



INJUSTIÇAS REPRODUTIVAS: DESIGUALDADES NO ACESSO A DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL

REPRODUCTIVE INJUSTICES: INEQUALITIES IN ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS IN BRAZIL

Idália Oliveira dos Santos¹
Everly Carolina da Cruz Teixeira²
Giovanna De Carli Lopes³
Irani Santos Silva⁴
Samantha Vitena Barbosa⁵

Manuscrito recebido em: 30 de junho de 2024.

Aprovado em: 21 de agosto de 2024.

Publicado em: 11 de outubro de 2024.

Resumo

Introdução: O cenário de violação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres apresenta diversos desafios e é atravessado pela intersecção das desigualdades de marcadores sociais, como raça, gênero e classe. Mulheres e pessoas com capacidade de gerar de grupos historicamente racializados são as mais afetadas negativamente com piores condições de pré-natal, parto e gravidez assim como a mortalidade materna. A Justiça Reprodutiva busca assegurar a cidadania das mulheres marginalizadas, reforçando seu direito à autonomia corporal e à tomada de decisões. **Objetivo:** Portanto, objetiva-se refletir criticamente acerca das disparidades raciais e de gênero associadas à dificuldade de acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva e à distribuição desigual de oportunidades, benefícios e boas práticas, usando a justiça reprodutiva como lente interseccional. **Metodologia:** O presente ensaio teórico utilizou-se de uma revisão de dados históricos e contemporâneos em uma perspectiva crítica. **Discussão:** As disparidades de raça, gênero e classe resultam em maiores proporções de assédios e violências sexuais, dificuldades de acesso a serviços qualificados de saúde sexual e reprodutiva e em menor acesso a bens e serviços, como contracepção, aborto legal seguro e parto livre de violência e racismo obstétrico. Dados recentes revelam que mulheres negras correspondem a 65% dos casos de morte materna no Brasil, tendo até duas vezes mais chances de morte materna por causas evitáveis. **Conclusões:** Buscamos ampliar o debate visando fomentar políticas públicas que

¹ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem em Cuidados ao Paciente Crítico Neonatal pela Universidade Federal da Paraíba.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0466-2733> E-mail: idalia_oliveira@yahoo.com

² Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Enfermagem em Cuidados ao Paciente Crítico Neonatal pela Universidade Federal da Paraíba. Diretora de Igualdade na Superintendência de Direitos Humanos do município de São Francisco do Conde.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0830-7774> E-mail: everlylorac@gmail.com

³ Doutoranda em Estudos Étnicos e Africanos pela Universidade Federal da Bahia. Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9480-3140> E-mail: giovanna@ufba.br

⁴ Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Especialista em Saúde da Família pela Universidade do Estado da Bahia. Profissional de atendimento integrado em um Centro de Referência de Assistência Social de Salvador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8094-2457> E-mail: iranisilva.psicologa@gmail.com

⁵ Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Mestra em Bioética Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela Escola Nacional de Saúde Pública.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-2754-6465> E-mail: samantha.vitena@gmail.com



garantam o acesso à educação, serviços de saúde e socioassistenciais de qualidade, protegendo os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e pessoas que gestam.

Palavras-chave: Justiça social; Direitos sexuais e reprodutivos; Desigualdades de saúde; Racismo.

Abstract

Introduction: The scenario of sexual and reproductive rights violations against women presents various challenges and is intersected by the inequalities of social markers such as race, gender, and class. Women and individuals with the capacity to conceive from historically racialized groups are the most negatively affected, facing worse prenatal, childbirth, and pregnancy conditions, as well as higher maternal mortality rates. Reproductive Justice seeks to ensure the citizenship of marginalized women by reinforcing their right to bodily autonomy and decision-making. **Objective:** Therefore, the objective is to critically reflect on the racial and gender disparities associated with the difficulty of accessing sexual and reproductive health services and the unequal distribution of opportunities, benefits, and best practices, using reproductive justice as an intersectional lens. **Methodology:** This theoretical essay utilized a review of historical and contemporary data from a critical perspective. **Discussion:** Racial, gender, and class disparities result in higher proportions of harassment and sexual violence, difficulties in accessing qualified sexual and reproductive health services, and reduced access to goods and services such as contraception, safe legal abortion, and childbirth free from violence and obstetric racism. Recent data reveals that Black women account for 65% of maternal deaths in Brazil, with up to twice the likelihood of maternal death from preventable causes. **Conclusions:** We aim to broaden the debate to foster public policies that guarantee access to education, quality health and social services, and protect the sexual and reproductive rights of women and individuals who can conceive.

Keywords: Social justice; Sexual and reproductive rights; Health inequities; Racism.

INTRODUÇÃO

Os direitos sexuais e reprodutivos defendem a liberdade das mulheres na determinação de sua sexualidade e reprodução (Brasil, 2005), porém, por vezes estas encontram-se em um cenário socioeconômico desfavorável, fazendo com que sua plena autonomia seja comprometida. O âmago da questão não está apenas na escolha em si, mas sim na compreensão de como essa escolha é influenciada por fatores econômicos, políticos, sociais e étnico-raciais. Quando uma mulher não possui capital financeiro e social suficiente para moldar as circunstâncias que impactam suas escolhas reprodutivas, torna-se crucial analisar como é possível promover mudanças significativas nesse panorama (Lopes, 2022).

Os direitos reprodutivos envolvem igualdade e liberdade na esfera reprodutiva e os direitos sexuais tratam da igualdade e liberdade no exercício da sexualidade. Abordar esses campos de forma separada torna-se essencial para visibilizar a



importância da autonomia em cada uma dessas dimensões, não mais prescrevendo a submissão da sexualidade à reprodução, mas sim assegurando a autonomia e a liberdade das mulheres nesses dois campos. Tal perspectiva evita a imposição de um modelo ou regras específicas para o exercício da sexualidade e da vida reprodutiva e possibilita a relação dessas duas dimensões não apenas entre si, mas também com as diversas esferas da vida social. Isso implica considerar a sexualidade e a reprodução como partes integrantes da cidadania e, portanto, da vida democrática (Ávila, 2003).

É justamente em função dessas questões que se reuniram, em 1993, mulheres negras brasileiras, em Itapeçerica da Serra, no Seminário Nacional de Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras (Milanezi, 2020; Roland, 2009). O encontro resultou na criação da Declaração de Itapeçerica da Serra (Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras, 1993), que teve seu foco também na saúde sexual e direitos reprodutivos.

Porém, para além dos assuntos específicos voltados para a saúde e direitos sexuais e reprodutivos, a Declaração destacou a necessidade de se olhar para demandas mais abrangentes, como o acesso a ao emprego, ao saneamento básico, a políticas de habitação e educação (Seminário Nacional Políticas E Direitos Reprodutivos Das Mulheres Negras, 1993).

Com isso, um ano depois, nasce o conceito da Justiça Reprodutiva na busca de assegurar direitos fundamentais às mulheres, crianças e pessoas que gestam, sejam elas negras, indígenas, lésbicas, pobres, ciganas, migrantes, entre outras historicamente submetidas às violações de Direitos Humanos e Reprodutivos. Segundo um grupo de mulheres negras estadunidenses, que cunharam o conceito durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da Organização das Nações Unidas (CIPD), realizada em 1994 no Cairo, Justiça Reprodutiva refere-se ao “bem-estar físico, mental, espiritual, político, social e econômico completo de mulheres e meninas, baseado na completa conquista e proteção dos Direitos Humanos das mulheres” (Sistersong Women Of Color Reproductive Health Collective, 2007, p. 4, tradução nossa).

As pessoas que pertencem a esses grupos historicamente vulnerabilizados são as mais afetadas e encontram as maiores barreiras para o exercício de sua cidadania e seus direitos sexuais e reprodutivos. Tendo em vista essa questão, para o alcance



da autonomia plena desses grupos nas tomadas de decisão sobre os seus próprios corpos, se faz necessário o amplo acesso à justiça social, através da garantia de recursos econômicos, sociais e políticos, sendo a adoção do termo uma forma de integrar a saúde reprodutiva à justiça social, em resposta às enormes disparidades raciais e iniquidades sociais entre as mulheres (Noronha, 2016).

A Justiça Reprodutiva vai além e também tem como premissa assegurar que as pessoas que gestam possam criar seus filhos em comunidades seguras e sustentáveis, com condições materiais adequadas para criá-los e vê-los crescer com projetos próprios e perspectivas de futuro. Uma vez que a violência racial se perpetua em diversos contextos, a exemplo da saúde, educação, política de assistência social e principalmente na abordagem policial, é dever do Estado promover ações reparatórias e propiciar as condições necessárias para que esses filhos e filhas permaneçam vivas. Pode-se observar a violência contra corpos negros, por exemplo, no encarceramento em massa, no genocídio da juventude negra, dentre outros. No campo da saúde da mulher, essa violência está presente no parto, aborto e puerpério, evidenciada pelos altos índices de violência obstétrica entre mulheres negras, que também são maioria nos casos de morbidade e mortalidade materna e de aborto inseguro (FNPLA - Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e Pela Legalização do Aborto, 2022).

QUEM TEM O DIREITO DE SER MÃE: PERSPECTIVA DAS DISPARIDADES NO ACESSO AOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS NO BRASIL

As disparidades sociais em saúde referem-se a situações marcadas por um grau de injustiça, ou seja, têm correspondência com as diferenças que apenas são consideradas injustas em virtude da sua associação a características que sistematicamente colocam certos grupos em desvantagem em relação à oportunidade de serem e manterem-se saudáveis (Barata, 2009). Essas desigualdades são evitáveis e passíveis de intervenção, além disso, surgem das circunstâncias e contextos em que as populações nascem, crescem, vivem e trabalham. Desse modo, com relação à saúde materno-infantil, as desigualdades tornam-se evidentes a partir da análise do cruzamento de questões socioeconômicas, raciais e de gênero com diversos indicadores de atenção à saúde, principalmente relacionados ao acesso aos serviços (Garcia et al 2019).



Baseada na formação social do Estado brasileiro e estruturada em um sistema capitalista-colonial, escravista e patriarcal, mulheres e pessoas com capacidade para gestar enfrentam desigualdades estruturais que as impedem de acessar plenamente seus direitos e de viver uma vida digna com justiça social (FNPLA, 2022). Múltiplos fatores de risco que se sobrepõem e se potencializam podem, em conjunto, aumentar as chances de desfechos negativos para essas gestantes (Garcia et al, 2019).

O cuidado pré-natal, amplamente reconhecido como uma intervenção essencial para reduzir os índices de morbimortalidade materna e perinatal, está diretamente relacionado aos indicadores de saúde e de desenvolvimento social de um país. Nesse contexto, a raça/cor emerge como um marcador importante de experiências discriminatórias e iniquidades em saúde (Lessa et al, 2022), em estudo realizado com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde, revelaram associação negativa estatisticamente significativa entre raça/cor e o início do pré-natal até as 12 semanas, número de consultas igual ou superior a seis, realização de testes de HIV e VDRL, exame das mamas em todas as consultas, orientações sobre trabalho de parto, sinais de risco obstétrico, aleitamento materno e informações sobre a maternidade de referência, conforme preconizado pelo Manual Técnico de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde e pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Em todos esses indicadores, mulheres negras apresentaram menor prevalência de receber tal cuidado/orientação em comparação às mulheres brancas (Brasil, 2012; Lessa et al, 2022).

Outro estudo, baseado nos dados da pesquisa Nascer no Brasil de 2011 e 2012, que analisou o cuidado pré-natal oferecido a mulheres que deram à luz em hospitais com mais de 500 partos, evidenciou que a proporção de mulheres com início precoce e número adequado de consultas pré-natais foi menor entre aquelas das regiões Norte e Nordeste, com menos escolaridade, com maiores paridades e com histórico prévio de resultados negativos. Adolescentes e mulheres autodeclaradas pretas também tiveram baixa proporção de início precoce e de consultas de pré-natal. Barreiras de acesso e problemas como a dificuldade para agendar as consultas e o transporte, foram as principais razões para a não realização do pré-natal, especialmente entre mulheres com menor escolaridade e maior paridade. Essas barreiras destacam as persistentes desigualdades sociais, que conferem menor acesso entre mulheres indígenas e negras, menos escolarizadas e com mais gestações, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Viellas et al, 2012).



Além desses indicadores, a morte materna é uma das mais sérias violações dos direitos humanos das mulheres, pois configura-se como uma tragédia evitável em 92% dos casos, com cuidados pré-natais adequados. Essas mortes são profundamente influenciadas por desigualdades socioeconômicas, de gênero, étnico-raciais, educacionais, geográficas e etárias, que aumentam o risco durante a gestação, parto e pós-parto. Surpreendentemente, 9 em cada 10 mortes maternas poderiam ser evitadas com acesso oportuno a cuidados baseados em evidências, incluindo serviços de contracepção. As principais complicações, que representam cerca de 75% de todas as mortes maternas, incluem hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente pós-parto), infecções (geralmente após o parto) e complicações durante o parto (Viana, Novaes & Calderon, 2011).

Dentre os desafios enfrentados para o monitoramento eficaz da mortalidade materna no Brasil está a falta de informação detalhada sobre as causas dos óbitos, que ocorre nos casos em que o profissional da medicina, responsável por todas as informações contidas na Declaração de Óbito, a preenche incorretamente, omitindo as causas relacionadas à gestação, parto ou puerpério, por vezes devido à falta de conhecimento sobre a importância desses registros para os dados de saúde, o que acarreta na subnotificação dos registros de óbito materno (Brasil, 2009).

O Brasil comprometeu-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), incluindo em suas metas a redução da Razão de Mortalidade Materna (RMM) para 30 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030 (OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde, 2023), porém, em 2021, o país alcançou a alarmante RMM de 107.53 mortes por 100 mil nascidos vivos, de acordo com informações preliminares (OOBr - Observatório Obstétrico Brasileiro, 2022). O número total de mortes maternas aumentou em 77% entre 2019 e 2021 (UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2022). Na América Latina e no Caribe, a maioria significativa das mortes maternas ocorre devido a causas que poderiam ser evitadas: como hemorragia, doenças hipertensivas específicas da gravidez, complicações decorrentes de abortos inseguros e infecções graves do trato respiratório, entre outras causas indiretas (UNFPA, 2022; OPAS, 2023).

Embora todas as mulheres enfrentem o risco de complicações durante a gravidez, há uma nítida correlação entre o status socioeconômico e o aumento da probabilidade de complicações e morte materna. Os óbitos ainda refletem



desigualdades étnico-raciais, de gênero, local de residência e nível educacional, fatores intimamente ligados ao status socioeconômico. Essa questão é particularmente prevalente entre mulheres indígenas, negras, migrantes e aquelas em situação de pobreza e residentes de áreas rurais (Garcia et al, 2019; OPAS, 2023).

Para reduzir esses índices, é crucial que os serviços de saúde estejam prontos para diagnosticar e tratar prontamente condições que podem afetar as gestantes, como a hipertensão, além de identificar históricos prévios de ocorrência de baixo peso ao nascer e/ou prematuridade. Para isso, é fundamental fortalecer o acesso e a qualidade do cuidado pré-natal, evitando o "cuidado inverso", onde as gestantes mais vulnerabilizadas são aquelas que têm menos acesso aos serviços e cuidados recomendados (Garcia et al, 2019).

Com o fortalecimento da extrema direita e a ampliação do conservadorismo e fundamentalismo, muitas meninas vítimas de violência sexual têm perdido o acesso ao aborto legal garantido por lei e tem se deparado com seus direitos violados por profissionais de saúde, assistência social, órgãos de defesa dos direitos das crianças, além do legislativo e do judiciário (FNPLA, 2022).

Apesar da interrupção legal da gravidez em casos de estupro ou risco de morte para a mulher ser permitida no Brasil desde 1940, sendo ampliado para os casos de anencefalia em 2012, somente 49 anos depois ocorreu o estabelecimento do primeiro serviço de aborto legal na cidade de São Paulo/SP. Segundo a OMS, entre os obstáculos ao acesso ao aborto legal estão a objeção de consciência individual e/ou institucional, a desconfiança em relação aos relatos de violência sexual durante os atendimentos, a falta de visibilidade dos serviços que resulta em desinformação, e a ausência da regulamentação da objeção de consciência nas unidades de saúde. Além disso, a falta de conhecimento sobre a legislação e o direito ao aborto legal pela maioria das meninas, mulheres e pessoas com capacidade de gestar que buscam uma unidade de saúde referenciada para realizar a interrupção agrava ainda mais a situação (Viana et al, 2023).

Dados recentes sobre a ocorrência de gravidez em meninas - entre 10 e 14 anos - revelam que, em 2021, foram registrados 17.426 partos de gestantes nessa faixa etária. Isso equivale a uma média diária de 48 partos resultantes de estupro de vulnerável. A taxa de mortalidade entre meninas gestantes é significativa. Durante a



década de 2010-2019, a razão de morte materna nesse grupo era cinco pontos percentuais acima da média nacional. Essa RMM só começou a diminuir nos anos seguintes, principalmente devido aos impactos da pandemia de Covid-19, que contribuíram para o aumento da mortalidade entre gestantes adultas (CFEMEA-Centro Feminista de Estudos e Assessoria, 2021).

Além disso, a narrativa de criminalização do aborto não só persiste alimentando ações que visam punir as pessoas que gestam, como também está estreitamente ligada aos incidentes de maus-tratos em unidades de saúde. A Pesquisa Nacional de Aborto mais recente (2021), mostra que cerca de 43% das mulheres que recorreram ao aborto inseguro necessitaram posteriormente buscar o Sistema Único de Saúde (SUS) para concluir o procedimento. Nessas circunstâncias, além de enfrentarem tratamento desumano, muitas vezes elas são denunciadas, mesmo quando estão em situação de vulnerabilidade, sendo os profissionais de saúde os principais delatores (Kane, Galli & Skuster, 2013).

O Núcleo de Promoção e Defesa dos Direitos da Mulher da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (NUDEM-SP) divulgou, em 2018, um relatório detalhando uma iniciativa de interposição de 30 *Habeas corpus* junto ao Tribunal de Justiça de São Paulo (TJSP). O objetivo dessa ação era interromper as ações penais em curso contra pessoas acusadas da suposta prática do crime de aborto, de acordo com o artigo 124 do Código Penal. A maioria das envolvidas eram jovens, negras, com baixo nível de escolaridade, mães e sem histórico criminal anterior (CFEMEA, 2021), evidenciando a conotação racista e classista das denúncias.

É fundamental garantir que mulheres, meninas e pessoas que gestam tenham acesso a uma gama abrangente de serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo contracepção, cuidados pré-natais, assistência especializada durante o parto e apoio integral no pós-parto. Além disso, é crucial garantir o acesso a serviços de abortamento legal e seguro, quando indicado. Os cuidados adequados durante a gravidez e o parto desempenham um papel fundamental na redução das disparidades sociais e, conseqüentemente, na mitigação da morbidade e mortalidade materno-infantil.



HIERARQUIAS REPRODUTIVAS E O RACISMO OBSTÉTRICO COMO ORIENTADOR DE EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO AO PARTO

No que diz respeito à atenção ao parto, a realidade brasileira atual consiste em uma assistência hospitalocêntrica, altamente medicalizada e médico-centrada, uma vez que a imensa maioria dos nascimentos ocorre em ambiente hospitalar, com grande investimento em medicalização, tecnologia e recursos humanos, porém, mantendo taxas elevadas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Frente a esse panorama, se estabeleceu um fenômeno chamado de “paradoxo perinatal brasileiro” (Lansky et al, 2014) onde 98,4% dos partos acontecem em hospitais e 88,7% são assistidos por médicos (Brasil, 2009), mas os desfechos de mortalidade materna e neonatal são insatisfatórios quando comparados a outros países que apresentam taxas de mortalidade menores (Overgaard, 2011).

Possivelmente, esse cenário é resultado da utilização de práticas obstétricas inadequadas e iatrogênicas, que refletem a baixa qualidade da assistência, repercutindo assim, nos indicadores maternos e neonatais (Nascimento et al, 2012; Diniz, Oliveira & Lansky, 2012). A intensa medicalização a que as mulheres são submetidas está incluída nessas práticas inadequadas, situação denominada de “cascata de intervenções”, uma vez que a realização de uma intervenção desnecessária acaba levando a novas intervenções, que por sua vez, desencadeiam outras, produzindo um ciclo vicioso. Além disso, as intervenções desnecessárias, o uso inapropriado de tecnologias e a utilização de práticas obstétricas obsoletas, inadequadas e iatrogênicas, são também consideradas “violência obstétrica” (Andrade, 2016). O termo possui um sentido mais amplo e será debatido a seguir em paralelo com o conceito de “racismo obstétrico”.

Nesse sentido, importa salientar que ao considerar a atenção à saúde reprodutiva, todas as pessoas que gestam, sejam elas brancas, negras, indígenas ou amarelas, podem experimentar alguma forma de opressão, produto dos marcadores sociais que fogem da norma hegemônica homem-cis-branco-hetero-cristão-sem deficiência. A partir desses marcadores, serão distribuídos os obstáculos e os benefícios de forma diferenciada, o que impactará nas vivências dessas maternidades.



Para essa análise específica, Mattar e Diniz (2012) cunharam o termo “hierarquias reprodutivas”, visando exemplificar como raça, classe social, geração/idade e parceria sexual hierarquizam as mulheres e pessoas que gestam, gerando privilégios para umas em relação às outras e modulando suas experiências de maternidade. Para as autoras,

A somatória e a interação entre os diferentes aspectos da mulher é o que vai determinar o grau de aceitação social a determinada maternidade. Quanto maior o número de aspectos ditos negativos presentes na mulher ou no casal, ao exercitarem maternidade e/ou a reprodução e cuidado com os filhos, mais próximos estarão da base da pirâmide hierárquica e, ainda, menor será o exercício de direitos humanos – o que revela, a exclusão social a que estão submetidos (Mattar & Diniz, 2012, p. 114).

Apesar disso, cabe destacar que, a despeito dessa encruzilhada de intersecções que produzem hierarquias, as experiências negras e indígenas possuem centralidade (Bueno & Anjos, 2021) quando operam os obstáculos para a garantia de cuidados reprodutivos respeitosos, adequados e dignos, por isso, a utilização do termo “violência obstétrica” não contempla de forma significativa e ético-política o cenário de violações de direitos a que mulheres negras são submetidas durante o ciclo gravídico-puerperal no Brasil.

Essas relações que se estabelecem na lógica do atendimento obstétrico, pautadas na imposição de uma autoridade unilateral, conforme a ordem: profissional-protagonista-poder ilimitado e gestante-coadjuvante-poder limitado, como descrevem Castro e Erviti (2003), acabam propiciando a prática de diferentes formas de violências. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), muitas mulheres no mundo todo são assistidas de maneira violenta, vivenciando situações de maus tratos, desrespeito, abusos, negligências e violação dos direitos humanos por profissionais de saúde. Embora o tratamento desrespeitoso e abusivo possa ocorrer ao longo da gestação, parto e pós-parto, as mulheres são particularmente mais suscetíveis a essas violências durante a assistência ao trabalho de parto e parto (WHO, 2014). Acrescenta-se que as violências citadas podem ser exercidas não apenas por profissionais da saúde, mas por qualquer pessoa trabalhadora da instituição, incluindo profissionais administrativos e de apoio patrimonial.

As violências praticadas nesse contexto específico têm sido analisadas sob a lente da violência obstétrica, forma de violência baseada em gênero experimentada por gestantes, parturientes e puérperas que são submetidas a qualquer ato que



implique em negligência na assistência, discriminação ou violência verbal, física, psicológica ou sexual. Embora a violência obstétrica seja uma ferramenta importante para a análise de abusos no contexto da saúde reprodutiva, ela não considera de maneira adequada a influência do racismo nas interações entre profissionais de saúde e mulheres negras (Davis, 2018).

Pensando nisso, a antropóloga negra estadunidense Dána-Ain Davis cunhou o termo “racismo obstétrico”. Para a autora, o racismo obstétrico se insere na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo na saúde. Este último ocorre quando a raça do paciente modula, mesmo que inconscientemente, as condutas e percepções dos profissionais, ocasionando em riscos e/ou desvantagens para a população negra (Davis, 2018). Desse modo,

O termo inclui, mas não se limita a, lacunas críticas de diagnóstico; negligência, desdém e desrespeito; causar dor; e exercer abuso médico por meio de coerção à realização de procedimentos ou de realização de procedimentos sem consentimento (Davis, 2018).

No Brasil, o racismo exerce papel central como articulador de desfechos reprodutivos negativos. Exemplo disso são as taxas mais altas de mortalidade materna, violência obstétrica e peregrinação para o parto (Brasil, 2022; FPA, 2010; Lima, 2016; Viellas et al, 2014) entre mulheres negras comparativamente às mulheres brancas, e mais baixas de respeito dos profissionais, privacidade no trabalho de parto e parto e satisfação com o atendimento (d'Orsi et al, 2014).

Além disso, mulheres pretas e pardas, em comparação às brancas, apresentaram uma maior proporção de variáveis desfavoráveis no contexto da saúde reprodutiva, tais como viver sem companheiro, não ter trabalho remunerado, sofrer agressão física, peregrinar em busca de atendimento médico e não receber analgesia no parto. Na análise estratificada segundo nível de escolaridade, o grupo de mulheres brancas, pardas e pretas com maior grau de instrução tiveram melhores indicadores que as mulheres do seu grupo racial com menor escolaridade, entretanto, as disparidades raciais permanecem, mesmo entre as mulheres com maior nível educacional (Leal, Gama & Cunha, 2005), o que indica que, independentemente da classe social, o racismo continua permeando as condutas, e em consequência, os resultados maternos e neonatais das mulheres.



Sobre a mortalidade materna, em virtude do seu caráter multifatorial, sabe-se que é complexa a tarefa do seu controle e diminuição. Todavia, as práticas e a assistência profissional à mulher representam certamente o principal componente para a obtenção de bons resultados maternos e neonatais. Ou seja, a melhoria da assistência profissional e institucional ao parto, com a utilização de ambiência e práticas adequadas e baseadas em evidências, independente dos fatores de risco das mulheres, são capazes de diminuir a mortalidade materna e a morbidade materna grave. Além disso, uma vez que a morbidade materna está estreitamente relacionada à mortalidade materna e que a antecede, pode-se inferir que toda a intervenção que alcance uma redução significativa da morbidade materna, deva também teórica e indiretamente ser capaz de reduzir a mortalidade materna (Cecatti & Calderón, 2005).

Dados recentes revelam que mulheres negras representam 65% dos óbitos maternos no país (Brasil, 2022), indicador extremamente alarmante e que denuncia uma grave situação de violação de direitos humanos para o grupo de mulheres negras. Apesar desse cenário necrótico, mulheres negras têm produzido, na micropolítica, resistências frente a esse sistema aniquilador, que, como conceituam Deleuze e Guattari (1996), tem suas linhas de fuga ou brechas, onde se torna possível contornar algumas barreiras e exigir a garantia de alguns direitos negados. Apesar desse agenciamento frente ao cenário de iniquidades raciais na atenção ao parto, essas resistências denunciam a ausência de políticas públicas eficazes para a garantia de uma assistência reprodutiva digna para mulheres negras e indígenas.

Existe atualmente, não só no campo da obstetrícia, mas na sociedade de um modo geral, um fenômeno de naturalização dos indicadores desfavoráveis relativos à população negra e a invisibilização do fator racial como o principal componente para essas iniquidades, fazendo com que não se enfrente, por parte do Estado, esse grave problema de saúde pública. A compreensão de como essas iniquidades raciais são produzidas ao longo da trajetória de parto de mulheres negras e brancas e como as suas experiências são moldadas a partir disso, tema da tese de doutorado de uma das autoras deste artigo, pode servir como uma importante ferramenta para o desenvolvimento de estratégias radicais para o enfrentamento dessa preocupante questão.



Além de investimento intelectual crítico na temática por parte de universidades, institutos de pesquisa e pesquisadoras, acredita-se que também é necessário investimento das esferas federal, estadual e municipal, através da criação de indicadores de financiamento da Atenção Especializada (atenção ambulatorial e hospitalar) e de incentivos financeiros para indicadores relacionados tanto à diminuição das disparidades raciais na morbimortalidade materna, quanto à melhoria dos resultados maternos e neonatais. Além da articulação dessas instituições/instâncias com as organizações da sociedade civil, principalmente com os movimentos de mulheres negras, com vistas a implementar parcerias e somar forças a esse grande desafio.

Acredita-se que o racismo obstétrico é um grande entrave para a Justiça Reprodutiva no Brasil, além de ser um fator determinante para a elevada proporção de morte materna de mulheres negras que vem ocorrendo no país no âmbito da atenção ao parto e ao aborto, sendo necessárias não apenas a ampliação do debate, mas também a criação de mecanismos que protejam as mulheres negras de experiências e desfechos negativos no contexto obstétrico. Diversos caminhos têm sido apontados (Lopes et al, 2019; Theophilo, Rattner & Pereira, 2018; Lima, Pimentel & Lyra (2021); Leal, Gama & Cunha, 2017; Curi, Ribeiro & Marra, 2020; Assis, 2018), mas é necessário aprofundar, amplificar e radicalizar a discussão. Parafraseando Oyèrónké Oyewùmí (1997), apenas quando essas premissas são expostas é que elas podem ser debatidas e desafiadas.

DESIGUALDADES RACIAIS EM SAÚDE: MORTE MATERNA DE MULHERES CIS A PARTIR DA LENTE INTERSECCIONAL

A mortalidade materna é um problema multidimensional que denuncia desigualdades sócio-históricas que se perpetuam a partir da concentração de poder político e econômico nas mãos de poucos (Silva, 2022). As injustiças reprodutivas que atravessam a vida de muitas mulheres refletem a dinâmica social, que hierarquiza as vivências e humanidades colocando mulheres negras em um não lugar de humanidade, retirando direitos e violentando esses corpos de forma sistêmica e contínua e fazendo com que experienciem um tipo de discriminação específica conformada por raça, gênero, classe, combinadas com opressões correlatas (Lugones, 2014; Góes, Ferreira & Ramos, 2023).



Além do acesso ao pré-natal, chama a atenção às condições de parto, o elevado número de cesarianas e prematuridade associada ao baixo peso ao nascer entre as mulheres negras (pretas e pardas), que são expostas a serviços fragmentados e com baixa capacidade de resolução. Além disso, enfrentam estigmas e violências específicas, incluindo negligências e intervenções desnecessárias motivadas unicamente por sua cor de pele, prática denominada de racismo obstétrico (Goes, Ferreira & Ramos, 2023).

De modo geral, o Brasil apresentou uma tendência de melhora de indicadores relacionados com a atenção obstétrica, ainda assim, existem muitos desafios, principalmente no que tange à redução da mortalidade materna. Ao desagregar os dados considerando raça/cor e outros marcadores, fica evidente diferentes tendências entre os grupos escancarando desigualdades estruturadas a partir do racismo e que são potencializadas a partir de questões territoriais e regionais, trazendo piores desfechos principalmente para mulheres negras que experienciam um tipo de discriminação específica conformada por raça, gênero, classe e combinadas com opressões correlatas (Brasil, 2022; Coelho, 2022).

A teoria interseccional vem sendo empregada largamente para a discussão em torno das especificidades que se referem à vida das mulheres negras, principalmente entre as intelectuais negras dos Estados Unidos e do Brasil. Hill Collins traz que disparidades de riquezas associadas às categorias sociais refletem sistemas de poderes interligados. A autora traz a importância de contextualização da interseccionalidade como a do Brasil que nasce por meio de políticas de estado-nação que passaram pela escravidão e colonialismo (Collins & Bilge, 2021).

Goes (2021) pontua políticas eugenistas que se articulam com a biopolítica dos corpos e hierarquizam as experiências reprodutivas e ditam quais as maternidades possíveis. Por isso, embora muitos estudos tragam o gênero como ponto de partida e de forma isolada, salienta-se que ele não caminha sozinho, pois existe o entrelaçamento de outros marcadores de opressão como raça, classe, sexualidade e geração, que determinam as trajetórias dessas mulheres de maneiras distintas (Goes, 2016).

Crenshaw chama esse fenômeno de "superinclusão", que ocorre quando uma questão interseccional ressalta apenas um aspecto da opressão. Um exemplo é o direito e o acesso a um aborto seguro, que envolve tanto questões de gênero (geralmente levadas em conta) quanto questões raciais (às vezes ignoradas). Kimberlé Crenshaw (2002) define a interseccionalidade como:



uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento (Crenshaw, 2002, p. 177).

Em complemento ao proposto por Crenshaw, Collins (2022), pontua que a interseccionalidade pode ser usada como ferramenta analítica para entender como raça, gênero e classe se entrelaçam nas experiências das pessoas em diferentes sociedades. Para a autora, a interseccionalidade é uma teoria social crítica que busca equilibrar a análise crítica e a ação social.

É nessa conexão entre teoria e práxis que a Justiça Reprodutiva entra com evidência. Collins e Bilge explicam que “desde o início, os projetos de justiça reprodutiva estão conectados à interseccionalidade como forma de investigação e práxis críticas” (Collins & Bilge, 2021, p. 131). Tendo em vista que a proposta da Justiça Reprodutiva intenciona ampliar a visão dos direitos reprodutivos para integrar os Direitos Humanos e a justiça social (Góes, 2017), é esperado que ela busque caminhos amplos para a transformação de vidas.

De tal modo, Goes (2021), reflete que é necessário assegurar as condições sociais para que haja a salvaguarda dos direitos sexuais e reprodutivos. Para isso, lançar mão da teoria interseccional faz-se necessário a fim de visibilizar que a Justiça Reprodutiva se baseia não apenas em aspectos individuais, mas fundamentalmente em dimensões comunitárias, levando em conta as desigualdades em que o indivíduo está inserido.

A mortalidade materna no Brasil é uma questão complexa que reflete desigualdades socioeconômicas e raciais profundamente enraizadas. O racismo obstétrico é uma realidade que se manifesta através de negligências e intervenções desnecessárias motivadas pela cor da pele das mulheres, contribuindo para o aumento da mortalidade materna entre esses grupos. A análise interseccional reconhece que essas mulheres não enfrentam opressões de forma isolada, mas sim em uma interação complexa de fatores que incluem raça, gênero, classe, sexualidade e geração. Ações do governo federal para a promoção de esforços no combate à pobreza, como os programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família,



podem proporcionar uma melhor compreensão, com o enfoque interseccional, dos impactos de tais programas sobre a RMM e o enfrentamento da injustiça social que afeta a população negra de maneira específica e sistêmica.

RACISMO, SAÚDE MENTAL E VULNERABILIDADE SOCIAL: ATENDIMENTO A MÃES NEGRAS E PERIFÉRICAS PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A responsabilidade pelas famílias é uma função que é exercida majoritariamente por mulheres em nossa sociedade. O cuidado, então, é entendido enquanto prática feminina e, portanto, subalternizado. Nessa direção, percebe-se que elas (as mulheres), em sua maioria pretas e pardas, são o principal público atendido pela Política Nacional de Assistência Social. A partir disso, autoras como Oliveira, Battistelli e Cruz (2019) discutem a problemática da centralidade da maternidade que acontece na direção da manutenção das ações da Assistência Social e apontam para a necessidade de discutir a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos para além do campo da saúde pública, considerando a Assistência Social também como terreno profícuo para tal. Portanto, além de todo o histórico e abordagens trazidas ao longo do texto, considera-se necessária também a articulação entre as políticas de saúde e de assistência social para a garantia dos direitos das mulheres, meninas e pessoas com capacidade de gestar.

As mulheres que acessam as proteções do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) são atravessadas pela maternidade de formas diferentes e a elas, por vezes, não chega o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos que são previstos (Oliveira, Battistelli & Cruz, 2019). Às mulheres deve ser garantido não somente o direito de ser mãe, mas também o direito a uma educação sexual de qualidade e ao acesso a métodos contraceptivos e direitos culturais e políticos que contribuam para o desenvolvimento da autonomia e para o direito de decidir livremente sobre a sua sexualidade e reprodução.

Oliveira, Battistelli e Cruz (2019) apresentam diferentes narrativas ficcionais de mulheres atendidas pela Política de Assistência Social que são atravessadas pela violência e controle dos seus corpos. Essas mulheres experimentam ora a imposição



da maternidade, ora a negação desta, assim como repressão da sua sexualidade e vedação da sua autonomia. Observa-se, por exemplo, que para adolescentes em situação de vulnerabilidade social e que estão em acolhimento institucional lhes é negado o direito de escolha quanto ao método contraceptivo mais adequado. Enquanto que mulheres em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas são impedidas de exercerem a maternidade e seus bebês são levados compulsoriamente para acolhimento institucional. Como apontam Oliveira, Battistelli & Cruz (2019), o acolhimento institucional que deveria ser a última medida de proteção, emerge nestes cenários como ameaça e como possibilidade primeira de intervenção.

Em síntese, as autoras revelam como as mulheres têm seus direitos sexuais e reprodutivos violados pelos próprios profissionais que atuam nas políticas públicas. Ou seja, em nome da proteção e do cuidado, o controle e a violência são exercidos contra a população. A postura e intervenção dos profissionais está situada, muitas vezes, em um ideal de família, que não é a realidade da maioria das usuárias dos serviços públicos. O direito ao exercício da maternidade não é garantido quando estamos falando de mulheres negras, pobres, moradoras de regiões vulnerabilizadas, assim como não está garantido para todas as idades (Oliveira, Battistelli & Cruz, 2019).

Em função do patriarcado branco e do pacto narcísico da branquitude, mulheres negras e brancas não experienciam as mesmas vivências em relação ao gênero. Quando se analisa com a lente da intersecção da discriminação racial, verifica-se que o racismo afeta negativamente não apenas a saúde sexual e reprodutiva, mas também o bem-viver de mulheres negras. Portanto, a articulação de gênero e raça, demarca para as mulheres negras um lugar de exclusão social.

O Racismo, segundo Almeida (2019), é um processo de constituição de vantagens e desvantagens a grupos sociais, caracterizando-se não somente através de atos isolados ou eventuais, mas também a partir de instituições e estruturas sociais, gerando privilégios políticos e econômicos a determinados grupos. Isso explica porque as mulheres negras estão mais expostas a sofrer violências institucionais nos serviços públicos. Sendo assim, mulheres negras em comparação com as brancas, recebem



menos cuidados nos serviços de saúde públicos, sendo expostas a situações de racismo, que se configuram como barreiras no acesso à saúde integral (Goes, 2016).

Para a mulher negra foi negada desde sempre a sua condição de mulher e o direito ao seu corpo. Araujo e Assis (2022) retratam como o corpo da mulher negra foi objetificado desde o período da escravização, sendo essas mulheres submetidas ao estupro por seus senhores e tendo a sua reprodução ligada aos interesses econômicos da época. A sua maternidade foi mercantilizada e foi negado a ela a escolha e o direito de ser mãe. Além disso, esse corpo exerceu papel de cobaia na área da ginecologia, sendo utilizado em experimentações médicas sem o uso de anestesia ou qualquer tipo de antisséptico, o que levou à morte de muitas dessas mulheres (Goes, 2016).

Passos (2023) corrobora com essa ideia ao afirmar que as mulheres negras vivenciam a negação da sua humanidade, bem como da maternidade e da própria experiência de ser mulher, uma vez que a mulher universal é considerada a mulher branca. Portanto, as mulheres negras são invisibilizadas em relação às suas questões, lutas e ao seu sofrimento. Passos (2023) continua a discussão falando sobre a impossibilidade das mulheres negras de vivenciar o “mito do amor materno”. A negação da maternidade para as mulheres negras é fruto do racismo e das desigualdades existentes em nossa sociedade. Dessa forma, apesar da maternidade ser colocada de forma compulsória para o gênero feminino, as mulheres negras não são autorizadas a serem mães.

Como discute Passos (2021), a mulher negra não pode nem ser mulher e nem ser mãe, já que ela foi coisificada e inferiorizada. Sendo destinado para essas mulheres o papel de cuidar das crianças brancas e, por isso, não pode exercer esse mesmo papel de cuidado para com os seus filhos negros. Devido a isso, o direito à maternidade lhes é negado, além de ser negada também a possibilidade de vivenciar o parto de forma digna e respeitosa, já que elas são as principais vítimas de violência obstétrica. Além disso, muitas vezes lhes é retirado o direito de ver seus filhos crescerem através das políticas de morte produzidas pelo Estado.

Por outro lado, “ao mesmo tempo em que é negado o lugar de mulher, há uma cobrança contraditória para a assimilação das responsabilidades, papéis e atribuições destinados” (Passos, 2023, p. 34). Dessa forma, espera-se que essas mulheres



exercem a função materna e de proteção que lhes é atribuída, sem que lhes sejam garantidas condições favoráveis para tal. O Estado deveria cumprir o seu papel de assegurar o acesso a direitos sociais, como acesso à educação, saúde, renda, entre outros. No entanto, percebe-se que há uma ineficiência das ações do Estado em prover direitos básicos, fazendo com que essas mulheres cheguem aos serviços desgastadas e sobrecarregadas, com rede de apoio e vínculos fragilizados e após sucessivas violências e violações dos seus direitos, o que traz impactos para a sua saúde física e mental.

No atendimento às mulheres negras e periféricas nos serviços públicos, seja da assistência social ou da saúde, deve-se compreender as vulnerabilidades a que essas mulheres e famílias estão submetidas, atentando-se para o contexto social em que estão inseridas, compreendendo também que a interseção entre gênero e raça marcam as relações sociais e definem o grupo que será exposto a condições precárias de vida. Com isso, as mulheres negras são aquelas mais afetadas pela pobreza e pelo desemprego, além disso, precisam lidar com a monoparentalidade, devido ao abandono paternal, e com o adoecimento mental, sendo mais expostas às múltiplas violências.

Além disso, os profissionais devem ter uma postura que não reforce estereótipos que são imputados às mulheres negras e pobres. Há, por exemplo, o discurso do senso comum que afirma e propaga que as usuárias do bolsa família (em sua maioria mulheres pobres e negras) “fazem” filhos para viverem sustentadas pelos programas sociais do Estado. O que as autoras Oliveira, Battistelli & Cruz (2019) consideram ser uma ideia infundada e contraditória, uma vez que os dados mostram que as taxas de fecundidade no país vêm decaindo. Portanto, não se deve responsabilizar essas mulheres e suas famílias pela precariedade em que vivem, mas sim assumir a desigualdade social enquanto violência provida pelo Estado, que falha ao não garantir os direitos sociais básicos à população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os contextos apresentados anteriormente destacam como as pessoas são atingidas por opressões de maneiras complexas e interligadas. Esse fator retrata a importância de não se olhar para as desigualdades de maneira separada, mas



entendendo as possíveis conexões entre elas. Como afirmou Crenshaw (1989), análises de opressões, quando são feitas de maneira desconectada uma da outra, podem levar à invisibilidade de pessoas que enfrentam simultaneamente diversas formas de opressão, como o que por vezes acontece com mulheres negras em relação à raça, gênero e classe.

Para que sejam garantidos não só o direito básico ao aborto seguro, mas também o direito de ter filhos conforme a escolha de cada pessoa, o direito de não ter filhos utilizando métodos contraceptivos, aborto ou abstinência, e o direito de criar filhos em segurança e com saúde (Goes, 2017; Collins & Bilge, 2021), como defende a perspectiva da Justiça Reprodutiva, é importante que sejam garantidas, à nível de comunidade e não só a nível individual, condições para que as mulheres tenham acesso a seus direitos de forma protegida.

A evidência das injustiças reprodutivas enquanto construto que regula todas as dimensões no campo do acesso à saúde sexual e reprodutiva, operando de forma real e simbólica para subjugar e aniquilar mulheres negras, convoca toda a sociedade brasileira para o seu sistemático enfrentamento. Sendo assim, a intenção principal deste ensaio consistiu na possibilidade de discutir a profundidade o conceito de Justiça Reprodutiva, visibilizando a urgência dessa pauta como agenda política não apenas da sociedade civil, mas principalmente do Estado brasileiro. O não enfrentamento deste cenário de forma crítica se apresenta como mais uma das faces do racismo institucional, na medida em que se limitam as possibilidades de ofertar respostas frente a um contexto de graves violações dos direitos humanos.

Nesse sentido, por ser um conceito transversal à existência das mulheres negras e suas comunidades, o fortalecimento do controle social e o agenciamento destas na micropolítica também são importantes ferramentas de luta por Justiça Reprodutiva, entretanto, tendo em vista a característica abrangente e multifacetada da questão, ações macroestruturais são requeridas e o desenvolvimento de ações contínuas são indispensáveis para a manutenção das possibilidades de existir e resistir no mundo e para o bem-viver das mulheres negras e suas famílias.

REFERÊNCIAS



Almeida, S. (2019). *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen.

Andrade, P. de O. N., Silva, J. Q. P. da., Diniz, C. M. M., & Caminha, M. de F. C. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29–37.

Araújo, E. da S. & Assis, R. G (2022). A contracepção feminina: implicações raciais e socioculturais. In: Ferreira, S. C. (org). *Debate contracolonial na formação em saúde: resgatando a ciência de Kemet*. Salvador: EDUNEB.

Assis, J. F. de. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serviço Social & Sociedade*, 133, 547–565.

Ávila, M. B. (2003). Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2): S465-S469.

Barata, R. B. (2009). Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Brandão, E. R. & Cabral, C. S (2021). Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface (Botucatu)*, 25 (Supl. 1): e200762.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher (2005). *Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas– Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança (2009). Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde (2009). *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde. 84 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica, n° 32– Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. (2022). *Boletim Epidemiológico n° 20 - Mortalidade materna no Brasil, 2009 a 2020*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 20(53), 19-29.

Bueno, W. De C. & Anjos, J. C. Dos (2021). Da interseccionalidade à encruzilhada: operações epistêmicas de mulheres negras nas universidades brasileiras. *Civitas - Revista de Ciências Sociais*, 21(3), 359–369.

Castro, R.; Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico, B.; López, M.; Espinoza, G. (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM, 245-263.



Cecatti, J. G., & Calderón, I. de M. P. (2005). Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Revista Brasileira De Ginecologia E Obstetrícia*, 27(6), 357–365.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria (2024). *Opinião pública sobre prisão de mulheres por aborto no Brasil: Resultados de pesquisas realizadas entre 2018 e 2023 (Sumário Executivo)*. São Paulo. Disponível em: <file:///E:/Downloads/Sumario_executivo_Opiniao_publica_sobre_prisao_de_mulheres_por_aborto_no_Brasil_versaoreduzida%20(1).pdf>. Último acesso em: 07 Jun. 2024.

CFEMEA - Centro Feminista de Estudos e Assessoria (2024). *Metade da população brasileira é contra a prisão de mulheres que fazem aborto, diz estudo*. São Paulo. Disponível em: <<https://www.cfemea.org.br/index.php/pt/cfemea-hi/8220-metade-da-populacao-brasileira-e-contra-prisao-de-mulheres-que-fazem-aborto-diz-estudo>>. Último acesso em: 07 Jun. 2024.

Collins, P. H. (2022). *Bem mais que ideias: a interseccionalidade como teoria social crítica*. (1. ed.). São Paulo: Boitempo.

Collins, P. H. & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade*. (1. ed.). São Paulo: Boitempo.

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. University of Chicago Legal Forum (1 – 8) Disponível em: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=&httpsredir=1&article=1052&context=uclf>. Acesso em: 01 set. 23.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, ano 10, n. 1, 171-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 set. 23.

Curi, P.L., Ribeiro, M.T.A. & Marra, C.B. (2020). A violência obstétrica praticada contra mulheres negras no SUS. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 72(spe), 156-169.

Davis, D., Tempesta, G. A., & Almeida, M. E. T. d. (2020). Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento (2nd ed.). *Amazônica - Revista de Antropologia*, 12(2), 751-778.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1996). *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia* (Vol. 3). Rio de Janeiro: Ed. 34.

Diniz, S. G., d'Oliveira, A. F. P. L., & Lansky, S. (2012). Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters*, 20(40), 94–101.

d'Orsi, E., Brüggemann, O.M., Diniz, C.S.G., Aguiar, J.M. de, Gusman, C.R., Torres, J.A., Angulo-Tuesta, A., Rattner, D., & Domingues, R.M.S. Madeira. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(Suppl. 1), S154-S168.



FNPLA - Frente Nacional Contra A Criminalização Das Mulheres e Pela Legalização Do Aborto (2022). *Por Justiça Reprodutiva no Brasil! Ocupar os Legislativos com Parlamentares Progressistas*. Disponível em: <https://frentelegalizacaoaborto.wordpress.com/wp-content/uploads/2022/09/fnpla_manifesto2022.pdf> Acesso em: 06 de junho 2024

FPA - Fundação Perseu Abramo. (2010). *Pesquisa mulheres e gênero nos espaços públicos e privados*. 2010. Disponível em: <www.fpabramo.org.br>.

Garcia, E. M., Martinelli, K. G., Gama, S. G. N., Oliveira, A. E., Esposti, C. D. D. & Neto, E. T. S. (2019). Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(12):4633-4642.

Góes, E. F., Ferreira, A. J. F., & Ramos, D.. (2023). *Racismo antinegro e morte materna por COVID-19: o que vimos na Pandemia?*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(9), 2501–2510. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.08412022>> Acesso em 13 set 2024

Góes, E. F. (2021). *Sala de Situação debate justiça reprodutiva. Fundo de População das Nações Unidas- UNFPA*. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/sala-de-situacao-debate-justica-reprodutiva>. Acesso em: 11 fev. 2024

Góes, E. F. (2016) *Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros*. Disponível em:<<https://www.geledes.org.br/racismo-cientifico-definindo-humanidade-de-negras-e-negros/>> Acesso em: 28 jun. 2024.

Góes, E. F. (2017). *Justiça Reprodutiva ou Direitos Reprodutivos, o que as mulheres negras querem?* Disponível em: <https://cientistasfeministas.wordpress.com/2017/01/25/justica-reprodutiva-ou-direitosreprodutivos-o-que-as-mulheres-negras-querem/>. Acesso em: 01 set. 23.

Kane, G., Galli, B. & Skuster, P. (2023) *Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*. Chapel Hill, Carolina del Norte: Ipas. Disponível em: <<http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/publicaciones/IPAS-noescrimen.pdf>>. Último acesso em: 07 Jun. 2024.

Lansky, S., Friche, A. A. de L., Silva, A. A. M. da., Campos, D., Bittencourt, S. D. de A., Carvalho, M. L. de., Frias, P. G. de., Cavalcante, R. S., & Cunha, A. J. L. A. da. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos De Saúde Pública*, 30, S192–S207.

Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da., & Cunha, C. B. da. (2005). Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista De Saúde Pública*, 39(1), 100–107.

Leal, M. do C., Gama, S. G. N. da., Pereira, A. P. E., Pacheco, V. E., Carmo, C. N. do., & Santos, R. V. (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 33, e00078816.

Lessa, M. S. A., Nascimento, E. R., Coelho, E. A. C., Soares, I. J., Rodrigues, Q. P. & Santos, C. A. S. T. (2022) Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(10):3881-3890. DOI: 10.1590/1413-812320222710.01282022



Lima, K.D. (2016). *Raça e Violência Obstétrica no Brasil*. Monografia de Residência, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, Brasil.

Lima, K. D. de., Pimentel, C., & Lyra, T. M. (2021). Disparidades raciais: uma análise da violência obstétrica em mulheres negras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 4909–4918.

Lopes, F. (2022) Justiça Reprodutiva: Um Caminho para Justiça Social e Equidade Racial e de Gênero. *ORGANICOM*. Ano 19, Número 40. Set/ Dez.

Lopes, G. D. C., Gonçalves, A. de C., Gouveia, H. G., & Armellini, C. J. (2019). Atenção ao parto e nascimento em hospital universitário: comparação de práticas desenvolvidas após Rede Cegonha. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 27, e3139.

Mattar, L. D., & Diniz, C. S. G. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107–120.

Milanezi, J. (2020). *A institucionalização da saúde da população negra no SUS. Linha do Tempo*. Nexso Jornal. Disponível em: <https://pp.nexojornal.com.br/linha-do-tempo/2020/A-institucionaliza%C3%A7%C3%A3o-dasa%C3%BAde-da-popula%C3%A7%C3%A3o-negra-no-SUS>. Acesso em: 01 set. 23.

Nascimento, R. M. do., Leite, Á. J. M., Almeida, N. M. G. S. de., Almeida, P. C. de., & Silva, C. F. da. (2012). Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*, 28(3), 559–572.

Noronha, R. (2016). *Por que a justiça reprodutiva é relevante para a luta pelo fim da violência contra as mulheres?* Disponível em: <https://catarinas.info/justica-reprodutiva-e-relevante-para-a-luta-pelo-fim-da-violencia-contra-as-mulheres/>. Acesso em: 27 abr. 2023

Oliveira, T. G. de, Battistelli, B. M. & Cruz, L. R. da. (2019). Direitos sexuais e reprodutivos: aproximações com a assistência social. *Revista Eletrônica Científica Da UERGS*, 5(2), 170–181. <https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.170-181>

OOBr - Observatório Obstétrico Brasileiro (2024). *Documentação dos indicadores- Painel de Vigilância da Saúde Materna*. Disponível em: <https://observatorioobstetrico.shinyapps.io/painel-vigilancia-saude-materna/> Acesso em: 10 jun. 2024

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde (2023). *Declaração Conjunta sobre a Redução da Morbidade e Mortalidade Materna*. Washington, D.C. Disponível em: <E:/Downloads/cero-muertes-maternas-declaracion-pt.pdf>. Último acesso em: 07 Jun. 2024.

Overgaard, C., Moller, A. M., Fenger-Gron, M., Knudsen, L. B., & Sandall, J. (2011). Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. *BMJ open*, 1(2), e000262.

Oyèwùmí, O. (1997). *The Invention of Women: Making an African Sense of Western Gender Discourses*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Passos, R. G. (2021). "O lixo vai falar, e numa boa!". *Revista Katálysis*, 24(2), 301–309. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77194> Acesso em: 29 jun 2024.



Passos, R. G. (2023). *“Na mira do fuzil”: a saúde mental das mulheres negras em questão*. (1ª ed.). São Paulo: Hucitec.

Roland, E. (2009). *Saúde Reprodutiva da População Negra no Brasil: Entre Malthus e Gobineau*. Memória Institucional, Saúde, Portal Geledés. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/programa-de-saude-memoria-institucional-degeledes/?noamp=available>. Acesso em: 01 set. 23.

Ross, L. (2007). *What is reproductive justice?* In: Sistersong Women Of Color Reproductive Health Collective. *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change*. United States Social Forum. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/php-programs/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em 01 set. 23.

Seminário Nacional Políticas E Direitos Reprodutivos Das Mulheres Negras. (1993). *Declaração de Itapeverica da Serra das Mulheres Negras Brasileiras*. São Paulo: Geledés/Programa de Saúde.

Sistersong Women Of Color Reproductive Health Collective (2007). *Reproductive Justice Briefing Book: A Primer on Reproductive Justice and Social Change*. United States Social Forum. Disponível em: <https://www.law.berkeley.edu/phpprograms/courses/fileDL.php?fID=4051>. Acesso em: 01 set. 23.

Theophilo, R. L., Rattner, D., & Pereira, É. L. (2018). Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3505–3516.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas (2022). *A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso*. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu#:~:text=Em%202021%2C%20a%20raz%C3%A3o%20de,cada%20100%20mil%20nascidos%20vivos>.

Viana, R. C, Novaes, M. R. C. G. & Calderon, I. M. P. (2011) Mortalidade Materna – uma abordagem atualizada. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 22 Sup. 1:S141-S152.

Viana, A. P. A. L., Menezes, G. M. S., Silveira, P. S., Batista, C. G., Marinho, L. F., Araújo, M. J. O., Bevilacqua, M. B. G., Monteiro, A. A., Carvalho, N. S. & Miranda, M. A. B. (2023). *Barreiras de Acesso ao Aborto Legal na Bahia no Período da Pandemia da COVID-19: 2020 e 2021*. Grupo Curumim- Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Salvador. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/wp-content/uploads/2023/04/Barreiras-de-acesso-ao-aborto-legal-na-Bahia-RESUMO-EXECUTIVO.pdf>. Último acesso em: 07 Jun. 2024.

Viellas, E. F., Domingues, R. M. S. M., Dias, M. A. B., Gama, S. G. N., Theme Filha, M.M., Costa, J. V., Bastos, M. H. & Lela, M. C (2014). Assistência pré-natal no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 30(1):85-100.

World Health Organization. (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/134588>