, que agrega as características mais desfavoráveis em

³ Estudos mais recentes sobre educação têm classificado indivíduos com este nível de escolaridade como sendo analfabetos funcionais.

termos das variáveis sociodemográficas e do acesso à contracepção, à consulta ginecológica e à prevenção de câncer de colo uterino, apresentou-se relativamente pouco prevalentes na população – 7,74% das mulheres com grau de pertinência maior ou igual a 0,75. Este é, sem dúvida, um ponto positivo. No entanto, somando a ele os percentuais observados em seus híbridos (Tabela 1), percebe-se que cerca de ¼ das mulheres possuem características deste perfil, o que merece atenção, dada a situação desfavorável que estas variáveis representam.

O perfil de referência II é formado por mulheres negras, sem plano de saúde, sem telefone, entre 25 e 34 anos e entre 40 e 44 anos, que possuem entre 4 e 7 anos de estudo, protestantes e pentecostais, com 2 filhos ou mais, casadas e unidas. Em relação à contracepção, este perfil é formado por mulheres que nunca usaram contracepção ou não usam atualmente porque estão grávidas, amenorréicas ou em período de pós-parto. Em termos de conhecimento, este perfil é composto por mulheres que sabem onde obter métodos anticoncepcionais, que sabem que o SUS fornece contraceptivos e ligadura e que já procuraram o sistema para obter algum método de contracepção. Estas mulheres já procuraram algum serviço no SUS, mas não necessariamente no último ano. No tocante à consulta ginecológica, elas costumam procurar o SUS e realizaram a última consulta através do mesmo, mas esta última consulta ginecológica não incluiu o exame Papanicolau. De acordo com os fatores predominantes, tal perfil pode ser classificado como de mulheres que, vis-à-vis o observado para a população, possuem maiores probabilidades de serem negras, de baixa escolaridade, sem plano de saúde ou convênio, usuárias do SUS para contracepção e atendimento ginecológico, mas que não realizaram o exame de prevenção ao câncer de colo uterino quando da última consulta ginecológica. Cabe lembrar que, dentre os perfis de referência, este é o mais prevalente na população.

Em relação ao perfil de referência III, a Tabela 2 mostra que ele é formado por mulheres com maiores probabilidades de serem negras, jovens (entre 18 e 29 anos), solteiras, com 8 a 11 anos de estudo, protestantes, pentecostais e espíritas. Este perfil agrega mulheres com, no máximo, 1 filho, e que não usam contracepção porque desejam ter (mais) filhos. Embora as mulheres deste perfil saibam que os métodos contraceptivos podem ser encontrados no SUS, no sistema privado e nas farmácias, elas têm probabilidades elevadas de nunca terem procurado o sistema para obter método e de não saberem onde obter ligadura, o que é compreensível, já que se trata de mulheres com baixa parturição. Adicionalmente, este perfil é formado por mulheres que se caracterizam por, usualmente, procurarem o médico ginecologista particular e por terem realizado 3 consultas ginecológicas ou mais nos 12 meses anteriores à pesquisa. Assim como o perfil de referência II, este perfil é formado por mulheres que não realizaram o Papanicolau na última consulta. A diferença é que, neste caso, existe a possibilidade de que a última consulta não tenha incluído este exame devido ao fato de que o mesmo foi realizado em alguma das outras consultas ocorridas no último ano. Infelizmente, este é um ponto que não será possível avaliar, devido à falta de informações a este respeito na base de dados. No geral, pode-se dizer que as mulheres delineadas por este perfil têm maiores probabilidades de possuírem características mais favoráveis no que se refere às dimensões demográfica e socioeconômica, e também ao acesso aos serviços de saúde reprodutiva aqui avaliados.

As mulheres do perfil de referência IV têm maiores probabilidades, se comparadas à população observada, de serem brancas, terem plano de saúde e telefone, de terem entre 35 e 39 anos, entre 45 e 49 anos e entre 55 e 59 anos. Além disto, elas se caracterizam por terem 12 anos ou mais de estudo, por serem espíritas e atéias e por não terem filhos. Quanto à contracepção, este perfil é formado por mulheres que se caracterizam por não usarem contracepção porque são hysterectomizadas ou por estarem na menopausa ou no período pós-parto ou, ainda, por desejarem ter mais filho. Em termos de conhecimento sobre onde obter métodos contraceptivos, este perfil é formado por mulheres que sabem que os mesmos podem

ser obtidos no sistema privado, que não sabem que o SUS fornece este tipo de serviço, que nunca procuraram o SUS para obter métodos contraceptivos e que não sabem, também, onde obter ligadura. No tocante ao acompanhamento ginecológico, as mulheres deste perfil se caracterizam por nunca terem usado o SUS para consultas ginecológicas, por habitualmente procurarem o ginecologista usando plano de saúde ou convênio, por terem realizado pelo menos uma consulta ginecológica nos 12 meses anteriores à pesquisa, consulta esta paga por meio de plano de saúde ou convênio e que incluiu o exame Papanicolau. Um exame das características predominantes neste perfil permite resumí-lo como de mulheres brancas, com nível de escolaridade elevado, que não conhecem e também não utilizam os serviços do sistema público de saúde, são possuidoras de plano de saúde ou convênio, realizam mais de uma consulta ginecológica por ano e realizam o Papanicolau.

Os perfis de referência mais prevalentes, P2 e P4, reúnem mulheres com características delimitadoras bastante distintas, a começar pela escolaridade – por construção, uma vez que esta foi escolhida como variável indicadora –, mas também no que diz respeito à raça/cor, posse de plano de saúde e acesso à contracepção e ao diagnóstico do câncer de colo uterino. Desta forma, os dois perfis de referência mais prevalentes representam realidades completamente distintas, que geram desafios àqueles que planejam a oferta de serviços de saúde pelo município.

6. Ponto de chegada? Considerações Finais

O objetivo deste artigo foi identificar os perfis de acesso de mulheres negras e brancas ao sistema de saúde pública no âmbito da contracepção, acompanhamento ginecológico e prevenção do câncer de colo uterino em Belo Horizonte, observando se a saúde reprodutiva, entendida como garantia do estado completo de bem-estar físico, mental e social, está sendo, de fato, observada. Considerando a garantia de acesso aos serviços de saúde como um fator positivo na qualidade de vida das mulheres, o conhecimento dos perfis de usuárias e não usuárias do sistema público pode contribuir para avaliação de políticas públicas voltadas para a área da saúde e, em particular, para a saúde da mulher.

A análise destes perfis em Belo Horizonte reafirmou a existência de um cenário ainda bastante desigual no município: o perfil que agrega mulheres com as melhores condições socioeconômicas é aquele no qual as mulheres têm maiores chances de serem brancas. São estas as que têm um melhor acesso à contracepção, a consultas ginecológicas e ao diagnóstico do câncer de colo uterino. Por outro lado, os perfis caracterizados por piores condições socioeconômicas são aqueles com uma presença maior de mulheres negras - mulheres com menores níveis de escolaridade, que apresentam parturições mais elevadas, que nunca foram ao ginecologista e que nunca fizeram o exame Papanicolau. A análise dos perfis também sugere que são exatamente estas mulheres que dependem, em maiores proporções, dos serviços públicos de saúde. Assim, pode-se argumentar que a desigualdade no acesso aos serviços de saúde é injusta, pois as mulheres já penalizadas por suas condições socioeconômicas são aquelas que acumulam desvantagens na promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Assim como em diversos estudos, os resultados aqui encontrados reforçam a necessidade de se pensar e implementar ações mais eficazes para garantir o acesso ao sistema público de saúde, particularmente para as mulheres negras, já que são elas as que apresentam uma situação mais desfavorável em termos de acesso aos cuidados de saúde. Ações que permitam que o Sistema Único de Saúde se torne um espaço onde os indivíduos possam exercitar a “cidadania da prevenção e do cuidado”, e não apenas a procura pela cura, são cada vez mais prementes. Neste sentido, é fundamental a consolidação dos princípios da

integralidade, universalidade e equidade na atenção à saúde das mulheres, os quais ainda não foram implementados, de maneira a gerar uma mudança no modelo e nas práticas de atenção adotadas no Sistema Único de Saúde.

Apesar dos resultados aqui encontrados revelarem uma das muitas situações de desvantagem experimentadas pelas mulheres negras, sabemos que as variáveis disponíveis e o próprio método utilizado não dão conta de explicar alguns dos porquês e, muito menos, de oferecer alternativas para melhorar o atendimento oferecido pelo SUS às mulheres de Belo Horizonte. Em trabalho futuro, analisaremos dados coletados através de entrevistas em profundidade, feitas com mulheres pertencentes aos perfis aqui delineados, como forma de entender melhor as questões levantadas. Neste sentido, os resultados analisados e as considerações feitas aqui estão longe de se constituírem no nosso ponto de chegada.

Referências bibliográficas

BAPTISTA, D. B. D. A. **Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE**. 2003. 113f. Dissertação (Mestrado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

BARBOSA, L. M.; **Perfis de vulnerabilidade ao risco de contrair o HIV nas regiões Nordeste e Sudeste brasileiras: aspectos individuais e da comunidade**. 2001. 158f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

BELO HORIZONTE. Lei nº 6754, de 21 de novembro de 1994. Institui no Município o Programa de Orientação e Assistência ao Planejamento Familiar e à Saúde Reprodutiva. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html?id> Acesso em 05/05/2005.

BELO HORIZONTE. Decreto nº 8349, de 28 de junho de 1995. Regulamenta o Programa Informativo sobre Concepção e Contracepção que será executado pelos Centros de Saúde. Disponível em: http://portal4.pbh.gov.br/pbh/pgESEARCH_CENTRO.html?paramNu...> Acesso em 05/05/2005.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Protocolos e Rotinas, 1997.

BERQUÓ; E. & CUNHA; E. **Morbimortalidade feminina no Brasil (1979 – 1995)**. Ed. Unicamp: Campinas, 2000.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988. Brasília: Câmara dos Deputados. Coordenadoria de Publicações, 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção à Mulher: Princípios e Diretrizes** - Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil** – Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (Documento para Discussão). Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CARVALHO, M. L. O.; FUREGATO, A. R. F. Exame Ginecológico na Perspectiva das Usuárias de um Serviço de Saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> Acesso em 05/05/2005.

CERQUEIRA, C. A. **Tipologia e características dos estabelecimentos escolares brasileiros**. 2004. 295f. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COSTA, A. M. **Atenção Integral à Saúde das Mulheres: Quo Vadis? Uma Avaliação da Integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, 2004.

LACERDA, M. A. **Perfis de Demanda Insatisfeita por Contracepção nos Municípios de Belo Horizonte e Recife, 2002**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Cedeplar. Belo Horizonte, 2005.

MANTON, K.G; WOODBURY, M.A; TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley & Sons, 1994. 312p. Capítulo 1. Crisp and fuzzy sets in statistics. 1-20.

MANTON, K.G; WOODBURY, M.A; TOLLEY, H.D. **Statistical applications using fuzzy sets**. New York: John Wiley & Sons, 1994. 312p. Capítulo 2. The likelihood formulation of the fuzzy set partition. 21-49.

PNDS (1996). SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde (PNDS)**, 1996.

PERPÉTUO, I.H.G. 2000. Raça e Acesso às Ações Prioritárias na Agenda da Saúde Reprodutiva. Trabalho apresentado no XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, 2002. Disponível em <<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao>>. Acesso em abr.2005.

PINHO, A. A.; et al. Cobertura e Motivos para Realização ou não do Teste de Papanicolau no Município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(sup. 2), 303-313, 2003.

RELATÓRIO SRSR. Belo Horizonte: Cedeplar. 2003.

ROCHA, M. I. B. da. Planejamento Familiar e Aborto: Discussões Políticas e Decisões no Parlamento Trabalho apresentado no XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, 2004. Disponível em <<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao>>. Acesso em abr.2005.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.4, p. 757-776, 2002.

SIMÃO, A. B., et. al. O recorte raça/cor e a saúde reprodutiva em Belo Horizonte e Recife: uma análise exploratória sobre a realização de consultas ginecológicas, 2002 Trabalho apresentado no XIV ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, Caxambu, 2004. Disponível em <<http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao>>. Acesso em abr. 2005.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma Revisão sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde.

VIEIRA, E. M., et. al. Características do uso de métodos anticoncepcionais no Estado de São Paulo, Brasil, [s.d].