

## Saúde Materna de Mulheres e Meninas Afrodescendentes nas Américas

Maria Teresa Rossetti Massari

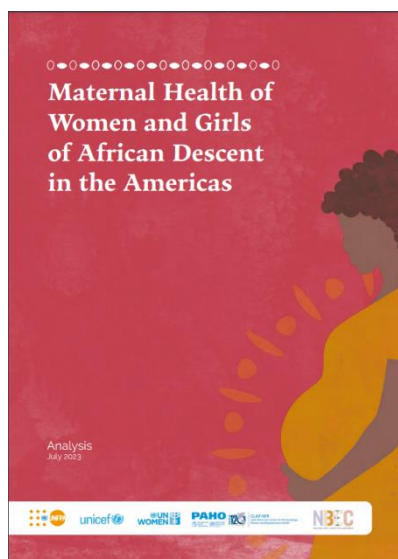
Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

**Abstract:** *A report organized by PAHO, UNICEF, and UN Women analyzed data on women and girls of African descent in nine countries in the Americas. In three of the five indicators analyzed Afro-descendant women and girls had worse results when compared to non-Afro-descendant women and girls: maternal mortality ratio (MMR), adolescent birth rate and reproductive planning. Results for antenatal care were mixed, ranging from much worse for Afro-descendant women and girls in half of the countries studied, to slightly better results in the other half. Available data suggest that, for women and girls of African descent, systemic racism and gender discrimination are key organizing principles upon which structural barriers to achieving the highest standard of health are built.*

**Keywords:** *women's health, black people, health of ethnic minorities, Pan American Health Organization*

**Resumo:** Um relatório organizado pela OPAS, UNICEF e ONU Mulheres analisou dados de mulheres e meninas afrodescendentes em nove países das Américas. Em três dos cinco indicadores analisados, as mulheres e meninas afrodescendentes apresentam resultados piores quando comparadas com mulheres e meninas não afrodescendentes: razão de mortalidade materna (RMM), taxa de natalidade na adolescência e planejamento reprodutivo. Os resultados para atenção pré-natal foram mistos, com resultados que variaram entre muito piores para mulheres e meninas afrodescendentes em metade dos países estudados, e resultados ligeiramente melhores na outra metade. Os dados disponíveis sugerem que, para mulheres e meninas afrodescendentes, o racismo sistêmico e a discriminação de gênero são princípios organizadores fundamentais sobre os quais são construídas barreiras estruturais à obtenção do mais alto padrão de saúde.

**Palavras-chave:** saúde da mulher, população negra, saúde das minorias étnicas, Organização Pan-americana de Saúde



A UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres publicou um relatório intitulado “[A Saúde Materna de Mulheres e Meninas Afrodescendentes nas Américas](#)” onde analisou os dados nacionais de saúde de nove países da região: Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago e Uruguai. O objetivo do documento foi explorar os dados sobre como a interseção de racismo e sexismo (racismo patriarcal) afeta o acesso e os resultados de saúde, os direitos sexuais e reprodutivos e os direitos maternos para mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas.

A discriminação, o racismo, o sexismo e a intolerância continuam a existir em todas as sociedades, se manifestando nos resultados de saúde e no desenvolvimento humano. No caso da saúde materna nas Américas, a situação tem se agravado desde 2016:

- na América Latina e no Caribe, a razão de mortalidade materna (RMM) aumentou 15% entre 2016 e 2020;
- na América do Norte, a RMM aumentou 17% no mesmo período.

Os fatores determinantes identificados para esse aumento incluem o aumento das desigualdades e da exclusão social, onde mulheres e meninas afrodescendentes são as mais afetadas.

Em 2015, havia aproximadamente 209 milhões de afrodescendentes nas Américas, o que corresponde a cerca de um em cada quatro latino-americanos e caribenhos e um em cada sete americanos e canadenses se identificando como afrodescendentes ou negros.

O Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Afrodescendentes definiu que o termo “afrodescendente” refere-se aos “descendentes das vítimas africanas do comércio de escravizados pelo Atlântico e o mar Mediterrâneo”. A análise considerou o termo afrodescendente para se referir às populações negras e miscigenadas (negras e de outra raça) identificadas como afrodescendentes.

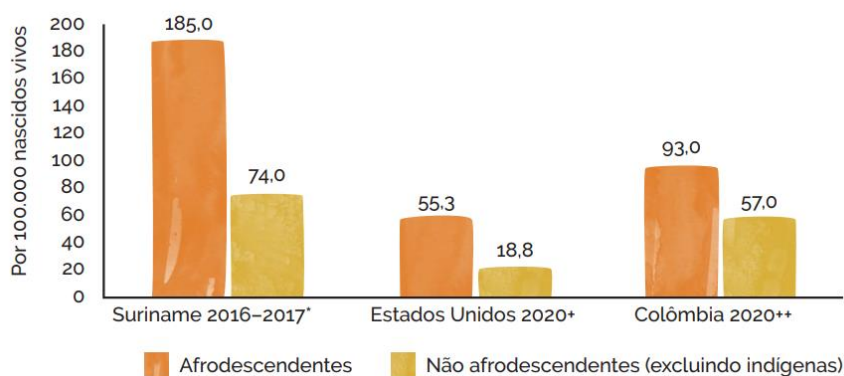
### **Mortes Relacionadas à Gravidez**

Nas Américas, a literatura aponta que as condições cardiovasculares (eclâmpsia, pré-eclâmpsia e cardiomiopatia) são as principais causas evitáveis de morte materna de mulheres e meninas. No entanto, para mulheres e meninas afrodescendentes esses números são até cinco vezes maiores que os de mulheres e meninas brancas.

Explicações baseadas em determinantes sociais não são suficientes para englobar essas diferenças porque elas persistem, independente do nível socioeconômico e da educação dessas mulheres. Nos Estados Unidos, por exemplo, a taxa de mortalidade relacionada à gravidez de mulheres afrodescendentes com ensino superior ou mais é 5,2 vezes maior que a de mulheres brancas com o mesmo nível educacional.

A Figura 1 mostra as mortes relacionadas à gravidez de mulheres e meninas em três países analisados: Suriname, Estados Unidos e Colômbia. A RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é muito superior à de mulheres e meninas não afrodescendentes nos três países, especialmente nos Estados Unidos, onde a RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é quase três vezes maior do que a de mulheres e meninas não afrodescendentes. No Suriname e na Colômbia, a RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é 2,5 vezes maior e 1,6 vez maior, respectivamente, que a de mulheres e meninas não afrodescendentes.

**Figura 1** - Razão de mortalidade materna (RMM) entre mulheres de 15 a 49 anos, por raça/etnia

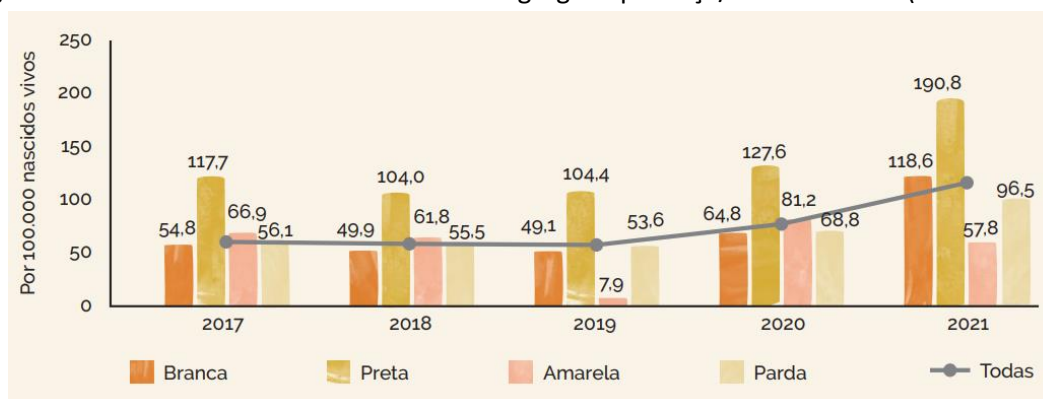


Fonte: UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres, 2023.

As evidências também apontam que o racismo e a discriminação por médicos aumentam a probabilidade de mulheres e meninas afrodescendentes sofrerem maus-tratos na maternidade. Constatou-se que maus-tratos obstétricos aumentam a RMM e criam barreiras ao uso de serviços de saúde entre mulheres e meninas afrodescendentes e indígenas. Um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que mulheres brancas relataram quase 15% menos experiências de maus-tratos do que todas as outras mulheres.

Outro componente que deve ser observado é que, ainda assim, em termos absolutos, a experiência de mulheres e meninas afrodescendentes nos Estados Unidos ainda é melhor que a de mulheres e meninas não afrodescendentes da Colômbia e do Suriname. Essa diferença entre esses três países revela desigualdades regionais significativas.

**Figura 2** - Razão de mortalidade materna desagregada por raça/etnia no Brasil (2017-2021)



Fonte: UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres, 2023.

### Atenção ao Pré-natal

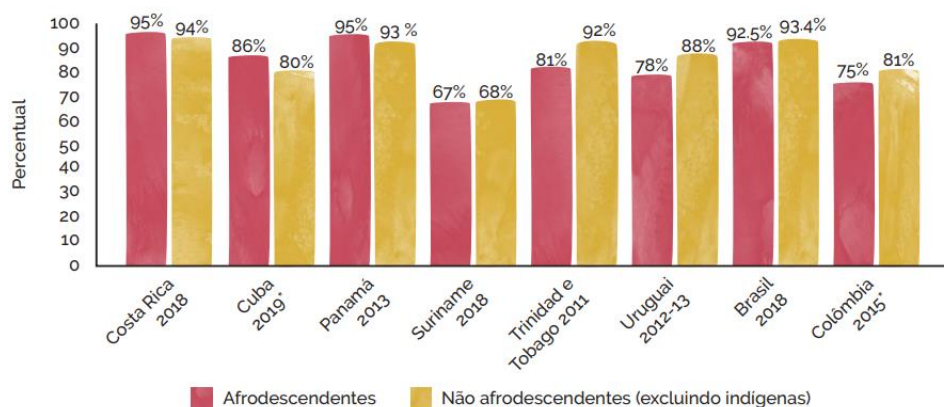
As consultas de pré-natal possibilitam a detecção precoce de complicações relacionadas à gravidez que podem levar à mortalidade e à morbidade materna e possibilitam que profissionais de saúde prestem apoio adicional para pessoas com alto risco de complicações no parto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um mínimo de oito consultas de pré-natal, mas poucos países nas Américas relatam mais de quatro consultas. No Brasil, Colômbia, Trinidad e Tobago e Uruguai, mulheres e meninas afrodescendentes relatam menor probabilidade de realizar pelo menos quatro consultas de pré-natal.

As principais barreiras para acesso de mulheres e meninas afrodescendentes ao cuidado pré-natal são estruturais, relacionadas à localização geográfica, acesso ao transporte e aos serviços de saúde. Outro ponto que vale ser mencionado é a ausência de serviços de saúde culturalmente apropriados e pensados para essa população.<sup>1</sup> Experiências desproporcionais de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo também podem reduzir a probabilidade das mulheres e meninas acessarem os serviços de atenção pré-natal.

<sup>1</sup> Para conhecer mais sobre parto culturalmente seguro, sugerimos o [Manual Básico para a Aplicação da Ferramenta de Promoção do Parto Culturalmente Seguro](#), da Organização Panamericana de Saúde, de 2022.

**Figura 3** - Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que comparecem a quatro ou mais consultas de pré-natal, por raça/etnia



Fonte: UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres, 2023.

É importante ressaltar que, embora seja fundamental analisar o número de consultas de pré-natal, esses dados não refletem a qualidade das mesmas. A qualidade das consultas é um desafio paralelo que pode explicar por que poucas mulheres grávidas procuram as oito consultas, quando elas estão disponíveis.

### **Nascimentos entre adolescentes**

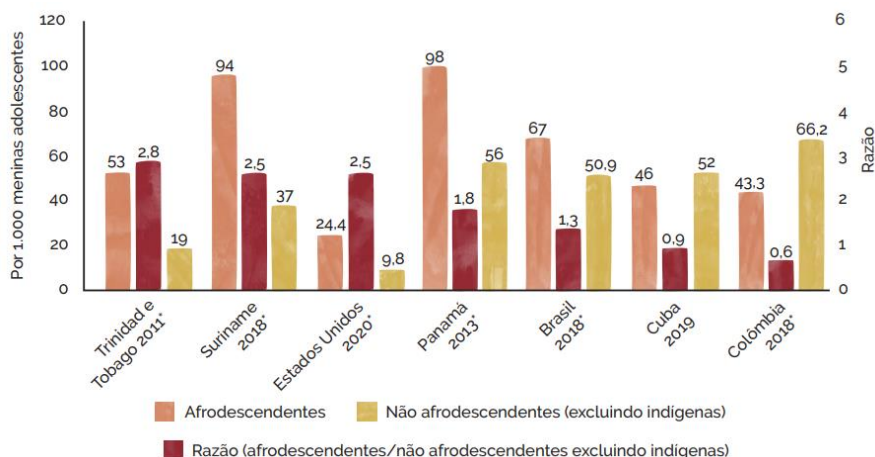
As principais causas de mortalidade de meninas e adolescentes de 15 a 19 anos são a gravidez e o parto. Além disso, as evidências apontam alto risco de complicações durante parto e impactos nos seus bebês, com maior probabilidade de baixo peso ao nascer, parto prematuro e dentre outros problemas. As evidências também apontam que as mulheres que dão à luz na adolescência são mais propensas a problemas de saúde física e mental no futuro, violência por parte do parceiro íntimo e desemprego.

Apesar dos avanços obtidos nos últimos 20 anos na redução da gravidez na adolescência (entre meninas e adolescentes de 15 a 19 anos) na América Latina e no Caribe, a região ainda tem o segundo maior índice do mundo (60,7 nascimentos por 1.000, entre 2015 e 2020). Além disso, a região das Américas registra o declínio mais lento na fertilidade adolescente quando comparada com as demais regiões do mundo.

Meninas afrodescendentes apresentam os índices de gravidez mais altos da região, ao lado de adolescentes com menor escolaridade, dos quintis de riqueza mais baixos e de meninas indígenas.

A Figura 4 mostra que as desigualdades raciais são mais profundas no Panamá, Suriname e Trinidad e Tobago. Já em Cuba e na Colômbia, as meninas afrodescendentes têm menos incidência de gravidez na adolescência quando comparadas às não afrodescendentes. As diferenças apontadas são significativas para todos os países, exceto para Cuba, onde a razão afrodescendentes/não afrodescendentes é menor de 1.

**Figura 4** - Taxa de natalidade na adolescência (15 a 19 anos), por raça/etnia



Fonte: UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres, 2023.

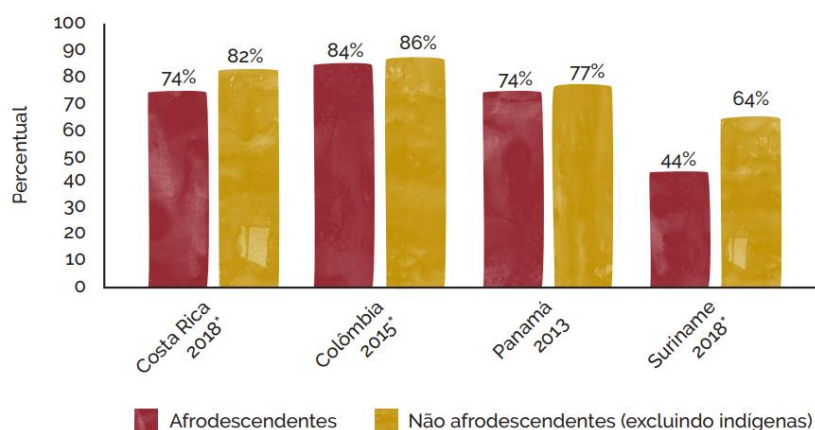
Os fatores que influenciam a gravidez na adolescência incluem alto desemprego e baixo nível educacional. A discriminação racial e de gênero na empregabilidade e o isolamento geográfico tornam esse problema mais agudo para jovens afrodescendentes. Vários estudos mostraram que treinamento profissional e apoio para a continuidade dos estudos reduziram os índices de gravidez na adolescência em vários países latino-americanos, principalmente entre meninas e mulheres jovens.

### Planejamento Reprodutivo

As necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo refletem como e se os sistemas de saúde estão cumprindo os direitos humanos e apoiando as mulheres para exercerem sua escolha em ter filhos ou não, e quando tê-los. Mulheres que relatam uma necessidade de planejamento reprodutivo não atendido enfrentam a possibilidade de partos indesejados ou inoportunos que podem levar a abortos inseguros. Estes, por sua vez, contribuem para a mortalidade e morbidade materna.

A Figura 5 mostra que mulheres e meninas afrodescendentes casadas ou em união estável têm menos probabilidade de relatar se suas necessidades de planejamento reprodutivo foram atendidas. De modo geral, mulheres com renda mais baixa e níveis mais baixos de educação formal não têm acesso a serviços de planejamento reprodutivo. Mulheres afrodescendentes, que são sobrerrepresentadas entre as pessoas em situação de pobreza, correspondem a essa generalidade, demonstrando menos necessidades atendidas em todos os países estudados. Apenas os resultados do Panamá não foram estatisticamente significativos, com uma diferença de apenas 3%.

**Figura 5** - Necessidades contraceptivas atendidas por métodos modernos para meninas e mulheres de 15 a 49 anos casadas/em união estável, por raça/etnia



Fonte: UNFPA, UNICEF e ONU Mulheres, 2023.

É importante ressaltar que o relatório analisou as necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo em mulheres casadas/em união estável. Considerando que as taxas oficiais de casamento formal são geralmente baixas em alguns países das Américas, e que famílias chefiadas por uma única pessoa são comuns, há um viés importante a ser considerado. Nos países onde maiores informações estão disponíveis (por exemplo, Suriname e Trinidad e Tobago), há um relatório paralelo de altas necessidades não atendidas de planejamento reprodutivo entre mulheres solteiras.

### **Assistência qualificada ao parto**

A grande maioria dos partos nas Américas é assistida por profissionais de saúde qualificados, conquista significativa para as mulheres da região. Mulheres e meninas afrodescendentes não parecem estar em desvantagem, ao menos nesse indicador. No entanto, o relatório considera que é necessário realizar uma análise mais aprofundada da qualidade dos cuidados obstétricos, de saúde sexual e reprodutiva e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes. Isso porque elas são mais propensas a sofrer maus-tratos obstétricos e carecem de recursos adequados para cuidados pós-natais, uma ocorrência correlacionada com o aumento da mortalidade e morbidade materna, especialmente neste grupo.

### **Racismo, determinantes sociais e desigualdades em saúde**

A literatura sobre a saúde das mulheres afrodescendentes nas Américas faz inúmeras referências ao modelo de determinantes sociais da saúde como a principal causa de desigualdades na saúde. No entanto, esse modelo não é suficiente para explicar a maior parte das desigualdades observadas, uma vez que elas ocorrem em todos os níveis de escolaridade, renda e localização de mulheres afrodescendentes na região.

É fundamental combater explicações regressivas, como: falta de conhecimento (no que se refere à capacidade de comportamentos de busca de saúde ou de adotar a medicação prescrita); práticas culturais imperfeitas (estereotipar práticas e culturas de saúde tradicionais como “atrasadas”); ou mesmo deficiências biológicas (observar o corpo das mulheres negras como extraordinário ou doente).

Há um debate sobre se racismo, sexismo e outras ideologias de exclusão são determinantes sociais ou estruturais de saúde (ou ambos simultaneamente). O relatório considerou que o racismo patriarcal é estrutural e sistêmico, pois serve de base para as políticas nacionais, práticas institucionais e crenças dos tomadores de decisão.

### **Educação médica e viés racial**

Existem conexões profundas entre os avanços no campo da ginecologia e o racismo, desde técnicas cirúrgicas para cesáreas a reparo fístulas obstétricas que foram inventadas por experimentação em mulheres africanas escravizadas que, pensava-se, não “sentiam dor da mesma forma que as brancas”.

O viés na educação médica também significa que os livros didáticos descrevem partos pautados em uma morfologia pélvica comum às mulheres europeias, ainda que esta seja altamente variável entre etnias não brancas, tornando outras apresentações pélvicas anormais ou de alto risco. Como resultado, a dor auto relatada entre mães afrodescendentes é minimizada ou negligenciada pelos profissionais de saúde. Alguns estudos demonstram que de 50% a 60% dos profissionais de saúde têm crenças racistas sobre a biologia de pessoas negras.

O artigo [\*A Cor da Dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil\*](#) mostrou que há grandes disparidades sociais e econômicas entre as mulheres segundo a raça/cor. Os dados são oriundos da pesquisa *Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento*, um estudo de base populacional de abrangência nacional com entrevista e avaliação de prontuários de 23.894 mulheres entre 2011 e 2012.

Mesmo depois de equipar os dados de disparidades sociais e econômicas entre as mulheres, segundo raça/cor, foram verificados piores indicadores de atenção pré-natal e parto nas mulheres de cor preta e parda, em comparação às brancas. Elas também sofreram menos intervenções obstétricas no parto. A princípio, menor exposição a intervenções entre pretas e pardas (como uso de ocitocina, episiotomia e cesariana) poderia significar um cuidado mais consonante com as recomendações da Organização Mundial da Saúde. No entanto, na prática, o modelo de assistência obstétrica adotado no Brasil é intervencionista e os profissionais de saúde em larga medida não somente identificam essas práticas como adequadas, mas também como indicativas de um “bom cuidado”, reforçando mais uma vez, essas disparidades no cuidado. Outra questão destacada é a constatação de menor aplicação de analgesia para os grupos étnico-raciais mais discriminados, onde as mulheres pretas receberam menor uso de analgesia.

Por fim, o artigo também ressalta que, apesar de pardas e pretas possuírem similaridades quanto ao cuidado, a adequação do pré-natal e vinculação à maternidade para as mulheres pretas se mostrou pior. Identificou-se um gradiente de cuidado menos satisfatório para mais satisfatório entre pretas, pardas e brancas para a maioria dos indicadores avaliados, o que evidencia aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as de cor mais escura.

**Figura 6 - Por que as mulheres e meninas afrodescendentes têm resultados piores de saúde materna**



Outro ponto importante a ser considerado é a formação dos profissionais médicos. Há indicações de que no Brasil, por exemplo, menos de 20% dos médicos são afrodescendentes, apesar de representarem 56% da população. Aumentar o número de graduados afrodescendentes em faculdades de medicina e ciências da saúde indubitavelmente contribuirá para melhorias no bem-estar dos afrodescendentes na região

**Políticas, planos e programas**

As políticas relacionadas à saúde nas Américas também negligenciam a importância da raça e do gênero como indicadores de vulnerabilidade que podem ser melhorados por meio de políticas, planos e programas direcionados. Um estudo de 2019 da OPAS sobre planos nacionais de saúde constatou que apenas 34% dos 32 países haviam incorporado ou executado estratégias para enfrentar a discriminação no setor da saúde.

**Chamada à ação**

Mudar a saúde de mulheres e meninas é urgente. A menos de sete anos de completar a Agenda 2030, estratégias audaciosas devem ser tomadas por:

Governos e organizações internacionais:

1. Aumentar a disponibilidade e a qualidade dos dados estatísticos oficiais desagregados de mulheres e meninas afrodescendentes;
2. Adotar uma abordagem de ciclo de vida para coleta de dados, formulação de políticas públicas e criação de programas;
3. Instigar a participação de mulheres e meninas afrodescendentes na formulação de políticas de saúde materna;

4. Fortalecer o sistema de saúde nas Américas como um todo, adotando um modelo de cuidado universal com foco na atenção primária à saúde;
5. Garantir que a saúde e políticas, planos e programas relacionados à saúde abordem os determinantes estruturais das desigualdades em saúde e não apenas os determinantes sociais de saúde;
6. Investir no aumento da representação de afrodescendentes entre profissionais de saúde e de mulheres afrodescendentes entre profissionais médicos;

Sistemas de saúde e educação médica:

7. Melhorar a coleta de dados desagregados por raça/etnia e gênero no nível administrativo para complementar as estatísticas oficiais;
8. Investir em intervenções e estabelecer políticas para conter abuso, desrespeito e maus-tratos obstétricos;
9. Abordar racismo e ideologias racistas nos currículos de treinamento em ciências da saúde, não apenas no contexto do curso de competência cultural.

**Referências:**