

Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto

Racial vulnerability and individual barriers for Brazilian women seeking first care following abortion

Vulnerabilidad racial y barreras individuales de mujeres en busca de la primera atención post-aborto

Emanuelle Freitas Goes ¹

Greice M. S. Menezes ¹

Maria-da-Conceição C. Almeida ²

Thália Velho Barreto de Araújo ³

Sandra Valongueiro Alves ³

Maria Teresa Seabra Soares Britto e Alves ⁴

Estela M. L. Aquino ¹

doi: 10.1590/0102-311X00189618

Resumo

As desigualdades sociais no Brasil se refletem na busca por atenção pelas mulheres com abortamento, as quais enfrentam barreiras individuais, sociais e estruturais, expondo-as a situações de vulnerabilidades. São as negras as mais expostas a essas barreiras, desde a procura pelo serviço até o atendimento. O estudo objetivou analisar os fatores relacionados às barreiras individuais na busca do primeiro atendimento pós-aborto segundo raça/cor. A pesquisa foi realizada em Salvador (Bahia), Recife (Pernambuco) e São Luís (Maranhão), Brasil, com 2.640 usuárias internadas em hospitais públicos. Foi realizada regressão logística para análise das diferenças segundo raça/cor (branca, parda e preta), considerando-se "não houve barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento" como categoria de referência da variável dependente. Das entrevistadas, 35,7% eram pretas, 53,3% pardas e 11% brancas. Mulheres pretas tinham menor escolaridade, menos filhos e declararam mais o aborto como provocado (31,1%), após 12 semanas de gestação (15,4%). Relataram mais barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento (32% vs. 28% entre pardas e 20,3% entre brancas), tais como o medo de ser maltratada e não ter dinheiro para o transporte. Na regressão, confirmou-se a associação entre raça/cor preta e parda e barreiras individuais na busca de cuidados pós-aborto, mesmo após o ajuste por todas as variáveis selecionadas. Os resultados confirmam a situação de vulnerabilidade das pretas e pardas. A discriminação racial nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres ao serviço, o que pode configurar uma situação limite de maior agravamento do quadro pós-abortamento.

Vulnerabilidade Social; Racismo; Aborto; Atenção à Saúde

Correspondência

E. F. Goes

Programa Integrado em Gênero e Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Rua Basílio da Gama s/n, 2º andar, Salvador, BA 40110-040, Brasil.

emanuellegoes@gmail.com

¹ Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

² Instituto Gonçalo Moniz, Fundação Oswaldo Cruz, Salvador, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil.



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 ^{1,2,3}.

Segundo Ayres et al. ⁴, 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 desigualdades de gênero e as questões geracionais ⁵.

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 ^{6,7,8}. 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 ^{8,9,10,11}. 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 ^{7,12,13}. Uma das consequências desse 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 ¹⁴.

Diante de uma gravidez que se decide não continuar, 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 ¹⁵ 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 ¹⁶. Um estudo sobre itinerários e métodos abortivos, realizado em cinco capitais brasileiras, descreveu as características mais comuns das mulheres que fazem um primeiro aborto: têm idade até 19 anos, são negras e com filhos. O método mais usado para a interrupção da gravidez combina chás com misoprostol, e em alguns casos, a finalização do aborto ocorre em um hospital no dia seguinte ¹⁷.

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 baixa renda ^{1,3,17,18,19}. Mesmo em países onde a prática é legal, a exemplo dos Estados Unidos, 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 privados e distantes. São essas barreiras que se apresentam de forma mais frequente nas pesquisas estadunidenses, sobretudo para mulheres negras jovens, de baixa renda e da zona rural ^{20,21,22}. 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 ^{23,24}. Na América Latina, apesar da expressiva produção científica sobre a ocorrência do aborto inseguro ^{25,26}, ainda existe uma lacuna sobre as diferenças raciais no acesso à atenção pós-aborto.

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 ²⁷. 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 inseguro. O presente estudo pretendeu preencher essa lacuna e identificar as barreiras individuais das mulheres na busca do primeiro atendimento por cuidado pós-aborto em condições inseguras, 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 está inserido na pesquisa GravSus-NE, estudo multicêntrico realizado em três capitais do Nordeste brasileiro: Salvador (Bahia), Recife (Pernambuco) e São Luís (Maranhão), cujos aspectos metodológicos estão publicados ²⁸.

Sinteticamente, 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, independentemente 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, cujas justificativas clínicas e legais legitimam o esvaziamento uterino em condições seguras.

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 terem recebido alta hospitalar. Houve 5,8% de perdas (por alta ou óbito antes da entrevista) e 2,7% de recusas.

A informação sobre raça/cor foi obtida pela 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 ²⁹.

Para o presente trabalho, foram analisadas 2.640 mulheres que se autodeclararam pretas (942), pardas (1.407) e brancas (291), sendo excluídas as indígenas (78) e as de origem asiática (71), pelo seu pequeno número (5,3% do total) e por apresentarem distinções importantes, que dificultariam agrupá-las em qualquer outro grupo.

As informações sobre barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento foram obtidas com base no 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 as proporções sendo testadas quanto à significância estatística por meio do teste χ^2 de Pearson, no nível de 5%.

As variáveis foram selecionadas com base na literatura sobre acesso à atenção ao aborto e pertencentes a dois subconjuntos: características sociodemográficas e do aborto (faixa etária, escolaridade, trabalha atualmente, 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”, “outros sintomas” (perda de líquido e dor de cabeça), “não teve sintomas, mas o ultrassom revelou que o feto estava morto”. Foi utilizada uma escala numérica para a classificação da intensidade da dor ³⁰, eventualmente sentida, cujos resultados foram categorizados em “sem dor” (0), “leve/moderada” (1 a 6) e “intensa” (7 a 10).

Em seguida, estimou-se a magnitude da associação por meio do cálculo da *odds ratio* (OR) e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%), entre raça/cor e “dificuldades pessoais na busca do primeiro atendimento”, segundo estratos específicos para identificar potenciais modificadoras de

efeito ou confundidores. A seleção de variáveis (faixa etária, escolaridade, trabalho atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado) foi efetuada com base na literatura científica sobre o tema. Considerou-se como potencial modificadora de efeito a variável cuja medida pontual de cada categoria extrapolou os limites do intervalo de confiança da outra categoria no estrato específico. As potenciais variáveis confundidoras foram aquelas que apresentaram uma diferença entre as medidas bruta e ajustada (pelo método de Mantel-Haenszel) maior ou igual a 10%. Para a confirmação de modificadora de efeito foi usado o termo produto na análise multivariada.

Na análise de regressão logística considerou-se “não houve barreiras individuais na busca pelo primeiro atendimento” como categoria de referência da variável dependente. Foram inseridas no modelo, simultaneamente, as variáveis identificadas como potenciais modificadoras de efeito (como termo produto) e confundidoras, sendo retiradas aquelas cuja associação não se mostrou estatisticamente significativa (valor de $p > 0,05$).

Para o processamento e análise dos dados foi utilizado o software Stata versão 13.0 (<https://www.stata.com>).

O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética das três universidades e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEPISC UFBA 006/09, CEP CCSUFPE 061/09, CEP HUUFMA 002065/2009-30). 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. A opção pelo Termo de Consentimento oral visou a aumentar a confiança e a proteção das entrevistadas, que desta forma não poderiam ser formalmente vinculadas a uma prática ilegal e clandestina no país.

As entrevistas foram realizadas após a alta hospitalar, enquanto as mulheres aguardavam os procedimentos administrativos para a saída do hospital. A todas as participantes foi facultado o direito de não responder a qualquer questão, tendo sido assegurada a confidencialidade das respostas e o total anonimato por meio de quebra de descritores, de modo a inviabilizar sua eventual identificação. Os questionários receberam um código numérico, como único identificador de todas as informações obtidas por meio de entrevistas e consultas a prontuários. A chave do código foi mantida em local separado dos questionários e acessível apenas à coordenação do projeto.

Resultados

Das 2.640 mulheres entrevistadas, 35,7% se autodeclararam pretas, 53,3% pardas e 11% 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% *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 eram responsáveis 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, e as pardas registraram 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 as pardas (24,2%) e as brancas (21%). Foi entre as pretas que a interrupção da gravidez ocorreu mais tardiamente (15,4% *vs.* 11,1% entre as pardas e 11,4% entre as 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 entrevistadas contou com a ajuda de outras mulheres. Quanto ao primeiro serviço de saúde procurado, mais de 70% delas 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

Tabela 1

Características sociodemográficas e do aborto de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador (Bahia), São Luís (Maranhão) e Recife (Pernambuco), Brasil, 2010.

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

* Trabalho como qualquer atividade que receba dinheiro ou alguma forma de pagamento;

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

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 ser atendida 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).

O medo de ser maltratada foi a principal barreira relatada pelas entrevistadas, mas houve um gradiente (raça/cor) em que a proporção entre as pretas (13%) foi mais que o dobro maior do que entre as brancas (5,9%) ($p = 0,001$) (Figura 1). Ressalte-se que o medo de ser maltratada foi maior entre as que declararam o aborto como provocado (18,5%) do que espontâneo (7,6%) ($p = 0,000$) (dados não apresentados).

O fato de não ter dinheiro para o transporte foi três vezes mais frequente entre as pretas (5,6%), quando comparadas às brancas (1,7%) ($p = 0,018$) (Figura 1). As demais dificuldades registradas não

Tabela 2

Busca de cuidados para o primeiro atendimento de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador (Bahia), São Luís (Maranhão) e Recife (Pernambuco), Brasil, 2010.

Características	Raça/Cor (%)			Valor de p
	Preta (n = 942)	Parda (n = 1.407)	Branca (n = 291)	
Intensidade da dor ao buscar o primeiro cuidado	942	1.404	290	0,137
Sem dor	14,5	12,5	11,7	
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	0,201
Sem sintomas	5,3	3,8	4,8	
Dor abdominal	26,9	23,9	24,1	
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	0,189
Parceiro	29,6	33,2	35,1	
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	0,020
Hospital público	74,3	73,3	73,9	
Hospital/Clinica/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	0,000
Nenhum	42,4	33,7	28,6	
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	0,000
Sim	44,7	53,7	56,7	
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.

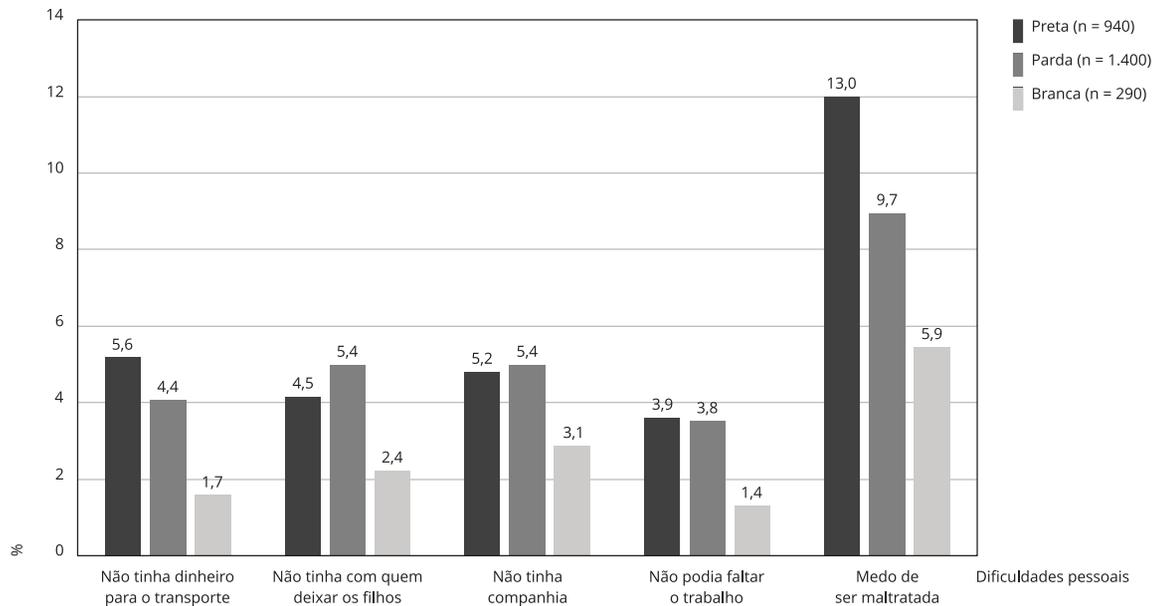
apresentaram diferenças estatisticamente significantes, como não ter companhia e não ter com quem deixar os filhos.

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

Na análise estratificada, constatou-se a associação entre barreiras individuais na busca de cuidado no primeiro atendimento e ter-se declarado preta ou parda (Tabela 3). Nessa fase, a idade foi identificada como potencial modificadora de efeito, e outras covariáveis como – escolaridade, trabalho atual, renda própria, responsabilidade pelo domicílio, tipo de parceria, filhos, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado – apresentaram associações estatisticamente significantes (valor de $p \leq 0,05$) e foram incorporadas como potenciais confundidoras na análise simultânea pela regressão logística.

Figura 1

Barreiras individuais na busca de cuidado para o primeiro atendimento de mulheres em situação de abortamento segundo raça/cor. Salvador (Bahia), São Luís (Maranhão) e Recife (Pernambuco), Brasil, 2010.



Nessa etapa, a idade não se confirmou como modificadora de efeito e o termo produto foi retirado do modelo. Tampouco foram confirmadas as potenciais confundidoras. No entanto, com a finalidade de melhorar o ajuste do modelo, foram mantidas aquelas covariáveis que na etapa da estratificação mostraram-se associadas às barreiras individuais, em nível de significância estatística $\leq 0,05$.

Na modelagem, 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, modelo final (preta OR = 1,7; IC95%: 1,2-2,4) (parda OR = 1,5; IC95%: 1,1-2,1) (Tabela 4).

Discussão

Os resultados apresentados evidenciam em que medida as mulheres pretas e pardas estão em situação de vulnerabilidade na busca pelo primeiro atendimento pós-aborto. Estudos anteriores sobre procura e acesso dessas mulheres a outros tipos de serviços de saúde mostram situações equivalentes^{10,12,13}. A relação entre raça/cor e barreiras individuais de acesso à atenção ao aborto inseguro é mediada por outras variáveis, tais como a idade, a escolaridade, a inserção laboral e a renda própria, a responsabilidade pelo domicílio, o tipo de parceria e filhos, o tempo de gravidez ao ocorrer o aborto e o tipo de aborto declarado, descritas na literatura como determinantes do acesso^{1,2,3,17,18,19,26}, e que foram controladas e ajustadas para a análise da associação principal.

Na busca pelo primeiro atendimento, as mulheres deste estudo em grande parte recorreram ao hospital público, no entanto, em segundo lugar as pretas valeram-se mais da farmácia, automedicação e remédio caseiro. Ao mesmo tempo, são essas mulheres que peregrinam menos à procura de serviços e vão diretamente ao hospital para a finalização do aborto; elas que estão mais vulneráveis a complicações pelo maior tempo de gestação quando se efetiva o aborto.

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. Salvador (Bahia), São Luís (Maranhão) e Recife (Pernambuco), Brasil, 2010.

Características selecionadas	%	Preta		%	Parda		Branca *
		OR (IC95%)	Valor de p		OR (IC95%)	Valor de p	
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 e mais	31,3	2,6 (1,6-4,0)	0,000	29,6	2,4 (1,5-3,6)	0,000	15,1
18-24	33,4	1,2 (0,8-2,0)	0,370	25,2	0,8 (0,5-1,3)	0,424	28,8
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,008	
Escolaridade							
Ensino Superior	36,4	2,1 (0,8-5,0)	0,112	22,9	1,1 (0,5-2,5)	0,880	21,7
Ensino Médio	29,3	2,0 (1,3-3,4)	0,002	26,0	1,8 (1,1-2,8)	0,016	16,6
Ensino Fundamental	34,0	1,5 (0,9-2,6)	0,096	33,0	1,4 (0,9-2,3)	0,168	25,8
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,007	
Trabalha atualmente							
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,008	
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,007	
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,008	
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,0)	0,000		1,5 (1,1-2,0)	0,010	
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,007	
Tempo de gravidez ao ocorrer o aborto (semanas)							
Até 12	30,8	1,8 (1,2-2,5)	0,000	26,1	1,4 (1,0-2,0)	0,055	20,3
13 e mais	39,4	2,2 (0,9-5,0)	0,084	39,3	2,2 (0,9-5,5)	0,084	22,6
Ajustada		1,8 (1,3-2,5)	0,000		1,5 (1,1-2,1)	0,016	
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
Ajustada		1,8 (1,3-2,0)	0,000		1,5 (1,1-2,0)	0,011	

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

* Grupo de referência.

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 (Bahia), São Luís (Maranhão) e Recife (Pernambuco), Brasil, 2010.

Raça/Cor	Modelo final * OR (IC95%)
Preta	1,7 (1,2-2,4)
Parda	1,5 (1,1-2,1)
Branca	1,0 **

IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: *odds ratio*.

* Modelo final (ajustado para responsabilidade pelo domicílio, tempo de gravidez ao ocorrer o aborto, tipo de aborto declarado);

** Grupo de referência.

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 foram as que mais apontaram não ter dinheiro de transporte, o que se constituiu na segunda mais importante barreira individual de acesso à atenção. Embora menos escolarizadas, elas relataram com mais frequência ter trabalho e renda própria do que as pardas e as brancas, o que poderia parecer um paradoxo. No entanto, isso pode se dever à maior precarização do trabalho profissional de mulheres pretas, com maior proporção delas trabalhando como autônomas ou sem carteira profissional, provavelmente como trabalhadoras domésticas ¹¹.

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 (ou não quis) responder. Todavia, as pretas relataram com mais frequência não serem casadas ou não coabitarem com o parceiro, ainda que não tenha havido diferenças estatisticamente significantes segundo raça/cor quanto à responsabilidade pelo domicílio.

Estudos internacionais, com destaque para os Estados Unidos e África do Sul, evidenciam situação semelhante para as mulheres negras na busca pelo serviço de aborto, ainda que em contextos legais; a logística do transporte e o recurso financeiro para o deslocamento e realização do procedimento são fatores que limitam o acesso ^{20,21,22,23,31}. No Brasil, a universalidade do Sistema Único de Saúde (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 ³².

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 ¹¹. No presente trabalho, não foram observadas diferenças significativas quanto ao tipo de parceria e a responsabilidade pelo domicílio, segundo raça/cor, o que pode ser explicado por se tratarem todas de usuárias do SUS da Região Nordeste brasileira.

Entretanto, a principal barreira apontada pelas mulheres, especialmente pelas pretas, foi o medo de ser maltratada, que foi maior entre as que declararam o aborto como provocado. É possível que essa diferença seja ainda maior na medida em que parte dos abortos declarados como espontâneos tenha sido induzido. A discriminação nos serviços de saúde tem sido registrada como recorrente para 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 ^{32,33,34,35}. Ao que parece, isso é redobrado pelo racismo institucional e passa a constituir 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 ter sido discriminadas pelo aborto nas unidades públicas de saúde, tem sido registrada em pesquisas realizadas em várias cidades brasileiras^{35,36,37,38}. O tratamento recebido nos hospitais termina inclusive por atingir as mulheres com abortamento espontâneo, suspeitas de tê-lo provocado. Essas práticas, que envolvem desde o retardo na atenção, agressão verbal e não informação sobre procedimentos, expõem as mulheres a complicações de saúde. Nos últimos anos, isso 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^{32,35}.

O estigma social do aborto e a discriminação racial 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^{23,24}, tal como constatado neste estudo. Nos Estados Unidos, mulheres negras e latinas relatam que sofrem discriminação e estigma nos serviços de saúde mesmo em situação de aborto espontâneo, prejudicando a procura pelo serviço³⁹. 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 caseiras⁷.

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 utilização²⁵. 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 acesso a meios de transporte, poder financeiro e poder de lidar com a organização. As mulheres enfrentam muitas dificuldades para receber cuidados pós-aborto, pois a restrição do aborto induzido no país contribui para os atrasos na procura pelo atendimento⁴⁰. O racismo nos serviços de saúde e o estigma em relação ao aborto podem atuar simultaneamente, retardando a ida das mulheres pretas e pardas na busca pelo serviço, e esta decisão as coloca em uma situação limite quanto ao agravamento do quadro pós-abortamento.

O estudo tem como limite analisar somente o que é percebido pelas entrevistadas como barreiras individuais na busca pelo 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 registrou como ponto forte ter seus resultados obtidos com base em 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. Alcançou-se uma alta taxa de respostas, com pequeno percentual de perdas, devidas à alta ou óbito antes da entrevista, e proporção menor ainda de recusas, em que pese tratar-se de um tema sensível pela ilegalidade e condenação moral da prática do aborto. 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 hospitalar²⁵. A adoção de um indicador composto por variadas barreiras individuais de acesso à atenção implica a sumarização de experiências determinadas em distintas medidas pelas desigualdades raciais, sendo permitido supor que a associação possa ser ainda maior do que a encontrada, o que mereceria ser melhor explorado em novos trabalhos. Não pode ser afastada a possibilidade de vieses de informação, o que é comum em pesquisas sobre o tema, incluindo a própria declaração sobre o tipo de aborto; salvo melhor juízo, pode-se supor que estes sejam não diferenciais em relação às principais variáveis de interesse.

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 covariáveis, ser de raça/cor preta e parda permaneceu como um obstáculo na busca pelo primeiro atendimento pós-aborto. Espera-se que este sirva de estímulo para novas investigações, com a aferição da discriminação percebida, 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.

Colaboradores

E. F. Goes e E. M. L. Aquino participaram de todas as etapas, desde a concepção, análise e interpretação dos dados, redação e aprovação do artigo. G. M. S. Menezes e M.-da-C. C. Almeida participaram da análise e interpretação dos dados, redação e aprovação do artigo. T. V. Barreto-de-Araújo, S. V. Alves e M. T. S. S. B. Alves participaram da concepção e desenvolvimento do estudo e revisão crítica do artigo.

Informações adicionais

ORCID: Emanuelle Freitas Goes (0000-0001-9288-6723); Greice M. S. Menezes (0000-0002-8393-2545); Maria-da-Conceição C. Almeida (0000-0002-4760-4157); Thália Velho Barreto-de-Araújo (0000-0001-9956-4145); Sandra Valongueiro Alves (0000-0001-8532-5346); Maria Teresa Seabra Soares Britto e Alves (0000-0002-4806-7752); Estela M. L. Aquino (0000-0002-8204-1249).

Agradecimentos

Às mulheres que generosamente compartilharam suas histórias conosco. Aos financiadores da pesquisa: Ministério da Saúde (DECIT) e Ministério de Ciência e Tecnologia (CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), com recursos provenientes dos Editais MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde 22/2007 (nº 551249/2007-2) e MCT/CNPq/MS/ SCTIE-DECIT nº 54/2008 (nº 402680/ 2008-1); pelo apoio adicional, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb), por meio do Edital MS/CNPq/FAPESB/SESAB 004/2009. Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS (0046/2009) e à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão, por meio do Edital FAPEMA/SES-MA/MS/CNPq nº 12/2009. Processo 1495/09 PPSUS (1323/09). À CAPES pela bolsa do doutorado pleno e pelo doutorado sanduiche da autora principal. Ao CNPq pela Bolsa de Produtividade em Pesquisa (309445/2006-0).

Referências

1. Menezes G, Aquino EML. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2009; 25 Suppl 2:S193-204.
2. Heilborn ML, Cabral CS, Brandão ER, Faro L, Cordeiro F, Azize RL. Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro - Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1699-708.
3. Diniz D, Medeiros M, Madeiro A. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:653-60.
4. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Salletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 117-39.
5. Ayres JRCM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface (Botucatu)* 2002; 6:11-24.
6. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc* 2016; 25:535-49.
7. Taquette SR, Meirelles ZV. Discriminação racial e vulnerabilidade às DST/Aids: um estudo com adolescentes negras. *Physis (Rio J.)* 2013; 23:129-42.
8. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Batista LE, Kalckmann S, organizadores. *Seminário Saúde da População Negra Estado de São Paulo 2004*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2005. p. 53-101. (Temas em Saúde Coletiva, 3).
9. Taquette SR. Interseccionalidade de gênero, classe e raça e vulnerabilidade de adolescentes negras às DST/aids. *Saúde Soc* 2010; 19 Suppl 2:51-62.
10. Goes EF, Nascimento ER. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde Debate* 2013; 37:571-9.
11. Paixão M, Rossetto I, Montovanele F, Carvano LM, organizadores. *Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil – 2009-2010: constituição cidadã, seguridade social e seus efeitos sobre as assimetrias de cor ou raça*. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2011.
12. Lopes F, Buchalla CM, Ayres JRCM. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no estado de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 Suppl 2:39-46.
13. Leal MC, Gama SGN, Cunha CB. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:100-7.

14. Perpétuo IHO. Raça e acesso às ações prioritárias na agenda da saúde reprodutiva. In: Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2000. <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1051/1016> (acessado em 05/Jan/2018).
15. Diniz D, Castro R. O comércio de medicamentos de gênero na mídia impressa brasileira: misoprostol e mulheres. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:94-102.
16. Silveira P, McCallum C, Menezes G. Experiências de abortos provocados em clínicas privadas no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública* 2016; 32:e00004815.
17. Diniz D, Medeiros M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:1671-81.
18. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
19. Monteiro MFG, Adesse L, Levin J. 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. In: Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2008. p. 1-10.
20. Dehlendorf C, Harris LH, Weitz TA. Disparities in abortion rates: a public health approach. *Am J Public Health* 2013; 103:1772-9.
21. Harris LH, Grossman D. Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *Int J Gynaecol Obstet* 2011; 115:77-9.
22. Margo J, McCloskey L, Gupte G, Zurek M, Bhakta S, Feinberg E. Women's pathways to abortion care in South Carolina: a qualitative study of obstacles and supports. *Perspect Sex Reprod Health* 2016; 48:199-207.
23. Lince-Deroche N, Fetters T, Sinanovic E, Blanchard K. 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* 2017; 96:72-80.
24. Mosley EA, King EJ, Schulz AJ, Harris LH, De Wet N, Anderson BA. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. *Cult Health Sex* 2017; 19:918-33.
25. Billings DL, Benson J. Postabortion care in Latin America: policy and service recommendations from a decade of operations research. *Health Policy Plan* 2005; 20:158-66.
26. Zamberlin N, Romero M, Ramos S. Latin American women's experiences with medical abortion in settings where abortion is legally restricted. *Reprod Health* 2012; 9:34.
27. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
28. Aquino EML, Menezes GMS, Barreto-de-Araújo TV, Alves MT, Almeida MCC, Alves SV, et al. Avaliação da qualidade da atenção ao aborto: protótipo de questionário para usuárias de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2014; 30:2005-16.
29. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.
30. McDowell I. Pain measurements. In: McDowell I, editor. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. 3rd Ed. New York: Oxford University Press; 2006. p. 643-9.
31. Mosley EA, King EJ, Schulz AJ, Harris LH, De Wet N, Anderson BA. Abortion attitudes among South Africans: findings from the 2013 social attitudes survey. *Cult Health Sex* 2017; 19:918-33.
32. Carneiro MF, Iriart JAB, Menezes GMS. "Largada sozinha, mas tudo bem": paradoxos da experiência de mulheres na hospitalização por abortamento provocado em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2013; 17:405-18.
33. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S208-19.
34. Faria N. Entre a autonomia e a criminalização: a realidade do aborto no Brasil. In: Venturi G, Godinho T, organizadores. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 181-201.
35. Adesse L, Jannotti CB, Silva KS, Fonseca VM. Aborto e estigma: uma análise da produção científica sobre a temática. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21:3819-32.
36. Madeiro AP, Rufino AC. Maus-tratos e discriminação na assistência ao aborto provocado: a percepção das mulheres em Teresina, Piauí, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2017; 22:2771-80.
37. McCallum C, Menezes G, Reis AP. O dilema de uma prática: experiências de aborto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2016; 23:37-56.
38. Soares GS, Galli MB, Viana APAL. *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.
39. Bommaraju A, Kavanaugh ML, Hou MY, Bessett D. Situating stigma in stratified reproduction: abortion stigma and miscarriage stigma as barriers to reproductive healthcare. *Sex Reprod Healthc* 2016; 10:62-9.
40. Araújo TVB, Aquino EML, Menezes GMS, Alves MTSSB, Almeida MCC, Alves SV, et al. Delays in access to care for abortion-related complications: the experience of women in Northeast Brazil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34:e00168116.

Abstract

Social inequalities in Brazil are reflected in women's search for abortion care, when they face individual, social, and structural barriers and are exposed to situations of vulnerability. Black women are the most heavily exposed to these barriers, from the search for the service to the care itself. The study aimed to analyze factors related to individual barriers in the search for first post-abortion care according to race/color. The study was conducted in Salvador (Bahia State), Recife, (Pernambuco State) and São Luís (Maranhão State), Brazil, with 2,640 patients admitted to public hospitals. Logistic regression was performed to analyze differences according to race/color (white, brown, and black), with "no individual barriers in the search for first care" as the reference category in the dependent variable. Of the women interviewed, 35.7% were black, 53.3% brown, and 11% white. Black women had less schooling, fewer children, and reported more induced abortions (31.1%) and more second-trimester abortions (15.4%). Black women reported more individual barriers in the search for first care (32% vs. 28% in brown women and 20.3% in whites), such as fear of being mistreated and lack of money for transportation. Regression analysis confirmed the association between black and brown race/color and individual barriers in the search for post-abortion care, even after adjusting for all the selected variables. The results confirmed the situation of vulnerability for black women and brown women in Brazil. Racial discrimination in health services and abortion-related stigma can act simultaneously, delaying women's access to health services, a limitation that can further complicate their post-abortion condition.

Social Vulnerability; Racism; Abortion; Health Care (Public Health)

Resumen

Las desigualdades sociales en Brasil se reflejan en la búsqueda de atención sanitaria por parte de las mujeres que abortan, que enfrentan barreras individuales, sociales y estructurales, exponiéndolas a situaciones de vulnerabilidad. Las negras son las más expuestas a estas barreras, desde la búsqueda del servicio hasta la atención. El estudio tuvo como objetivo analizar los factores relacionados con las barreras individuales en la búsqueda de la primera atención post-aborto según raza/color. La investigación se realizó en Salvador (Bahia), Recife (Pernambuco) y São Luis (Maranhão), Brasil, con 2.640 pacientes internadas en hospitales públicos. Se realizó una regresión logística para el análisis de las diferencias según raza/color (blanca, mulata/mestiza y negra), considerándose "no tuvo barreras individuales en la búsqueda de la primera atención" como categoría de referencia de la variable dependiente. De las entrevistadas 35,7% eran negras, 53,3% mulatas/mestizas y 11% blancas. Las mujeres negras tenían menor escolaridad, menos hijos y declararon más el aborto como provocado (31,1%), tras 12 semanas de gestación (15,4%). Informaron más barreras individuales en la búsqueda de la primera atención (32% vs. 28% entre multas/mestizas y un 20,3% entre las blancas), tales como el miedo de ser maltratada y no tener dinero para el transporte. En la regresión se confirmó la asociación entre raza/color negro y mulato/mestizo y barreras individuales en la búsqueda de cuidados post-aborto, incluso tras el ajuste por todas las variables seleccionadas. Los resultados confirman la situación de vulnerabilidad de las negras y mulatas/mestizas. La discriminación racial en los servicios de salud y el estigma en relación con el aborto pueden actuar simultáneamente, retardando la ida de las mujeres al servicio de salud, lo que puede constituir una situación límite de mayor gravedad en el cuadro post-aborto.

Vulnerabilidad Social; Racismo; Aborto; Atención a la Salud

Recebido em 06/Out/2018

Versão final reapresentada em 03/Jun/2019

Aprovado em 17/Jun/2019