

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

CAROL CARDOSO RODRIGUES

**MULHERES NEGRAS: O PARADOXO ENTRE CORPOS VISÍVEIS NA MORTE, MAS
INVISÍVEIS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA**

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

CAROL CARDOSO RODRIGUES

**MULHERES NEGRAS: O PARADOXO ENTRE CORPOS VISÍVEIS NA MORTE, MAS
INVISÍVEIS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Linha de Pesquisa: Políticas, Planejamento, Gestão e Avaliação

Porto Alegre

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

CIP - Catalogação na Publicação

Rodrigues, Carol Cardoso

MULHERES NEGRAS: O PARADOXO ENTRE CORPOS VISÍVEIS
PARA A MORTE, MAS INVISÍVEIS PARA AS POLÍTICAS
PÚBLICAS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA / Carol
Cardoso Rodrigues. -- 2022.

166 f.

Orientador: Daniel Canavese de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2022.

1. determinantes sociais de saúde. 2. direitos
sexuais e reprodutivos. 3. racismo. 4.
interseccionalidade. 5. mortalidade materna. I. de
Oliveira, Daniel Canavese, orient. II. Título.

CAROL CARDOSO RODRIGUES

**MULHERES NEGRAS: O PARADOXO ENTRE CORPOS VISÍVEIS NA MORTE, MAS
INVISÍVEIS PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva
(Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade
Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 23 de junho de 2022

Prof. Dr .Daniel Canavese de Oliveira
Presidente da Banca – Orientador
PPGCol/UFRGS

Profª. Dra. Aline Blaya Martins De Santa Helena
Membro da banca
PPGCol/UFRGS

Dra. Alaerte Leandro Martins
Membro da banca

Profª. Dra. Laura Cecília Lopéz
Membro da banca
UNISINOS

Dra. Fernanda Lopes
Membro da banca
Fundo Baobá para Equidade Racial

Para todas as famílias que já sofreram a perda de uma filha, irmã, companheira, vítima de morte materna. A vida dessas mulheres foi interrompida bruscamente, sem estarem doentes, e em 92% dos casos as situações eram evitáveis. A mulher que foi para a maternidade com vida e sai em um caixão. A mulher que não teve acesso ao planejamento sexual e reprodutivo, engravidou e, ao realizar um aborto inseguro, foi julgada e sentenciada pelos profissionais do serviço de saúde que procurou. A morte de uma mulher negra desestrutura a família, uma mãe que não terá mais a presença física da filha, filhos sem mãe, que possivelmente serão criados por outra mulher da família. Dos lares chefiados por mulheres, 63% são chefiados por mulheres negras que estão abaixo da linha da pobreza. São essas mulheres que correm mais perigo, são para (e com) essas mulheres que as políticas públicas precisam ser pensadas, planejadas e implementadas. Por todas as Alynas, Rafaelas, Taíses, Kathlens, Brunas, Valdilenes e Marílias.

AGRADECIMENTOS

Não tem como iniciar os agradecimentos sem começar pelos que fizeram esse mestrado ser possível, mesmo que aos trancos e barrancos, ou melhor com trancamento de um semestre, pandemia, crise de pânico e tantas outras coisas. Agradecer é pouco àqueles e àquelas que me deram alguns empurrõezinhos, puxões de orelha, compartilharam seus medos e me deram colo. Uma vida acadêmica (uma graduação, duas residências e três especializações) e de trabalho no SUS sem me reconhecer entre colegas, trabalhadore(a)s e pesquisadore(a)s da saúde. Carol, Jaque, Grazi, Paulo e Gi, obrigada pela troca, por me fazerem valorizar minha história, por fortalecerem minha força e me fazerem acreditar em mim.

Foi um privilégio ter feito parte do grupo de estudos sobre a saúde da população negra, Harembee, coordenado pela prof.^a Dr.^a Fernanda Bairros e Jaqueline Soares. Em nome da(o)s colegas, agradeço à Jéssyca e Carol Damazio pela convivência e aprendizado.

A Mi e Fran, amigas que me deram apoio, corrigiram meu texto, com quem troquei milhões de áudios compartilhando irritações (quanto mais nos aprofundamos no tema da justiça reprodutiva, mais nos revoltamos) e descobertas também. Obrigada por ouvirem minhas queixas, medos, frustrações e, principalmente, por terem me acompanhado durante a escrita, que me parecia tão solitária.

A Jú, Cha, Amandinha e Thay, amigas que nesses últimos meses me deram força, me lembraram que não estou sozinha e que não há problema em parar e escolher outro caminho. Não existe momento certo, existe a nossa disponibilidade, vontade e desejo. Recomece, sempre que precisar!

A todas as amigas, que ajudaram na mudança, carregaram caixas de papelão, malas, plantas, livros e mais livros, o meu muito obrigada! Só a Bahia com seus cheiros, encantos e sabores para me fazer concluir essa pesquisa.

Aos meus pais, irmã e amigos, peço desculpas pelas ausências, pelos compromissos cancelados e pelo cansaço. Já já me recupero do tsunami que foram esses três últimos anos numa jornada de trabalho de 40 horas na gestão estadual e de dedicação exclusiva nos últimos oito meses a esta pesquisa.

Aos profissionais das práticas de cuidado que me acompanharam nessa intensa jornada. A vida não para porque estamos fazendo mestrado, as contas continuam, os problemas pessoais, inclusive, parece que aumentam, a autocobrança e autocrítica se tornam permanentes.

À comunidade Kilombola Morada da Paz¹ - Território de Mãe Preta, agradeço pelo cuidado aos meus, por alimentarem minha fé e pelos reencontros. Agradeço a Íyá, Yabace, Elemojò e Yamoro, seguirei entoando os cânticos e vibrando no amor. Como a mãe preta nos ensina: “Por que o barco quando navega tem que chegar a algum lugar? Às vezes ele só quer chegar até o mar. Não procurem chegar a algum lugar, mas procurem sempre navegar”.

Aos estudantes do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, sou grata pelas trocas durante o estágio em docência nas unidades de produção pedagógica (UPP) Bioestatística IV e Promoção em Saúde VI.

Ao Prof. Daniel, obrigada por ter me acolhido e aceitado ser meu orientador quando já estava na metade do mestrado. Foram algumas conversas durante a pandemia, em que eu só pensava em não concluir e você me lembrava da minha trajetória no mestrado, dos créditos cumpridos, da proficiência, do grupo de pesquisa e do estágio em docência. Agradeço principalmente pela compreensão no período em que minha mãe esteve durante tratamento de saúde e eu optei em trancar o mestrado para acompanhá-la.

À SES/RS, minha segunda escola, lugar onde me tornei gestora, cresci, mas também adoeci. Trabalhar com o que se acredita, tendo os direitos trabalhistas garantidos é para poucos no Brasil. Desejo que a SES volte a valorizar a qualificação dos seus trabalhadores para o SUS. Agradeço aos colegas e desejo que a perspectiva racial seja tema transversal de modo efetivo por meio da apresentação de dados desagregados por raça/cor, pactuação de metas específicas para cada grupo racial e etc.

Sei que nesta parte deveriam ter palavras bonitas de agradecimento, porém, não poderia deixar de falar sobre a desvalorização da pesquisa neste país. Deste 2016, temos assistido ao desmonte das políticas públicas e, conseqüentemente, a diminuição do financiamento na ciência. Um país que não produz conhecimento, que não realiza pesquisas, não avança, não se desenvolve. O desenvolvimento científico precisa ser prioridade, com financiamento contínuo e robusto para todas as regiões do país.

As bolsas de mestrado e doutorado são incompatíveis com o custo de vida no país, não sendo possível nos dedicarmos exclusivamente para o mestrado ou doutorado, mas somos cobrada(o)s pelo PPG que é cobrado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) como se a realidade não fosse essa. A maior parte das pesquisas no Brasil são desenvolvidas nas pós-graduações *stricto sensu*, por isso, elas precisam de investimento, política de permanência e bolsas com valores reajustados em relação à inflação

¹ Para mais informações: @institutocompaz;

<http://www.guaritadigital.com.br/casaleiria/acervo/compaz/daraizdoembueiro/index.html>

e em número suficiente para os pesquisadores. Essa pesquisa só foi possível pela estabilidade do trabalho enquanto servidora pública concursada.

Por fim, e o mais importante, é preciso pessoas negras, indígenas aldeados e não aldeados, quilombolas, pessoas trans e pessoas não binárias em todos os espaços de decisão, por isso, precisamos de políticas de ações afirmativas nos concursos e seleções públicas (inclusive na pós-graduação).

“Saber-se negra é viver a experiência de ter sido massacrada em sua identidade, confundida em suas perspectivas, submetida a exigências, compelida a expectativas alienadas. Mas é também, e sobretudo, comprometer-se a resgatar a sua história e recriar-se em suas potencialidades”.

Neusa Santos Souza

RESUMO

Introdução: A mortalidade materna se constitui como uma tragédia familiar e social. O governo brasileiro foi condenado internacionalmente pela Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres (CEDAW) por violar os direitos das mulheres devido à morte materna de Alyne Pimentel. Foram apresentados os conceitos sobre os direitos sexuais e reprodutivos, o cenário internacional e nacional das políticas de saúde para a redução da mortalidade materna e da equidade racial. **Objetivo:** Analisar as políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, no período 2002-2019, utilizando os referenciais teóricos da interseccionalidade e racismo institucional. **Metodologia:** Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória por meio de análise documental. **Resultados e discussão:** A análise que se buscou realizar nesta pesquisa não está relacionada aos coordenadores e técnicos que trabalhavam no governo brasileiro no período analisado, não se deve personificar. Ao se individualizar o racismo, perde-se o foco na questão estrutural. A garantia dos direitos humanos, mais especificamente das mulheres negras, é responsabilidade do Estado, independente de partido político. Considerando as políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna, dividiu-se em dois períodos. No primeiro período (2002 a 2008) foram analisados o “Programa de Humanização do Pré-natal e Parto” e o “Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. No segundo período, 2009 a 2019, as iniciativas avaliadas foram o “Plano de Qualificação das Maternidades” e a “Rede Cegonha”. Os processos de estigmatização de grupos visam legitimar a perpetuação das desigualdades e a elaboração de políticas institucionais de exclusão, inclusive de genocídio. Notou-se uma falta de comprometimento dos três entes federativos no cumprimento da portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017, que instituiu o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Isso foi observado na grande maioria dos documentos, objetos de interesse desta pesquisa. **Aplicabilidade no campo da Saúde Coletiva:** O enfrentamento ao racismo deve ser prioridade na Saúde Coletiva, inclusive no tratamento da variável raça/cor nos estudos qualitativos, de modo que esta pesquisa se aplica e é de interesse no campo da Saúde Coletiva. **Considerações finais:** A raça é central na discussão da mortalidade materna de mulheres negras, e ao não recomendar ao governo brasileiro que assegurasse o acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres sem discriminação racial, as recomendações da CEDAW perdem o seu potencial de transformação das relações de poder. Ainda não temos políticas públicas potentes e suficientes com as urgências da redução da mortalidade materna, além de comprometidas em combater o racismo e à discriminação racial no Sistema Único de Saúde. Para a redução da mortalidade materna de mulheres negras é preciso forjar novas ideias e políticas emancipatórias que tenham como base fundamental a interseccionalidade, o reconhecimento e combate ao racismo institucional como produtor de doenças.

Palavra-chave: determinantes sociais de saúde, direitos sexuais e reprodutivos, equidade, interseccionalidade, mortalidade materna, racismo

ABSTRACT

Introduction: Maternal mortality constitutes a family and social tragedy. The Brazilian government was internationally condemned by the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) for violating women's rights due to the maternal death of Alyne Pimentel. Concepts on sexual and reproductive rights, the international and national scenario of health policies to reduce maternal mortality and racial equity were presented. **Objective:** Analyze public health policies to reduce maternal mortality of Black women in Brazil, in the 2002-2019 period, using the theoretical frameworks of intersectionality and institutional racism. **Methodology:** This is a research with a qualitative approach of exploratory type through document analysis. **Results and discussion:** The analysis carried out in this research is not related to the coordinators and technicians who worked in the Brazilian government during the analyzed period, it should not be personified. The focus on structural racism is lost when it is individualized. The guarantee of human rights more specifically of Black women is the responsibility of the State regardless of political party. Considering public health policies to reduce maternal mortality, it was divided into two periods. In the first period (2002 to 2008) the “Humanization of Prenatal and Childbirth Program” and the “National Pact for the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality” were analyzed. In the second period, from 2009 to 2019, the initiatives evaluated were the “Maternity Qualification Plan” and the “Storks Network”. The processes of groups stigmatization aim to legitimize the perpetuation of inequalities and the elaboration of institutional policies of exclusion, including genocide. There was a lack of commitment from the three federative entities in complying with Ordinance No. 344, of February 1, 2017, which established the mandatory completion of the race/color item in the health information system’s forms. This was observed in the vast majority of documents which are the objects of interest in this research. **Applicability in the field of Public Health:** Confronting racism must be a priority in Public Health, including in the treatment of the race/color variable in qualitative studies, so this research applies and is of interest in the field of Public Health. **Final Considerations:** Race is central in the discussion of maternal mortality of Black women, and by not recommending that the Brazilian government ensure access to quality health services for all women without racial discrimination, CEDAW recommendations lose their potential to transform the power relations. We still do not have powerful and sufficient public policies with the urgency of reducing maternal mortality, in addition to being committed to combating racism and racial discrimination in the Federal Government’s Single Health System. In order to reduce maternal mortality among Black women it is necessary to forge new emancipatory ideas and policies that are fundamentally based on intersectionality, the recognition and fight against institutional racism as a producer of diseases.

Key-words: social determinants of health, sexual and reproductive rights, equity, intersectionality, maternal mortality, racism.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO.....	18
1.1 O contexto brasileiro de injustiça reprodutiva.....	21
1.2 Cenário internacional das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna.....	33
1.3 Linha do tempo do caso Alyne Pimentel e das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para equidade racial.....	47
1.4 Alyne Pimentel - condenada à morte materna por ser mulher negra e periférica.....	57
2 OBJETIVOS.....	61
2.1 Objetivo geral.....	61
2.2 Objetivos específicos.....	61
3 MARCOS TEÓRICOS.....	62
3.1 Interseccionalidade.....	62
3.2 Do racismo estrutural à política de morte da população negra.....	64
4 METODOLOGIA.....	68
4.1 Análise documental.....	68
4.2 Coleta de dados secundários.....	73
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	75
5.1 Experiências desiguais das mulheres negras ao nascer, viver, gestar, parir, adoecer e morrer.....	76
5.1.1 Primeiro período: 2002 a 2008 - da invisibilidade para a visibilidade.....	79
5.1.2 Segundo período: 2009 a 2019 - da visibilidade para a invisibilidade.....	96
6 CONSIDERAÇÕES QUASE FINAIS.....	117
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	128
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXO A - LINHA DO TEMPO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA.....	158
ANEXO B - TABELAS.....	159

APRESENTAÇÃO

“A gente não é só marcador de violência. Nós também somos marcadores de potência”

Milena Cassal

Antes de iniciar a dissertação especificamente, acredito ser importante apresentar à pessoa leitora duas importantes questões: a primeira é a noção de lugar, de observadora, que esta pesquisadora ocupa na sociedade, ou seja, de qual perspectiva estou partindo. Sou mulher, negra, cisgênero, fisioterapeuta sanitária, trabalhadora do Sistema Único de Saúde (SUS) há 10 anos, com experiência na gestão federal e estadual da saúde e militante da igualdade racial. Essas lentes sobrepostas influenciam a minha visão de trabalhadora-pesquisadora.

A segunda questão é falar brevemente sobre o adoecimento das pessoas negras na academia. Apesar de o tema desta dissertação não estar diretamente relacionado à saúde mental, é preciso que se tome conhecimento do racismo que as pessoas negras vivenciam na universidade — talvez, colocar esse engasgo para fora ajude a desbloquear a escrita. Esta pesquisa demorou para se concretizar, devido a questões familiares, adoecimento e perdas, somadas ao fato de que esta pesquisadora esteve na linha de frente do combate à Covid-19 no âmbito da gestão estadual.

No processo seletivo da turma de 2018 do Programa de Pós Graduação (PPG) da Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), foram aprovados sete estudantes negros. Esse número tão significativo foi decorrente da inclusão do sistema de cotas para pessoas negras e pessoas trans — infelizmente, na nossa turma não houve inscrição de nenhuma pessoa trans. É importante destacar que o primeiro e segundo lugar dessa seleção foram de mulheres negras. Alguns acontecimentos dessa trajetória serão relatados abaixo, tentarei não me alongar, porém, não posso apresentar meu projeto sem falar por nós.

Em uma das disciplinas ofertadas durante o curso, constava como bibliografia complementar pelo menos duas obras de Gilberto Freyre: “Casa Grande & Senzala” e “Sobrados & Mocambos”. Apesar de tal escritor não ter criado o termo democracia racial, é a partir da década de 1930, da maneira como ele apresenta e descreve a relação entre brancos e negros escravizados, que o pensamento de uma escravidão “doce” e sutil é forjado. O mito da democracia racial foi denunciado pelo movimento negro, principalmente nas décadas de 1970 e 1980.

Sueli Carneiro, em sua tese de doutorado, afirma que o mito da democracia racial moldou o discurso das relações sociais no país, destacando que a construção e utilização desse mito por tantos anos teve uma função estratégica ao apaziguar as tensões étnico-raciais (CARNEIRO, 2005).

A filósofa destaca o uso político e ideológico da miscigenação racial, a qual ajuda a sustentar o mito da democracia racial ao não considerar o estupro colonial (do homem branco colonizador contra as mulheres indígenas e negras escravizadas) fundamento das relações sexuais entre brancos, negros e indígenas. Por essa lógica, se as relações sexuais não foram forçadas entre brancos e negras e entre brancos e indígenas, a miscigenação brasileira é fruto do bom convívio entre as raças, a tolerância racial. A miscigenação também se constituiu em um instrumento eficaz de embranquecimento da sociedade, ao fortalecer a hierarquia racial, em que o branco está no topo e o negro na base: quanto mais escuro o tom da pele, mais embaixo desta pirâmide social (CARNEIRO, 2005).

Em determinado momento da disciplina, um estudante negro expôs seu incomodo em relação à utilização de tais obras de maneira descontextualizada e acrítica, como também da ausência de escritores negros na bibliografia da disciplina. Uma estudante mulher, branca, endossou a fala do colega e acrescentou que haviam autoras que discutiam o tema e poderiam também estar na bibliografia.

Faz-se necessário informar ao leitor(a) que o professor não concordou com o que lhe foi exposto e afirmou que a bibliografia utilizada era constantemente atualizada e com os(as) autores(as) de referência na temática com o objetivo de “provocar a leitura de textos de análise histórica e política que possam subsidiar as discussões em sala de aula”². Teria sido ele questionado quanto a bibliografia da disciplina anteriormente?

O uso das obras de Gilberto Freyre em uma disciplina de mestrado de forma equivocada/descuidada revela a falta de compromisso da academia, majoritariamente ocupada por homens brancos, em dar visibilidade à problemática racial no Brasil. Nessa perspectiva, se o problema não existe, não é preciso ser enfrentado.

Hasenbalg (2022) afirma que a democracia racial promove a ideia da ausência de preconceito e de discriminação raciais, sendo assim, brancos e negros teriam iguais oportunidades econômicas e sociais. O autor afirma que a obra de Freyre influenciou outros autores que estudaram as relações raciais nas décadas de 40 e 50 no Brasil. Estes estudiosos afirmaram que o preconceito no Brasil, mas era mais presente o preconceito de classe. Como também que a raça não é uma barreira para a mobilidade social.

² Trecho retirado da súmula da disciplina.

Ao não incluir obras de autoria de pessoas negras e indígenas como obrigatórias na bibliografia dos cursos de graduação e pós-graduação, a universidade está dando continuidade ao projeto colonial, negando a legitimidade das formas de conhecimento e o conhecimento produzido pelos grupos subalternizados. De fato, Carneiro (2005) argumenta que o epistemicídio é um elemento constitutivo do dispositivo de racialidade/biopoder, por meio do apagamento e invalidação dos saberes não ocidentais,

para nós, porém, o epistemicídio é, para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, um processo persistente de produção da indigência cultural: **pela negação ao acesso a educação, sobretudo de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento** e de rebaixamento da capacidade cognitiva pela carência material e/ou pelo comprometimento da auto-estima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo. Isto porque não é possível desqualificar as formas de conhecimento dos povos dominados sem desqualificá-los também, individual e coletivamente, como sujeitos cognoscentes. E, ao fazê-lo, destitui-lhe a razão, a condição para alcançar o conhecimento “legítimo” ou legitimado. Por isso o epistemicídio fere de morte a racionalidade do subjugado ou a seqüestra, mutila a capacidade de aprender etc. (CARNEIRO, 2005, p. 97, grifos da autora).

Outra situação ocorreu com duas estudantes negras dessa turma e um estudante negro do Mestrado em Educação, nos corredores do Instituto de Psicologia da UFRGS. Um professor, branco, ao encontrar esses três estudantes juntos, levantou as mãos e perguntou se aquilo era um assalto. Perceba, leitor(a), que três pessoas negras juntas, no imaginário de alguns, nesse caso, de um professor universitário (cuja função é de apoiar na formação) está associada à insegurança, medo e violação.

Tal ato de racismo não teve repercussão na universidade. Mais uma vez, houve o pacto de silêncio, muito comum entre as pessoas brancas no Brasil. Alguns e-mails foram trocados, o professor disse que foi mal interpretado, que sua trajetória profissional demonstra isso e que tudo não passou de uma brincadeira. Por pressão dos estudantes negros do mestrado de Psicologia Social, houve duas reuniões com a coordenação do curso em que se cobrou o posicionamento do PPG da Psicologia Social. Como resultado, o professor foi afastado (era professor convidado) e houve uma oficina para os professores deste PPG sobre branquitude com uma pesquisadora do tema, porém não houve ações de médio e longo prazo.

As manifestações do racismo institucional são verificadas por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios naturalizados no cotidiano das instituições públicas e privadas devido ao preconceito ou aos estereótipos racistas (BRASIL, 2011c). No caso relatado acima, o professor, convencido do seu lugar racial e social de privilégios, por ser um homem branco, comparou os estudantes negros a ladrões. Esse tipo de pensamento está impregnado de preconceito racial, por colocar os negros como pessoas que causam mal e que

não contribuem com a sociedade. No imaginário da sociedade brasileira, qual o lugar do negro na universidade? De professor? Ou de funcionário contratado por uma empresa terceirizada (dos serviços gerais, da segurança e da recepção)?

Em 1997, Beatriz Nascimento já questionava: “Se somos parte integrante de uma democracia racial, por que nossas oportunidades sociais são mínimas em comparação com os brancos?” (NASCIMENTO, 2021, p. 66).

Segundo Almeida (2018), o conceito de raça emergiu como tecnologia do colonialismo europeu para destruir os povos da América, Ásia, África e Oceania, promover ciclos de morte, processos de desumanização e, assim, justificar a escravidão dos povos “sem história” e “animais irracionais”. Apesar da antropologia (do início do século XX) e da biologia terem demonstrado que não existem diferenças biológicas ou culturais que justifiquem o tratamento discriminatório, a noção de raça se mantém como um fator político que naturaliza as desigualdades e justifica o genocídio de grupos considerados minoritários.

É preciso evidenciar que os episódios relatados acima não foram casos isolados. Infelizmente, poderiam ser trazidas outras situações discriminatórias vivenciadas pelos estudantes negros, porém, como elas aconteceram na esfera particular, provavelmente, os estudantes é que seriam expostos e não as pessoas que cometeram o ato racista, como geralmente acontece na sociedade brasileira. Aliás, Almeida (2018) afirma que o racismo é uma prática da sociedade, essa manifestação não deve ser reduzida ao comportamento individual de uma pessoa ou a um fenômeno patológico.

As instituições de ensino, inclusive as instituições de ensino superior, devem estar comprometidas com o enfrentamento do racismo institucional, com a mudança da estrutura socioeconômica e política da sociedade, com a inclusão de mecanismos de igualdade racial e com a responsabilização e punição de atos discriminatórios. Sugere-se também a inclusão do debate étnico-racial sobre as relações e desigualdades raciais nas normativas nacionais para a educação, por meio da reformulação das diretrizes curriculares nacionais. É imprescindível que se atualizem as referências bibliográficas dos cursos, excluindo autores(as) eugenistas e racistas, que elaboraram teorias filosóficas e científicas nos séculos XVIII e XIX (racismo científico).

Nesse contexto, as ações afirmativas no ensino superior visam compensar as desigualdades no acesso. Porém, elas ainda são insuficientes para o enfrentamento do racismo (como narrado anteriormente), uma vez que as instituições defendem a ordem social por meio de normas e regras racistas. O racismo faz parte da ordem social brasileira. Assim, é preciso

implementar medidas antirracistas efetivas que considerem o racismo como um problema e que enfrentem os conflitos raciais dentro das instituições (ALMEIDA, 2018).

É necessário desenvolver ações de permanência também na pós-graduação. Dos sete estudantes negros da seleção de 2018, pelo menos quatro tiveram adoecimento mental. No final do primeiro ano, uma estudante foi comunicada por e-mail que não seria mais orientada pelo professor que havia sido direcionado para ela, o que a impossibilitou de pesquisar seu tema de interesse. E nas eleições para o representante discente da primeira turma com cotas raciais houve um movimento de alguns alunos para que um estudante negro não fosse eleito. Com isso, tivemos casos de não conclusão do mestrado, de troca de orientador e trancamento de matrícula.

Na década de 1990, Beatriz Nascimento escreveu em um artigo que a sociedade brasileira utilizava de mecanismos seletivos para reduzir o espaço dos negros na ascensão social, sobrando as opções de jogador de futebol e sambista. Naquele momento, o movimento negro ainda não tinha meios eficazes para combater a discriminação na educação e no mercado de trabalho. Existia um despreparo para enfrentar os problemas relacionados às práticas discriminatórias, e Beatriz Nascimento acreditava que tal despreparo ocorria pela falta de oportunidades na educação, reduzindo, assim, a capacidade dos negros em se organizar em torno de um objetivo comum. Por conseguinte, legitimava-se a crença num sistema de relações raciais pacífico, reforçando a ideologia da “democracia racial” (NASCIMENTO, 2021).

É preciso reverenciar as que vieram antes e que também contribuíram com o movimento de mulheres negras. É fundamental que a sociedade brasileira reconheça a produção e o trabalho dessas mulheres, elas são heroínas negras sem poderes mágicos. Elas lutam contra as opressões de gênero e raça e abriram caminho para nós nas universidades, nas políticas públicas, em agências internacionais e entre outros espaços. Algumas já retornaram ao *òrun* e deixaram um importante legado de enfrentamento ao racismo e para a emancipação política dos negros. Desse modo, gostaria de homenagear Lélia Gonzalez, Beatriz Nascimento, Luiza Bairros, Jurema Werneck, Sueli Carneiro, Lúcia Xavier, Vilma Reis e Fernanda Lopes.

Apesar de este texto ter sido escrito por mim, encontrei um solo rico, um solo que muitas mulheres negras já semearam, cultivaram e regaram, além de terem colhido frutos. Assim, esta pesquisa não teria sido possível sem o trabalho no âmbito dos direitos sexuais e reprodutivos de ativistas e pesquisadoras negras como Fátima Oliveira, Edna Roland, Alaerte Martins, Edna Araújo, Isabel Cruz e Emanuelle Góes.

Por me entender enquanto sujeita política³ e também pela responsabilidade desta pesquisa para nós, mulheres negras, tentarei ser propositiva e apontar caminhos para mudanças. Fiz a escolha de falar em primeira pessoa, uma vez que este trabalho tem muito de mim, enquanto trabalhadora da gestão, pesquisadora, militante e, principalmente, uma mulher negra que deseja gestar e parir sem sofrer a violência do Estado no seu corpo invisível.

Desejo ver a nossa existência respeitada, por meio do acesso a serviços de qualidade (saúde, educação, segurança, transporte, saneamento básico e etc.), da garantia de segurança alimentar e nutricional, do direito à moradia e do direito à VIDA.

“OUÇAM O QUE AS MULHERES NEGRAS ESTÃO DIZENDO”.

³ Optou-se em fazer a flexão de gênero do substantivo para o feminino com o propósito de demarcar a quebra do paradigma hegemônico, universal e opressor do masculino.

1 INTRODUÇÃO

“Somos herdeiros de uma luta histórica iniciada por muitos antes de nós.”

Luiza Bairos

A motivação para este estudo é fruto do meu trabalho como sanitaria na Divisão de Atenção Primária à Saúde (APS) da Secretaria Estadual do Rio Grande do Sul (SES/RS) e pesquisadora. Como parte das minhas atribuições, me tornei representante da APS na Rede Materno-Paterno-Infantil, no Grupo de Trabalho (GT) da Transmissão Vertical, no GT para condução das ações da Cooperação Interfederativa HIV/AIDS, GT da Violência e Comitê Técnico de Saúde da População LGBT.

Transitei em temas e espaços diversos da gestão estadual e considero o Comitê de Mortalidade Materna um dos trabalhos mais árduos do qual participei entre 2015 e 2021. Uma questão que me inquietava era o preenchimento inadequado do quesito raça/cor nas fichas de investigação do óbito materno, além do reconhecimento do racismo enquanto fator de risco na gestação e puerpério. Sobre esse aspecto, Lopes (2005) alerta que indígenas, negros (soma das categorias pretos e pardos), amarelos e brancos ocupam lugares diferentes na pirâmide social e experienciam desigualmente o nascer, viver, adoecer e morrer.

Em dezembro de 2018, em uma apresentação sobre “A teoria interseccional nos estudos da saúde coletiva”, a Dra. Emanuelle Aduni Góes destacou que as violências contra raça/cor e etnia, identidade de gênero, orientação sexual e classe, além de outras opressões na vida das mulheres negras, potencializam suas situações de vulnerabilidade.

Para exemplificar a sua fala, ela apresentou dois casos de violação dos direitos humanos. O primeiro foi o de Alyne Pimentel, 28 anos, morta em 2002 após cesariana para retirada do feto morto, que não havia sido diagnosticado quando ela procurou o serviço de saúde dois dias antes. O segundo episódio foi o de Rafaela Santos, 15 anos, morta em 2015, após demora no atendimento: apesar de a jovem apresentar sinais de pré-eclâmpsia, escolheu-se induzir o parto normal utilizando medicamentos que agravaram o quadro, e foi realizada uma cesárea de emergência depois de uma convulsão.

Treze anos e uma condenação separam os casos de Alyne Pimentel e Rafaela Santos, duas mulheres negras, de baixa renda. Em 2011, o governo brasileiro foi condenado internacionalmente por violar os direitos das mulheres pela Convenção sobre Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as mulheres (CEDAW, em inglês) devido à morte materna de Alyne Pimentel. A Organização das Nações Unidas (ONU) determinou sete

recomendações ao Brasil, sendo uma delas a redução da mortalidade materna por meio de políticas públicas.

O Comitê CEDAW concluiu que Alyne da Silva Pimentel sofreu discriminação de gênero, de raça e de classe. E afirmou que a falta de serviços de saúde materna apropriados no Brasil mostrava a falha em garantir as específicas e distintas necessidades e interesses das mulheres (CEDAW, 2011). As políticas públicas para redução da mortalidade materna garantem as necessidades específicas e distintas das mulheres negras, de região periférica e de baixa renda?

Essa condenação ganhou destaque e importância à luz do direito, por considerar a morte de uma gestante uma violação dos Direitos Humanos, sendo reconhecida como um marco internacional. Tal fato pode ser observado na vasta produção na área do direito. Causa estranheza que essa condenação não tenha se tornado um marco na esfera das políticas públicas de saúde, como aconteceu com o caso Maria da Penha⁴. Nesse caso, o governo criou dispositivos legais para combater a violência doméstica contra a mulher.

Rafaela Santos faleceu quatro anos após a condenação e a publicação da Rede Cegonha (RC), uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde (MS) que visava implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011d). A morte de Rafaela mostrou que o Estado ainda demonstrava fragilidade na implementação de políticas eficazes para a redução da mortalidade materna de mulheres negras e pobres.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, dois artigos foram importantes para compreender o caso, a denúncia, a condenação e as recomendações para o Brasil, assim como as ações desenvolvidas ou não pelo Estado brasileiro.

O artigo *“Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision”*, traduzido para o português como “Direitos Humanos e Mortalidade Materna: explorando a eficácia da decisão do caso Alyne”, escrito por Rebecca J. Cook, codiretora do Programa Internacional de Direito e Saúde Sexual e Reprodutiva da Universidade de Toronto. É importante destacar que esse programa colabora com especialistas em direito, medicina, administração de serviços de saúde e saúde pública, no desenvolvimento e aplicação de leis e políticas para proteger e promover a saúde reprodutiva e sexual.

⁴ Em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da Organização dos Estados Americanos (OEA) julgou o caso de violência doméstica sofrido por Maria da Penha. O Estado brasileiro foi condenado por negligência e omissão, por não ter tomado as medidas necessárias para processar e punir o agressor (OEA, 2001). Em 2006, cinco anos após a decisão da CIDH, o Congresso aprovou a Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher.

A autora possui vasta experiência de trabalho com o direito internacional, direito à saúde, direitos sexuais e reprodutivos e direito à igualdade e anti-discriminação. Ela inicia o artigo contextualizando as iniciativas internacionais para a redução da mortalidade, as abordagens dos direitos humanos, e explica o conceito de litígios de direitos humanos em relação à morte materna. Essa é uma estratégia que vem sendo utilizada para agilizar a ação do Estado para a redução da mortalidade materna, como foi o caso da condenação pela morte de Alyne (COOK, 2013).

O segundo artigo, “Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um olhar na interseccionalidade de gênero e raça”, escrito pela Dra. Laura Cecilia López, antropóloga, traz importantes reflexões quanto à mortalidade materna e sua relação com os movimentos sociais, políticas públicas e direitos humanos. A autora faz uma brilhante análise entre a relação corpo e poder, por meio da interseccionalidade e do enfoque da biopolítica (LÓPEZ, 2016).

Ao abordar a interseccionalidade de gênero e raça na mortalidade materna, López (2016) destaca que a dimensão racial não ganha foco enquanto políticas da vida (conceito que remete aos valores que servem de base às escolhas feitas pela sociedade em relação à existência física e social). Na perspectiva da autora, a ênfase recai no âmbito biológico, por meio de uma noção de risco da biomedicina, que se expressa nos riscos que as mulheres negras poderiam ter ao vivenciar, na gravidez, doenças mais frequentes na população negra, tal como hipertensão.

A bio-legitimidade, processo que biologiza a pessoa, coloca em segundo plano ou anula a dimensão política da vida, na qual o racismo é considerado como produtor de vulnerabilidades (LÓPEZ, 2016).

A autora conclui que “**a dimensão da assimetria racial, vinculada a quais vidas merecem ser cuidadas e quais são deixadas de lado**, é o que se apresenta como mais premente na produção das mortes maternas de mulheres negras”, estando ausente essa dimensão nos documentos que guiam a implementação das políticas de saúde para a diminuição das mortes maternas (LÓPEZ, 2016, p.158, grifo da autora).

Assim, o foco da presente pesquisa é elaborar uma reflexão sobre as políticas de saúde para a redução da mortalidade materna de mulheres negras, utilizando os referenciais teóricos da interseccionalidade e racismo institucional, tomando como partida a pergunta: Por que as políticas de saúde não impactam da mesma forma nos corpos das mulheres?

A seguir serão apresentados os conceitos fundamentais para a pesquisa, possibilitando à pessoa leitora saber de que ponto se está partindo, quais questões serão abordadas para

analisar a mortalidade materna de mulheres negras e, conseqüentemente, as políticas de saúde para a redução desta. Assim, inicialmente, propõe-se alinhar o conceito sobre os direitos sexuais e reprodutivos, apresentar uma breve contextualização do cenário internacional e nacional das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e equidade racial e descrever a violência cometida pelo Estado contra Alyne Pimentel.

De antemão, é preciso informar quanto a limitação desta pesquisa por não conseguir dar a devida visibilidade às pessoas transgênero⁵ e intersexo⁶ que podem gestar. Os trabalhos sobre mortalidade materna geralmente analisam os marcadores de classe, educação e as questões biológicas (comorbidades e complicações da gravidez). Esta pesquisa procura ampliar o olhar ao considerar que as mulheres são diversas e suas experiências ao gestar precisam ser consideradas na construção da política pública, entretanto, o foco permaneceu nas questões raciais. Percebe-se que, ainda assim, o presente estudo possui limitações no enfrentamento de estigmas ou assimetrias promovidos por marcadores como gênero e orientação sexual⁷.

1.1 O contexto brasileiro de injustiça reprodutiva

Para falar sobre mortalidade materna, é necessário antes apresentar alguns conceitos fundamentais, assim como demarcar sua utilização. Collins e Bilge (2021) advogam que as expressões “justiça reprodutiva”, “saúde reprodutiva” e “direitos reprodutivos” são frequentemente utilizadas como se fossem sinônimos, porém seus significados são diferentes. As autoras destacam que essas expressões refletem distintos públicos, análises e estratégias.

Optou-se por definir os conceitos e expor algumas limitações no quadro abaixo para tornar mais didático e compreensível, visto que na política pública brasileira o termo mais utilizado é planejamento familiar, sendo possível o desconhecimento dos outros conceitos. As palavras carregam sentidos que podem limitar ou ampliar o seu significado.

⁵ Compreende-se como pessoas transgênero aquelas cuja identidade de gênero não está em consonância com o sexo atribuído ao nascimento. Por exemplo, uma pessoa que nasça com uma vagina e à qual é atribuído o gênero feminino, porém, essa pessoa reivindica o reconhecimento da sua construção social enquanto homem (KRÜGER, 2018).

⁶ Intersexo são pessoas nas quais os fatores que definem o sexo biológico – cromossomos, gônadas, hormônios e órgãos externos e internos – está variado em condições diversas, de forma a não serem contempladas pelas concepções binárias típicas do corpo de homem ou mulher (ONU, 2018).

⁷ A orientação sexual está relacionada à atração sexual, afetividade ou desejo, assim, as pessoas podem ser compreendidas como homossexuais (atração pelo mesmo gênero); heterossexuais (atração pelo gênero oposto); bissexuais (atração por ambos os gêneros) e assexuais (ausência de atração) (KRÜGER, 2018).

Quadro 1 - Conceitos, definição e limitações no âmbito da saúde sexual e reprodutiva

Conceito	Definição	Limitações
Planejamento familiar	<p>Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996⁸: Art. 2º Para fins desta Lei, entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.</p> <p>Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o caput para qualquer tipo de controle demográfico (...)</p> <p>Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção. (BRASIL, 1996, p. 1-2, grifo da autora).</p>	<p>Para a sociedade brasileira, uma família é constituída por um homem cisgênero⁹, uma mulher cisgênero e seus filhos, e a responsabilidade da concepção ou anticoncepção é da mulher. Geralmente as ações no serviço de saúde se restringem à distribuição dos métodos contraceptivos e de prevenção às infecções sexualmente transmissíveis (IST)/HIV (BRASIL, 2013a; PAIVA <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>O planejamento familiar pode ser, e vem sendo usado, por governos e por outros atores como um meio de controlar e não de empoderar as mulheres (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).</p> <p>Em muitas situações, o planejamento familiar para as pessoas negras se caracteriza como controle da natalidade (DAVIS, 2016).</p> <p>A portaria SCTIE/MS nº 13/2021¹⁰ apresentou uma perspectiva de contracepção coercitiva e discriminatória. Na prática, haveria esterilização das mulheres mais pobres. Os direitos reprodutivos das mulheres e a autonomia sobre seus corpos estavam sendo desrespeitados com a incorporação do implante (CONGRESSO NACIONAL, 2021).</p>
Planejamento sexual e reprodutivo	No Brasil, planejamento familiar e planejamento sexual e reprodutivo têm a mesma definição.	<p>Apesar desse conceito ter a mesma definição de planejamento familiar, o seu sentido é mais abrangente, no momento em que não pressupõe que para haver a concepção é necessário a constituição de uma família (BRASIL, 2013a).</p> <p>Os serviços de saúde ainda direcionam as ações para a mulher, contribuindo para a</p>

⁸ Lei que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

⁹ As pessoas cisgênero possuem a identidade de gênero consoante ao sexo que lhes foi atribuído ao nascimento. Assim, uma pessoa que nasce com um pênis e se identifica com o gênero masculino é considerada cisgênero (KRÜGER, 2018).

¹⁰ A portaria SCTIE/MS nº 13, de 19 de abril de 2021, incorpora ao SUS o implante subdérmico de etonogestrel, como forma de prevenir gravidez não desejada. O público alvo desta portaria era em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos (CONGRESSO NACIONAL, 2021).

		<p>omissão da responsabilidade dos homens em relação às decisões conceptivas (PAIVA <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>Na APS, o planejamento sexual e reprodutivo é realizado por meio de aconselhamento, atividades educativas e atividades clínicas (consulta, prescrição e acompanhamento) (BRASIL, 2013a).</p> <p>Durante a pandemia da Covid-19, o governo brasileiro demonstrou imensa incompetência em prover adequadamente educação em sexualidade e planejamento reprodutivo às mulheres (BRANDÃO; CABRAL, 2021).</p>
Direitos humanos	Direitos essenciais a todos os seres humanos, sem que haja discriminação por raça, cor, gênero, nacionalidade, religião, opinião política ou qualquer outra condição, visto que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (ONU, 1948).	<p>No Brasil, pessoas negras e indígenas possuem capacidade limitada em gozar dos direitos humanos.</p> <p>“As mulheres e os homossexuais não têm a mesma aceitação como parte do sistema e como sujeitos plenos de direitos humanos, faltando-lhes frequentemente a proteção do direito” (MATTAR, 2008, p. 74).</p>
Direitos reprodutivos	Os direitos reprodutivos englobam os direitos das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas. O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, ter direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência (BRASIL, 2013a).	<p>A alta taxa de mortalidade materna evitável se configura como violação dos direitos das mulheres (BRASIL, 2004a). Ressalta-se a desigualdade por raça/cor entre as mulheres que vão à óbito em decorrência de complicações de gestação, parto, pós-parto e abortamento.</p> <p>As leis, políticas públicas e programas de saúde podem facilitar ou inibir o acesso das mulheres a cuidados com a saúde reprodutiva (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).</p> <p>Há barreiras de acesso aos métodos contraceptivos (PAIVA <i>et al.</i>, 2019). Em relação à esterilização, enquanto as mulheres negras e pobres são coagidas ou mesmo esterilizadas sem consentimento, mulheres brancas têm dificuldade em acessar este método. No Brasil, o aborto seguro não é garantido por lei, expondo principalmente as mulheres negras e pobres às situações de risco (GONZAGA; ARAS, 2016).</p>

Saúde reprodutiva	<p>“A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos (...) O atendimento à saúde reprodutiva se define como o conjunto de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, ao evitar e resolver os problemas relacionados com a saúde reprodutiva.” (ONU, 1995, p. 178).</p>	<p>As/Os usuária(o)s do SUS têm pouco acesso à informação e/ou orientação quanto à saúde reprodutiva (PAIVA <i>et al.</i>, 2019; MARQUES; PEREIRA, 2011).</p> <p>A maioria das unidades básicas de saúde (UBS) funcionam em horário comercial, entre 7h e 17h (PAIVA <i>et al.</i>, 2019).</p> <p>Cook, Dickens e Fathalla (2004) alertam quanto ao fato de as intervenções na saúde reprodutiva serem realizadas como atividades isoladas e discretas, e não como uma resposta integral para as necessidades das pessoas, nos diferentes estágios de suas vidas.</p> <p>Como barreiras de acesso, citam-se: agendamento presencial, atendimento por ordem de chegada e turno pré-definido para os programas (pré-natal, citopatológico e planejamento familiar).</p> <p>Exercício da sexualidade limitado por medo de engravidar devido ao não uso do preservativo pelo parceiro (MARQUES; PEREIRA, 2011).</p>
Direitos sexuais	<p>Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições. Direito de escolher a parceria sexual. Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha e culpa. Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física. Direito de expressar livremente sua orientação sexual. Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação. Direito à informação e à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013a).</p>	<p>A sociedade brasileira é cisheteronormativa¹¹, apresentando fragilidade nas políticas públicas relacionadas à sexualidade. Não se promovem políticas de igualdade e não discriminação.</p> <p>A materialização das políticas ocorre por meio das práticas dos profissionais de saúde. Ou seja, os profissionais podem garantir, promover ou violar os direitos sexuais dos usuários (LEMOS, 2014).</p> <p>Desrespeito dos profissionais de saúde em relação ao nome social da pessoa usuária.</p>
Saúde sexual	<p>Compreendida como bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado à sexualidade. Ela engloba não só aspectos específicos da saúde reprodutiva, como ter controle sobre a fertilidade individual</p>	<p>Percebe-se limitação dos profissionais de saúde principalmente quanto ao entendimento sobre a saúde sexual, relacionando-a apenas com a orientação sexual (LEMOS, 2014).</p>

¹¹ Entende-se a cisgenderidade como norma e os padrões de comportamento heterossexuais como dominantes, provocando a estigmatização e repressão de todas as pessoas que fogem desse padrão. Dessa forma, há uma predeterminação dos percursos sociais a serviço do controle dos corpos e subjetividades humanas.

	<p>por meio do acesso à contracepção e ao aborto, e livre de ISTs, disfunção sexual e sequelas relacionadas à violência sexual ou à mutilação genital feminina, mas também a possibilidade de ter experiências sexuais seguras e prazerosas, sem coerção, discriminação e violência (OMS, 2020, p. 10).</p>	<p>O tema está ausente na formação dos profissionais de saúde (LEMOS, 2014; MARQUES; PEREIRA, 2011). Os profissionais estão despreparados para trabalhar com esses temas (MARQUES; PEREIRA, 2011).</p> <p>Há carência de educação sexual nas escolas (MARQUES; PEREIRA, 2011)</p> <p>Estigma e preconceito (OMS, 2020; SILVA; PAIVA; PARKER, 2013).</p> <p>Há influência de valores pessoais e religiosos na assistência (MARQUES; PEREIRA, 2011; SILVA; PAIVA; PARKER, 2013).</p>
Justiça reprodutiva	<p>A justiça reprodutiva oferece uma abordagem intersetorial à política reprodutiva com o objetivo de proteger os direitos humanos das mulheres. Promove o diálogo por meio de diferentes marcadores de opressão reprodutiva. Todas têm o direito humano de ter autonomia corporal, de ter escolhas reprodutivas protegidas e o direito de definir suas próprias identidades com integridade. Possui três valores principais: o direito de não ter filhos; o direito de ter filhos; e o direito de cuidar dos filhos em ambientes seguros e saudáveis, livres de violência estatal, corporativa e individual (ROSS, 2018).</p>	<p>Contexto de sucateamento do SUS, crise financeira, aumento do desemprego, insuficiência de serviços de saúde (mais usuários SUS dependente), relativização dos determinantes sociais de saúde pelos gestores e profissionais de saúde. Piores condições sociais e de saúde limitam a capacidade da mulher escolher seu destino reprodutivo (LOPES, 2019).</p> <p>A vivência de cada uma das identidades coloca as pessoas com mais ou menos possibilidades de terem decisões autônomas sobre seus destinos reprodutivos (LOPES, 2021).</p>

Fonte: Elaboração da autora.

Em 1932, vinte e seis estados americanos tinham leis para a esterilização compulsória de mulheres inaptas (analfabetas, com deficiência mental, prostitutas, criminosas, viciadas e miseráveis). Alguns anos depois, iniciou-se uma estratégia de convencimento das mulheres negras para que elas “aceitassem” a esterilização. Diversas situações de práticas abusivas de esterilização foram descobertas em vários estados americanos, demonstrando a cumplicidade do governo federal (DAVIS, 2016).

Em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) na Assembleia Geral da ONU. O documento é um marco da luta contra a opressão e a discriminação, ao defender a igualdade e dignidade das pessoas, reconhecendo que os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser aplicados a todos (ONU, 1948).

Entre as décadas de 1950 e 1960, difundiu-se o medo da “explosão populacional”, devido à aceleração no crescimento populacional, principalmente dos países subdesenvolvidos. Com isso, os países desenvolvidos passaram a interferir buscando a redução do crescimento. Assim, defendia-se a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Antes desse período, nos estudos sobre demografia, as questões sexual e reprodutiva eram tratadas como assunto familiar, não sendo objeto de políticas públicas. Analogamente, os direitos individuais não eram preocupações incorporadas na análise do problema populacional (MATTAR, 2008; MATTAR; DINIZ, 2012; BRASIL, 2013a).

Davis (2016) discorreu sobre o movimento progressista de controle da natalidade nos Estados Unidos. Esse movimento estava relacionado com o processo de escolha individual e com os métodos contraceptivos seguros, incluindo o aborto. A autora alertou que o potencial progressista do movimento deixou de existir quando este assumiu o viés de raça e classe de controle populacional. Assim, a campanha pelo controle de natalidade foi usada para cumprir uma função na execução da política populacional racista e imperialista do governo no país, podendo ser entendida como uma função essencial.

Enquanto, as mulheres brancas que tinham boas condições econômicas eram incentivadas a terem filhos, as mulheres negras, indígenas e latinas eram encorajadas a se tornarem inférteis. Até 1976, aproximadamente 24% das mulheres indígenas em idade reprodutiva e 20% das mulheres negras casadas haviam sido esterilizadas. É necessário observar que, para as mulheres negras e latinas, o direito ao aborto dialoga também com as péssimas condições sociais de vida que as levam a desistir de trazer novas vidas ao mundo. E isso não significava que elas não tivessem críticas às suas condições sociais (DAVIS, 2016).

Na década de 70, o movimento feminista reivindicou a descriminalização do aborto, ao associar os direitos reprodutivos ao direito à saúde, utilizando a DUDH, o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (artigo 12) e a CEDAW (artigo 12). O aborto é um obstáculo ao exercício da liberdade humana da mulher e também um problema de saúde pública, sendo necessária a formulação de políticas públicas (MATTAR, 2008; MATTAR; DINIZ, 2012).

No final da década de 80, a epidemia do HIV/AIDS trouxe a discussão dos direitos sexuais, principalmente no movimento gay, lésbico e em uma parte do movimento feminista (MATTAR, 2008; MATTAR; DINIZ, 2012). Esses dois grupos estavam interessados em viver a sexualidade por meio da livre escolha de parceiros e práticas sexuais e serem respeitados,

combatendo a estigmatização das chamadas sexualidades alternativas (LEMOS, 2014; MATTAR; DINIZ, 2012).

Para Xavier e Rosato (2016), os direitos sexuais expressam o livre exercício e a garantia de viver a própria sexualidade, sem discriminação e preconceito e, principalmente, dissociam a sexualidade da reprodução. Silva, Paiva e Parker (2013) argumentam que o direito de estabelecer relações homossexuais, o direito à proteção contra discriminação e de fazer parte de políticas públicas de promoção à saúde se relacionam ao direito ao exercício da sexualidade.

Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, o movimento feminista conseguiu assegurar que as políticas populacionais deveriam ser orientadas pelos direitos humanos. A construção dos direitos reprodutivos como direitos humanos teve o protagonismo do movimento populacional e do movimento feminista (MATTAR, 2008). Antes da CIPD, a melhoria da situação econômica e social deveria ocorrer por meio de políticas e programas populacionais, então, a partir da CIPD, há o reconhecimento de que os fatores determinantes da qualidade de vida dos indivíduos estão relacionados aos direitos humanos e a concessão dos meios necessários para as mulheres tomarem decisões sobre suas próprias vidas (BRASIL, 2006a).

No momento em que o tema da saúde sexual e reprodutiva entra para a agenda governamental por meio do planejamento familiar, as técnicas biopolíticas de controle se acentuam, ante o papel do Estado em propor ações e intervenções das políticas de natalidade e reprodução (XAVIER; ROSATO, 2016).

Inicialmente, as práticas de controle atuavam na vida das mulheres e no controle individual dos corpos. Porém, com o avanço das discussões, a população também passou a ser foco das intervenções do Estado. Assim, a vida individual e a vida em sociedade passam a ser reguladas por um conjunto de regras e normas (XAVIER; ROSATO, 2016).

Na CIPD foram traçadas três metas a serem alcançadas até 2015: a redução da mortalidade infantil e materna, o acesso à educação, especialmente para as meninas e mulheres e o acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva. Os serviços deveriam incluir: aconselhamento, informação, educação, comunicação e planejamento familiar; assistência ao pré-natal, parto seguro e pós-natal; prevenção do aborto; tratamento de infecções do aparelho reprodutivo; e informação, educação e aconselhamento sobre a sexualidade e saúde reprodutiva (BRASIL, 2006a).

Para tornar acessível a saúde reprodutiva a todos os indivíduos em idades adequadas, os países deveriam antes de 2015 empregar esforços no sistema primário de assistência

(BRASIL, 2006a). Todavia, Lemos (2014) apontou que o exercício desses direitos pode ser comprometido, mesmo quando existe sua garantia pelo Estado, por exemplo, nos casos em que há posicionamento contrário do profissional de saúde no atendimento à saúde sexual e reprodutiva.

A linguagem dos direitos carrega o problema do individualismo, formalismo e universalidade abstratas (CORRÊA; PETCHESKY, 1996). Para Mattar (2008), a indeterminação da lei, que se apresenta como neutra e objetiva, esconde hierarquias e as distribuições de poder, assim, reflete as aspirações do grupo dominante, homens brancos e heterossexuais.

Raça, gênero, classe ou outras circunstâncias sociais que estruturam a capacidade de as mulheres tomarem decisões são invisíveis no modelo liberal clássico, o qual supõe as escolhas individuais como sendo potencialmente iguais (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

O conceito dos direitos sexuais e reprodutivos se expandiu e passou a englobar as necessidades sociais que impedem a escolha sexual e reprodutiva para a maioria das mulheres, principalmente das mulheres negras do Norte e mulheres do Sul. Inclui-se a discussão da esterilização indesejada, desnutrição, mutilação genital feminina e violência sexual, além da necessidade de condições sociais para apoiar as decisões sexuais e reprodutivas tais como acesso a transporte, água, creche para os filhos, programas sociais entre outros (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Silva, Paiva e Parker (2013) afirmam que a dinâmica psicossocial da religiosidade e sua expressão política podem influenciar as decisões no planejamento de programas de saúde, sustentando seu papel como instância reguladora da sexualidade e da reprodução. As autoras alertaram que nas ações de promoção da saúde, de promoção dos direitos da juventude e da garantia dos direitos humanos poucas vezes consideram a dinâmica da religiosidade e o grau de afastamento de orientações, sejam elas mais ou menos dogmáticas.

Em 1995, ocorreu em Pequim, China, a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, conhecida como a maior e mais importante conferência sobre a mulher. A Declaração e a Plataforma de Ação de Pequim foi considerada um guia para orientar governos e sociedade no aperfeiçoamento do marco legal, na formulação de políticas e programas para promover a igualdade e evitar a discriminação (BRASIL, 2006a).

Consagraram-se o conceito de gênero, a noção de empoderamento e o enfoque da transversalidade, conceitos dotados de grande potencial transformador na luta pela promoção da situação e dos direitos da mulher. Do mesmo modo, reconheceu-se também que a

desigualdade entre homens e mulheres é uma questão de direitos humanos, e não apenas uma situação decorrente de problemas econômicos e sociais a serem superados (BRASIL, 2006a).

A orientação sexual e a identidade de gênero são essenciais para a dignidade e humanidade de cada pessoa e não devem ser motivo de discriminação ou preconceito. Todos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. O policiamento da sexualidade continua a ser uma poderosa força subjacente à violência de gênero, bem como à desigualdade entre os gêneros (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

De forma absurda, ainda existem Estados e sociedades que impõem normas de gênero e orientação sexual por meio de costumes, legislação e violência. Os indivíduos sofrem controle sobre o modo como vivenciam relacionamentos pessoais e como se identificam. As violações devido a orientação sexual e identidade de gênero estão enraizadas na sociedade brasileira e no mundo, ocasionando violações aos direitos humanos, com homicídios, torturas e maus tratos, agressões, estupro, violação da privacidade, negação de oportunidade de emprego e educação, barreiras de acesso aos serviços de saúde entre outros (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2007).

Em dezembro de 2010, em Assembléia Geral da Nações Unidas, decidiu-se prorrogar o Programa de Ação do Cairo e as medidas essenciais para continuar executando-o depois de 2014, visando responder os novos desafios relevantes para a população e o desenvolvimento, bem como para reforçar a integração dos assuntos de população e desenvolvimento nos processos globais. Assim, entre 12 e 15 de agosto de 2013, ocorreu a primeira reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe, em Montevideu (ONU, 2013).

Esta reunião tinha como objetivo examinar os progressos nos últimos 20 anos (1994-2014), na América Latina e Caribe, como também identificar as medidas fundamentais para reforçar a sua implementação, enfatizando os assuntos regionais, o bem-estar humano, a dignidade e a sustentabilidade. O Consenso de Montevideu, documento que reforça o seguimento do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, apresenta cento e trinta medidas sobre oito temas prioritários (ONU, 2013).

Acesso universal aos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, tema prioritário, tinha nos seus preâmbulos, a seguinte consideração: “os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são parte integral dos direitos humanos e seu exercício é essencial para o gozo de outros direitos fundamentais e para alcançar as metas internacionais de desenvolvimento e de

eliminação da pobreza” (ONU, 2013, p. 14). Apontam-se algumas medidas deste tema, tais como:

- Eliminar as causas preveníveis de morbidade e mortalidade materna, incorporando no conjunto de prestações integrais dos serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva medidas para prevenir e evitar o aborto inseguro, **que incluam a educação em saúde sexual e saúde reprodutiva, o acesso a métodos contraceptivos modernos e eficazes** e o assessoramento e atenção integral frente à gravidez não desejada e não aceita, bem como a atenção integral depois do aborto, quando necessário, com base da estratégia de redução de risco e danos;
- Assegurar, nos casos em que o aborto é legal ou não está penalizado na legislação nacional, a existência de serviços de aborto seguros e de qualidade para as mulheres com gravidez não desejada ou não aceita e **instar aos demais Estados a considerar a possibilidade de modificar as leis, normas, estratégias e políticas públicas sobre a interrupção voluntária da gravidez para salvaguardar a vida e a saúde de mulheres e adolescentes, melhorando sua qualidade de vida e diminuindo o número de abortos;**
- Assegurar o **acesso efetivo** de todas as mulheres à atenção integral em saúde no processo reprodutivo, especificamente a atenção obstétrica humanizada, qualificada, institucional e de qualidade, e a serviços ótimos de saúde da mulher durante a gravidez, parto e puerpério, assim como a serviços que integrem a interrupção da gravidez nos casos previstos pela lei e garantir o acesso universal a técnicas de fertilização assistida;
- Garantir o **acesso efetivo a uma ampla gama de métodos contraceptivos modernos, baseados em evidência científica com pertinência cultural, incluindo a contracepção oral de emergência** (ONU, 2013, p. 15-16, grifo da autora).

Outro tema identificado como prioritário foi dos direitos dos afrodescendentes, do combate ao racismo e da discriminação racial. Os países participantes expressaram preocupação com a situação de desvantagem das pessoas e comunidades afrodescendentes na educação, emprego, saúde, moradia, mortalidade infantil e esperança de vida, em particular quando a desigualdade é resultado do racismo e discriminação racial, xenofobia e formas conexas de intolerância. Assim, as seguintes medidas foram propostas para este tema:

- Garantir o exercício do direito à saúde das pessoas afrodescendentes, em particular a saúde sexual e a saúde reprodutiva das crianças, adolescentes e mulheres afrodescendentes, **levando em conta suas especificidades socioterritoriais e culturais, assim como os fatores estruturais, como o racismo, que dificultam o exercício de seus direitos;**
- **Garantir as políticas e programas** para a elevação das condições de vida das mulheres afrodescendentes, assegurando plenamente seus direitos, em particular os direitos sexuais e os direitos reprodutivos (ONU, 2013, p. 25-26, grifo da autora).

É preciso demarcar que o Consenso de Montevideu trouxe visibilidade para a questão racial e étnica (os povos indígenas também foram tema prioritário). Afirmou-se que apesar dos progressos no cumprimento dos objetivos do Programa de Ação do Cairo, persistiam

deficiências na sua execução e que muitas delas derivam da desigualdade estrutural que afeta a região (ONU, 2013).

Esta agenda regional reitera a necessidade da elaboração de estatísticas pelos organismos do Estado, seguindo a lógica inclusiva e de ampliação de direitos contemplada na política pública. A produção de informação sobre as populações/grupos vulneráveis e/ou específicos como os afrodescendentes se constitui elemento básico para a elaboração de políticas públicas e do monitoramento dos objetivos propostos nas agendas nacionais e regionais (ONU, 2013).

Os acordos globais podem se mostrar insuficiente como instrumento dos direitos sexuais e reprodutivos, por não desencadear mudanças internas na realidade dos países que integram o Sistema ONU (XAVIER; ROSATO, 2016). É evidente que os espaços de diálogo internacional e nacional ampliaram a visibilidade do tema e a conscientização sobre a situação de discriminação e inferioridade em que se encontravam as mulheres em várias esferas da vida social no país (BRASIL, 2006a). Porém, é preciso questionar: de qual mulher esses espaços de diálogo e documentos falam?

Davis (2017) alertou que as causas das mulheres devem ser articuladas às questões associadas ao movimento negro e trabalhador. As mulheres de minorias étnicas e as brancas da classe trabalhadora sofriam os efeitos do sexismo de modo diferente daquele sofrido pelas brancas de classe média (envolvidas no movimento de libertação feminina). As mulheres brancas tinham como foco o processo de conscientização política, porém, estava dissociado do movimento pelos direitos de bem-estar social e de uma emancipação mais ampla para todas as mulheres. A autora apontou que a experiência das mulheres da classe trabalhadora situava o sexismo no contexto da exploração de classe e a experiência das mulheres negras situava a opressão de gênero nas conjunturas do racismo.

Para que as decisões reprodutivas sejam livres e não compelidas pelas circunstâncias, é necessário que existam condições materiais, de infra-estrutura, culturais e políticas tais como transporte, creches, acesso aos serviços de saúde e educação, emprego entre outros. Essas condições ou direitos sociais, são fundamentais para os direitos sexuais e reprodutivos e requerem a responsabilidade dos Estados (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

Ross (2018) denuncia que a noção de que certos grupos não deveriam ter filhos ainda está presente, de forma mais sutil que na década de 30, era da eugenia. Os governos e as elites (que controlam os governos) administram a capacidade reprodutiva das pessoas, geralmente de forma encoberta. Eles precisam de corpos para a criação de riqueza, colonização, trabalho e exércitos (para manutenção do seu poder). Isso requer uma hierarquia econômica e social

expressa em binarismos impostos por meio de construções sociais artificiais de gênero e raça que privilegiam a reprodução de uma parte da população em detrimento de outra, como homem/mulher, branco/negro, cidadão/migrante, cisgênero/transgênero.

Devido à necessidade de influenciar a política reprodutiva e de intervir nas narrativas pejorativas dominantes da reprodução e sexualidade construiu-se o movimento da justiça reprodutiva. Assim, busca-se moldar os ideais concorrentes de igualdade e a realidade social da desigualdade, apontando a disparidade de oportunidades na determinação dos destinos reprodutivos (ROSS, 2018).

A justiça reprodutiva utiliza o campo dos direitos humanos, vinculando os direitos individuais e de grupo no sentido de que todos têm os mesmos direitos humanos. Mas devido a raça, classe, gênero, orientação sexual, habilidades, condição carcerária e status de imigração (dimensões da interseccionalidade), as pessoas podem precisar de diferentes elementos para alcançá-los (ROSS, 2018).

As ativistas utilizam a justiça reprodutiva como ferramenta para criar uma visão do movimento, organizar as comunidades e pressionar por mudanças culturais, políticas e legais. É uma abordagem de organização complexa, multifacetada e interseccional para criar mudanças morais, legais e políticas para que a vida das pessoas vulneráveis seja importante, por isso, a estratégia requer longo prazo (ROSS, 2018).

Collins e Bilge (2021) alertam que os marcos da saúde reprodutiva, os direitos reprodutivos e a justiça reprodutiva possuem conexões entre si, entretanto, esses aspectos são priorizados de diferentes maneiras nos países. A justiça reprodutiva pode ser uma resposta crítica ao discurso dos direitos reprodutivos, visto que existem movimentos que se constituem como reguladores da liberdade reprodutiva das mulheres, conforme apresentado no quadro 1, nas limitações dos direitos reprodutivos.

Para compreender o perfil da justiça reprodutiva em um contexto global mais amplo é necessário compreender as particularidades nacionais, regionais e locais. Nesse sentido, a interseccionalidade proporciona um importante conjunto de ferramentas conceituais para analisar o poder do Estado, as políticas públicas de saúde e os resultados obtidos na saúde (COLLINS; BILGE, 2021).

1.2 Cenário internacional das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna

A mortalidade materna se constitui como uma tragédia familiar e social. A morte de uma mulher por causas relacionadas à maternidade deve ser interpretada como um reflexo da situação desfavorável das mulheres em relação aos direitos fundamentais e à gravidez desejada (PAHO; WHO, 1990).

As mulheres têm mais riscos de adoecer, durante o período reprodutivo, na ausência de condições sociais apropriadas, cobertura universal de saúde e serviços que garantam uma gravidez segura (PAHO; WHO, 1990). Em meados dos anos 1980, a diminuição da tendência da fecundidade não foi acompanhada pela diminuição da ocorrência das mortes maternas. Em alguns países, pelo contrário, houve aumento do número absoluto de mortes. Esse fato foi associado ao aprofundamento da crise econômica e social, que agravava as desigualdades sociais, incluindo a acessibilidade aos serviços de saúde pelos diferentes grupos populacionais (OPS; OMS, 1993).

Assim, em 1987, foi realizada a Conferência sobre “Maternidade Segura”, em Nairóbi. Essa conferência foi o primeiro grande evento internacional para a maternidade segura. A Iniciativa Mundial para a Maternidade Segura propôs a meta de redução em 50% da mortalidade materna até o ano 2000. Após a conferência, formou-se um grupo de interagências para a Maternidade Segura, reunindo várias agências internacionais e organizações não governamentais. Durante os anos, esse grupo se empenhou em convencer organizações internacionais e líderes políticos nacionais a priorizar a redução da mortalidade materna (SHIFFMAN; SMITH, 2007).

Shiffman e Smith (2007) alertam que para as iniciativas globais de saúde se tornarem prioridade, era necessário estabelecer políticas eficazes, tecnologia e sistemas de implementação. Os autores consideraram como determinantes de prioridade política para as iniciativas globais o poder dos atores envolvidos, as ideias que utilizam para retratar a questão, a natureza dos contextos políticos em que atuam e as características da própria questão.

A iniciativa da maternidade segura encontrou muitos desafios, como a fragmentação da comunidade política global, resultando em problemas no desenvolvimento de consenso sobre as intervenções que deveriam ser priorizadas. Outro desafio foi a falta de liderança, deixando-a sem um local institucional. As agências das Nações Unidas se envolveram pouco

com a iniciativa da maternidade segura e, muitas vezes, desenvolveram atividades independentes uma da outra (SHIFFMAN; SMITH, 2007)

Shiffman e Smith (2007) teceram outras considerações sobre essa iniciativa: a mobilização da sociedade civil para tornar essa causa uma prioridade global foi avaliada como fraca. Quanto à identificação de gravidade do problema, a mortalidade materna expressava baixo nível de gravidade quando comparada com o nível de mortalidade de outras condições, prejudicando a disputa por recursos. Entretanto, a gestação não é uma doença e, portanto, não deve ser comparada com outros problemas de saúde (COOK; DICKENS; FATHALLA, 2004).

O nível de mortalidade materna variava consideravelmente nos países da região das Américas, na década de 1990, circunstância que podia estar ligada à qualidade dos serviços e disponibilidade de recursos necessários à prevenção da morte materna, como o fornecimento de sangue e acesso ao nível adequado de cuidados (PAHO; WHO, 1990).

Dessa forma, OPAS e OMS (2011) desenvolveram diversas estratégias para apoiar esses países na redução da mortalidade materna em âmbito regional e mundial. Como explicado ao longo do texto, os direitos humanos e a saúde reprodutiva atravessam a mortalidade materna. Assim, as intervenções para essa diminuição se baseavam nas necessidades de saúde dos países, que perpassam a garantia dos direitos humanos e a melhoria da saúde reprodutiva.

No quadro 2, apresentam-se as resoluções aprovadas em nível regional pelas OPAS e OMS, no período de 1990 a 2018. As primeiras linhas referem-se aos documentos propostos pelas instituições para a elaboração de planos regionais para a redução da mortalidade materna, correspondendo aos anos de 1990, 2002 e 2011. Em seguida, é apresentada uma síntese sobre as estratégias de monitoramento e avaliação dos planos, geralmente publicadas no ano seguinte, exceto a primeira proposta, que no documento de 1990, já apresentou essas estratégias. Por fim, se concluirá o quadro com os resultados obtidos pela avaliação da OPAS e OMS.

Quadro 2 - Síntese das resoluções para a redução da mortalidade materna nas Américas pactuadas pela OPAS e OMS, no período de 1990-2018

	1990	2002	2011
Conferência/ Reunião	23ª Conferência Sanitária Pan-Americana e 42ª Sessão da Comissão Regional	26ª Conferência Sanitária Pan-Americana e 54ª Sessão da Comissão Regional	51º Conselho Diretor e 63ª Sessão da Comissão Regional
Título do documento	Plano de ação regional para a redução da mortalidade materna nas Américas	Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna	Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave
Código do documento	CSP23/I0 (Eng.) 7 ago. 1990	CSP26/14 (Esp.) 15 ago. 2002	CD51/12 (Port.) 1 ago. 2011
Elementos gerais	As principais causas de morte materna já eram de conhecimento dos especialistas e já se possuía a tecnologia apropriada para reduzir essas mortes. Estimava-se que mais de 27.900 mulheres poderiam morrer, entretanto, mais de 27.400 dessas mortes maternas poderiam ser evitadas se as mulheres tivessem melhores condições de vida e de cuidados reprodutivos. A morte materna representava um importante fator social e problema de saúde na América Latina e Caribe. O aborto era a primeira ou segunda causa de morte materna em aproximadamente metade dos países da região. Reforçou-se a importância do cuidado ser estruturado para contribuir na descentralização e no reforço dos sistemas locais de saúde. A partir das taxas de mortalidade materna, da cobertura e qualidade dos serviços de saúde, os países	Obteve-se pouco progresso na redução da mortalidade materna, mais esforços foram realizados para a redução da mortalidade por outras causas na região. Notou-se que até 2000 os países não consideravam, em seus planos de ação, as populações pobres e indígenas como as mulheres mais necessitadas. O conhecimento das causas de incapacidade (morbidade) e morte havia aumentado consideravelmente os cuidados maternos e as intervenções adequadas em ambientes com poucos recursos. A experiência adquirida nos anos anteriores indicava que a chave para reduzir a mortalidade materna não residia exclusivamente no desenvolvimento socioeconômico geral, mas também na oferta de tratamento eficaz e acessível, principalmente na atenção obstétrica de emergência. As taxas de mortalidade materna permaneceram sem alterações	Em 2010, 20% da população geral e 40% dos adolescentes não tiveram suas necessidades atendidas em relação aos métodos contraceptivos. Nove países da região do Caribe e América Latina mostraram valores de razão de mortalidade materna (RMM) acima da média regional, a qual correspondia a 88,9 por 100 mil nascidos vivos. A maioria das mortes acontecia no parto e nas primeiras horas do puerpério, sendo a hemorragia, a segunda causa mais frequente (21%). A RMM por aborto em condições de risco era três vezes maior na América Latina e Caribe do que nas regiões desenvolvidas. O plano deveria ser executado entre 2012-2017. A morbidade materna concentrava-se em certas zonas geográficas e populações de alguns países. Havia falhas na cobertura, qualidade e continuidade da atenção, na disponibilidade de insumos e no acesso igualitário a serviços

	<p>foram agrupados em quatro grupos. Para a redução das taxas de mortalidade materna:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Até 1995, os três primeiros grupos de países deveriam reduzir em 30% e o quarto grupo em 50%; • Até 2000, os três primeiros grupos deveriam reduzir em 40% e o quarto grupo em 60%. <p>(PAHO; WHO, 1990)</p>	<p>devido às intervenções inadequadas para melhorar a saúde materna, bem como as desigualdades de gênero. Essas causas já estavam enraizadas na sociedade. As mulheres pobres de comunidades isoladas das zonas rurais eram as mais afetadas pela falta de atenção obstétrica básica e, por isso, tinham mais probabilidade de morrer no parto (OPS; OMS, 2002).</p>	<p>de saúde sensíveis às particularidades culturais, independentemente de onde vivia a mulher ou de sua situação socioeconômica (OPAS; OMS, 2011).</p>
--	---	--	--

Estratégias para monitoramento e avaliação do plano regional

Ano	1990	2003	2012
Estratégias gerais	<p>O item 4.6 do documento citado acima traz as considerações a respeito da avaliação do plano. Os critérios e indicadores que permitiriam medir e comparar, os aspectos mais importantes do plano foram selecionados com base: na relevância do plano e seus programas em relação às necessidades humanas e prioridades em saúde e política social em geral, na adequação das estratégias e propostas de ação, na alocação de recursos para a realização o plano, no cumprimento das atividades e na eficiência alcançada na utilização dos recursos (o que implicaria um esforço para minimizar custos e otimizar o impacto). Um aspecto que deveria ser avaliado, e que tem relação direta com esta pesquisa, era em relação ao grau de equidade</p>	<p>No documento da 132ª sessão do Comitê Executivo (CE132/19, 28 abr. 2003), a redução da mortalidade materna continuava a representar sérios desafios de saúde, éticos e de equidade de gênero. A baixa qualidade dos dados se caracterizava pela classificação incorreta e subnotificação. Uma das formas de medir a mortalidade materna considerava as necessidades e restrições de dados dos países em desenvolvimento. Esses sistemas usavam indicadores intermediários e de processo, que estavam intimamente relacionados com a mortalidade materna. A subnotificação era evidente no caso de mulheres de áreas rurais e de grupos desfavorecidos, étnicos e de baixa renda. Ressaltou-se que os dados deveriam ser desagregados por categorias sociais, étnicas</p>	<p>O documento, “plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: estratégia de monitoramento e avaliação”, publicado em 2012, enfatizou a necessidade de contribuir para o fortalecimento dos sistemas permanentes de vigilância. A OPAS se comprometeu a apresentar relatórios regionais a cada dois anos com uma análise da situação, que permitisse identificar falhas, e adotar medidas corretivas necessárias para a consecução das metas do plano. Definiram-se cinco indicadores de impacto e vinte e um indicadores das áreas estratégicas. Os indicadores tiveram suas fórmulas apresentadas como também foram descritos, informando qual informação deveria ser coletada pelos países (CLAP; OPAS; OMS,</p>

	na distribuição de recursos para as áreas geográficas e grupos prioritários (PAHO; WHO, 1990).	ou geográficas, para que se identificasse com precisão as disparidades e, assim, direcionassem as intervenções (OPS; OMS, 2003).	2012).
Avaliação do plano regional			
Ano	1993		2014/2018
Resultados apresentados	O documento da 111ª reunião do Comitê Executivo, CE111/11, de 21 maio de 1993, avaliou que a maioria dos países teve um progresso limitado, devido, principalmente, às restrições políticas e financeiras. Embora houvessem avanços, em relação ao desenvolvimento dos sistemas nacionais de saúde, o componente de saúde da mulher e materna não foi priorizado. Houve pouca adaptação da infraestrutura dos serviços, por meio da criação de novos centros de saúde ou reorganização dos serviços, com a designação de pessoal e incorporação de tecnologia. Os países precisavam mais que aprovar o plano, precisavam alocar recursos próprios, buscar recursos adicionais e desenvolver programas e ações específicas para reduzir a morte materna. Recomendou-se a adoção de indicadores de impacto, de processo, de acessibilidade e de qualidade dos serviços (OPS; OMS, 1993).	Não foi localizado o documento de avaliação referente à execução da “Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna”. Ressalta-se, que a OPAS e OMS aprovaram a estratégia e plano de ação regionais sobre a saúde do recém-nascido no contexto do processo contínuo da atenção à mãe, ao recém-nascido e à criança em 2008 (resolução CD48.R4, Rev. 1). O relatório final desta estratégia foi publicado em 2016.	O documento do 53º Conselho Diretor e 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, CD53/INF/6, apresentou os resultados de três indicadores de impacto e dezenove indicadores de processo, período jan./2012 a mar./2014, de 23 países. A RMM era de 56,6 por 100 mil nascidos vivos, havendo redução de 21,4%, entretanto foram identificados desigualdades no interior dos países, a notificação foi igual ou superior a 125 por 100 mil nascidos vivos em 50% dos países em diferentes áreas geográficas (estados, províncias ou departamentos). Sete países informaram não dispor da informação quanto à RMM de populações étnicas. Em relação aos métodos anticoncepcionais modernos, a disponibilidade foi de 58% (OPAS; OMS, 2014). O documento do 56º Conselho Diretor e 70ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas, CD56/INF/14, apresentou os resultados de cinco

			<p>indicadores de impacto e dezenove indicadores de processo, período 2010-2015. Conseguiu-se manter a tendência de redução da mortalidade materna, a redução foi de 11%. Alguns indicadores não foram medidos nem notificados pelos países. Observou-se uma melhora da notificação por áreas geográficas, bem como por lugar de residência (rural ou urbana), no entanto, não houve melhora da notificação por grupos étnicos. A falta de informações nas áreas citadas acima esconde as iniquidades entre grupos populacionais (OPAS; OMS, 2018).</p>
--	--	--	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à equidade, percebe-se a ampliação do conceito com o decorrer dos anos. Inicialmente, o enfoque eram as mulheres com baixa escolaridade, pobres e das zonas rurais. O debate ainda se concentrava nas questões socioeconômicas até 2002, quando as mulheres indígenas foram mencionadas como grupo mais afetado pelas desigualdades. Em 2003, o documento publicado referente às estratégias de monitoramento e avaliação orientou que todos os indicadores fossem desagregados por categorias sociais, étnicas ou geográficas.

Carneiro (2018) alegou que uma das conquistas da III Conferência Mundial Contra o Racismo, em 2001, também conhecida como a Conferência de Durban, foi tornar o termo ‘afrodescendente’ linguagem consagrada na ONU, designando, assim, um grupo específico de pessoas que sofre com o racismo e discriminação. A autora destaca que foi recomendado aos Estados-membros e aos organismos internacionais que elaborassem programas voltados para os afrodescendentes, reconhecendo a urgência de políticas públicas para a eliminação das desvantagens sociais desse grupo.

No documento de 2011, populações pobres, rurais, afrodescendentes e indígenas foram apresentadas como comunidades marginalizadas, que apresentavam baixas coberturas de pré-natal, atenção de baixa qualidade e altas taxas de mortalidade materna (OPAS; OMS, 2011). Apenas a partir desse documento o termo afrodescendente foi explicitamente citado, 10 anos após a Conferência de Durban.

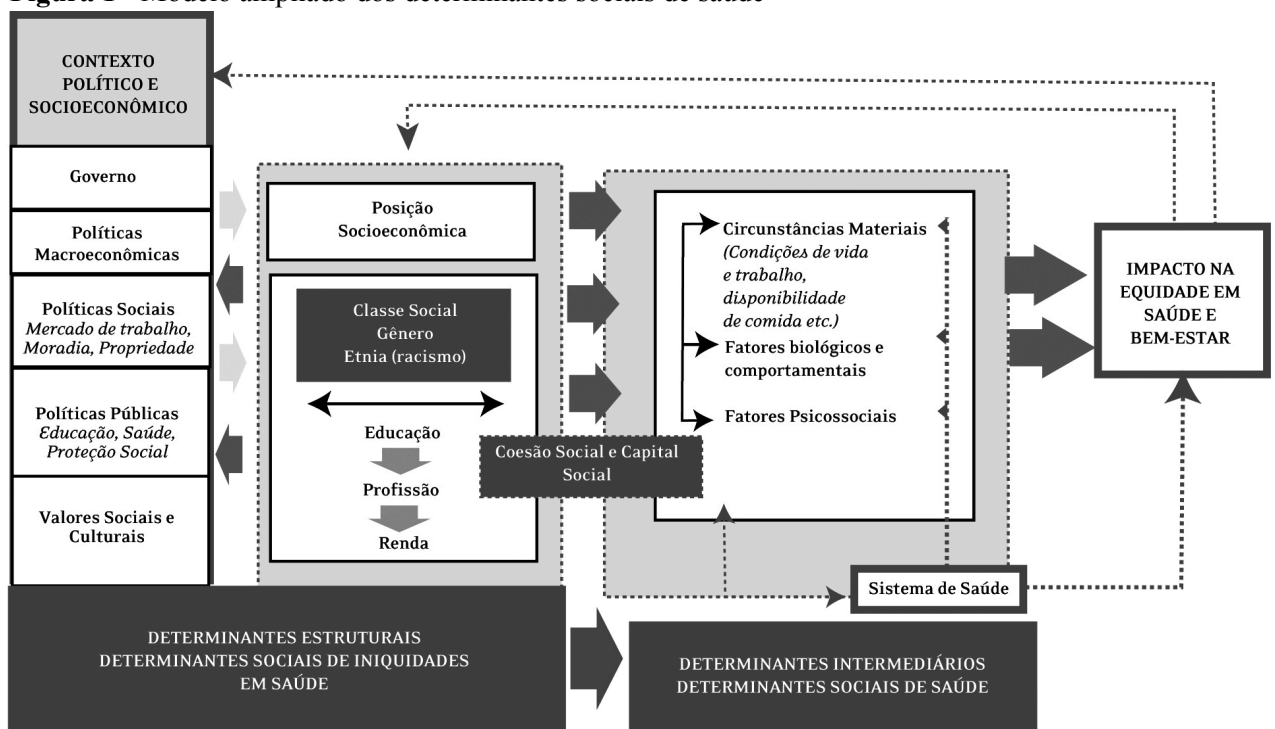
Os fatores essenciais identificados para a diminuição da morbimortalidade materna foram os determinantes socioeconômicos, culturais e ambientais (OPAS; OMS, 2011). Entretanto, em 2005, a Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS ampliou o conceito dos determinantes sociais de saúde ao apresentar uma proposta de modelo conceitual, que se distinguiu dos outros modelos pela ênfase no contexto político e nos determinantes sociais de iniquidades em saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Nota-se que o racismo não foi nomeado como um dos fatores essenciais para a redução da morte materna. OPAS e OMS (2011) orientavam no último plano de ação publicado que o setor saúde deveria organizar os serviços de saúde de modo a melhorar a atenção antes da gravidez, no pré-natal, parto e puerpério, tomando medidas concretas para essa diminuição.

Segundo o dicionário Michaelis, marginalizado é o que foi afastado ou excluído da sociedade ou de um grupo (MARGINALIZADO, 2015). Para as mulheres afrodescendentes, uma das causas da exclusão das mulheres tem sido o racismo, sendo necessário desenvolver estratégias para o seu enfrentamento, proporcionando equidade no acesso, atenção de melhor qualidade e, conseqüentemente, redução na morbimortalidade materna.

Solar e Irwin (2010) afirmaram que a lição mais significativa da estrutura conceitual dos determinantes sociais de saúde era que as intervenções para reduzir as iniquidades em saúde não deveriam se limitar aos determinantes intermediários, como condições de vida e trabalho. As intervenções também deveriam incluir políticas que enfrentassem os fatores estruturais produtores da hierarquização social associadas às vulnerabilidades em saúde, tais como o racismo e o gênero, reduzindo as disparidades entre os grupos, conforme pode ser visto na figura 1.

Figura 1 - Modelo ampliado dos determinantes sociais de saúde



Fonte: Extraído de Werneck (2016).

O sistema de saúde tem três obrigações ao enfrentar as iniquidades: a) garantir que os recursos sejam distribuídos entre as áreas em proporção às suas relativas necessidades; b) responder adequadamente às demandas de serviços de saúde de diferentes grupos e c) assumir a liderança no incentivo de uma abordagem mais estratégica para desenvolver políticas públicas de saúde, promovendo a equidade na saúde e justiça social (SOLAR; IRWIN, 2010).

Paralelamente, em 2000, a ONU realizou a Cúpula do Milênio para reverter os grandes problemas que emergiram nas conferências internacionais nos anos 1990. Elaborou-se a Declaração do Milênio, na qual os países-membros firmaram o compromisso mundial em combater a fome e a miséria, melhorar a saúde, educação, qualidade de vida e inclusão social e assegurar mais espaço às mulheres nas escolas, na política e no mercado de trabalho (BRASIL, 2004b, 2005f, 2007d, 2010a, 2013b).

Para tanto, foram acordados oito objetivos, conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com metas que deveriam ser alcançadas até 2015, tomando como base os dados de 1990. Os países poderiam propor metas nacionais, já que estas deveriam ser adequadas ao contexto de cada país ou região. Almejava-se o avanço do desenvolvimento inclusivo e equitativo nas sociedades por meio de oito objetivos (BRASIL, 2007d, 2010a, 2013b).

Durante o período de 2000-2015, novas metas e indicadores internacionais e nacionais foram acrescentados ou adaptados, na tentativa de evidenciar a necessidade de combater os processos que reproduziam as exclusões. Em 2005, o governo federal definiu compromissos mais ambiciosos em relação à saúde da mulher (objetivo 5). Apesar do lento processo, estabeleceram-se duas metas nacionais, promover acesso universal por ações de saúde sexual e reprodutiva e deter o crescimento da mortalidade por câncer de mama e de colo do útero (BRASIL, 2007d).

Destacou-se que a melhoria nos indicadores de saúde poderia esconder condições precárias de saúde de alguns indivíduos e grupos vulneráveis. Por isso, a análise dos dados relevantes deveria ser desagregada por renda, raça/cor, gênero e local de residência para que se verificassem as diferenças das condições de saúde dos grupos vulneráveis (BRASIL, 2007d).

O governo federal afirmou que o país havia registrado progressos importantes no cumprimento dos ODMs. O principal desafio era garantir que as metas seriam atingidas em todas as regiões e pelos diferentes grupos sociais, reduzindo as desigualdades entre países, regiões, mulheres e homens, brancos, negros e indígenas, ricos e pobres (BRASIL, 2007d, 2010a).

Apesar das declarações acima, os dados desagregados por raça/cor apresentados nos relatórios estavam relacionados à renda, escolaridade, mercado de trabalho, saneamento básico e moradia adequada. No que tange especificamente à saúde, somente um indicador nacional propôs a análise dos dados desagregados por raça/cor, distribuição percentual dos óbitos infantis por grupos de idade (0 a 6 dias; 7 a 27 dias; 28 a 364 dias) por causas selecionadas, por grandes regiões e por cor/raça.

A pesquisa “Condicionantes da mortalidade infantil segundo raça/cor no Estado de São Paulo, 1997/1998” mostrou que, em relação às consultas de pré-natal realizadas por mulheres negras e brancas, o dobro das mulheres negras declarou não ter feito consulta durante a gravidez (BRASIL, 2004b). Em 2003, o risco de morrer por tuberculose foi 1,4 vez maior para os pardos em comparação com os brancos e 3,3 vezes maior para os pretos em

relação aos brancos (BRASIL, 2005f). E em 2005, as doenças infecciosas atingiram três vezes mais as crianças indígenas do que as brancas (BRASIL, 2007d).

Nesse contexto, as principais iniciativas das agendas sociais no eixo saúde foram a universalização do atendimento qualificado, a interiorização dos programas de saúde e a expansão dos programas de prevenção e controle de doenças (BRASIL, 2010a; 2010b).

Uma importante ferramenta de gestão para o cumprimento dos ODMs foi a agenda de compromissos entre governo federal e municípios. Apesar dos indicadores brasileiros estarem razoáveis ou bons, ainda existiam fragilidades regionais e locais. Acreditava-se que a gestão administrativa com base nos ODMs traria avanços significativos para a população brasileira (BRASIL, 2013b).

Assim, duas agendas de compromisso foram pactuadas, 2009-2012 e 2013-2016. A plataforma dos ODMs permitiria o planejamento, execução e monitoramento dos programas federais nos três níveis de gestão. O diagnóstico local e o estabelecimento de metas anuais factíveis para os quatro anos do mandato municipal favoreciam a identificação das necessidades da população e, conseqüentemente, o cumprimento dos ODMs (BRASIL, 2013b). No quadro abaixo, apresentam-se as principais políticas públicas/programas federais relacionadas aos três objetivos do eixo saúde e os respectivos indicadores.

Quadro 3 - Eixo temático Saúde dos ODM, com descrição da política pública ou programa e indicador de monitoramento

ODM	Política Pública/Programa	Indicador
ODM 4 – Reduzir a mortalidade na infância	Atenção Básica à Saúde	Cobertura de atenção básica
	Mortalidade infantil	Porcentagem de óbitos infantis investigados
	Programa Nacional de Imunização	Cobertura vacinal com a vacina tetravalente (DTP+HIB) em crianças menores de 1 ano
ODM 5 – Melhorar a saúde materna	Rede Cegonha 1 - Pré-natal	Proporção de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal/ano
	Rede Cegonha 2 - Partos Normais	Proporção de partos normais
	Rede Cegonha 3 - Mortalidade Materna	Porcentagem de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e Aids	Proporção de pacientes HIV positivo com 1º CD 4 inferior a 200 cel/mm3

ODM 6 – Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças	Malária	Índice Parasitário Anual (IPA) da malária
	Dengue	Número de óbitos por dengue
	Tuberculose	Taxa de incidência de tuberculose

Fonte: Brasil (2013b).

Em 2015, a ONU reconheceu que os desafios para o desenvolvimento sustentável se mantinham e haviam se tornado mais complexos. Assim, para acelerar o ritmo do progresso iniciado por meio dos ODMs, buscando completar o que estes não alcançaram, particularmente para alcançar os mais vulneráveis, instituiu-se a Agenda 2030. Os objetivos do desenvolvimento sustentável (ODS) estabeleceram novas metas, a partir do equilíbrio das dimensões do desenvolvimento sustentável: econômica, ambiental e social (SÁ; BENEVIDES, 2019).

O eixo saúde da agenda 2030, que correspondia a três objetivos dos ODMs, foram agrupados no objetivo 3 do ODS, saúde e bem-estar, com treze metas a serem atingidas (SÁ; BENEVIDES, 2019). No quadro 4, apresentam-se as metas diretamente relacionadas à mortalidade materna.

Quadro 4 - ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades (meta da ONU, meta brasileira e indicadores brasileiros de monitoramento)

Meta ONU	Meta brasileira	Indicadores brasileiros
3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos	3.1 - Até 2030, reduzir a razão de mortalidade materna para no máximo 30 mortes por 100 mil nascidos vivos	3.1.1 - Razão de mortalidade materna (RMM)
		3.1.2 - Proporção de nascimentos assistidos por pessoal de saúde qualificado
3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais	3.7.1 - Taxa de fecundidade na adolescência (10 a 14 anos, 15 a 19 anos)
		3.7.2 - Proporção de mulheres que faziam uso de métodos para evitar a gravidez, na população de 18 a 49 anos de idade, que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses e ainda menstruam
		3.7.3 - Conhecimento a respeito de métodos anticoncepcionais

Fonte: Sá e Benevides (2019).

Em 2016, a razão de mortalidade materna (RMM) havia sido estimada em 64,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos, isto é, já apresentava um valor inferior à meta global, por isso, uma adequação foi proposta na meta 3.1. A meta brasileira foi ajustada para no máximo 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030 (SÁ; BENEVIDES, 2019).

Ressalto novamente a insuficiência dos marcadores raciais nos indicadores de saúde propostos pelas agendas internacionais. Apenas foram ajustados os indicadores para acompanhamento da meta 3.2: até 2030, enfrentar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. O cálculo das taxas de mortalidade neonatal e na infância deveriam ser calculadas para as categorias de crianças indígenas e quilombolas. Contudo, Sá e Benevides (2019), alertaram que o cálculo da taxa de mortalidade de crianças quilombolas podia ser inviável devido à inexistência de identificação da população quilombola no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

Os indicadores citados acima se propõem a analisar a redução da mortalidade neonatal e infantil, a partir da diminuição dos óbitos das crianças indígenas e quilombolas. Entretanto, ao não apresentar todas as categorias raciais/étnicas, não possibilita a análise das iniquidades raciais entre estes óbitos.

As barreiras estruturais e cotidianas incidem negativamente nos indicadores de saúde da população negra, como podem ser observadas nas altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e menor expectativa de vida (BRASIL, 2017a).

Outra crítica importante é quanto à coleta insatisfatória da categoria povos quilombolas, enquanto grupo étnico-racial, na maioria dos formulários dos sistemas de informação do SUS. Na ficha de cadastro individual da estratégia e-SUS APS, existe a possibilidade do registro quanto ao pertencimento às comunidades tradicionais nas informações sociodemográficas. Entretanto, o campo é de livre preenchimento e essa informação não é publicizada nos relatórios públicos do painel do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB).

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) busca promover a saúde integral da população negra, garantir o acesso da população negra às ações e serviços de saúde, contribuindo para a melhoria das condições de saúde e para redução das desigualdades étnico-raciais. A PNSIPN tem como marca o reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017a).

Esta política contempla um conjunto de estratégias que resgatam a visão integral do sujeito, levando em consideração gênero, orientação sexual, ciclos de vida entre outros. Por isso, a PNSIPN se estrutura por meio da transversalidade, compondo com as diversas políticas de saúde (BRASIL, 2017a). Todavia, a implementação da PNSIPN ocorre de maneira insatisfatória, nos três níveis de gestão. A política enfrentou e ainda enfrenta barreiras institucionais para a sua efetivação, que devem ser entendidas como a materialização do racismo institucional, como a demora na sua institucionalização e o não atrelamento de recursos financeiros à implementação no estado ou município.

Um levantamento realizado em 2019 pela SES de São Paulo e Universidade de São Paulo demonstrou que apenas 57 dos 5.570 municípios implementaram estratégias para enfrentar a desigualdade étnico-racial e combater o racismo institucional após dez anos de publicação da portaria. Alguns desafios elencados foram: o desconhecimento sobre a existência da política, sobre como o racismo permeia o âmbito da saúde, a falta de recursos públicos para a implementação da política e o próprio racismo institucional (EVANGELISTA, 2019).

O SIM ainda não foi adequado para identificar as crianças quilombolas, mesmo transcorridos dezesseis anos da aprovação da PNSIPN no Conselho Nacional de Saúde (CNS). O governo brasileiro falha em não aprofundar as questões raciais e não garantir a essa população o acesso universal e equânime aos serviços de saúde.

Nessa perspectiva, Santos, M. *et al.* (2020) alertam que a tomada de decisão deve se basear em informação, por isso, o quesito raça/cor deve constar em todos os sistemas de informação do SUS, devendo ser preenchido corretamente e as informações divulgadas. Porém, essa não é a realidade brasileira, cujo governo, mesmo durante uma pandemia, não coletou nem divulgou adequadamente tais dados. Assim, esse fato pode ser interpretado como a subjetividade do racismo institucional.

Santos, H. *et al.* (2020) destacam que a vigilância epidemiológica tem por objetivo transformar a informação em ação. A identificação do perfil epidemiológico de morbimortalidade é indispensável para o estabelecimento das políticas públicas voltadas para o enfrentamento de determinada enfermidade/evento. No tocante à população negra, deve-se considerar o histórico de ausência de direitos (GOES; RAMOS; FERREIRA, 2020).

Em junho de 2020, apenas cinco estados apresentaram, nos boletins epidemiológicos estaduais, a variável raça/cor em pelo menos uma das categorias de análise: casos de Covid-19, casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) hospitalizados por Covid-19

e óbitos por Covid-19. Porém, nos painéis de monitoramento estaduais, não havia a análise por raça/cor (SANTOS, H. *et al.*, 2020).

A dificuldade de mensurar o alcance da pandemia do Covid-19, na perspectiva da equidade, mostra a invisibilidade da temática racial no Brasil. Não há adesão dos profissionais em saúde para o preenchimento do campo raça/cor nem interesse na utilização dessas informações pela gestão, expressando mais uma vertente do racismo em sua multidimensionalidade (SANTOS, M. *et al.*, 2020).

Invisibilizar a raça/cor é um dos mecanismos de efetivação da estrutura necropolítica e produtor de iniquidades (injustas e evitáveis) em saúde. Observa-se na pandemia a negligência intencional do governo brasileiro no enfrentamento a esse evento, que se configura como mecanismo necropolítico do racismo estrutural e institucionalizado. A sociedade brasileira autoriza a máquina de fazer morrer do Estado ao não responsabilizá-lo pela morte de pessoas negras (SANTOS, H. *et al.*, 2020).

O Estado brasileiro promove a invisibilidade da população quilombola ao não dispor de dados atualizados que contemplem toda essa população (é preciso levar em consideração que nem todos moram no território, por exemplo, os jovens que estão estudando em outras cidades ou estados e não deixam de ser quilombolas). Destaca-se que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda não realizou o Censo Demográfico dessa população no país e, durante a pandemia, evidenciou-se a discrepância entre os números estimados pelo IBGE (e utilizado pelo MS) e o número informado pelas lideranças quilombolas no dimensionamento para a vacinação contra Covid-19.

Arruti *et al.* (2021) informam que a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras e Rurais Quilombolas (CONAQ) estima que o número de comunidades quilombolas seja cerca de seis mil. Entretanto, essa estimativa não foi sistematizada ou documentada por uma instituição governamental, apesar de ser obrigação do Estado fornecer informações acerca das condições de vida da sua população e em todos os recortes territoriais. A discrepância entre essas estimativas e contagens é reflexo de uma invisibilidade histórica, que se torna um obstáculo para a elaboração, monitoramento e avaliação de políticas adequadas ao atendimento dessas comunidades.

A subnotificação de casos, a ausência de dados epidemiológicos¹² e as dificuldades no

¹² Apenas, em março de 2021 o DATASUS informou que seriam incluídos no e-SUS Notifica novos campos relacionados aos povos e comunidades tradicionais, em cumprimento da decisão proferida nos autos da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 742/2021, na qual o Plenário do Supremo Tribunal Federal determinou a inclusão, no registro dos casos de Covid-19, a opção de informar se a pessoa é membro de povo ou comunidade tradicional (DATASUS, 2021).

acesso às consultas e exames demonstram a negligência do Estado a uma atenção específica em relação às comunidades quilombolas. Por isso, a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ), juntamente com o Instituto Socioambiental (ISA), construíram um observatório da Covid-19¹³, Quilombo Sem Covid-19, para medir o impacto da pandemia nestes territórios. A iniciativa foi das próprias organizações quilombolas, em parceria com universidades e organizações da sociedade civil, de forma colaborativa e autônoma, enfrentando dificuldades como acesso à internet e repasse de informações atualizadas (CONAQ; ISA, 2021).

Conforme alertou a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial¹⁴, a dimensão programática do racismo institucional caracteriza-se:

pela dificuldade em reconhecer o racismo como um dos determinantes das iniquidades no processo saúde-doença-cuidado e morte; falta de investimentos em ações e programas específicos de identificação de práticas discriminatórias; dificuldade na adoção de mecanismos e estratégias de não discriminação, enfrentamento e prevenção do racismo; **ausência de informação adequada sobre o tema**; falta de investimentos na formação específica de profissionais; **dificuldade em priorizar e implementar mecanismos e estratégias de redução das disparidades e promoção da equidade** (BRASIL, 2011c, p. 9, grifo da autora).

O que se deseja retratar é que tanto o cenário internacional quanto nacional atuam em sinergia com a perspectiva do racismo estrutural e da necropolítica (MBEMBE, 2018). No Brasil, podem ser consideradas como estratégias da política de morte as políticas públicas que tem apenas um caráter universal e não reconhecem o racismo como um dos determinantes sociais da saúde, a ausência do quesito raça/cor ou outras categorias de autoidentificação (ex.: quilombolas) nos instrumentos dos sistemas de informação, a incompletude dos dados e a falta de transparência sobre eles.

1.3 Linha do tempo do caso Alyne Pimentel e das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para equidade racial

Para a apresentação deste item, foi elaborada uma linha do tempo contendo informações quanto ao ano, o acontecimento e considerações importantes sobre o “Caso Alyne Pimentel”, além de informações sobre o cenário internacional e nacional das Políticas

¹³ Disponível em: <https://quilombossemcovid19.org/>.

¹⁴ A Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR) foi criada, em 2003, devido às demandas do Movimento Negro e organização de mulheres negras, como órgão assessor da Presidência da República, sendo transformada em Ministério em 2010. Na reforma administrativa (em resposta à crise), a SEPPPIR passou a compor o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, em 2015. Atualmente, pertence ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH).

Públicas de Saúde para a redução da mortalidade materna e para a equidade racial, como pode ser observado no quadro 5.

Optei em não apresentar novamente as conferências internacionais relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, visto que foram apresentadas na subseção 1.1. Essa linha do tempo tem a finalidade de traçar paralelos possíveis para uma melhor compreensão do tema, e por isso, ela não o esgota. O processo de construção da política de atenção à saúde da população negra, seus principais avanços e retrocessos, será apresentado no anexo A, não por menos relevância desta, porém, devido a limitação do formato escolhido para apresentar a linha do tempo.

Quadro 5 - Linha do tempo do caso Alyne Pimentel e das políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna e para equidade racial

Ano	Acontecimento	Considerações importantes
1965	Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial	Em 1965, os Estados partes acordaram um dos principais tratados internacionais em relação aos Direitos Humanos. Os Estados partes comprometem-se a tomar as medidas imediatas e eficazes, principalmente no campo do ensino, educação, saúde, cultura e informação, para lutar contra os preconceitos que levem à discriminação racial. O Brasil promulgou a Convenção, por meio do Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969, tendo sido ratificada no ano anterior (BRASIL, 1969).
1979	Convenção sobre Eliminação de Todas as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW, em inglês)	Primeiro tratado internacional a dispor de maneira ampla sobre os direitos humanos das mulheres, tendo como instrumentos o Comitê sobre a Eliminação da Discriminação das Mulheres. O artigo 1º definiu a “discriminação contra a mulher” como sendo: “toda distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher, independentemente de seu estado civil, com base na igualdade do homem e da mulher, dos direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural e civil ou em qualquer outro campo” (ONU, 1979, p. 3).
1983/ 1984	Implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)	Proposta de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços. Ofereceu atividade de assistência integral clínico-ginecológica e educativa, oferecendo assistência para concepção e contracepção e assegurando a assistência ao pré-natal, parto e puerpério. Abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade. Objetivava também o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário (BRASIL, 2004c).
1984	Brasil ratifica a Convenção sobre a Eliminação de Todas	Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984, promulgou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, de 1979, com reservas a alguns artigos. Em 6 de junho de

	as formas de discriminação contra as mulheres (CEDAW)	2002, o Congresso Nacional aprovou o texto do Protocolo Facultativo à Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, passando a vigorar o decreto nº 4.316, de 30 de julho de 2002 (BRASIL, 2002a).
1987	Conferência Internacional sobre Mortalidade Materna sem Risco em Nairóbi	Definição da iniciativa da Maternidade Segura, que identificou a redução da mortalidade materna como uma meta global de saúde pública (COOK, 2013; REIS; PEPE; CAETANO, 2011).
	Implantação dos Comitês de Investigação da Morte materna	Os comitês de morte materna têm o objetivo de analisar os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para a sua redução, é um importante instrumento de acompanhamento e avaliação das políticas de atenção à saúde da mulher. Os primeiros Comitês Municipais foram no Estado de São Paulo. Em seguida, o processo ocorreu nos estados do Paraná, Goiás e Rio de Janeiro. Apenas em 2005, todos os comitês estaduais foram implantados (BRASIL, 2007a).
1990	23ª Conferência Sanitária Pan Americana em Washington	Os países assumiram o compromisso de formular seus planos nacionais de redução da mortalidade materna firmando até o ano 2000, a meta de reversão em, pelo menos, 50% da mortalidade materna (PAHO; WHO, 1990).
1991/ 1993	Criação da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre Esterilização em massa de mulheres no Brasil	Em 1991, por pressão do movimento de mulheres negras e do requerimento da deputada Benedita da Silva, foi criada a CPMI destinada a examinar a “incidência de esterilização em massa de mulheres no Brasil”. O relatório final publicado em 1993 reconheceu que havia um processo de esterilização em massa das mulheres. Denunciou-se o interesse de governos e organismos internacionais em executar políticas de controle demográfico no país e a omissão do governo brasileiro (não investigada as ações internacionais). Entretanto, a CPMI não acreditou na denúncia das mulheres negras quanto à maior incidência da esterilização nos corpos das mulheres negras, um dos efeitos do racismo no Brasil (BRASIL, 1993; LÓPEZ, 2016; ROLAND, 1995).
1994	Comissão Nacional de Mortalidade Materna	Ao ser criada a Comissão Nacional de Morte Materna foi composta por representantes de organizações governamentais, sociedades científicas, movimento de mulheres e técnicos de notório saber (BRASIL, 2007a).
1995	Marcha Zumbi dos Palmares contra o Racismo, pela Cidadania e pela vida	Reuniu em Brasília cerca de 30 mil manifestantes. Foi entregue ao Presidente, Fernando Henrique Cardoso, o Programa de Superação do Racismo e da Desigualdade Racial. Com o objetivo de incluir a população negra nas políticas públicas, enfocando a desigualdade socioeconômica e o baixo orçamento público destinado à população negra (FIGUEIREDO, 2018).

1996	Planejamento Familiar	A lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Entende-se por planejamento familiar, o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal (BRASIL, 1996).
	Projeto Maternidade Segura	Projeto de credenciamento de instituições que promovessem a assistência integral à saúde da mulher e da criança, com o objetivo principal de elevar a qualidade de atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade. Parceria do Ministério da Saúde (MS), Febrasgo ¹⁵ , UNICEF ¹⁶ , OPAS ¹⁷ e UNFPA ¹⁸ (BRASIL, [1996?]).
	Criação do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para Valorização da População Negra	Após a Marcha Zumbi dos Palmares, no ano anterior, as questões de saúde da população negra passaram a fazer parte da agenda da gestão pública, principalmente, devido à vinculação do racismo com as vulnerabilidades em saúde. O GTI para a Valorização da População Negra foi criado para formular propostas de ação governamental (WERNECK, 2016). O GTI não foi efetivamente institucionalizado, não recebeu recursos financeiros, tornando-se inativo pouco tempo depois (LÓPEZ, 2012).
	Inserção do quesito raça/cor na Declaração de Nascido Vivo e de Óbito e elaboração da Resolução 196/96	Os sistemas nacionais de informação sobre mortalidade (SIM) e nascidos vivos (SINASC) passam a constar da informação sobre raça/cor. A resolução nº 196/96 versa sobre as Normas de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos, sendo inserido o quesito raça/cor nos dados de identificação dos sujeitos das pesquisas, possibilitando as pesquisas apresentarem seus dados com o recorte racial (LOPES; WERNECK, 2010; LÓPEZ, 2012).
1998	Aprovação dos atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do Ministério da Saúde	O parágrafo único do art. 2º da Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998, aprovou os atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do MS, a partir de 1999. A raça/cor, de acordo com os atributos adotados pelo IBGE, foi definida como dado complementar para o reconhecimento do indivíduo assistido. Como também o grau de escolaridade, a situação no mercado de trabalho, a ocupação e o ramo de atividade econômica (BRASIL, 1999).
1999	Recomendação Geral sobre a saúde das mulheres pela CEDAW	“É uma obrigação para os Estados Partes garantirem o direito da mulher a serviços de maternidade e de emergência de obstetrícia seguros, e que eles devem atribuir a esses serviços a extensão máxima dos seus recursos disponíveis” (CEDAW, 1999, p. 5).
2000	Declaração do Milênio das Nações	O ODM 5, melhorar a saúde materna tinha como meta: reduzir a mortalidade materna em ¾ entre 1990 e 2015, aumentar a

¹⁵ Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

¹⁶ Fundo das Nações Unidas para a infância.

¹⁷ Organização Panamericana da Saúde.

¹⁸ Fundo das Nações Unidas para a População.

	Unidas em Nova Iorque	percentagem de partos assistidos por profissionais de saúde qualificados e melhorar a cobertura do atendimento pré-natal (COOK, 2013).
	Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento	Instituído pelo MS por meio da Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000, o objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002b).
2000/2001	Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) sobre a Mortalidade Materna	Publicação do Relatório da CPI da Mortalidade Materna em 2001, com o perfil das mortes maternas no país, suas causas, condicionantes e apontando recomendações para eliminar o problema (BRASIL, 2001). López (2016) denuncia que há um discurso de subvalorização da dimensão racial das mortes maternas no Brasil no relatório da CPI, devido às ideologias da mestiçagem quanto à falta ou à fragmentariedade dos dados epidemiológicos que contemplem o quesito cor. A dimensão racial parece se resumir a “algumas doenças de predominância racial” que afetam as mulheres negras.
2001	III Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas	As mulheres negras foram protagonistas na conferência, elas contribuíram nos diversos documentos elaborados. As organizações do movimento negro desenvolveram intenso esforço de preparação e mobilização para as reuniões preparatórias. Em 2000, ocorreram em Santiago, Chile, a Conferência Cidadã e a Conferência Regional das Américas. Em julho de 2001, ocorreu em Brasília, a Conferência Nacional (WERNECK, 2016; CARNEIRO, 2018; SILVA <i>et al.</i> , 2009). Os países tiveram dificuldade em alcançar um consenso quanto à problemática étnico/racial. A Conferência Mundial foi marcada por disputas e conflitos, por isso a aprovação da Declaração e do Plano de Ação da Conferência foi considerada uma vitória. Colocou-se a necessidade de uma intervenção decisiva nas condições de vida das populações historicamente discriminadas (CARNEIRO, 2018).
2002 (nov.)	Óbito de Alyne Pimentel	Será descrito na seção a seguir 1.4.
2003 (fev.)	Registro de ação indenizatória contra o sistema de saúde por danos morais e materiais	Marido de Alyne Pimentel registrou ação indenizatória por danos morais e materiais. Ele solicitou tutela antecipada (mecanismo judicial para que o juiz antecipe os efeitos protetivos de uma decisão), e foi negada em dois momentos (CEDAW, 2011).
2003	Notificação compulsória do óbito materno	A Portaria nº 653/GM/MS, de 28 de maio de 2003, estabeleceu que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória para a investigação dos fatores determinantes e as possíveis causas destes óbitos, assim como para a adoção de medidas que possam evitar novas mortes maternas. Definiu-se como

		obrigatória a investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil cujas causas possam ocultar o óbito materno (BRASIL, 2003; 2007a).
	Criação da Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)	Alguns objetivos da SEPPIR eram: formulação, coordenação e articulação de políticas para a promoção da igualdade racial, de políticas de ação afirmativa, da proteção de direitos de indivíduos e grupos raciais afetados pela discriminação racial, com ênfase na população negra. Ela estava vinculada diretamente à Presidência da República e com status de ministério (SILVA <i>et al.</i> , 2009).
	Criação do Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial (CNPIR)	Órgão colegiado de caráter consultivo vinculado à SEPPIR, tinha como missão propor políticas de combate ao racismo, ao preconceito e à discriminação e de promoção da igualdade racial. Ainda em 2003, houve a publicação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (SILVA <i>et al.</i> , 2009).
2004	Criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra	O comitê foi formalizado pela portaria nº 1.678/GM, de 13 de agosto de 2004, com a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS (BRASIL, 2017a).
	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	O Pacto foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Os princípios norteadores eram a melhoria da atenção obstétrica e neonatal e o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças. Estabeleceu-se a meta de reduzir em 15% os índices de mortalidade materna e neonatal até 2006, e em 75% até 2015, foram selecionados 78 municípios para serem apoiados financeiramente (BRASIL, 2004a; REIS; PEPE; CAETANO, 2011). Depois houve publicação de outra portaria instituindo a Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).
	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	Este documento incorporou o enfoque no gênero, reconhecendo que o ser mulher é uma construção social, histórica e cultural, extrapolando o biológico. Tinha como princípios orientadores a integralidade e a promoção da saúde, e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004c).
2004	Plano Nacional de Saúde (2004-2007)	Uma das medidas aprovadas no Plano Nacional de Saúde para a Promoção da equidade na atenção à saúde da população negra foi a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados (BRASIL, 2004d).

2005/ 2007	Programa de Combate ao Racismo Institucional	O objetivo principal era contribuir para a redução das iniquidades raciais em saúde, colaborando na formulação, implementação, avaliação e monitoramento de políticas que promovessem a igualdade racial no SUS (SILVA <i>et al.</i> , 2009).
2005	Publicação do documento "Saúde da população negra no Brasil: contribuição para a promoção da equidade"	A(O)s pesquisadora(e)s negra(o)s trabalharam apenas com dados oficiais sobre desigualdades raciais em saúde e iniquidades, com o objetivo de demonstrar que era possível trabalhar com os dados a partir do quesito raça/cor. Na apresentação para os técnicos do MS foi questionado sobre a posição do MS em não realizar análises desagregadas por raça/cor, devido a incompletude do preenchimento. Os pesquisadores negros demonstraram que era possível fazer essa análise. Houve bastante desconforto. E então, em 2006, a Secretaria de Vigilância em Saúde publicou o livro "Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde", apresentando pela primeira vez os dados desagregados por raça/cor (LOPES, 2020).
	Política Nacional dos Direitos sexuais e direitos reprodutivos	Segundo Brasil (2005a), as propostas e diretrizes para 2005-2007 eram: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS; atenção em reprodução humana assistida no SUS; atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens; atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão; implantação de serviços para atenção às vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada as situações de abortamento.
	Aquisição centralizada de anticoncepcionais	Teve início em 1997, porém com o processo de descentralização do SUS, a aquisição centralizada foi interrompida, retornando em 2005 (BRASIL, 2005a).
	Norma Técnica Atenção Humanizada ao abortamento	Guia para apoiar profissionais e serviços de saúde e introduzir novas abordagens no acolhimento e na atenção, com vistas a estabelecer e a consolidar padrões culturais de atenção com base na necessidade das mulheres, buscando, assim, assegurar a saúde e a vida (BRASIL, 2005b).
	Lei de acompanhante no parto	A Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005, determinou que os serviços de saúde ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente (será indicada por ela), de um(a) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c).
2006	Pacto pela Saúde/Pacto pela Vida	A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, divulgou o Pacto pela Saúde. Na perspectiva de superar as dificuldades, de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão, apresentava três componentes, o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida apresentou os seguintes objetivos e metas para a redução da mortalidade materna: - Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna (RMM); - Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto;

		<p>- Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam as necessidades dos locais de parto (BRASIL, 2006b).</p> <p>Reis, Pepe e Caetano (2011) destacam que o Pacto pela Saúde tornou obrigatória a inclusão dessas ações nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, firmando o compromisso dos gestores com o alcance das metas pactuadas.</p>	
	Reconhecimento da existência do racismo institucional	<p>Durante o II Seminário Nacional de Saúde da População Negra, o ministro, Agenor Álvares, reconheceu publicamente a existência do racismo institucional no SUS (LOPES; WERNECK, 2010).</p>	
	Mobilização Nacional Pró-Saúde da População Negra ¹⁹	<p>Movimento Negro passou a ser membro no segmento usuários no CNS</p>	<p>Foram eleitas para o período 2006/2009, a Articulação de Ongs de Mulheres Negras Brasileiras e como suplentes, a Coordenação Nacional das Entidades Negras e o Congresso Nacional Afro-Brasileiro (LOPES; WERNECK, 2010; LOPES, 2020).</p>
		<p>Aprovação da PNSIPN no CNS</p>	<p>Importante ato político organizado pelo movimento negro para mobilizar a aprovação da política, pois haviam resistências contrárias à aprovação. Iniciou-se 15 dias antes da reunião do CNS. Em novembro de 2006, o CNS aprovou por unanimidade a PNSIPN (LOPES; WERNECK, 2010).</p>
2006 (set.)	Processo de ação indenizatória pela morte de Alyne Pimentel	<p>Após 3 anos e 10 meses, o poder judiciário designou um médico para dar um parecer no processo de ação indenizatória pela morte de Alyne Pimentel. Até esta data não havia acontecido nenhuma audiência (CEDAW, 2011).</p>	
2007	Submissão do Caso Alyne Pimentel ao Comitê CEDAW	<p>A representação alegou que Alyne Pimentel foi vítima de uma violação de seu direito à vida e à saúde, de acordo com os artigos 2º e 12º da CEDAW pelo Estado-parte. A Convenção e o Protocolo Opcional entraram em vigor no Brasil em 2 de março de 1984 e 28 de setembro de 2002, respectivamente (CEDAW, 2011).</p>	
	Vinculação da gestante à maternidade passa a ser lei	<p>A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, estabelece que toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto e ao serviço no qual será atendida nos casos de intercorrência obstétrica. Importante destacar que em casos de comprovação de falta de aptidão técnica e pessoal da maternidade, é responsabilidade do SUS realizar a transferência segura da gestante (BRASIL, 2007b, grifo da autora).</p>	

¹⁹ A partir de 2006, o dia 27 de outubro passa a ser o Dia Nacional de Mobilização Pró-Saúde da População Negra.

2008	<p>Pacto de Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e na Amazônia Legal 2009-2010 (grifo da autora)</p> <p>Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal</p> <p>Regulamentação da vigilância do óbito materno</p> <p>Relatório de Avaliação dos Objetivos do Milênio</p>	<p>Dados do IBGE e um estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) demonstraram que as desigualdades regionais no território brasileiro poderiam ser superadas focando os investimentos em quatro problemas: taxa de mortalidade infantil, taxa de analfabetismo, precária estrutura para os agricultores familiares e falta do Registro Civil. Firmou-se um Protocolo de Cooperação Federativa para execuções de ações cooperadas e solidárias com o objetivo de acelerar a redução da desigualdade nessas regiões (BRASIL, 2010b).</p> <p>A RDC²⁰ n° 36, de 3 de junho de 2008, estabeleceu os padrões para o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente (BRASIL, 2008a).</p> <p>A portaria n° 1.119, de 5 de junho de 2008, regulamentou a vigilância de óbitos maternos, confirmados ou não, independentemente do local de ocorrência. Ela determina o fluxo para a declaração de óbito (DO), roteiro para a investigação do óbito e a realização de busca ativa diária de óbitos maternos e de mulher em idade fértil pelo Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (BRASIL, 2008b). Apesar da investigação do óbito ter sido regulamentada em 2008, apenas no primeiro trimestre de 2010, foi incluído o quesito raça/cor nos formulários de investigação da morte materna. Essa inclusão permitiu uma compreensão mais adequada das desigualdades raciais pelos Comitês de investigação da mortalidade materna (KALCKMANN <i>et al.</i>, 2010).</p> <p>O relatório apontou que de todos os objetivos de desenvolvimento do milênio, o objetivo 5, reduzir em $\frac{3}{4}$ a RMM entre os anos de 1994-2015, foi o que teve menos progresso (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).</p>
2009	Institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	A aprovação da PNSIPN no CNS aconteceu em novembro de 2006, porém, a pactuação na CIT aconteceu apenas em abril de 2008. O MS não deu celeridade ao processo de institucionalização da política, que foi instituída por meio da portaria n° 992, de 13 de maio de 2009 (BATISTA <i>et al.</i> , 2020). O principal objetivo da política é “promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e discriminação nas instituições e serviços do SUS ” (BRASIL, 2017a, p. 24, grifo da autora).
2010	Estatuto da Igualdade Racial	Em 2010, com a aprovação da Lei n° 12.288, a PNSIPN passa a ter força de lei. A operacionalização das estratégias e ações para a implementação da política foi pactuada nos planos operativos e inserida no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual, com previsão orçamentária na Lei Orçamentária (BATISTA <i>et al.</i> , 2020).

²⁰ Resolução da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária.

		Os artigos alusivos à saúde da população negra e a PNSIPN se encontram no Título II – Dos Direitos Fundamentais/Capítulo I – Do Direito à Saúde/Artigos 6º, 7º e 8º (UNFPA, 2016).
24 jun. 2011	Rede Cegonha (RC)	A RC consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).
25 jul. 2011	Comitê CEDAW condenou o Estado brasileiro	O Estado parte violou suas obrigações dispostas no artigo 12º (em relação ao acesso à saúde), no artigo 2º (c) (em relação ao acesso à justiça), e no artigo 2º (e) (em relação à obrigação de devida diligência do Estado parte de regular as atividades de provedores privados de saúde), em conjunção com o artigo 1 da Convenção, levando também em conta as Recomendações Gerais nº 24 e 28 (CEDAW, 2011). As recomendações da CEDAW serão destacadas na seção 6.
2013	Decisão de mérito (indenização da família)	É importante frisar que o Estado já havia sido condenado internacionalmente pela ONU e uma das recomendações era a indenização da família (LÓPEZ, 2016).
	Criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI)	A Portaria Interministerial nº 2, de 18 de março de 2013, criou o GTI. Este grupo apresentou um relatório demonstrando as ações realizadas pelo governo brasileiro para atender às recomendações do Comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel, melhorando a saúde da mulher e da criança em todo território nacional (BRASIL, 2014b).
2014 (mar.)	Pagamento da indenização a mãe de Alyne Pimentel	No dia 25 de março de 2014 houve uma cerimônia em que o governo federal reconheceu publicamente a responsabilidade do Estado brasileiro na morte de Alyne Pimentel, vítima de violação de direitos humanos (BRASIL, 2014a).
2015	Marcha das Mulheres Negras	Reuniu cerca de 35 mil mulheres, que gritavam em coro: "Nós, mulheres negras, exigimos um novo projeto civilizatório!". Elas denunciavam que o racismo e o sexismo perpetuam a violência contra a mulher negra por meio de um projeto ideológico e político, que mantém intactas as hierarquias raciais e de gênero. Algumas demandas da Carta das Mulheres Negras eram direito à vida e à liberdade, promoção da igualdade racial, direito ao trabalho, educação e cultura, direito à justiça e à moradia (FIGUEIREDO, 2018).
2017	Preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos SUS	O MS atualizou as disposições sobre o preenchimento do quesito, em todos os sistemas de informações do SUS, conforme a Portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017 (BRASIL, 2017b).

Projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (ÁPICE ON)	O projeto é uma iniciativa do MS em parceria com a EBSEH ²¹ , ABRAHUE ²² , MEC ²³ e IFF/FIOCRUZ ²⁴ , tendo a Universidade Federal de Minas Gerais como instituição executora. O objetivo é disparar movimentos para mudanças nos modelos tradicionais de formação, atenção e gestão junto aos hospitais de ensino. Estratégia de indução e articulação de ações para promover a qualificação de serviços, com foco em hospitais com atividades de Ensino, tornando-os referência nas melhores práticas de atenção - cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal (BRASIL, 2017c).
--	---

Fonte: Elaboração da autora.

No âmbito da saúde suplementar, destacam-se as iniciativas que estimulam a mudança no modelo de atenção ao parto e nascimento, incentivando a adoção de boas práticas que valorizem o parto normal, reduzindo, assim, o percentual de cesarianas desnecessárias. Em 2015, teve início o Projeto Parto Adequado, da Agência Nacional Suplementar (ANS) em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e o *Institute for Healthcare Improvement*. Em 2019, foi lançada a Campanha Nacional e o Movimento pelo Parto Adequado, que tem como objetivo promover a disseminação das estratégias de melhoria da qualidade da atenção do parto e nascimento em grande escala, com possibilidade de inclusão de todas as maternidades e operadoras do país (BRASIL, 2021).

1.4 Alyne Pimentel - condenada à morte materna por ser mulher negra e periférica

Antes de apresentar os fatos que tornaram a morte de Alyne Pimentel um caso emblemático pelo qual o Brasil foi condenado, optei por apresentar uma história fictícia sobre Alyne. A sociedade tende a desumanizar as pessoas negras e, quando elas morrem, tornam-se um número, uma estatística. O olhar da sociedade forjou-se a partir de mais de 350 anos de escravidão dos negros africanos.

Historicamente, a sociedade brasileira trata as pessoas negras com desprezo e desumanidade. O processo de escravidão, o processo de eugenia, a promoção da miscigenação e do embranquecimento, a inexistência de políticas (econômicas, sociais e de educação) para a

²¹ Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares.

²² Associação Brasileira de Hospitais Universitário e de Ensino.

²³ Ministério da Educação.

²⁴ Instituto Fernandes Figueira/Fundação Oswaldo Cruz

inclusão dos negros na sociedade pós abolição, o mito da democracia racial e, atualmente, o genocídio dos jovens negros são alguns exemplos.

As mortes maternas têm rosto, história e, na maior parte dos casos, são de mulheres que moram na periferia ou zona rural. Alyne teve sua vida abruptamente interrompida, ela tinha desejos, sonhos e preocupações. Assim, peço licença para apresentá-la.

Alyne Pimentel era mulher negra, 28 anos, casada, residente de Belford Roxo, Rio de Janeiro (RJ). Alyne morava com seu companheiro e sua filha de 5 anos numa casa amarela na esquina da rua onde cresceu. Apesar de não ter concluído os estudos, pois precisou trabalhar cedo, ela desejava voltar a estudar, mas sabia que teria que esperar um pouco mais, já que estava grávida de seis meses. Alyne já estava acima do peso quando engravidou e, por isso, a médica lhe deu algumas recomendações. Ela seguia as que eram possíveis, nem sempre o dinheiro dava para tudo.

Ela gostava de ouvir som no rádio da cozinha, gostava quando os ouvintes pediam músicas da Marrom, Beth Carvalho e Jovelina Pérola Negra, ela sonhava em ir em um show em Madureira. No final de semana, o que ela gostava mesmo de ouvir era Pixote, os Travessos, Sorriso Maroto, Katinguelê e outros grupos de pagode. No domingo, os vizinhos sempre faziam um pouco de música na rua mesmo.

Para fazer os exames ela tinha que atravessar a cidade. Sua mãe ajudava da forma que podia. Sua filha mais velha gostava de fazer carinho na sua barriga e pedia para a irmãzinha vir logo brincar com ela. Mesmo com todas as dificuldades — falta de vaga na creche, aumento do aluguel, o medo de ter dengue —, Alyne não deixava de lutar e acreditar que as coisas iriam melhorar. Naquele ano haveria eleições presidenciais e, quem sabe, os menos favorecidos agora tivessem uma chance. Ela estava feliz, a seleção brasileira tinha conquistado a copa e era pentacampeã. Ela adorava futebol, sabia o nome de todos os jogadores, os dias dos jogos, sofria a cada jogo. Ela não esqueceria do momento em que Cafu, capitão da seleção, ergueu a taça.

A descrição do caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira será apresentada abaixo com base nos fatos apresentados por sua mãe ao Comitê CEDAW, representada pelas instituições *Center for Reproductive Rights* e *Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos*, enviada em 30 de novembro de 2007. A comunicação individual do caso foi possível porque o Brasil promulgou a Convenção e o Protocolo Opcional em 1984 e 2002, respectivamente (CEDAW, 2011).

Em 11 de novembro de 2002, Alyne Pimentel estava com seis meses de gravidez e foi ao centro de saúde, Casa de Saúde Nossa Senhora da Glória, de Belford Roxo/RJ, com náusea

severa e dor abdominal. O obstetra-ginecologista que a atendeu prescreveu medicação anti-náusea, vitamina B12, uma medicação local para infecção vaginal e marcou um exame de sangue de rotina e um exame de urina para ser realizado dois dias depois. Apesar de ter tomado os medicamentos prescritos, sua condição de saúde piorou. No dia 13 de novembro, ela retornou ao centro de saúde junto com sua mãe, e solicitou atendimento antes da análise de sangue e urina agendada. Foi admitida às 8h25 e encaminhada para a ala de maternidade. Ao ser atendida por outro médico, as batidas do coração fetal não foram detectadas, sendo confirmado o óbito às 11h por um ultrassom (CEDAW, 2011).

O parto do feto natimorto de 27 semanas foi induzido por volta das 14h e se concluiu às 19h55. Alyne ficou desorientada imediatamente após fazê-lo, sua condição continuou a piorar apresentando hemorragia severa, vômitos de sangue, baixa pressão sanguínea, desorientação prolongada, fraqueza física e incapacidade de ingerir comida. Só após mais ou menos 14 horas (já no dia 14 de novembro) depois do parto, ela foi submetida a uma cirurgia de curetagem para remover partes da placenta e resíduos. A casa de saúde mentiu sobre o estado de saúde de Alyne para sua família, que acreditou nos profissionais e por isso não a visitou (CEDAW, 2011).

No dia 15 de novembro, Alyne ficou mais desorientada. Continuava com a pressão baixa, a vomitar, com hemorragia e dificuldade para respirar. Foi realizada uma punção abdominal, mas não encontraram sangue. Ela recebeu oxigênio, cimetidina, manitol, decadron e antibióticos. Os médicos explicaram para sua mãe que seus sintomas eram consistentes com os sintomas de uma mulher que não realizou as consultas de pré-natal e que ela precisava de uma transfusão de sangue. Às 13h30, os funcionários pediram para a mãe de Alyne os registros de pré-natal desta, pois não conseguiam encontrar no centro de saúde (CEDAW, 2011).

Hospitais públicos e privados com infraestrutura superior foram contatadas no intuito de transferir Alyne. Apenas o Hospital Municipal Geral de Nova Iguaçu (HGNI) tinha vaga disponível, mas se recusou a utilizar sua única ambulância para transportá-la naquele momento. Sua mãe e seu marido não conseguiram obter uma ambulância privada, e Alyne teve que esperar em condições críticas por oito horas, com manifestação de sintomas clínicos de coma nas últimas duas horas (CEDAW, 2011).

Às 21h45, Alyne chegou no HGNI com dois médicos e seu marido. Ela estava com hipotermia, tinha dificuldade respiratória aguda e apresentava um panorama clínico compatível com coagulação intravascular disseminada. Sua pressão sanguínea caiu a zero, e ela foi ressuscitada. O hospital a colocou em uma área de improviso no corredor da sala de

emergência porque eles não tinham leitos de Unidade de Terapia Intensiva disponíveis, visto que a Casa de Saúde não havia informado a severidade do caso. Os médicos não levaram os registros médicos dela durante a transferência para o hospital municipal, então deram um breve resumo oral de seus sintomas (CEDAW, 2011).

No dia 16 de novembro de 2002, a mãe de Alyne a visitou e a encontrou pálida, com sangue na boca e nas roupas. O hospital solicitou à mãe que buscasse os registros médicos de Alyne no centro de saúde, que questionou o porquê desta solicitação dos registros. Alyne morreu às 19h do dia 16 de novembro. Uma autópsia determinou que a causa oficial da morte foi hemorragia digestiva. De acordo com os médicos, esta resultou do parto do feto natimorto. Em 17 de novembro de 2002, a pedido do hospital, a mãe de Alyne foi novamente ao centro de saúde pegar os documentos médicos de sua filha e foi informada pelos médicos deste serviço que a causa da morte da filha foi devido ao feto já estar morto no útero por vários dias (CEDAW, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar as políticas públicas de saúde no SUS para a redução da mortalidade materna de mulheres negras no Brasil, no período 2002-2019.

2.2 Objetivos específicos

- Examinar as políticas públicas de saúde no SUS direcionadas à redução da mortalidade materna;
- Compreender os desdobramentos nas políticas públicas de saúde no SUS para a redução da mortalidade materna das mulheres negras após a condenação internacional da morte materna de Alyne Pimentel em 2002;
- Apontar a contribuição das mulheres negras para a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos a partir do caso Alyne Pimentel.

3 MARCOS TEÓRICOS

“Nossos passos vêm de longe”
Fernanda Carneiro

Nesta seção serão apresentadas as principais concepções teóricas que sustentam esta pesquisa.

3.1 Interseccionalidade

Em 1979, Lélia Gonzalez já denunciava a tripla discriminação que as mulheres negras no Brasil sofriam. Para a autora, os estereótipos gerados pelo racismo e sexismo as colocam no nível mais alto da opressão, dificultando a possibilidade de ascensão para a classe média e implicando em baixas condições de vida em termos de habitação, saúde, educação etc. (GONZALEZ, 2020).

Collins (2019a) afirmou que a interseccionalidade moldava as experiências de todas as pessoas. Por meio da noção de ambos extremos, pode-se entender que a pessoa pode simultaneamente ser privilegiada e desfavorecida. Homens negros podiam ser privilegiados em relação ao gênero, porém desfavorecidos em relação ao conceito de raça. O racismo não moldava apenas a experiência das mulheres negras, ele também moldava a experiência das mulheres brancas, no sentido de que as mulheres negras eram desfavorecidas enquanto as mulheres brancas se beneficiavam quanto à questão racial.

A interseccionalidade não é um campo que pretende explicar a ordem social, pelo contrário, ela almeja criticar e transformar a ordem social. Ela é uma forma de pensar sobre o mundo, de se mover no mundo, de aprender sobre as diferenças, compreendendo que as experiências não são iguais e, assim, pode-se aprender com o outro. As experiências particulares e os pontos de vista por elas gerados proporcionam caminhos múltiplos para abordar questões que são universais, tais como a igualdade e a justiça (COLLINS, 2019a).

Collins e Bilge (2021) situaram a interseccionalidade no campo das políticas públicas globais devido à proximidade desta com os direitos humanos, visto que ela está alinhada com as diretrizes da ONU quanto a igualdade de direitos e antidiscriminação. As autoras destacam que as leis que visam os direitos humanos e que estruturam as políticas públicas precisam ser colocadas em prática. Pode-se utilizar a interseccionalidade como ferramenta analítica para

avaliar a relação das políticas de direitos humanos com o que se consegue efetivar dos direitos.

As relações de poder que envolvem as diferentes categorias (raça, gênero, classe, nacionalidade, etnia entre outras) se manifestam de maneira distinta e se moldam mutuamente, elas se sobrepõem e funcionam de maneira unificada. As categorias se apresentam de forma desigual. Por exemplo, em determinada experiência, gênero e raça podem estar mais visíveis que a classe, mas é necessário pensar como essas três categorias funcionam juntas (COLLINS; BILGE, 2021).

As relações interseccionais de poder afetam todos os aspectos do convívio social. As relações de poder dependem de práticas organizacionais duráveis, mas que podem variar e adquirir novos sentidos. Apresentam-se por meio de quatro domínios que se interconectam, o estrutural, o cultural, disciplinar e interpessoal (COLLINS; BILGE, 2021).

O domínio estrutural do poder relaciona-se às estruturas fundamentais das instituições sociais, já o domínio cultural do poder expõe o crescente peso das ideias e da cultura na organização das relações de poder. O domínio disciplinar do poder diz respeito à aplicação justa ou injusta de regras e regulamentos a partir da raça, sexualidade, etnia, gênero, idade, classe, capacidade, nação, entre outras categorias (COLLINS; BILGE, 2021).

A interseccionalidade é uma das teorias que têm conseguido apoiar as análises sobre a condição e demandas da sociedade, em especial das questões das mulheres negras. Crenshaw (2004) apontou que a interseccionalidade busca estabelecer uma ponte entre o que foi previsto em uma política pública com o que é vivenciado na prática pelas mulheres negras, já que as leis e políticas nem sempre prevêm que elas são, ao mesmo tempo, mulheres e negras. A autora ainda sugere que os dados de raça e gênero sejam desagregados para que se possa diferenciar as questões relacionadas ao gênero e as questões relacionadas à raça, de modo a garantir soluções mais eficazes.

Akotirene (2018) elucidou que o marcador gênero explica a violência sofrida pelas mulheres brancas e a categoria raça explica o racismo imposto aos homens negros. O racismo, o capitalismo e a cisheteronormatividade produzem avenidas identitárias onde mulheres negras são repetidas vezes atingidas pelo cruzamento e sobreposição de gênero, raça e classe. Assim, a interseccionalidade é um recurso metodológico, não a soma de marcação identitária.

Collins (2019b) apontou que, nos estudos das feministas negras, a sexualidade das mulheres negras é analisada dentro das relações estruturais de poder, visto que os indivíduos constroem suas identidades a partir dos sistemas de dominação tais como raça, classe, gênero e sexualidade. A autora considera importante analisar as múltiplas opressões no estudo da

sexualidade, opressões interseccionais. Deve-se ter atenção ao analisar o efeito das políticas do Estado-nação sobre as mulheres negras nas questões relacionadas aos direitos reprodutivos (padrões de esterilização forçada, acesso às informações sobre sexualidade e controle da natalidade, aborto).

Ao desprezar a variável racial nas questões do gênero, deixa-se de aprofundar a compreensão dos fatores culturais racistas e preconceituosos determinantes nas violações dos direitos humanos das mulheres, visto que no Brasil houve um processo de invisibilidade das pessoas negras na história, consideradas desvalidas de direitos por serem lidas como menos humanas que os brancos (CARNEIRO, 2018).

As relações de poder devem ser analisadas por meio de suas intersecções (racismo e sexismo, racismo e homofobia, capacitismo e sexismo) e entre os domínios do poder (estruturais, disciplinares, culturais e interpessoais). A interseccionalidade como prática crítica ao analisar os fenômenos sociais, visa questionar e transformar as relações de poder, desafiando o status quo (COLLINS; BILGE, 2021).

3.2 Do racismo estrutural à política de morte da população negra

O racismo não é uma patologia e não deve ser reduzido aos comportamentos individuais. Ao contrário, o racismo é estrutural e, portanto, faz parte de um processo social. Ele é decorrente da estrutura social. Isso significa que o racismo se constitui nas relações políticas, econômicas e jurídicas. Concretamente, o racismo se expressa nas desigualdades sociais, econômicas e jurídicas (ALMEIDA, 2018). Gonzalez (2020) caracterizou o racismo como uma construção ideológica cujas práticas concretizam-se nos diferentes processos de discriminação racial. O racismo, como discurso de exclusão, perpetua-se, sendo reinterpretado de acordo com os interesses dos que se beneficiam dele.

O racismo cria as condições sociais para que os grupos raciais sejam discriminados sistematicamente. A sociedade é uma máquina produtora de desigualdade racial, pois não existem medidas jurídicas suficientes que impeçam e penalizem os atos racistas, confirmando que as relações raciais devem ser analisadas no nível estrutural e não apenas no âmbito individual (ALMEIDA, 2018). Carneiro (2018) assegurou que o problema do racismo adquire caráter estrutural para qualquer análise das desigualdades existentes na sociedade brasileira.

O racismo também se traduz em uma articulação ideológica e conjunto de práticas demonstrando eficácia estrutural ao estabelecer divisões raciais no trabalho extremamente úteis ao confinar a mão de obra negra nos empregos de menor qualificação e pior

remuneração. Ele é um dos critérios de maior importância na articulação dos mecanismos de recrutamento para as posições na estrutura de classe e no sistema de estratificação social, mantendo o equilíbrio do sistema (GONZALEZ, 2020).

Werneck (2016) afirmou que o racismo dá forma às relações de poder na sociedade, assim, estando presente nas políticas públicas, uma vez que essas relações estão entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza. O racismo naturaliza as iniquidades produzidas por ele, o que ajuda a explicar a maneira como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. Racismo e sexismo são considerados fatores estruturais produtores de hierarquização social associada às vulnerabilidades em saúde.

Nesse sentido, Carneiro (2005) buscou entender como as relações raciais se estabeleceram no Brasil por meio do dispositivo de racialidade, conceito que ela constrói a partir do dispositivo de sexualidade de Foucault. Assim, para a autora, a raça também era um demarcador de uma verdade sobre o sujeito, definindo a normalidade ou anormalidade dos grupos quanto a sua raça/etnia. O dispositivo de racialidade tem na cor da pele o fator de identificação do normal. Como a branquidade é considerada o padrão humano, as demais dimensões humanas são redefinidas e hierarquizadas de acordo com a sua proximidade ou distanciamento desse padrão.

As relações de poder instituem a racialidade como objeto possível por meio de técnicas de saber e de procedimentos discursivos a serviço da colonização, domesticação, eugenia ou repressão. O racismo é um dispositivo de poder, ele opera como um disciplinador, ordenador e estruturador das relações raciais e sociais. As relações raciais são instituídas pelo racismo como dispositivo disciplinar das relações sociais. Ao complexificar as relações sociais, une as contradições de classe e as contradições de raça (CARNEIRO, 2005).

Carneiro (2005) expôs que a maioria dos negros brasileiros está entregue à lógica do biopoder, devido ao fato, de serem considerados incapazes de atender às exigências da inclusão na sociedade, no plano individual e se apresentarem pela escassez ou inexistência das conquistas sociais, enquanto sujeito coletivo.

Nas situações em que o dispositivo de racialidade não tem interesse de disciplinar, subordinar ou eleger o segmento subordinado da relação de poder construída pela racialidade, o biopoder passa a atuar como estratégia de eliminação do outro indesejável. Assim, entende-se que o biopoder aciona o dispositivo de racialidade para determinar quem deve morrer e quem deve viver (CARNEIRO, 2005).

No Brasil, a racialidade determina que o processo saúde-doença-morte apresente características distintas para cada um dos seus elementos. Desse modo, brancos e negros

detêm condicionantes diferentes quanto ao viver e ao morrer. No contexto das sociedades disciplinares, o Estado exerce por ação (exterminio, genocídio, epistemicídio) ou omissão o elemento legitimador do direito de matar, intrínseco ao poder soberano (CARNEIRO, 2005).

A autora alerta que na lógica do biopoder a racialidade apresenta-se menos como um desejo consciente, porém, esse fato não desresponsabiliza os sujeitos ante os processos de naturalização sobre o valor da vida e da morte. Exemplos nítidos são os brancos inscritos no registro do vitalismo, com maior expectativa de vida e menores taxas de morbimortalidade, enquanto negros são inscritos no signo da morte (CARNEIRO, 2005).

Assim, “o ‘deixar viver e deixar morrer’ define as condições de vida e morte a que a racialidade estará submetida em todos os seus vetores pelo poder de soberania que a informa e que decide sobre o valor de cada vida e de cada morte no âmbito da racialidade” (CARNEIRO, 2005, p.78).

O racismo enquanto tecnologia do poder apresenta dois papéis ligados a função de poder do Estado: primeiro, o de fragmentação, de divisão do biológico da espécie humana, estabelecendo indivíduos superiores e inferiores e grupos que merecem viver, enquanto outros merecem morrer; segundo, a criação de uma relação positiva com a morte do outro, que é visto como degenerado, anormal, pertencente a uma raça ruim, possibilitando o fortalecimento e desenvolvimento do grupo sadio (ALMEIDA, 2018).

A teoria da necropolítica discute sobre o poder e a capacidade de ditar quem deve viver e quem deve morrer. A manifestação do poder é exercida por meio do controle sobre a morte e definição da vida (MBEMBE, 2018). Em um mundo no qual a raça define a vida e a morte, não torná-la elemento de análise de importantes questões contemporâneas demonstra a falta de compromisso com a ciência e com a resolução das grandes mazelas do mundo (ALMEIDA, 2018).

O racismo institucional pode ser compreendido como uma ferramenta da necropolítica. Werneck (2016) alerta que o racismo institucional atua de forma a induzir, manter e condicionar a organização e a ação do Estado, suas instituições e políticas públicas, (re)produzindo a hierarquia racial. Atua também nas instituições privadas, visto o modo como o racismo se organiza e desenvolve por meio das estruturas da sociedade.

Almeida (2018) alerta que os conflitos raciais fazem parte das instituições, pois essas têm a capacidade de absorver os conflitos, estabelecendo, assim, normas e padrões a serem seguidos que tornem normal e natural a racialidade. Para o autor, as instituições que não enfrentarem as desigualdades raciais e centralizarem a discussão da raça continuarão reproduzindo o racismo.

O racismo institucional coloca as pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso aos serviços do Estado e demais instituições/ organizações. Observa-se em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano do trabalho, os quais são resultantes do preconceito racial e atitudes que combinam estereótipos racistas (CRI, 2006).

No documento “Racismo Institucional: uma abordagem conceitual”, o racismo institucional é definido como “um modo de subordinar o direito e a democracia às necessidades do racismo, fazendo com que os primeiros inexistam ou existam de forma precária, diante de barreiras interpostas na vivência dos grupos e indivíduos aprisionados pelos esquemas de subordinação deste último” (WERNECK, 2013, p. 18).

O racismo institucional não é rígido, ele se apresenta como diferentes barreiras, se adaptando aos diversos grupos e opressões, de modo a permitir privilégio para uns em detrimento de outros. Pode ser entendido também como um mecanismo performativo, capaz de gerar e legitimar condutas excludentes (WERNECK, 2013, 2016).

Werneck (2013, 2016) apresenta três diferentes modos e momentos de operacionalização do racismo institucional: acesso e utilização, processos institucionais internos e resultados das ações e políticas públicas. Em cada um desses momentos mecanismos seletivos de privilégios e barreiras poderão ser interpostos, dificultando ou até impedindo a realização do direito e o atendimento às necessidades individuais ou coletivas.

Mecanismos de vulnerabilidade, desproteção ou exclusão podem ser acionados, em relação às políticas e mecanismos de gestão, construindo iniquidades. Alguns mecanismos são: renda, distâncias, competência cultural, meio de transporte e capacidade de comunicação. Dessa forma, entende-se que a cultura institucional será completamente influenciada por processos, condutas e lógicas capazes de dificultar ou impedir o alcance pleno das possibilidades e resultados das ações, programas e políticas institucionais, perpetuando a exclusão racial (WERNECK, 2013, 2016).

4 METODOLOGIA

“Não sou livre enquanto outra mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas.”

Audre Lorde

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória por meio de análise documental. A pesquisa qualitativa baseia-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, buscando explicar o porquê das coisas e não quantificar os valores (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para Gil (2002), as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior aproximação com o problema, tornando-o mais explícito, aprimorando as ideias ou constituindo hipóteses. Essas pesquisas envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão.

A pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser fonte rica: não implica altos custos e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. As pesquisas bibliográfica e documental são semelhantes; entretanto, a natureza das fontes é diferente: o material da pesquisa documental, por exemplo, ainda não recebeu tratamento analítico, podendo ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa (GIL, 2002). Em uma perspectiva qualitativa, se configura em um procedimento metodológico que utiliza técnicas específicas para apreensão e compreensão de documentos, sendo necessário adotar um processo minucioso de seleção, coleta, análise e interpretação dos dados (LIMA JUNIOR *et al.*, 2021).

4.1 Análise documental

O levantamento bibliográfico preliminar, de aproximação com o tema, foi fundamental tanto para a formulação do problema de pesquisa como para a identificação dos documentos de interesse para o estudo. Conforme citado na introdução, encontrou-se um número razoável de trabalhos sobre a condenação internacional pela morte de Alynne Pimentel no âmbito do direito. Na área da saúde, uma parte considerável dos trabalhos investiga a violência obstétrica.

Devido ao fato de a pesquisadora trabalhar na gestão estadual do SUS e ter aproximação com o tema da mortalidade materna, alguns documentos lidos eram de

conhecimento. Quanto a isso, Lima Junior *et al.* (2021) expressam que não há impedimento de realizar a análise documental como prática metodológica se os materiais já foram analisados anteriormente, visto que esses materiais podem ser reexaminados, buscando outras interpretações ou informações complementares.

A análise preliminar dos documentos buscou compreender o contexto de quando foi escrito (conjuntura política, econômica e social), identificar e localizar autoria (interesses e motivos), a autenticidade e a confiabilidade do texto (a pessoa autora foi testemunha direta ou indireta?), a natureza do texto (irá influenciar a estrutura do documento, se é particular ou público, se é de natureza jurídica ou médica), os conceitos-chave (delimitar os sentidos das palavras e conceitos, se contêm regionalismo, gírias, linguagem popular e etc.) e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008).

O conjunto de documentos selecionados para a análise documental foi listado no quadro 6. A escolha não foi apenas por material impresso, optou-se por analisar também entrevista e cerimônia de reparação indenizatória. Para uma melhor compreensão a respeito dos documentos, as informações foram sistematizadas no quadro abaixo, com os seguintes aspectos: instituição, ano de publicação e situação, se é de domínio público ou se foi necessário a solicitação.

Quadro 6 – Primeira etapa - categorização dos documentos por instituição, ano de publicação e situação

Título do Documento	Instituição	Ano	Situação
Programa de Humanização do parto - Humanização do Pré-natal e nascimento	Ministério da Saúde	2002	Público
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna	Ministério da Saúde	2004	Público
Relatório final do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha	Ministério da Saúde	2011	Público
PORTARIA nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha	Ministério da Saúde	2011	Público
Manual prático para implementação da Rede Cegonha	Ministério da Saúde	2011	Público
49ª Sessão do Comitê pela Eliminação da Discriminação	Organização das Nações Unidas	2011	Público

contra as Mulheres (tradução livre por Juliana Fontana Moyses)			
Cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne da Silva Pimentel	Secretaria de Política das Mulheres	2014	Público
Entrevista com as ministras após a cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne da Silva Pimentel	TV Brasil	2014	Público
Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI)	Presidência da República/Secretaria de Políticas para as Mulheres	2014	Solicitado via e-SIC no dia 01/05/2019. Recebido em 22/05/2019.

Fonte: Elaboração da autora.

Atualmente, o termo documento pode ser entendido também como “fonte”, e pode ser definido como todo vestígio do passado que serve como prova. Alerta-se que não se deve considerar como documento apenas os textos escritos, pois existem outras formas para se registrar acontecimentos, como, por exemplo, fatos do cotidiano ou até mesmo elementos folclóricos (CELLARD, 2008).

Alguns documentos não estavam públicos ou eram de difícil acesso no site, por isso, foram solicitados no Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão (e-SIC). A lei nº 12.527/2011, lei de direito à informação, regulamenta o direito de qualquer pessoa solicitar informações públicas dos órgãos e entidades públicos, conforme previsto na constituição. É importante ressaltar que a lei prevê algumas exceções ao acesso às informações, tais como informações sigilosas e de dados pessoais, ou seja informações cuja divulgação possa trazer risco à sociedade ou ao Estado. As entidades do Poder Executivo federal têm o prazo de 20 dias, prorrogados por mais 10 dias, para dar atendimento às solicitações (BRASIL, 2011b).

O quadro 7 apresenta uma pequena síntese dos documentos escolhidos para a análise documental.

Quadro 7 - Apresentação do título e síntese dos documentos

Título do documento/Instituição	Síntese do documento
Programa de Humanização do parto - Humanização do Pré-natal e nascimento, Ministério da Saúde	O documento é estruturado da seguinte forma: conceito, funcionamento, requisitos/habilitação, responsabilidades, breve avaliação, planejamento com a programação financeira e a legislação referente ao Programa de Humanização no Parto e Nascimento. O programa contava com três componentes: Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal, relacionado à vinculação da gestante por meio do cadastramento no Sistema de Informações do Pré-natal (SISPRENATAL); Componente II – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal; e Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto (BRASIL, 2002b).
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, Ministério da Saúde	O documento apresenta a mortalidade materna e neonatal como um problema social e político, reconhece que as altas taxas configuram um grave problema de saúde pública. O documento foi estruturado abordando os seguintes pontos: a situação da mortalidade materna e neonatal no Brasil, planejamento familiar, assistência obstétrica e ao recém nascido e as ações estratégicas para o pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2004a).
Relatório final do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha, Ministério da Saúde	O documento apresenta uma síntese avaliativa do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) da Amazônia Legal e Nordeste. O relatório apresenta os seguintes pontos: aspectos teórico-metodológicos, metas gerais, articulação do PQM e Rede Cegonha (RC), síntese do conjunto de ações do PQM e transição para a RC, acompanhamento avaliativo no contexto do apoio institucional e apresentação dos avanços e desafios por diretriz (BRASIL, 2012).
Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha, Ministério da Saúde	A portaria apresenta a RC, os objetivos, princípios, diretrizes, componentes e suas ações, a operacionalização (cinco fases, financiamento, atribuição dos entes federados. Nos anexos contém a matriz de diagnóstico, os novos exames do pré-natal, Kit para as UBS, kit para as gestantes, kit para as parteiras tradicionais (BRASIL, 2011a).
Manual prático para implementação da Rede Cegonha, Ministério da Saúde	Esse documento tem o objetivo de apoiar na atualização de conhecimentos, nas diretrizes preconizadas pelo novo modelo de atenção à saúde materna e infantil e na implementação da RC. O manual apresenta o processo de elaboração, operacionalização, financiamento, monitoramento e avaliação da RC. Importante destacar os seguintes instrumentos que estão como anexos: roteiro para elaboração da análise da situação de saúde da mulher e da criança e do desenho regional da RC; e matriz do plano de ação da RC (BRASIL, 2011d).

<p>49ª Sessão do Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (tradução livre por Juliana Fontana Moyses), CEDAW</p>	<p>Em reunião em 25 de julho de 2011, o Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) apresentou o panorama da denúncia realizada por Maria de Lourdes da Silva Pimentel, representada pelo Centro de Direitos Reprodutivos e Advocacia Cidadã pelos Direitos Humanos. O documento descreveu: os fatos apresentados pela autora da denúncia, a reclamação (o que o Brasil violou enquanto direitos humanos de Alyne Pimentel), as observações feitas pelo Estado brasileiro sobre a admissibilidade e mérito da comunicação, os comentários da autora sobre as observações do Estado brasileiro. Com isso, o Comitê considerou a denúncia admissível e concluiu que o Estado brasileiro violou suas obrigações em relação ao acesso à saúde, à justiça e em regular as atividades de serviços privados de saúde (contratualizados) (CEDAW, 2011).</p>
<p>Cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne da Silva Pimentel, Secretária de Política para as Mulheres (canal youtube)</p>	<p>Cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne da Silva Pimentel, realizada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República no dia 25 de março de 2013. A mesa é composta pela Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Direitos Humanos, Maria do Rosário; a Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Política Para as Mulheres, Eleonora Menicucci; a Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Luiza Helena de Bairros; e Maria de Lourdes da Silva Pimentel, mãe de Alyne da Silva Pimentel Teixeira.</p>
<p>Entrevista com as ministras após a cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne da Silva Pimentel, TV Brasil</p>	<p>As ministras que participaram da cerimônia de reparação indenizatória são entrevistadas por jornalistas, que buscam mais informações sobre como a indenização irá funcionar, o que ela significa. Um dos questionamentos é a respeito da demora para ocorrer a indenização e quanto às ações necessárias do governo para reduzir a mortalidade materna.</p>
<p>Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), Presidência da República/Secretaria de Políticas para as Mulheres</p>	<p>Relatório elaborado pelo GTI, instituído pela Portaria Interministerial nº 2, de 18 de março de 2013, com o objetivo de acompanhar as ações em cumprimento às recomendações do Comitê CEDAW. O GTI é composto pelo Ministério das Relações Exteriores, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas para as Mulheres, Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria de Promoção de Políticas para a Igualdade Racial e órgãos <i>ad hoc</i>. Segundo o relatório, “o governo brasileiro implantou, implementou e aperfeiçoou todas as medidas para atender às recomendações do Comitê CEDAW no Caso Alyne da Silva Pimentel, melhorando a saúde da mulher e da criança em todo território nacional” (BRASIL, 2014, p. 2).</p>

Fonte: Elaboração da autora.

4.2 Coleta de dados secundários

Para melhor embasar este trabalho, buscou-se os dados secundários relacionados à mortalidade materna por raça/cor, no período de 2000 a 2019. No site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) encontram-se os dados referentes aos nascidos vivos e óbitos maternos. É necessário acessar as Estatísticas Vitais no Tabnet, nesta seção se encontram os dados dos Nascidos Vivos - desde 1994²⁵ e Mortalidade - desde 1996²⁶ pela CID-10.

No grupo da mortalidade, deve-se selecionar a opção: óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. As variáveis selecionadas para compor a linha foram: ano ou local (região/unidade da federação, município, região de saúde/município). A variável que compôs a coluna foi a raça/cor e o conteúdo foi óbitos maternos. Para detalhar mais as informações no campo seleções disponíveis, selecionou-se em tipo de causa obstétrica: morte materna obstétrica direta.

A RMM é o número de óbitos maternos, por 100 mil nascidos vivos de mães residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado, conforme o quadro 8 (RIPSA, 2008).

Quadro 8 – Método de cálculo da Razão da Mortalidade Materna (RMM)

Número de óbitos de mulheres residentes, por causas e condições consideradas de morte materna	x 100.000

Número de nascidos vivos de mães residentes	

Notas:

- (i) O indicador tem sido calculado apenas para os estados em que o número de óbitos femininos de 10 a 49 anos de idade informados no SIM é igual ou superior a 90% do estimado pelo IBGE.
- (ii) O denominador utiliza dados do SINASC nos estados com cobertura do sistema igual ou superior a 90%, e estimativas do IBGE para os demais.
- (iii) A taxa para o Brasil utiliza o número total de óbitos maternos informados ao SIM, ajustado pelo fator de correção de 1,42²⁷.
- (iv) Para as regiões brasileiras, utiliza-se no denominador a soma dos nascidos vivos de cada unidade federada (obtidos do SINASC ou por estimativas).

Fonte: RIPSA, 2008.

²⁵ Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/nascidos-vivos-desde-1994>

²⁶ Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/mortalidade-desde-1996-pela-cid-10>

²⁷ LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

Uma das limitações do cálculo da RMM são as imprecisões no registro por classificação incorreta da morte materna, o que gera subdeclaração, sendo necessário a adoção de um fator de correção. Este fator é a razão entre a soma das mortes maternas resgatadas após algum tipo de investigação nas DOs de mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos mais as mortes maternas oficiais declaradas, dividindo-se por este último valor (RIPSA, 2008).

Com esses dados, calculou-se a RMM, sem efetuar o fator de correção, do período de 2000-2019, das seguintes localidades: Belford Roxo, região de saúde metropolitana 1 do Rio de Janeiro, estadual do Rio de Janeiro, unidades da federação e nacional. Para os fins desta pesquisa, trabalhou-se com o tipo de causa obstétrica direta, o qual deve ser selecionado no item seleções disponíveis.

Martins (2004) informa que é utilizada a RMM e não taxa ou coeficiente, uma vez que o indicador relaciona as mortes maternas ao número de nascidos vivos e não ao número de gestantes, o qual não é possível obter.

A morte obstétrica por causas diretas ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas (OMS, 1995). Esse grupo de causas expressa a qualidade da assistência, ou seja, a efetividade do cuidado, como também pode retratar problemas no acesso aos serviços de saúde. Segundo o guia de vigilância do óbito materno, os dados até 2006 mostravam que as mortes maternas por causas obstétricas diretas respondiam por cerca de dois terços desses óbitos, indicando a baixa qualidade da atenção obstétrica e o planejamento familiar prestado às mulheres brasileiras (BRASIL, 2009).

A portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017, tornou obrigatória a coleta e o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informações da saúde. O método de coleta é por meio da autodeclaração da pessoa usuária, dentro das seguintes categorias utilizadas pelo IBGE: branca, preta, amarela, parda ou indígena. Para fins de análise, a soma das categorias preta e parda compõe a raça negra (BRASIL, 2017b).

Apesar da obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor, alguns profissionais de saúde não preenchem esse campo, burlando o sistema e ocasionando o sub-registro do quesito raça/cor. Dessa forma, optei por não excluir a categoria “ignorada” por entender que, ao “escolher” quais variáveis preencher e quais não preencher, a pessoa profissional de saúde está informando o que ela e a instituição considera importante e, sobretudo, o que está invisibilizado na atenção à saúde.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela.”
Angela Davis

Por muito tempo se evitou falar sobre raça. Era quase uma questão de segurança nacional, alguns até diziam que falar sobre isso aumentaria o racismo. A sociedade brasileira não fala abertamente sobre raça e, conseqüentemente, sobre racismo. Esse é o cenário comum da maioria das instituições de ensino, famílias e serviços públicos.

Nas duas últimas décadas tivemos avanços importantes, como a Lei nº 10.639²⁸, o Estatuto da Igualdade Racial, a Lei nº 12.711²⁹ (mais conhecida como lei das cotas) e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Das citadas, a lei das cotas foi a que realmente se implantou e implementou. Apesar das pautas relacionadas à igualdade racial não serem prioridade, os avanços ocorreram devido à pressão do movimento negro e dos organismos internacionais por meio de conferências (e planos de ação), agendas e documentos orientadores.

Dito isso, destaco de grande relevância para esta seção os quadros 2 e 5, respectivamente das subseções 1.2 e 1.3, por apresentarem os acontecimentos ou eventos nacionais e internacionais, possibilitando uma análise de conjuntura, identificando os atores envolvidos, as relações de força e articulações. Ao analisar os quadros mencionados, a pessoa leitora observará que minha análise não é neutra. Acredito que as pautas dos grupos minoritários são fruto das conquistas dos seus movimentos sociais e que o SUS é um projeto que está em constante disputa.

Conforme Menicucci e Gomes (2018), as políticas sociais podem ser entendidas como políticas públicas elencadas pelo governo para garantir proteção contra os riscos sociais, tais como pobreza, fome, violência, desemprego e desigualdades sociais. As políticas sociais pós Segunda Guerra Mundial foram fundadas na concepção da garantia dos direitos sociais (também pode ser entendida como cidadania social) e promoção da equidade.

²⁸ Legislação que tornou obrigatório o ensino da história e cultura afro-brasileira e africana em todas as escolas, do ensino fundamental até o ensino médio.

²⁹ A lei determina a reserva de 50% das vagas em universidades e instituições de ensino federais a alunos oriundos de escolas públicas, com renda inferior ou igual a 1,5 salários mínimos per capita. E proporção de vagas no mínimo igual à de pretos, pardos e indígenas na população da unidade da Federação do local de oferta de vagas da instituição, segundo o último Censo Demográfico divulgado pelo IBGE.

Os direitos sociais apresentam a capacidade de serem ampliados e redefinidos devido às mudanças na sociedade no âmbito econômico e nas concepções socialmente construídas sobre a natureza do bem-estar social (MENICUCCI; GOMES, 2018).

A Constituição Federal (CF) de 88 buscou assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça. O direito à saúde foi definido na CF em resposta à ampla mobilização social em busca de melhores condições de vida para a população (MENICUCCI; GOMES, 2018).

O artigo 196 da CF afirma que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 2020, p. 104).

Segundo Menicucci e Gomes (2018), essa definição da saúde incluiu a compreensão da determinação social da saúde e da garantia de ações e serviços de saúde por meio do acesso universal. Além disso, asseguram que o direito à saúde não se limita apenas ao acesso a serviços de saúde, este direito supõe que todas as pessoas tenham oportunidade ou condições adequadas para alcançar seu potencial de saúde. Esse fato seria possível por meio de políticas públicas e econômicas que deveriam contribuir para a redução dos riscos de adoecer.

Os direitos sociais apresentam a capacidade de serem ampliados e redefinidos devido às mudanças na sociedade no âmbito econômico e nas concepções socialmente construídas sobre a natureza do bem-estar social (MENICUCCI; GOMES, 2018).

5.1 Experiências desiguais das mulheres negras ao nascer, viver, gestar, parir, adoecer e morrer³⁰

Como o título desta subseção apresenta, a intersecção que será analisada em relação à mortalidade materna é entre gênero e raça, especificamente a mulher negra. A escolha por estes marcadores foi feita por se entender que raça vem primeiro, como sinalizam Sueli Carneiro, Lélia Gonzalez, Jurema Werneck entre outras. A classe social, orientação sexual e território (região do país, zona rural ou urbana, periferia e etc.) são categorias que podem se sobrepor ao gênero e raça, aumentando o risco da mulher negra na gestação, parto e puerpério, visto que:

³⁰ Expressão cunhada por Fernanda Lopes e aperfeiçoada por Emanuelle Góes, na live com a ONG Criola no dia 28 de maio de 2021 sobre mortalidade materna em tempos da pandemia Covid-19.

a interseccionalidade investiga como as relações interseccionais de poder influenciam as relações sociais em sociedades marcadas pela diversidade, bem como as experiências individuais na vida cotidiana. Como ferramenta analítica, a interseccionalidade considera que as categorias de raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia - entre outras - são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente. A interseccionalidade é uma forma de entender e explicar as complexidades do mundo, das pessoas e das experiências humanas (COLLINS; BILGE, 2021, p. 15-16).

O estudo realizado por Santos (2021) investigou de que maneira as desigualdades interseccionais de raça/cor, gênero e classe despertam nos entrevistados a atenção para o cuidado a ser dispensado às mulheres negras. Demonstrou-se que as condições socioeconômicas foram mais apontadas no que se refere ao entendimento sobre as diferenças quanto à diversidade e particularidades das mulheres na maternidade. A autora afirma que este resultado demonstra a ideia clássica de que as pessoas são discriminadas porque são pobres.

Corroborando com os resultados expostos acima, Batista e Escuder (2003) afirmaram que os trabalhos mostravam desigualdades na saúde entre as diferentes regiões do país e entre as classes sociais, porém poucos associavam a inserção social desqualificada (educação, emprego, moradia, alimentação e etc.) dos pretos e pardos na sociedade e, conseqüentemente, à repercussão disso nos indicadores de saúde.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2018 mostrou que a população negra possui desvantagens em relação à população branca nas dimensões analisadas pelos indicadores relacionados ao mercado de trabalho, à distribuição de rendimento e condições de moradia, à educação e à violência e representação política (IBGE, 2019).

Em relação ao mercado de trabalho, apesar de a população negra constituir a maior parte da força de trabalho potencial, ela recebeu menos do que a população branca, tanto na ocupação formal como na informal. A informalidade no mercado de trabalho limita o acesso do trabalhador aos direitos básicos, pode representar riscos à saúde do trabalhador. As pessoas negras também constituíram a maior parte da população desocupada e subutilizada (IBGE, 2019).

A desvantagem da população negra se manteve mesmo quando considerado o recorte por nível de instrução. Homens brancos possuíam vantagem sobre os demais, em seguida, as mulheres brancas, homens negros e, com a maior desvantagem, as mulheres negras. Destacou-se que estas receberam menos da metade do que os homens brancos. Fatores como

segregação ocupacional, menores oportunidades educacionais e remunerações inferiores em ocupações semelhantes explicam esse diferencial (IBGE, 2019).

A população negra apresentou menos acesso ao saneamento básico, piores condições de moradia (maior número de pessoas residindo na mesma casa, como também a quantidade de casas distribuídas espacialmente). Os indicadores da educação apresentaram maior taxa de analfabetismo e evasão escolar e menor taxa de conclusão do ensino médio para as pessoas negras. Houve maior taxa de homicídios e de violência não letal, mais da metade dos estudantes adolescentes negros estudavam em estabelecimentos localizados em área de risco para a violência (IBGE, 2019).

Outra demarcação importante diz respeito à menção ou ausência da questão racial nos documentos governamentais, através da qual podemos inferir para quais mulheres as políticas são elaboradas. Não mencionar as desigualdades raciais, o racismo e a discriminação é uma escolha, um posicionamento. Como afirmam Kalckmann *et al.* (2007), o governo colabora com a institucionalização do racismo ao não dar visibilidade às desigualdades raciais existentes na sociedade e ao não ter uma política de combate ao racismo.

Davis (2017) afirma que, na maioria das vezes, a saúde da mulher negra é atacada por forças naturais que estão além do seu controle, no entanto, também existem os inimigos sociais e políticos que afetam o seu bem estar físico e emocional. Sendo, necessário esforço para compreender a complexa política de saúde para as mulheres negras.

Bento (2002) chama atenção para o silêncio, omissão ou distorção que há em torno do lugar que o branco ocupou e ocupa nas relações raciais brasileiras. Esse silêncio é percebido nos debates, em pesquisas, até na implementação de programas institucionais de combate às desigualdades. A falta de reflexão sobre o papel do branco nas desigualdades raciais é uma forma de reiterar que as desigualdades raciais no Brasil se constituem como um problema exclusivamente do negro. A autora convida para uma mudança de foco, passando a olhar para o que é considerado padrão de normalidade, o branco.

A análise que se buscou realizar nesta pesquisa não está relacionada aos coordenadores e técnicos que trabalhavam no governo brasileiro no período analisado, não se deve personificar. Como apontado no marco teórico, ao se individualizar o racismo, perde-se o foco na questão estrutural. A garantia dos direitos humanos, mais especificamente das mulheres negras, é responsabilidade do governo, independente de partido político.

Devido ao período de análise desta pesquisa ser extenso, optou-se por dividir em dois períodos, considerando as políticas públicas nacionais de saúde para a redução da mortalidade materna. O primeiro período foi definido de 2002 a 2008, caracterizado pelas seguintes

iniciativas governamentais: o Programa de Humanização do Pré-natal e Parto e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. No segundo período, 2009 a 2019, as iniciativas avaliadas foram: Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e Rede Cegonha (RC).

5.1.1 Primeiro período: 2002 a 2008 - da invisibilidade para a visibilidade

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído por meio da Portaria/GM nº 569, de 1 de junho de 2000, e tinha como prioridades concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal e adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, parto e puerpério. O programa se fundamentou na humanização da assistência obstétrica e neonatal para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. Os dois aspectos fundamentais da humanização serão descritos abaixo:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e **solidária** por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002b, p. 5-6, grifo da autora).

Segundo o Dicionário Michaelis, o verbete solidário tem três significados que não estão relacionados com o campo jurídico: “1. Que depende um do outro; recíproco; 2. Que está disposto a apoiar, ajudar, acompanhar ou defender alguém em uma determinada situação; 3. Que compartilha dos mesmos interesses, sentimentos, opiniões etc.” (SOLIDÁRIO, 2015).

A partir do primeiro aspecto da humanização do programa, pode-se pressupor que as mulheres negras não estariam incluídas nas práticas de humanização, ao fazer uma analogia com o verbete do dicionário: 1. a sociedade não precisa das mulheres negras (a não ser para os lugares subalternos); 2. a sociedade não defende a mulher negra, ao contrário, a mulher negra é baleada por engano e ainda tem seu corpo arrastado por 300 metros por uma viatura policial³¹; 3. para a sociedade, a mulher negra não possui características humanas, sendo

³¹ Cláudia Silva Pereira foi baleada enquanto ia comprar pão no bairro que residia em 2014. Os policiais militares a colocaram no porta malas de uma viatura, enquanto o carro estava em movimento, a porta abriu e o corpo de Cláudia foi arrastado. Até 2020, os criminosos ainda não foram julgados. Queremos justiça por Cláudia! (APÓS..., 2020).

assim, ela não tem sentimentos. Lopes (2006, p. 85) afirma que “a discriminação se opõe à solidariedade, ao acolhimento, à humanização, à escuta”.

Nogueira (1999) apresenta noções do corpo humano para além do biológico. Nessa perspectiva, o corpo reproduz a estrutura social, sendo afetado pela classe, cultura, religião etc. O corpo funciona como marca dos valores sociais e nele a sociedade fixa seus sentidos e valores. Em relação ao conjunto de atributos que caracterizam a imagem dos indivíduos, a aparência funciona como garantia ou não da integridade de uma pessoa, em termos de grau de proximidade ou de afastamento. Dessa forma, a aparência do negro cotidianamente põe em risco a imagem de integridade do branco.

O desemprego, o analfabetismo, a subnutrição, a fome e a doença são relacionados aos negros (KALCKMANN *et al.*, 2007). As mulheres negras têm ainda o peso dos estereótipos racistas, patriarcais e colonizadores que as colocam no lugar da mulata, doméstica ou mãe preta por meio dos diferentes modos de rejeição/integração de seu papel na sociedade (GONZALEZ, 2020). Elas são vistas como submissas e/ou sexualizadas, estando inseridas em espaços desvalorizados socialmente, ficando em condições restritas de ascensão social e econômica (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

A portaria nº 570, de 1 de junho de 2000, instituiu o componente I do PHPN — incentivo à assistência pré-natal no âmbito do SUS. Os objetivos eram incrementar a qualidade do acompanhamento pré-natal, promovendo o cadastramento das gestantes, organizando os sistemas assistenciais municipais e estaduais, garantindo a realização de acompanhamento pré-natal completo e a articulação deste com a assistência ao parto e puerpério. Para o adequado acompanhamento do pré-natal, os municípios deveriam realizar as seguintes ações:

- a) cadastrar as gestantes no sistema de informações do pré-natal (SISPRENATAL);
- b) realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação;
- c) realizar, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal;
- d) realizar uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;
- e) realizar os seguintes exames laboratoriais: ABO-Rh, na primeira consulta, VDRL, urina, glicemia de jejum, HB/Ht;
- f) ofertar Testagem anti-HIV;
- g) aplicar vacina antitetânica dose imunizante;
- h) realizar atividades educativas;
- i) classificar o risco gestacional na primeira consulta e nas subsequentes;

- j) garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco;
- k) estabelecer mecanismos de vinculação ao pré-natal/parto (BRASIL, 2002b).

Para participar do PHPN, os municípios tinham que aderir ao programa e receber os incentivos financeiros de que ela tratava. Anualmente, os municípios eram avaliados em relação à conclusão da assistência pré-natal para, no mínimo, 30% das gestantes nele cadastradas no primeiro ano de adesão e 50% no segundo ano. A partir de indicadores de processo e de resultado, a efetividade da assistência ao pré-natal era avaliada (BRASIL, 2002b).

Nas portarias que instituem o programa e no caderno descritivo “Humanização do parto: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento”, publicado em 2002, não há referência a nenhum marcador social, as mulheres que vivenciam o pré-natal e parto parecem ser iguais. O anexo do caderno deste programa apresentava a ficha de cadastramento da gestante que deveria ser preenchida pelo profissional de saúde e nela não continha o quesito raça/cor, o que causa estranhamento, visto que, em 1996, o quesito raça/cor foi incluído no SINASC e SIM.

Laguardia (2004) argumenta que o racismo ainda é visto como uma propriedade psicológica dos indivíduos, um preconceito irracional, e não como uma ideologia que promove benefícios sociais, econômicos e políticos para a raça dominante. Ele expõe alguns desafios da Saúde Pública quanto ao uso das categorias raça/cor e etnia como uma questão política e ética, posto que elas são determinantes fundamentais do acesso a recursos sociais e de saúde.

Na segunda versão do Manual dos Comitês de Mortalidade Materna (2002), a questão racial novamente não é abordada. A RMM de 1998 é apresentada sem o recorte raça/cor, o que pode conduzir o indivíduo a pensar que o óbito materno acontece da mesma forma com as mulheres. Curiosamente, nesta versão, apresentou-se que as disparidades entre as regiões do país ocorreu devido à melhor qualidade do registro de óbitos nas regiões Sul e Sudeste. A raça/cor é mencionada no cálculo da RMM específica, já que existe um amplo conjunto de variáveis relacionados às características da mulher e do óbito, tais como: grupo etário, idade, causa do óbito, local de residência etc (BRASIL, 2002c).

Em sua dissertação de mestrado, concluída em 2000, Alaerte Martins, ativista, gestora e pesquisadora negra, alertou quanto ao risco que poderia existir na relação entre raça, doença, condições de vida e mortalidade materna, pois, nos anos de 1993 e 1998, o número elevado de morte materna eram das mulheres amarelas e pretas. Ao analisar as condições

socioeconômicas e demográficas, percebeu que as amarelas possuíam as melhores condições, restando às pretas as piores condições (MARTINS; TANAKA, 2000).

Vale ressaltar que essas características, juntamente com outras informações como causa do óbito podem traçar o perfil da mortalidade de determinada localidade e, a partir deste perfil, elaborar estratégias de enfrentamento às suas causas. Martins e Tanaka (2000) concluíram no estudo que é indispensável observar as especificidades de cada raça, especialmente das amarelas e pretas, para as estratégias de redução da mortalidade materna. É necessário cuidado na coleta dos dados pessoais das mulheres, principalmente no quesito cor e situação sócio-econômica.

Nesse primeiro período ocorreram quatro importantes conferências, a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a 12ª Conferência Nacional de Saúde, a I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial e a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, com diferentes repercussões nas políticas públicas de saúde para a redução da mortalidade materna de mulheres negras. O documento final dessas conferências, respectivamente, deveria orientar os governos em relação às políticas públicas contra o racismo, na definição de ações prioritárias de saúde nos âmbitos estaduais, municipais e o fortalecimento das políticas públicas para as mulheres.

Entretanto, existem problemas estruturais e políticos que dificultam o desenvolvimento dos Conselhos e Conferências de Saúde, observando-se a dominação de certos grupos e o enfraquecimento de determinadas pautas. Essa desigualdade de forças entre grupos sociais decorre do modo como o capitalismo opera, separando a população pelo poder que ela detém ou não (por classe social, gênero, racial). A conjuntura política e econômica irá influenciar a capacidade de um grupo impor suas demandas na arena de negociação, ou seja, de ter suas necessidades atendidas por meio de políticas públicas (COELHO, 2012).

Entre os anos 2000-2001, houve uma grande mobilização do movimento negro para a III Conferência Mundial Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerância Correlatas. Conforme apontam Silva e Pereira (2013), no processo preparatório para a Conferência houve uma aceleração do viés da Luta contra o Racismo, proporcionando quase uma complementaridade entre movimento negro, setores do Estado e de governos, como também da sociedade civil e de outros setores do Movimento Social.

A autora e o autor chamam atenção para o avanço institucional e político do ponto de vista hegemônico da Luta Contra o Racismo, que pode ser entendido como um programa de ação que faria a reversão das desigualdades mais visíveis, ou seja, aquelas que mudariam os números das desigualdades mais rapidamente. Entretanto, eles alertaram que existe uma

dimensão mais subjetiva do racismo que não pode ser contada ou medida em números, essa dimensão estabeleceu-se por meio de uma hierarquia de valores e referenciais simbólicos, estéticos e históricos que compõem o imaginário social da sociedade brasileira. Dessa forma, são necessárias ações de enfrentamento para além do que pode ser expresso em números (SILVA; PEREIRA, 2013).

Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, discutiu-se “A Saúde que temos, o SUS que queremos” por meio de dez eixos temáticos. No eixo II, seguridade social e saúde, uma das diretrizes gerais era a construção e aprimoramento de indicadores sociais e de saúde que permitissem avaliar as iniquidades existentes, identificando as regiões e grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e expostos a riscos, levando em consideração aspectos como gênero, raça/etnia, orientação e identidade sexual e necessidades especiais (BRASIL, 2004e).

No eixo III, a intersetorialidade das ações de saúde, foi proposto desenvolver e aprimorar indicadores de desigualdades e exclusão social (de gênero, raça, etnia, orientação sexual, idade, fatores econômicos, de necessidades especiais e por orientação religiosa), incluindo os relacionados com a educação e o meio ambiente, que sirvam de base para a formulação e o desenvolvimento das macropolíticas econômicas e sociais. Assim, é necessário o comprometimento de todas as esferas de governo com a redução de iniquidades sociais, garantindo o acesso universal ao trabalho e à renda digna, por meio de pactos sociais (BRASIL, 2004e). É importante destacar que nessa conferência foram aprovadas mais de 70 deliberações sobre a saúde da população negra.

Em 2004, o governo brasileiro avançou na questão dos direitos sexuais e reprodutivos ao reconhecer no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que as altas taxas de mortalidade materna e neonatal configuram uma violação dos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças e um grave problema de saúde pública. O documento apontou que a mortalidade materna e neonatal se distribuía de maneira heterogênea na população e o risco de morrer estava relacionado com o nível socioeconômico. Ademais, a desigualdade social gerava graves disparidades na chance de sobrevivência das mulheres e recém-nascidos (BRASIL, 2004a).

O pacto foi proposto para 78 municípios prioritários, com mais de 100 mil habitantes, dos quais as 27 capitais e 51 municípios expressavam indicadores significativos de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2007c). O pacto definiu aproximadamente 28 ações estratégicas para serem desenvolvidas nos âmbitos municipal, estadual e nacional. Dentre as ações estratégicas do último, destacam-se a garantia de acolhimento nos serviços, a

expansão da Atenção Básica, a vigilância do óbito materno e infantil, a organização do acesso, a qualificação das urgências/emergências e o desenvolvimento de ações de suporte social (BRASIL, 2004a).

Em relação à saúde das mulheres e recém-nascidos negros e indígenas, a ação estratégica foi descrita como “oferecer atenção às mulheres e recém-nascidos negros e indígenas respeitando suas particularidades étnicas e culturais, atentando para especificidades no perfil de morbi-mortalidade destes segmentos.” (BRASIL, 2004a, p. 9).

A RMM foi apresentada por meio de série histórica, de 1980 a 2001, mostrando a evolução desta durante este período. Porém, ao ser apresentada de forma geral, não é possível avaliar se o comportamento da RMM é diferente nas regiões do país ou por classe social, marcadores relacionados com a mortalidade nesse documento.

O documento apontou que a RMM se manteve estável de 1987 a 1996, em seguida, apresentou aumento entre os anos 1996 e 1998, devido ao aumento de morte materna por causas indiretas. E de 1999 a 2001, houve redução da RMM (BRASIL, 2004a).

Uma das hipóteses apresentadas no documento pelo MS era de que vários processos estaduais e municipais foram iniciados para o enfrentamento da mortalidade materna, como também levantou a possibilidade de uma melhoria na qualidade da atenção obstétrica e no planejamento familiar (BRASIL, 2004a). Entretanto, é essencial destacar que os processos municipais e estaduais não desenvolvem estratégias diferentes para a redução das mortalidades maternas negras e indígenas. Além disso, a melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal, parto e nascimento não beneficiam as mulheres de forma igual.

A tabela 1 apresenta a série histórica 2000-2008 da RMM no Brasil por causas diretas e por raça/cor. Mesmo focando apenas nos anos analisados no documento citado acima, 2000 e 2001, percebe-se a diferença do RMM entre mulheres brancas, pretas e indígenas. É possível observar que existe uma tendência de aumento da RMM das mulheres pretas quando há uma redução da RMM das mulheres que tiveram a raça/cor ignorada.

Tabela 1 - Razão da Mortalidade Materna no Brasil, por causas diretas, por raça/cor, série histórica 2000-2008

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Negra	Indígena	Ignorada	Total
2000	30,19	119,13	54,33	39,91	45,79	75,58	52,80	39,32
2001	28,46	171,04	20,75	39,54	48,33	118,93	45,59	38,77
2002	30,70	186,55	46,12	41,61	50,36	57,16	38,84	39,75
2003	27,78	175,10	54,24	41,53	48,56	54,69	40,55	38,15
2004	30,16	209,68	35,26	40,42	48,70	56,35	32,66	38,46
2005	28,48	180,67	62,32	44	50,31	91,68	35,77	39,34
2006	29,31	213,64	108,75	41,04	47,69	103,99	44,78	39,56
2007	28,74	269,49	56,49	42,85	50,92	121,37	41,25	40,74
2008	29,64	233,79	53,43	43,54	49,94	67,93	46,05	40,75
Total	29,29	188,07	49,09	41,69	49	82,72	42,23	39,41

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

Observa-se que durante o período 2000-2008, as mulheres brancas apresentaram a menor RMM, e que o risco de óbito materno por causas diretas é 6,3 vezes maior nas mulheres pretas e 2,8 vezes maior nas mulheres indígenas quando comparadas com mulheres brancas. Por isso, a avaliação e monitoramento da política pública não deve ser realizado apenas com a RMM geral, os dados relacionados à raça/cor precisam ser desagregados.

Nesse contexto, Akotirene (2018) aponta que é um equívoco analítico quando o Estado considera a mulher de modo universal, ou seja, adota a mulher branca como universal. A interseccionalidade demarca que o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discriminam e criam encargos singulares às mulheres negras. Por isso, há necessidade de intervenções políticas contra o padrão colonial moderno, responsável pela promoção dos racismos e sexismos.

Corroborando com a afirmação acima, Werneck (2016) afirma que os dados epidemiológicos apresentados com o recorte da raça/cor são consistentes o suficiente para indicar o profundo impacto que o racismo e as iniquidades raciais têm na condição de saúde, na carga de doenças e nas taxas de mortalidade de negras de diferentes faixas etárias, níveis de renda e locais de residência.

As diretrizes da 12ª Conferência Nacional de Saúde não foram incorporadas no Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal, sendo retomadas pela I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial em 2005. A conferência aprovou a implantação de atendimento hospitalar humanizado à mulher negra no SUS, a introdução de metas específicas

no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, visando à eliminação das desigualdades raciais nas RMM. Outro ponto avaliado foi a revisão da legislação punitiva do aborto, visto que são as mulheres negras e pobres que mais sofrem da morbimortalidade materna, é sobre elas que pesa o preço da ilegalidade (BRASIL, 2005e).

Coelho (2012) destaca que o SUS foi construído e influenciado pelo processo de redemocratização do país, dessa forma, a participação social foi uma pauta fundamental de reivindicação dos militantes da saúde. A institucionalização da participação social no SUS promoveu a inclusão de diversos novos atores que tiveram seus poderes ampliados para as tomadas de decisão sobre a construção de políticas. Entretanto, a autora alerta que os projetos são construídos por diferentes grupos sociais, e os projetos podem ser contraditórios, já que cada grupo busca impor a sua perspectiva na esfera política.

Em um estudo sobre a morbimortalidade materna realizado no Rio de Janeiro, parcialmente publicado em 2004, as autoras constataram que as desigualdades se reproduzem tanto no pré-natal quanto no momento do parto. As desvantagens observadas para as mulheres negras extrapolaram os indicadores socioeconômicos, elas apresentaram menor grau de instrução, menor acesso à atenção adequada no pré-natal em acordo com os padrões estabelecidos pelo MS, maior peregrinação no parto e recebem menos anestesia. Assim, tem-se uma avaliação ruim quanto à qualidade da atenção prestada no pré-natal e parto entre as mulheres menos instruídas, com gradiente crescente para as pardas e pretas (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Diante do exposto, constatou-se que a sociedade tende a discriminar pelo nível educacional e racial, inclusive nos serviços de assistência à gestante. Dessa forma, Leal, Gama e Cunha (2005) sugerem que este aspecto seja incorporado nos treinamentos sobre a humanização do atendimento.

Com o objetivo de abordar a questão racial, e reforçando os estudos que estavam sendo realizados sobre mortalidade materna, em 2005 foi publicado o documento técnico, “Atenção à Saúde das Mulheres Negras: Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”. O documento apontou o dever de considerar a diversidade e as necessidades específicas das mulheres, para tanto, as questões relativas à raça/etnia precisariam ser incorporadas, objetivando que todos os indicadores de saúde considerem essas variáveis (BRASIL, 2005d).

O documento destacou que por razões sociais ou de discriminação as mulheres negras têm menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, incluindo o pré-natal, parto ou puerpério. Advertiu-se para o fato de que para humanizar é preciso não discriminar. O

documento apresentou algumas especificidades da população negra, como a prevalência da hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo II e anemia falciforme. Também mencionou as repercussões na atenção obstétrica da discriminação e exclusão, esclarecendo que:

Há um potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como **a mulher negra está na intersecção das discriminações raciais, de gênero e de classe social**, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse (BRASIL, 2005d, p. 12, grifo da autora).

Esse parece ser um dos primeiros documentos do MS que apresentou a interseccionalidade de gênero, raça e classe social da mulher negra no viver, adoecer e morrer. A discriminação e exclusão foram citadas como fatores que repercutem na atenção obstétrica, resultando em uma evolução diferenciada (BRASIL, 2005d). As iniquidades de gênero não atingem as mulheres na mesma frequência e intensidade (AKOTIRENE, 2018).

Algumas estratégias foram sugeridas para serem incorporadas por gestores estaduais e municipais, na perspectiva da equidade no Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. São elas: ações educativas, sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde, inserção do quesito raça/cor nos documentos e sistemas de informação do SUS, pré-natal adequado conforme o PHPN, operacionalização do Programa de Anemia Falciforme nos estados e municípios, inclusão da população quilombola nas ações de saúde e parcerias com os terreiros e outros espaços de religiões de matriz africana (deve-se conhecer e respeitar as práticas populares e tradicionais de saúde, do campo do cuidado) (BRASIL, 2005d).

Não se tem conhecimento da divulgação deste material e da sua utilização nos serviços. Os profissionais de saúde precisam ser provocados a refletir sobre as desigualdades raciais e a necessidade de ações específicas para as populações vulneráveis, como mostra a pesquisa realizada em uma UBS. Milanezi e Silva (2019) afirmam que a política vivida pelos usuários é produto das dinâmicas sociais no percurso de implementação de uma política pública. Em relação à saúde da população negra, as autoras presenciaram a prática do silêncio dos profissionais de saúde como estratégia de fuga das discussões que envolvem as desigualdades raciais. Desconforto perante o enfoque na questão racial e a falta de repertórios para tratar essa questão. Há um comportamento semelhante dos profissionais de saúde quando perguntados sobre a raça/cor, de se sentirem acusados de racismo. Falar e pensar agir a partir da raça no trabalho, era entendido como um comportamento racista.

A pesquisa também evidenciou que no processo de trabalho da Atenção Básica, a política de saúde da população negra é abordada apenas no preenchimento do quesito raça/cor em documentos. O cenário real dessa política em uma unidade é a ausência da ação em prontuários, reuniões de equipe, capacitações dos profissionais, linhas de cuidado, campanhas anuais, grupos de exames, diagnósticos de saúde de microáreas territoriais, sistemas de informação. Identificaram a dificuldade dos profissionais abordarem a saúde da população negra num contexto de acesso universal, resultando em cuidados em saúde desiguais, privilegiando as pessoas brancas e de maior estrato social (MILANEZI; SILVA, 2019).

Apesar do avanço da publicação descrita acima, o documento publicado em seguida, “Manual dos Comitês de Mortalidade Materna” (3ª versão), não considerou a questão racial quanto ao marcador social. Em ambos documentos, se justificou a insuficiência dos dados sobre a mortalidade materna com o recorte racial/étnico, devido ao não preenchimento ou preenchimento inadequado deste quesito na DO, dificultando uma análise mais consistente sobre a mortalidade materna de mulheres negras (BRASIL, 2005d; 2007a).

O documento que apresentou a perspectiva da equidade no Pacto indicou estudos em que a RMM das mulheres negras era quase seis vezes maior do que a de mulheres brancas. Demarcou-se, portanto, a necessidade de se ter em vista as especificidades da raça/cor para o alcance da redução da mortalidade materna (BRASIL, 2005d). Em convergência com o tema, Menicucci e Gomes (2018) afirmam que as políticas sociais estão no centro do confronto dos interesses de grupos e classes, pois envolvem a forma de reapropriação dos recursos extraídos da população mediante tributação. A escolha da política pública é uma questão de valores morais e políticos, os quais estão relacionados ao contexto político e social de determinada sociedade, estabelecendo as obrigações do Estado que são reconhecidas como justas. Em outras palavras, a vulnerabilidade das mulheres negras na gestação era uma informação fundamental e não deveria ter sido omitida do manual.

Em relação à terceira versão do manual, os dados referentes à mortalidade materna do Brasil e regiões foram apresentados por meio da RMM e o quesito raça/cor foi apresentado em percentual. Os dados relacionados à questão racial não foram dispostos em uma tabela e não foram apresentados dados sobre a mortalidade materna de mulheres indígenas e amarelas. O manual indicou que no período de 2000 e 2003, os óbitos de mulheres pardas apresentaram maior participação entre os óbitos por causas maternas (BRASIL, 2005d).

Causa estranhamento a apresentação dos dados dessa maneira, pois ao utilizar o indicador de mortalidade proporcional mede-se a participação relativa de cada raça/cor no total de óbitos maternos. O olhar é sobre o evento que já ocorreu, neste caso o óbito, ou seja, o

denominador é o total de óbitos maternos, enquanto a razão de mortalidade materna estima a frequência desses óbitos. Melhor dizendo, o óbito das mulheres brancas pode ser o segundo que mais ocorre, entretanto há também uma grande participação da raça branca nos nascidos vivos.

Os indicadores se destinam a produzir evidências sobre a situação sanitária e suas tendências, identificando grupos com maiores necessidades de saúde, áreas críticas e estratificando, quando possível, o risco epidemiológico. Assim, os indicadores fazem parte da construção de políticas e determinam as prioridades para atender as necessidades da população (RIPSA, 2008).

A análise dos indicadores de modo isolado, sem considerar os aspectos já mencionados, pode levar a interpretações equivocadas quanto à questão racial. A forma como os dados foram apresentados não estava adequada, pois não possibilitava uma análise do grupo mais vulnerável ao óbito materno no Brasil, comprometendo a eficiência das políticas públicas para a redução da mortalidade materna.

Werneck (2016) expõe que as decisões de política e gestão de saúde têm sido tomadas como se os dados não indicassem a ampla disparidade e o tratamento desigual que a sociedade e o SUS produzem ou sustentam, com enormes prejuízos para negros e indígenas, principalmente, diferentemente dos brancos. Os dados epidemiológicos desagregados por raça/cor indicam a insuficiência ou ineficiência das propostas do governo para eliminar o abismo que existe entre os grupos populacionais a partir da questão racial. As políticas sociais deveriam contribuir para a redução das vulnerabilidades e gerar melhores condições de vida para a população negra.

Chama atenção que em relação ao aborto não foi citado o percentual de mulheres brancas que foram a óbito materno por esta causa, mas foi informado o percentual de mulheres pardas e pretas.

Diversos tratados e convenções internacionais incluíram o direito de toda pessoa ter controle e poder decidir sobre as questões relacionadas a sexualidade e reprodução, livres de coerção, discriminação e violência. Para tanto, é necessário dispor de informações e meios adequados que assegurem o bem-estar sexual e reprodutivo, como também abordar o tema do aborto inseguro de forma humana e solidária (BRASIL, 2005b).

Porém, a legislação brasileira só permite o aborto em três situações: quando há risco de vida para a mulher, quando a gravidez é resultante de violência sexual e de malformação fetal com inviabilidade de vida extra-uterina. A norma técnica de atenção humanizada ao abortamento reconheceu que o aborto representa grave problema de saúde, pois é realizado

em condições inseguras, se tornando uma importante causa de morte materna (BRASIL, 2005b).

A OMS (2020) estima que se o investimento global em serviços de saúde sexual e reprodutiva fosse dobrado, se reduziria o número de gravidezes indesejadas em mais de $\frac{2}{3}$, de 75 milhões para 22 milhões. Consequentemente, também se reduziria o número de abortos inseguros em quase $\frac{3}{4}$, de 20 milhões para 5,5 milhões, e o número de óbitos por abortos inseguros diminuiria em mais de $\frac{4}{5}$, de 46 mil para 8 mil.

Assim, o acesso facilitado aos serviços voltados para a saúde sexual e reprodutiva permite que as mulheres tenham controle sobre seus corpos no contexto de gravidezes indesejadas (OMS, 2020). Para a maior parte das mulheres que utilizam os serviços do SUS, as barreiras de acesso aos contraceptivos estão relacionados à disponibilidade de poucos métodos, a descontinuidade dos insumos e a escassez, má organização e distribuição dos serviços que prestam esse atendimento nos municípios (MENEZES; AQUINO, 2009).

Ao não incluir o percentual de mulheres brancas que foram a óbito materno devido ao aborto pode-se transmitir a ideia de que elas não têm ou não realizam aborto, seja ele espontâneo ou não. Menezes e Aquino (2009) alertaram que existe uma associação entre pobreza e aborto, pois parte significativa dos estudos foi realizada com populações de baixa renda e que utilizam o SUS. Pesquisas de base populacional e realizadas em universidades evidenciaram a diversidade das situações, sendo o aborto parte das trajetórias reprodutivas das mulheres.

Uma vez que o aborto seguro não é permitido por lei no Brasil, muitos profissionais de saúde fazem juízo de valor das mulheres que procuram o serviço nessas situações e as discriminam. Gonzaga e Aras (2016) advertem que os dados de mortalidade materna por aborto não indicam que as mulheres negras recorram mais frequentemente à interrupção da gravidez, eles apontam que as mulheres negras são as principais vítimas. Devido à baixa escolaridade e renda, elas não conseguem ter acesso ao aborto seguro como as mulheres que podem pagar pelo procedimento abortivo em clínicas particulares e, por isso, não entram para as estatísticas da mortalidade.

Assim, ao informar apenas o percentual de mulheres negras que foram a óbito materno por aborto, tende-se a desumanizar essas mulheres, colocando esse delito apenas sobre os seus corpos, aumentando a marginalização das mulheres negras. As mulheres negras que geralmente são invisíveis na sociedade se tornam visíveis para serem amaldiçoadas por abortarem.

Goes *et al.* (2020) afirmam que as mulheres em situação de abortamento sofrem discriminação nos serviços de saúde, tratamento não digno, julgamento moral e constrangimentos, até mesmo com práticas violentas. O medo de ser maltratada foi a principal barreira apontada pelas mulheres em situação de abortamento, mesmo as mulheres com aborto espontâneo relatam terem sido discriminadas. Agressão verbal, retardo na atenção e não informação sobre os procedimentos são práticas frequentes nos serviços de saúde e expõem as mulheres a complicações de saúde pós-abortamento.

O racismo institucional duplica essa violência, se tornando uma barreira de acesso importante, impedindo as mulheres negras de entrarem no sistema. O racismo associado ao estigma social provoca retardo na busca por serviços de saúde das mulheres negras, as colocando em uma situação limite quanto ao agravamento do aborto (GOES *et al.*, 2020).

O último espaço ampliado de participação social que será mencionado no primeiro período é a II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (II CNPM) realizada em agosto de 2007. Alguns princípios da conferência foram: igualdade e respeito à diversidade, equidade, universalidade das políticas e justiça social. O Plano apresenta onze eixos, temas prioritários. O eixo III representou a preocupação com a saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, com a meta de reduzir em 15% a RMM, entre os anos 2008 e 2011 (BRASIL, 2008c).

Esse eixo apresentava duas prioridades relacionadas às mulheres negras e indígenas: promover a assistência obstétrica qualificada e humanizada, incluindo a atenção ao abortamento inseguro, de forma a reduzir a morbimortalidade materna; e estimular o enfrentamento das discriminações e do atendimento às especificidades étnico-raciais, geracionais, regionais, de orientação sexual e etc. (BRASIL, 2008c).

O pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal divulgou alguns relatórios sobre as ações realizadas. A vigésima versão apresentou um balanço de três anos de implantação do pacto e incluiu-se a questão racial como um dos princípios do pacto, ao lado do respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; da consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; da decisão política com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2007c).

Em relação à questão racial e étnica, destacam-se as seguintes ações:

- a) inserção do recorte étnico-racial nas ações de atenção obstétrica e neonatal;
- b) incorporação das ações para redução da mortalidade materna e neonatal, constantes no Plano Nacional de Política para as Mulheres, resultante da I e II Conferência Nacional de Política para as Mulheres (2004 e 2007);

- c) documento técnico, “Atenção à Saúde das Mulheres Negras: Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”;
- d) Programa Nacional de Atenção aos Portadores de Anemia Falciforme;
- e) Política Nacional para a População Indígena, contemplando ações de atenção integral à saúde da mulher e da criança indígena; e
- f) incorporação das resoluções da I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial³² que estabeleceu a elaboração de metas diferenciadas na atenção obstétrica e neonatal às mulheres negras (BRASIL, 2007c).

O documento técnico mencionado no item c teve pouca divulgação e não se incorporou à rotina da assistência obstétrica, sendo o único documento institucional em âmbito federal específico sobre mortalidade materna de mulheres negras. De modo igual ocorreu com as propostas da 12ª Conferência Nacional de Saúde, ratificada pela I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial e da II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres.

Werneck (2016) expõe que as reivindicações da população negra, do movimento de mulheres negras e do movimento negro contribuíram para a concepção da universalidade, integralidade, equidade e participação social no sistema de saúde, porém, não houve materialização desses princípios para a população negra, que continua enfrentando barreiras no acesso à saúde.

O documento referente ao balanço de três anos do pacto afirmou que era necessário que o Pacto Nacional Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal se afirmasse enquanto política de Estado e destacou a formação da Comissão Nacional de Monitoramento e Avaliação da Implementação do Pacto como um passo neste sentido (BRASIL, 2007c).

Apesar do MS almejar que o pacto se firmasse como política de Estado, a própria instituição não transformou as deliberações dos espaços de participação social citados anteriormente em decisões de governo. Rolim, Cruz e Sampaio (2013) destacaram que por meio da participação social, os cidadãos devem monitorar, fiscalizar, avaliar e interferir nas esferas municipais, estaduais e federal. Eles defendem que, de um lado, a participação social

³² A I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial ocorreu de 30 de junho a 2 de julho de 2005 em Brasília. O relatório final da conferência publicado em novembro do mesmo ano apresentou no eixo temático 3, saúde, a diretriz geral nº 7, “Consolidar a dimensão étnico-racial na implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, visando à eliminação das desigualdades raciais e étnicas nas taxas de mortalidade materna, considerando as propostas deliberadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde.” (BRASIL, 2005e, p. 38).

tem o sentido de vigilância e responsabilização, mas, de outro, o sentido da efetividade e compromisso com o que é público.

Coelho (2012) acrescentou que as políticas públicas não são iniciativas exclusivas do governo, mas resultado de interlocução e pactuação entre diferentes atores sociais. Em relação às conferências de saúde, estas deveriam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes, adequando-as às necessidades da população. Como apresentado anteriormente, as conferências apontavam a necessidade de estratégias e ações voltadas para redução da mortalidade materna das mulheres negras.

A constatação de que a atividade político-eleitoral era insuficiente para analisar e fiscalizar os governos contribuiu para a institucionalização de instâncias deliberativas na organização e funcionamento das políticas públicas. À vista disso, os grupos populacionais que não tinham acesso às decisões governamentais passaram a conhecê-las e saber por que foram adotadas. O reconhecimento dos problemas a serem prioritariamente enfrentados pela ação pública deveria reorientar essas decisões governamentais. Na saúde, as instâncias deliberativas como conselhos e conferências previam a participação de usuários, prestadores de serviços e trabalhadores da saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Com o intuito de apresentar a situação da mortalidade materna nas unidades de federação por raça-cor, no primeiro período da análise dessa pesquisa priorizou-se o intervalo 2004-2008, conforme a tabela 2. Devido a limitação da apresentação da tabela, trabalhou-se apenas com as seguintes raça/cor: branca, preta, parda, negra e indígena. A escolha deste intervalo teve a intenção de avaliar o Pacto Nacional para redução da mortalidade materna e neonatal. Apesar dessa estratégia não ter se encerrado, em 2009 houve outra pactuação entre MS, estados e municípios.

A região centro-oeste apresentou o maior risco para as mulheres pretas e a região sul apresenta o maior risco para as mulheres indígenas. A RMM apresentava bastante variação de um ano para outro em determinada unidade da federação e raça/cor, o que pode ser explicado pela melhora na vigilância do óbito materno, inclusive do quesito raça/cor.

Cinco estados conseguiram reduzir a morte materna de mulheres brancas, sendo São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Mato Grosso do Sul. Três unidades da federação, Tocantins, São Paulo e Goiás, reduziram a morte materna de mulheres pretas. Santa Catarina e Paraná apresentaram as maiores RMM das mulheres pardas.

Tabela 2 - Razão da Mortalidade Materna por unidade da federação, por causas diretas, por raça/cor, série histórica de 2004 a 2008

Unidade da Federação	Branca					Preta					Parda					Negra					Indígena				
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008
Rondônia	9	66	41	35	41	0	0	1020	0	0	12	31	28	7	44	12	30	48	7	44	0	0	0	317	0
Acre	63	100	36	41	0	0	0	0	0	0	28	28	16	42	22	28	28	16	42	22	0	0	0	159	0
Amazonas	23	16	33	90	72	0	0	0	301	322	45	43	44	44	27	44	42	44	45	29	35	101	168	123	0
Roraima	0	0	44	0	0	0	0	1852	1370	0	15	0	36	72	74	14	0	54	89	74	0	253	115	221	92
Pará	65	45	45	68	96	429	335	189	227	289	45	51	51	53	41	51	55	53	54	43	116	126	0	126	126
Amapá	0	327	971	0	510	0	0	0	0	2381	30	37	35	21	41	30	37	35	21	47	0	0	0	0	0
Tocantins	41	21	44	26	80	435	185	228	290	0	20	44	34	45	57	30	47	38	49	56	301	0	0	0	235
Região Norte	39	43	44	59	69	280	208	273	240	249	38	44	44	46	39	42	46	47	48	41	47	123	110	147	45
Maranhão	41	52	89	117	156	532	489	510	589	408	62	68	58	77	69	76	79	67	85	74	0	0	249	119	97
Piauí	72	41	43	12	54	392	312	458	194	341	34	52	50	46	73	49	61	59	50	78	0	0	0	0	0
Ceará	21	58	38	31	37	195	221	0	242	262	42	45	41	41	39	46	48	40	43	41	0	0	0	0	0
Rio Grande do Norte	14	29	6	17	20	126	353	0	599	264	18	30	14	14	25	21	36	14	21	28	0	0	0	0	0
Paraíba	7	0	18	5	27	110	89	133	511	390	54	43	32	45	43	56	45	34	53	48	0	0	0	0	0
Pernambuco	27	22	21	34	28	78	207	269	673	238	50	29	36	37	47	50	34	41	46	50	0	0	174	0	0
Alagoas	42	48	58	21	37	163	0	0	0	604	37	37	31	32	39	39	36	30	32	43	0	0	0	0	0
Sergipe	65	88	52	75	164	505	0	395	0	581	56	67	35	34	40	69	65	39	34	44	0	0	0	0	0
Bahia	46	49	82	50	48	192	165	251	341	353	41	30	35	36	36	46	34	41	43	43	107	0	0	231	0
Região Nordeste	30	35	41	37	46	251	234	275	404	349	45	42	39	43	46	51	47	44	49	50	27	0	132	92	42
Minas Gerais	21	22	18	19	24	127	68	186	248	199	30	30	25	29	29	37	32	34	41	37	0	0	0	0	0

Unidade da Federação	Branca					Preta					Parda					Negra					Indígena				
	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008	2004	2005	2006	2007	2008
Espírito Santo	12	13	20	18	9	149	145	393	196	321	41	27	44	23	40	47	32	57	29	49	0	0	0	0	0
Rio de Janeiro	34	30	36	30	34	206	183	182	363	212	39	59	54	51	47	59	74	69	87	65	0	0	0	0	0
São Paulo	29	24	23	26	20	205	253	227	190	177	25	43	44	46	51	40	60	57	56	58	0	0	0	0	0
Região Sudeste	28	24	24	25	22	182	174	204	280	202	32	41	41	41	42	45	52	53	58	53	0	0	0	0	0
Paraná	38	38	41	31	31	429	310	434	451	442	120	122	36	80	65	151	140	67	106	90	253	632	0	282	0
Santa Catarina	21	19	22	27	28	0	0	0	0	0	182	174	69	273	62	96	99	40	161	37	0	0	0	581	617
Rio Grande do Sul	33	30	30	25	29	114	66	71	32	108	26	78	79	53	62	71	72	75	43	83	0	0	0	0	0
Região Sul	32	31	33	28	29	126	81	91	63	121	85	108	57	84	63	101	99	69	78	81	72	217	0	211	105
Mato Grosso do Sul	33	27	25	32	18	750	0	0	350	336	43	63	83	28	94	66	62	81	35	98	104	53	149	107	188
Mato Grosso	22	32	43	27	46	141	316	393	0	879	30	70	52	63	35	33	75	58	62	48	138	288	128	0	110
Goiás	28	22	10	23	33	652	263	512	541	369	39	44	34	29	37	61	52	45	40	45	358	0	0	0	0
Distrito Federal	115	114	47	45	44	498	592	727	0	518	45	61	23	20	26	51	66	32	20	35	0	0	0	0	0
Região Centro-Oeste	33	31	25	29	34	504	261	432	288	512	38	58	43	36	44	51	63	51	40	53	134	106	135	71	160
Total	30	28	29	29	30	210	181	214	269	234	40	44	41	43	44	49	50	48	51	50	56	92	104	121	68

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

5.1.2 Segundo período: 2009 a 2019 - da visibilidade para a invisibilidade

O Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) da Amazônia Legal e Nordeste integrou as ações para qualificação da atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido dentro do Pacto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) na Amazônia Legal e Nordeste³³ (BRASIL, 2010b). O pacto não foi incluído na análise documental desta pesquisa. As ações relacionadas ao pré-natal beneficiam a ambos, entretanto, as estratégias de prevenção à morte materna se iniciam antes da gestação, no acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Cook, Dickens e Fathalla (2004) expressaram preocupação com os serviços de saúde reprodutiva que consideram as mulheres como objetos do processo reprodutivo. Os(as) autores(as) também alertaram que as necessidades das mulheres relacionadas à saúde reprodutiva têm sido abordadas em programas de saúde materno-infantil, acarretando em importantes necessidades não atendidas. No entanto, quando a mulher engravida, suas necessidades como mãe tornam-se visíveis.

Apesar do PRMI não ser objeto de análise, é importante fazer algumas observações sobre ele, que serão retomadas na discussão da RC. A primeira é a respeito de duas dimensões que foram complementares para a implementação do PRMI: a ampliação da capacidade instalada local por meio dos recursos financeiros e humanos e o apoio à reorganização dos processos de trabalho (BRASIL, 2010b).

Também foram propostas estas ações no âmbito da APS: expansão das equipes da estratégia saúde da família (ESF), construção de unidade básica, implantação de ESF ribeirinhas, fortalecimento de ações de alimentação e nutrição, aquisição de equipamentos e material permanente, elaboração de manuais, implantação dos Núcleos de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF) e cursos de qualificação (BRASIL, 2010b).

A última observação é em relação às ações para a redução da mortalidade infantil das populações vulneráveis. Apesar de o PRMI ser voltado para a Amazônia Legal e Nordeste, regiões com grande contingente de população indígena, parda e preta, não foi apresentada a

³³ Estudos realizados pelo IPEA e IBGE demonstraram que as desigualdades regionais no território brasileiro poderiam ser superadas focando os investimentos em quatro problemas das regiões Nordeste e Amazônia Legal: a mortalidade infantil, o analfabetismo, o baixo dinamismo econômico no meio rural e o sub-registro civil. Assim, foi proposto o Protocolo de Cooperação Federativa para execução de ações cooperadas e solidárias entre União, estados e municípios. Como proposta institucional, o Ministério da Saúde definiu o Pacto de Redução da Mortalidade Infantil e Neonatal. A meta era reduzir a taxa de mortalidade infantil e neonatal em 5% ao ano, nos anos de 2009 e 2010. Os eixos prioritários eram: qualificação da atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido; educação na saúde; gestão da informação; vigilância do óbito infantil; fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação; e produção de conhecimento e pesquisas (BRASIL, 2010a).

taxa da mortalidade infantil (TMI) de todas as categorias de raça/cor e etnia. A TMI foi apresentada por região, por tipo (infantil, neo-precoce, neotardia e pós-natal) e população indígena (BRASIL, 2010b).

A taxa de mortalidade infantil indígena foi apresentada, porém não houve comparação com a taxa de outro grupo na perspectiva do quesito raça/cor e etnia. No momento em que a questão é pouco evidenciada e reconhecida, a falácia da democracia racial é reforçada e as políticas públicas são elaboradas para um ser universal, o homem e a mulher branca.

Afirmou-se que as ações realizadas na atenção aos indígenas eram transversais a todas as políticas e programas de ação do MS (BRASIL, 2010b), talvez por isso as propostas apresentadas no PRMI foram gerais e com impacto a longo prazo, mesmo o plano sendo para dois anos. Não foram observadas ações diretas para o enfrentamento às causas dos óbitos infantis mais frequentes em 2009. Ao propor ações para a redução da mortalidade infantil indígena, deveriam ter sido propostas metas e indicadores para a avaliação e monitoramento, além da necessidade de priorizar intervenções mais efetivas.

O PQM foi iniciado, em 2009, com a construção dos planos estaduais e pactuações com as equipes gestoras das maternidades. O plano foi desenvolvido em duas fases. Na fase 1, em 2010, realizaram-se: a qualificação de apoiadores e supervisores; aproximação entre agentes estratégicos nas discussões da humanização do parto e nascimento; momentos de troca e compartilhamento das experiências e desafios. Na fase 2, em 2011, foram desenvolvidas as seguintes ações: implementação das quatro diretrizes do PQM, qualificação obstétrica, sobretudo por meio da realização de Cursos de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento; fortalecimento dos Fóruns Perinatais; e desenvolvimento da integração do PQM e da RC (BRASIL, 2012).

O plano buscava aprimorar os processos de gestão e de cuidado por meio da incorporação de inovações na assistência e gestão do trabalho nas principais maternidades da Amazônia Legal e do Nordeste. Também buscava construir redes de cuidados perinatais, articulando os serviços de referência do território no cuidado materno-infantil (BRASIL, 2010b). Para a construção do PQM, utilizaram-se como base os referenciais da Política Nacional de Humanização (PNH) e das Áreas Técnicas da Saúde da Criança e da Saúde da Mulher (BRASIL, 2012).

Antes de aprofundar a discussão sobre o PQM, é preciso trazer algumas perspectivas da PNH para o campo do debate, sendo utilizado o “Documento Base para Gestores Trabalhadores SUS - 4ª ed.”, visto que o plano de qualificação tem nessa política seu embasamento teórico. Assim, destacam-se:

- valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: pessoas usuárias, trabalhadoras e gestoras;
- estimular a autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- “defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, raça/cor, origem, gênero e orientação sexual” (BRASIL, 2010c, p. 18).

A valorização dos sujeitos, o estímulo à autonomia e protagonismo e o estabelecimento de vínculos solidários não tem ocorrido com pessoas negras, sejam elas trabalhadoras ou usuárias. O Brasil foi construído em cima da invisibilidade e do apagamento da história da população negra. Ainda faz parte de grande porção do imaginário da sociedade brasileira que a pessoa negra negro é suja, mentirosa, preguiçosa, moralmente inferior e que não se esforça o suficiente diante da meritocracia em que se vive. Assim, pode-se supor que, subjetivamente, a pessoa negra não faz parte da Política de Humanização, já que não é percebida em sua perspectiva de “humano”. Por isso, Carneiro (2018) argumenta que o conceito de raça se instituiu para justificar a desumanização, a dominação, a escravidão e a exploração de um grupo sobre o outro.

Bento (2022) aponta que os estigmas produzem diferenças e hierarquias criando narrativas entre brancos e negros, assegurando os privilégios de um grupo enquanto o outro sofre privações, com péssimas condições de vida, de trabalho e saúde. Os processos de estigmatização de grupos visam legitimar a perpetuação das desigualdades e a elaboração de políticas institucionais de exclusão, inclusive de genocídio.

A última perspectiva citada acima reconhecia a diversidade do povo brasileiro, no entanto, no mesmo documento foram apontados alguns desafios para a produção de saúde, tais como considerar a diversidade cultural e a desigualdade socioeconômica presente no território nacional. Outro desafio era fortalecer os processos de regionalização cooperativa e solidária, visando a ampliação do acesso com equidade (BRASIL, 2010c).

É importante demarcar que diversidade cultural não é sinônimo de diversidade racial, pois não necessariamente contempla a discussão racial — conforme visto nos documentos citados anteriormente). Elementos como diversidade sexual e reprodutiva, culturas e pluralidades sociais usualmente não geram pontos de desconstrução no processo de produção da subjetividade na perspectiva racial. Não houve o reconhecimento da discriminação racial

nem se abordou diretamente o racismo, ou seja, esses aspectos não ganharam materialidade, ainda há um desconforto ao se abordar as questões raciais.

Diangelo (2018) apresenta que pessoas brancas que não realizam uma análise sobre o racismo podem utilizar uma linguagem codificada racialmente, reproduzindo imagens e perspectivas racistas enquanto reproduzem a confortável ilusão de que a raça e seus problemas não envolvem os brancos. Dessa forma, eles não nomeiam diretamente a dinâmica e quem se beneficia do racismo.

Bento (2002, p. 3-4) apresenta que “no campo da teoria da discriminação como interesse, a noção de privilégio é essencial. A discriminação racial teria como motor a manutenção e a conquista de privilégios de um grupo sobre outro, independentemente do fato de ser intencional ou apoiada em preconceito”. Tentando fazer um paralelo com esta pesquisa, a RMM das mulheres brancas pode ser justificada pela imagem positiva do branco. Nessa perspectiva, as mulheres brancas “sabem se cuidar”, são confiáveis e educadas, enquanto permanece, às custas do racismo estrutural, a ideia de que o negro é moralmente inferior e não é capaz de cuidar da sua saúde, por isso, as mulheres negras mentem sobre suas queixas, são raivosas e não se justifica a necessidade de um acompanhamento efetivo.

Kalckmann *et al.* (2007) afirmam que os profissionais de saúde, por meio de atitudes racistas, podem aumentar a vulnerabilidade da população negra, ampliando barreiras ao acesso e afastando os usuários pretos dos serviços de saúde.

Bento (2002, 2022) acrescenta que o branco, ao se colocar como referência, legitimou sua supremacia econômica, política e social. Os acordos não explicitados protegem e fortalecem seu próprio grupo que justifica o privilégio, material ou simbólico, apoiado na ideia do mérito e competência. Para isso, o branco investiu na construção de um imaginário extremamente negativo sobre o negro, destruindo sua identidade racial, culpabilizando-o pela discriminação que sofre e justificando as desigualdades raciais.

Como um dos desafios para a produção de saúde, a PNH mencionou a desigualdade socioeconômica, ou seja, de renda, de acesso aos serviços básicos de qualidade (saúde, educação, mobilidade urbana, habitação, saneamento básico e de segurança alimentar). Entretanto, manteve-se o silêncio sobre as desigualdades raciais durante todos esses anos — cabe mencionar que o documento citado nesta pesquisa tem sua primeira versão em 2004. A desigualdade por raça/cor e etnia deve ocupar espaço central no debate sobre as desigualdades sociais por sua origem histórica e pouco dinamismo (IBGE, 2019).

A manutenção da relação de dominação do conceito de raça ocorre cercada de silêncio, sendo necessário refletir sobre o papel do branco nas relações raciais e sua relação de

dominação sobre os negros. Existe uma tendência em estudar apenas a pessoa negra, colocando o problema das desigualdades raciais em suas costas e conseqüentemente evitando discutir as diferentes dimensões do privilégio das pessoas brancas. Diluir o debate sobre o conceito de raça analisando apenas a classe social é uma estratégia utilizada para não falar do racismo. Os negros pobres são mais desprovidos em todas as dimensões da vida, na saúde, na educação e no trabalho do que os brancos pobres. Ser branco permite o privilégio simbólico da branquitude (BENTO, 2002).

A categoria étnico-racial apareceu somente duas vezes na PNH, na valorização da dimensão subjetiva e coletiva, destacando-se as necessidades específicas dos grupos vulneráveis. Surgiu também na sensibilização das equipes para o acolhimento e encaminhamentos nas situações de violência realizada por agentes do Estado (populações pobres e marginalizadas) e de preconceitos (racial, religioso, sexual, de origem e outros) (BRASIL, 2010c).

A branquitude é um lugar de privilégio, de poder, que diz respeito a um conjunto de práticas culturais, que são mantidas em silêncio e não são nomeadas. O privilégio branco é entendido como um estado passivo, uma estrutura de facilidades para os brancos, consciente ou inconscientemente. Lugar simbólico e concreto de privilégio construído socialmente para os brancos (BENTO, 2022).

Retornando à análise do PQM, entre as ofertas metodológicas e técnicas do plano, o apoio institucional desempenhou papel central. O potencial da intervenção do apoio foi justificado por induzir mudanças por meio da melhoria das relações de trabalho e da garantia dos direitos de acesso às práticas baseadas em evidências científicas e da superação do paradoxo perinatal, no qual o aporte de novas tecnologias (equipamentos e insumos biomédicos) não garante melhores resultados (BRASIL, 2012).

O apoio institucional se apresentou como uma tecnologia de ação que pretendia superar os modos tradicionais de intervenção nos serviços de saúde e viabilizar mudanças nas práticas. Uma das principais dificuldades do modo tradicional de intervenção era a manutenção dos modos de gestão, que se caracterizam pela hierarquização dos cargos, falta de autonomia e relações autoritárias entre os diversos atores. Por isso, o apoio institucional busca ampliar a efetividade das ações, garantindo autonomia e satisfação dos trabalhadores da saúde e também assegurando que as necessidades da pessoa usuária fossem atendidas e resolvidas (BRASIL, 2010b).

A primeira análise que parece ser imprescindível fazer é sobre como se produzem as relações de trabalho entre trabalhadoras/es de saúde³⁴. Sabe-se que a área da saúde é composta em sua maioria por mulheres e do campo da enfermagem, com exceção da medicina. Entretanto, os cargos de chefia são ocupados na maioria das vezes por homens brancos. De antemão, têm-se as questões de gênero e racial colocadas, no momento em que os espaços de decisão são majoritariamente dos homens brancos.

O gênero é um relevante marcador das diferenças sociais entre homens e mulheres. Há diferenças no aspecto biológico, porém as distinções se efetivam de modo fundamental a partir da determinação sociocultural. A percepção dessas diferenças entre homens e mulheres constroem as relações sociais e, conseqüentemente, de poder (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

Bento (2002, 2022) destaca que as instituições estabelecem sistemas de valores, determinando um modo de funcionamento que torna homogêneo o perfil dos empregados e lideranças. Assim, em todas as esferas sociais (altos postos de empresas, universidades, cargos políticos entre outros), os cargos de alta liderança são quase exclusivamente masculinos e brancos. As instituições buscam profissionais cuja imagem representem a organização, sendo consideradas adequadas³⁵ as pessoas brancas. Em 2018, a população ocupada teve maior concentração de pessoas negras, entretanto, em cargos gerenciais, a maior proporção foi de pessoas brancas, 68,6% (IBGE, 2019).

A profissão da enfermagem é a mais numerosa da saúde e nela se reproduz a hierarquia racial da sociedade brasileira, visto que as profissões de técnicos e auxiliares de enfermagem são constituídas em maior número por pessoas negras. Essas profissões não são valorizadas e estão subordinadas à enfermagem.

Dados da pesquisa “Perfil da Enfermagem no Brasil”, realizada em 2012/2013 mostraram que a equipe de enfermagem corresponde a 77% de pessoal técnico e auxiliar de enfermagem e 23% de enfermeiras(os). Na categoria de técnicas(os) e auxiliares de enfermagem, 14,7% são homens, 84,7% são mulheres, 37,6% brancos e 57,4% são negros (44,5% pardos e 12,9% pretos). A categoria de enfermeiras(os) é constituída por 86,2% de

³⁴ Importante ressaltar que estarei considerando como trabalhadores de saúde as e os trabalhadores da assistência e da gestão. Defendo a ideia de que profissionais da assistência também fazem gestão nos seus locais de atuação, visando os processos de organização da rede de atenção.

³⁵ É preciso traçar um paralelo com o caso Alyne Pimentel. Em 1º de dezembro de 2013, foi reinaugurada a Maternidade Mariana Bulhões, em Nova Iguaçu/RJ, a UTI Neonatal ganhou o nome de Alyne da Silva Pimentel, tendo sido afixada uma placa (DHESCA, 2015). Essa medida de reparação simbólica ficou muito aquém da resposta que este caso emblemático merecia. O hospital não tem vinculado a ele o rosto de uma mulher negra da periferia, apenas um pequeno setor do hospital foi relacionado à Alyne.

mulheres, 13,4% de homens, 57,9% de brancos e 37,9% de negros (31,3% pardos e 6,6% pretos) (MACHADO, 2017).

Lombardi e Campos (2018) informam que o acesso à educação está intimamente relacionado às possibilidades que os indivíduos têm na sociedade desde o início de suas vidas, ou seja, o acesso ao ensino básico e médio. No Brasil, boa parte da população para cursar o ensino superior precisa pagar mensalidade, assim, esse nível de educação é composto em maior número pela população branca de classe média e média alta.

Existe uma heterogeneidade na equipe de enfermagem em relação ao tipo de mulher e ao tipo de trabalho que é desempenhado. Há diferença entre ser uma enfermeira chefe e uma auxiliar de enfermagem, como também entre cuidar de feridas e fluidos humanos, instrumentar numa cirurgia ou administrar o material e os medicamentos de uma unidade hospitalar (LOMBARDI; CAMPOS, 2018).

O PQM reconheceu a hierarquização dos cargos, da distância que existe entre quem toma as decisões nos serviços e quem deverá executar o que foi decidido. Entretanto, não foi mencionada a hierarquização entre os trabalhadores de nível superior e trabalhadores de nível técnico/auxiliar. As mulheres negras são maioria nas profissões de nível técnico e auxiliar como cozinheiras, recepcionistas, auxiliares de higienização e técnico ou auxiliar de enfermagem, enquanto as mulheres brancas são maioria nas profissões de nível superior. Em ambas situações, o componente racial deveria ser analisado e trabalhado por apoiadoras institucionais.

Existem poucas pesquisas sobre o perfil das pessoas trabalhadoras de saúde no Brasil que incluam a perspectiva racial. Todavia, a pandemia de Covid-19 aprofundou as desigualdades, e trouxe a necessidade de analisar as condições de trabalho de mais de 2 milhões de trabalhadores e trabalhadoras, de nível técnico e auxiliar, que exercem atividades de apoio na assistência, no cuidado e no enfrentamento à Covid-19. A pesquisa “Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil”, desenvolvida pela Fiocruz revela a exploração e o preconceito que recai sobre os trabalhadores e trabalhadoras invisíveis da saúde (LEONEL, 2022).

O perfil dos participantes da pesquisa foi composto por 72,5% de mulheres e 59% de negros. Alguns achados do estudo: 70% referiram sentir falta de apoio institucional e 35,5% revelaram ter sofrido violência ou discriminação durante a pandemia; 85,5% tem jornadas de trabalho de até 60 horas semanais e 25,6% necessitam de outro emprego para sobreviver (LEONEL, 2022).

Santos, Oliveira e Souza (2016) argumentam que as instituições não reconhecem os processos de racialização do gênero, classe e sexualidade. A posição da raça/etnia revela determinados resultados sociais comuns em relação ao parto. Brah (2006) retrata que a classe se articula com o racismo e o heterossexismo, traçando as oportunidades de vida para as diferentes categorias de mulheres. O gênero feminino é constituído e representado de maneira diferente segundo a localização da mulher dentro das relações globais de poder, assim, a inserção nessas relações se realiza através de processos econômicos, políticos e ideológicos. Dessa forma, em contextos diferentes, os processos podem ter diferentes significados políticos e culturais.

De acordo com a pesquisa realizada por Lombardi e Campos (2018), os postos de trabalho protegidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) são ocupados por trabalhadoras(es) de raça/cor branca, evidenciando a preferência do mercado formal por determinada raça/cor. As autoras apontam que a área da saúde é composta por mulheres brancas com nível universitário, em funções administrativas, detentoras de autoridade e poder de comando, e mulheres predominantemente negras e mais pobres, com nível médio, que atuam na base da pirâmide. Há uma relação de força desproporcional entre as trabalhadoras da saúde.

Durante as primeiras análises das pessoas trabalhadoras dos serviços e especialistas sobre o PQM, dois nós críticos funcionaram como ponto de partida. O primeiro nó era a fragmentação e segmentação do cuidado, com perda de efetividade das práticas, aumento dos custos e iniquidades no acesso. O segundo nó eram as situações de violência institucional nos centros obstétricos e salas de curetagem. Com isso, esperava-se construir novas práticas de gestão e de cuidado no cotidiano do trabalho nas maternidades, a partir da oferta de modos de fazer, da incorporação de métodos, tecnologias e dispositivos e da construção de novos valores e referenciais técnicos (BRASIL, 2012).

Novamente o MS poderia ter exposto a perspectiva racial ao mencionar a iniquidade no acesso e a violência institucional. Em outro trecho do documento, afirmou-se que as mulheres também sofrem violência de gênero. As mulheres brancas sofrem violência institucional e de gênero, entretanto, às mulheres negras e indígenas é preciso considerar ainda a opressão do racismo.

Santos, Oliveira e Souza (2016) apontam que a experiência das mulheres não é a mesma em relação à reprodução, à gestação e ao parto. A violência institucional e obstétrica mostra sua complexidade na singularidade da vida de cada uma das usuárias do serviço. A partir da construção da identidade social, as mulheres negras ocupam uma posição

subordinada em todas as fases da vida, por isso, elas precisam resistir e enfrentar o racismo e sexismo dentro das instituições do Estado e da sociedade civil.

As autoras lembram que é responsabilidade dos trabalhadores de saúde construir espaços de transformação social. Mas os trabalhadores também podem escolher manter a ordem institucional, reproduzindo as desigualdades de classe e raça/etnia na relação de cuidado (SANTOS; OLIVEIRA; SOUZAS, 2016).

Davis (2021) aponta algumas ideias estereotipadas acerca das mulheres negras tais como apenas as adolescentes negras solteiras que engravidam, que as famílias negras são desestruturadas, que existe um “mal comportamento” reprodutivo e que elas trabalham em subempregos e são incompetentes. Quando os profissionais se sentiam desafiados por essas mulheres ou quando elas não correspondiam aos estereótipos, eles puniam as mulheres negras com intervenções sem consentimento, procedimentos sem anestesia e até mantinham o bebê afastado da mãe.

Em relação às diretrizes do PQM, foram apresentadas as seguintes: cogestão; direito a acompanhante e ambiência; vinculação da gestante, desde o pré-natal ao local de parto, em uma rede integrada de cuidados; e acolhimento em rede e classificação de risco (BRASIL, 2010b, 2012).

Os pontos de análise que foram apresentados nesta subseção interferem diretamente nas diretrizes do plano, no momento em que seus fundamentos estão ancorados nas relações entre os sujeitos. Estas, por sua vez, são influenciadas pela hierarquia racial: um grupo tem seus direitos constantemente violados pelo grupo dominante, a classe social não blindava o racismo. A hierarquia racial irá interferir nas relações entre pessoas trabalhadoras e usuárias, como bem pontuou Luiza Bairros, ao ser questionada em uma entrevista, em 2006, sobre o que era o racismo, ela respondeu:

Eu vejo o racismo como a ideologia em estado puro. É o que informa e o que possibilita desenvolver o preconceito e praticar a discriminação. É o que sustenta. **O racismo engloba todas as relações, passa por dentro delas. É uma ideologia baseada na desumanização do outro, no extermínio do outro.** O extermínio do outro só é possível porque há grupos que se supõem superiores. Não existe racismo de baixo para cima, pois ele sempre pressupõe a ideia de superioridade. Portanto, o Brasil é um país com um racismo bem desenvolvido. Tão desenvolvido que, durante muito tempo, sua existência pôde ser negada criando uma espécie de racismo invisível. A ponto de acusarem os que falam a palavra racismo de promotores de sua existência. Ou seja: deixa tudo como está, pois assim estamos todos confortáveis (BAIROS, 2012, p. 5-6, grifo da autora).

Bento (2022) afirma que existe similaridade na estrutura e no modus operandi das relações de dominação de raça e gênero nas organizações e instituições públicas e privadas. A

dominação racial tem sido construída e perpetuada através do pacto narcísico da branquitude, a negação do problema racial e, conseqüentemente, a manutenção dos privilégios dos brancos. Não se fala sobre o racismo, pois ele é entendido como um ato isolado, no âmbito individual e privado. Assim, não se reconhece a estrutura racista que molda a sociedade e as relações.

Com relação à cogestão, afirmou-se que essa linha de ação abriria perspectivas para o estabelecimento de uma nova cultura organizacional nas maternidades, com a constituição de espaços coletivos e democratização das relações institucionais (BRASIL, 2012). Para o estabelecimento de uma nova cultura é imprescindível quebrar os padrões opressores, de raça, de identidade de gênero, de sexualidade, de classe entre outros.

Bento (2022) alerta que há uma tendência no modo de operacionalização das discriminações dentro das organizações, em que questões éticas, morais e relacionadas com a democratização dos espaços institucionais são tratadas na perspectiva racional, justificando as desigualdades pelo mérito de cada um(a). A autora assegura que é preciso reconhecer e debater as relações de dominação para criar condições de avanço para outro tipo de sociedade e pactos civilizatórios.

No que se refere ao direito ao acompanhante e vinculação ao parto, são as mulheres negras que mais sofrem violência obstétrica e que terão seus direitos negados. Leal *et al.* (2017) realizaram a pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento” com base populacional e abrangência nacional, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012. Alguns dos resultados com foco na dimensão raça/cor demonstram que mesmo quando equiparadas todas as características, e controladas as variáveis sociodemográficas, as mulheres pretas e pardas apresentaram os piores indicadores de atenção pré-natal e parto.

As autoras evidenciaram aspectos do funcionamento cotidiano dos serviços de saúde que resultam em benefícios e oportunidades diferenciadas segundo a raça/cor, com prejuízo para as mulheres mais escuras. Elas destacam que mulheres pardas e pretas sofreram menos intervenções obstétricas no parto que as brancas; as pretas recebem menos anestesia local quando submetidas à episiotomia. Mulheres pretas e pardas têm menor número de consultas e exames no pré-natal, vinculam-se menos à maternidade para o parto e recebem menos orientações, o que resulta em maior peregrinação para parir. Percebeu-se também maior violação da lei do acompanhante entre mulheres pretas e pardas. Dessa forma, as autoras concluíram que, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, é necessária a eliminação de iniquidades raciais (LEAL *et al.*, 2017).

Em outra pesquisa, se analisou as diferenças na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS e constatou-se que existe diferença na assistência prestada pelos profissionais em relação à

raça/cor. Alguns resultados encontrados para as mulheres negras foram: menor proporção com o número adequado de consultas; menos mulheres receberam informações sobre o parto normal e informações sobre o local do parto; encontraram mais dificuldades ao procurarem atendimento; esperaram mais tempo para serem atendidas e foram as que menos tiveram acompanhantes na hora do parto (THEOPHILO; RATTNER; PEREIRA, 2018).

Uma das limitações dos protocolos de acolhimento com classificação de risco é considerar apenas os critérios biológicos e que podem ser medidos e avaliados. Mulheres negras reivindicam que profissionais de saúde toquem em seus corpos durante o exame clínico e valorizem suas queixas e/ou necessidades. Tais reivindicações têm relação direta com o acesso à assistência de qualidade e, conseqüentemente, com a morte materna.

Kalckmann *et al.* (2007) afirmam que quando profissionais de saúde minimizam as queixas de pessoas usuárias negras, se reduz as possibilidades de diálogo delas com os referidos serviços. As atitudes discriminatórias de profissionais afastam as pessoas usuárias negras dos serviços, impactando de forma negativa em sua saúde, especialmente a mental. As autoras reiteram que, ao não escutar a percepção da pessoa usuária, a(o) profissional está contribuindo também com o racismo institucional, mesmo que este não considere que teve uma atitude racista.

Os marcadores raciais e socioeconômicos devem fazer parte dos protocolos de acolhimento com classificação de risco, visto que já foi demonstrado que estar gestante e ser negra é uma condição de risco de vida no Brasil. Uma mulher negra gestante, que mora na periferia da cidade, que depende de transporte público para chegar aos serviços de saúde, com queixa de mal estar, náuseas e dor de cabeça, não deve ser desacreditada em relação às suas queixas, elas não podem ser punida pelas(os) trabalhadora(e)s por não a acharem “confiável”.

Davis (2021) afirma que a equipe médica não considera adequadamente as manifestações de preocupação das mulheres negras em relação à sua saúde. A autora utiliza o termo racismo obstétrico para caracterizar a negligência, falta de informação, desdém e desrespeito, causar dor e exercer abuso médico por meio de coerção à realização de procedimentos ou de realização de procedimentos sem consentimento. O racismo obstétrico é uma ameaça para a vida das mulheres negras e indígenas e para os desfechos neonatais.

Em 2005, as mulheres negras (pretas e pardas) morriam 6,4 vezes mais que a RMM estadual de São Paulo (SP), revelando as desigualdades raciais da mortalidade materna. Entendendo a importância de trazer a perspectiva racial para a cena do parto, o Comitê Técnico Saúde da População Negra da SES/SP propôs uma intervenção a partir das evidências dos dados epidemiológicos com o objetivo de discutir a mortalidade materna de mulheres

negras e o impacto do racismo na saúde. O período de intervenção foi de janeiro de 2007 a dezembro de 2009 (BATISTA *et al.*, 2016; KALCKMANN *et al.*, 2010).

Evidenciou-se a necessidade de desenvolver estratégias para qualificar o cuidado em saúde, desenvolver processos de educação permanente de profissionais de saúde, aprimorar o processo de trabalho de profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera e discutir a temática racial, com profissionais de saúde envolvidos com a atenção à saúde da mulher. Mesmo com os dados epidemiológicos apresentados e com estudos sobre o impacto do racismo na vida das pessoas, as coordenadoras da política de humanização e trabalhadores da maternidade não reconheceram a relevância de se trabalhar especificamente com a temática racial (BATISTA *et al.*, 2016).

O projeto mencionado, “Humanização do parto e puerpério: questões étnico/racial e de gênero”, recebeu recurso financeiro da área técnica da Saúde da Mulher do MS, e apesar dos resultados exitosos, a temática racial não se materializa no PQM nem na RC. López (2012) ressalta que existe uma ideia contraditória nas políticas de promoção da igualdade racial, pois para justificar a execução dessas políticas, as instituições públicas precisam assumir que suas práticas e normas resultaram em tratamento desigual, que elas reproduzem mecanismos de racismo institucional.

Para a redução das desigualdades na assistência à saúde reprodutiva e saúde materna, é necessário a desconstrução dos mecanismos ideológicos que justificam e mantêm a discriminação e o preconceito. Essa desnaturalização deve ocorrer por meio de sensibilização, apresentação de dados e evidências científicas e implementação de políticas públicas específicas (KALCKMANN *et al.*, 2010). Apesar dos avanços, Batista *et al.* (2016) reconheceram que o projeto foi pontual, e quando se deseja trazer mudanças na cultura institucional, é preciso manter o estímulo à reflexão dos sujeitos.

Ao utilizar a perspectiva dos direitos à saúde e à cidadania na temática das desigualdades raciais na mortalidade materna de mulheres negras, evidenciou-se a ampliação dos direitos para outros grupos como pais, pessoas religiosas, brancos, negros, indígenas e amarelos e lideranças do movimento social (BATISTA *et al.*, 2016).

A menção a este projeto tem como objetivo demonstrar uma experiência no SUS para a redução da mortalidade materna na perspectiva racial construída coletivamente pelo movimento social e técnicos da SES/SP, a partir da realidade do território. Embora o projeto tenha encontrado barreiras dentro das próprias instituições envolvidas, foi possível sua realização. Algo que pareceu incoerente foi o MS firmar convênio com a SES/SP para o desenvolvimento desse projeto mas não adotar suas ações/estratégias nas fases do PQM, ou

até mesmo na Rede Cegonha. Cabe lembrar que o PMQ fez parte do PRMI da Amazônia Legal e Nordeste, regiões que concentram a maior parte da população negra e indígena do país.

O racismo institucional contribui para a naturalização e reprodução da desigualdade racial no cotidiano das instituições. Na saúde, observa-se o racismo institucional nos programas de saúde com pouco ou sem recurso, na distribuição dos serviços (por exemplo, a alta concentração de leitos hospitalares nas regiões sul e sudeste) e na implantação efetiva de políticas públicas, que podem facilitar ou mesmo dificultar o acesso (LÓPEZ, 2012).

Em 2011, elaborou-se um instrumento de monitoramento das maternidades, o qual articulava objetivos, metas e indicadores de estrutura, de processos e resultados. Os eixos contemplavam as “boas práticas”, as ações/dispositivos para qualificação do cuidado, a amplitude de serviços, a organização da equipe técnica, a agenda de reuniões, os indicadores de desempenho hospitalar e de investimentos e execução de recursos. Com isso, esperava-se induzir uma avaliação do desempenho da Maternidade e, principalmente, uma reflexão sobre as dificuldades na disponibilidade de dados e sua utilização pelo conjunto de trabalhadores (BRASIL, 2012).

Entretanto, os dados que constavam no monitoramento não fizeram uma análise da desigualdade racial entre as mulheres atendidas nas maternidades. A mulher era “universal”, logo, eram as mesmas mulheres que tinham acesso à maternidade (sem peripatância), eram as mesmas mulheres que tinham acesso ao acolhimento e classificação de risco, as mesmas mulheres que sofriam um aborto incompleto, as mesmas mulheres que passavam por uma episiotomia, as mesmas mulheres que tinham acesso à cesárea³⁶, as mesmas mulheres que tinham acesso à anestesia local.

Uma hipótese para a falta de compreensão quanto à realidade das mulheres negras em relação à mortalidade materna pode ser observado também no Guia de vigilância epidemiológica dos óbitos maternos, no qual há a afirmação de que “as altas taxas encontradas se configuram um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais” (BRASIL, 2009, p. 5).

³⁶ Uma das reivindicações das mulheres negras diz respeito ao acesso à cesárea, ou melhor, a falta de acesso a este procedimento. Um dos estereótipos da mulher negra é de que ela sabe parir por ter os quadris largos e que ela é forte, já que é vista como “selvagem”, assim, elas não precisam de anestesia, nem precisam de um cuidado atento e mais próximo. Mulheres negras são submetidas a partos normais exaustivos, e em algumas situações, quando elas têm acesso à cesárea, o quadro já está muito grave.

Neste guia, sugeriu-se a aplicação de critérios de evitabilidade que considerassem as medidas terapêuticas adotadas, e também os seguintes fatores: da comunidade e da mulher, profissionais, institucionais, sociais e intersetoriais. O fator racial não foi citado, como também não foi na relação de problemas que podem contribuir para o óbito (BRASIL, 2009). A perspectiva racial foi inviabilizada em todo o documento, ainda que a PNSIPN já tivesse sido aprovada no CNS em 2006 e pelo MS em 2009. Na PNSIPN, o racismo, as desigualdades étnico-racial e o racismo institucional são reconhecidos como determinantes para as condições de vida e saúde da população negra no Brasil (BRASIL, 2017a).

Carneiro (2018) sinaliza que, ao negar a realidade social da raça e da necessidade de políticas públicas específicas para os segmentos historicamente discriminados e marginalizados, não há enfrentamento das desigualdades sociais, perpetuando a manutenção da exclusão. Nesse sentido, o princípio da equidade deve nortear as políticas de saúde, reconhecendo as demandas de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos (BRASIL, 2017a).

Em junho de 2011, a RC foi instituída por portaria específica, essa estratégia foi construída a partir do PQM, e buscou-se o fortalecimento da qualificação das práticas, incluindo o cenário da Atenção Básica, assim, apostando na perspectiva de rede. O apoio institucional permaneceu como estratégia metodológica possibilitando mudanças na gestão e atenção ao parto e nascimento (BRASIL, 2012).

A RC organiza-se nos componentes: de pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico: transporte sanitário e regulação. E tem como princípios: o respeito, a proteção e a garantia dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011a).

Nota-se um pequeno avanço na questão racial, visto que um dos princípios da RC traz a perspectiva do respeito à diversidade racial e étnica. Ao elucidar os princípios de uma política ou programa, o proponente busca informar a concepção e os valores que orientam as ações. Os princípios estruturam e sustentam a política. Apesar do que foi posto, não se observa a materialização desse princípio na portaria e no manual de implantação da estratégia, visto que a RC deveria mover-se de maneira que em todas as suas ações estivesse presente o respeito à diversidade cultural, étnica e racial. Não se aprofunda a discussão racial, não se

abordam os estereótipos, preconceitos e discriminações raciais, entre outras atitudes. O plano das ideias parece mais presente que o plano real, havendo pouca concretude.

Silva *et al.* (2009) enfatizaram que o enfrentamento às desigualdades e a discriminação não fazem parte de um corpo integrado de ações para ampliar o acesso da população negra ao SUS. Os indicadores sociais mostram que as políticas universais não conseguiram reduzir as desigualdades raciais, por isso, a necessidade de trabalhar também com políticas públicas específicas no sentido da promoção de equidade racial e de combate aos mecanismos institucionais que levam ao tratamento desigual.

É importante sinalizar que não há nenhuma outra menção à raça/cor e etnia na RC, o racismo não é apresentado como determinante estrutural da saúde. Com isso, pode-se afirmar que as narrativas do processo de gestação, parto e nascimento construídas na RC não reconhecem as desigualdades raciais como determinante no óbito materno, permitindo a reprodução de um conjunto de práticas discriminatórias, provenientes da produção do conhecimento por meio de ideais racializados (pautadas no racismo científico) que reiteram o racismo cotidianamente.

Kalckmann *et al.* (2010) afirmaram que muitos avanços foram feitos na sensibilização dos formuladores de políticas públicas, gestores e profissionais acerca das iniquidades raciais na saúde, tanto no plano nacional quanto no estadual. Mas esse entendimento ainda é limitado às ações decorrentes de políticas públicas como a PNSIPN e de sua inclusão nos planos estaduais de saúde é ainda incipiente.

Silva *et al.* (2009) ressaltam que apesar do movimento negro ter participado da luta contra a ditadura, as pessoas negras não receberam o apoio para a formação de uma efetiva frente de apoio à luta antirracista pelos parceiros de luta. Nesse período, duas situações se apresentavam: a discussão da questão racial colocava em “risco” a segurança nacional e a compreensão da desigualdade através da perspectiva econômica.

Em relação ao princípio da promoção da equidade, sabe-se que a equidade é um dos princípios do SUS e tem relação com a igualdade e a justiça. Entretanto, devido à não materialização dos marcadores sociais na RC, é preciso questionar quais as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das mulheres que são reconhecidas por essa estratégia, visto que a equidade deve atuar para reduzir o impacto dessas diferenças.

Milanezi e Silva (2019) argumentaram que os efeitos da raça nas condições de saúde não foram tratados no nível mais costumeiro do trabalho na UBS, visto que, as desigualdades raciais em saúde eram invisíveis para os profissionais, que assim, não construíram práticas de promoção da equidade nos cuidados primários. Os profissionais tendem a reproduzir a inércia

das instituições diante das desigualdades raciais, alimentando os estereótipos raciais justificados pela biologia, pela cultura e pela classe.

Lopes e Werneck (2010) evidenciaram as várias estratégias de exclusão da população negra nos modelos de saúde propostos pelo Estado, como pode ser visto no modelo que estava relacionado aos vínculos formais de trabalho (caixas/instituto de aposentadoria e pensões) e no modelo que tinha como objetivo a interiorização da saúde e descentralizados. Dessa forma, a população negra era marginalizada inclusive no cuidado à saúde por não ter vínculo formal e por habitarem o Norte e Nordeste, regiões que não receberam tantos recursos para o desenvolvimento do sistema de saúde.

Batista *et al.* (2016) afirmam que a invisibilidade do racismo na sociedade reflete nos serviços de saúde, tendo como maiores vítimas as mulheres negras. As desigualdades raciais provocam barreiras de acesso e baixa qualidade da atenção na assistência à gravidez, parto e puerpério ofertada às mulheres negras.

No componente parto e nascimento da RC, foram priorizadas ações relacionadas às “Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento”, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada. O MS afirma que a incorporação desses elementos pelas equipes é, seguramente, uma das ações com maior impacto na redução da morbimortalidade materna, caracterizando a não adoção dessas práticas como negligência da equipe de saúde. Nesse aspecto, em 1985, a OMS e OPAS elaboraram um documento de classificação das práticas relacionadas à atenção ao parto, baseadas em evidências, orientando o que deve e o que não deve ser (BRASIL, 2011d).

No entanto, entre as Boas Práticas não se identificam a promoção da equidade racial e o combate às condutas discriminatórias e ao racismo institucional. Se no período em que este documento foi construído, o debate racial ainda não tinha espaço na agenda política internacional, nos últimos anos esse espaço foi conquistado, porém não houve mudanças nas ditas “boas práticas”.

Se o objetivo das Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento é reduzir os riscos maternos, melhorando a qualidade da assistência, é dever do Estado implantar ações de combate ao racismo institucional e a violência institucional. Lopes (2006, p. 85) afirma que “o racismo, o preconceito, a discriminação e a intolerância ferem desequilibram, adoecem e podem até matar”.

Kalckmann *et al.* (2007) declararam que as instituições, ao não terem um posicionamento explícito e espaços onde essas condutas sejam discutidas, são coniventes e institucionalizam o racismo. A inexistência da discussão sobre o impacto do racismo na saúde

— tanto nos cursos de formação, graduação e pós graduação quanto na agenda da educação permanente — reforçam o racismo nos serviços de saúde.

Nesse contexto, observa-se na tabela 3 a evidência das desigualdades raciais e regionais entre as razões de mortalidade materna por causas diretas nas unidades da federação, no período 2009-2019. As regiões com maior RMM de mulheres negras foram Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Amazonas, Roraima e Acre foram as únicas unidades da federação em que a RMM de mulheres brancas foi superior a de mulheres pretas. Entretanto, o mesmo não aconteceu nesses estados quando comparada a RMM das mulheres indígenas e brancas. Na maioria das unidades federativas, a RMM de mulheres pretas foi superior a de mulheres brancas variando de 1,2 vez a 4,48 vezes maior o risco das mulheres pretas irem a óbito materno.

Tabela 3 - Razão da Mortalidade Materna por unidade da federação, por causas diretas, por raça/cor, período consolidado de 2009 a 2019

Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Negra	Indígena	Ignorada	Total
Rondônia	49,43	128,28	0	36,63	40,46	0	84,60	43,64
Acre	100	45,98	0	28,97	29,22	153,48	32,92	41,29
Amazonas	92,97	82,67	108,11	42,37	42,71	92,41	116,54	51,04
Roraima	80,76	43,46	0	28,49	28,88	110,47	0	50,65
Pará	91,84	217,62	0	49,04	52,77	125,70	60,72	56,51
Amapá	63,92	64,32	0	46,49	47,25	74,63	107,87	50,83
Tocantins	67,29	60,14	0	35,52	36,98	71,79	211,86	43,43
Região Norte	78,45	139,76	13,67	43,76	46,05	99,50	79,18	51,71
Maranhão	108,66	222,41	32,53	60,58	67,59	131,74	34,52	69,55
Piauí	66,86	138,38	163,27	54,57	58,58	0	42,33	59,05
Ceará	77,87	114,16	89,93	43,68	44,50	128,26	19,58	44,05
Rio Grande do Norte	36,80	62,00	0	34,27	35,20	0	234,77	41,97
Paraíba	52,93	87,05	67,52	40,83	41,57	131,06	31,96	43,18
Pernambuco	37,98	73,37	27,28	34,12	36,06	10,86	86,22	36,84
Alagoas	53,92	178,28	0	33,70	35,47	69,01	170,47	41,30
Sergipe	82,45	146,38	0	38,48	44,63	0	25,65	47,24
Bahia	67,74	85,37	28,24	36,48	41,90	56,88	41,30	43,99
Região Nordeste	58,68	107,19	42,55	41,95	45,45	81,64	41,85	47,07

Minas Gerais	31,26	73,91	12,77	31,93	36,75	96,14	29,88	34,33
Espírito Santo	27,27	113,66	88,73	26,64	32,60	0	221,43	35,97
Rio de Janeiro	34,85	107,24	47,95	39,55	50,79	70,97	21,40	44,08
São Paulo	25,56	48,07	31,19	28,35	30,85	0	69,25	28,00
Região Sudeste	27,91	75,46	29,15	31,85	37,47	33,87	46,86	32,93
Paraná	27,71	86,34	19,58	30,80	36,46	142,86	89,61	30,05
Santa Catarina	18,53	61,56	86,43	22,50	32,95	33,67	8,49	19,88
Rio Grande do Sul	19,68	56,80	67,16	33,80	43,56	55,77	203,06	24,57
Região Sul	22,50	63,59	38,69	30,36	38,46	79,78	67,29	25,65
Mato Grosso do Sul	32,99	103,58	0	43,64	45,87	97,73	0	43,15
Mato Grosso	38,22	55,09	0	42,26	43,06	129,40	19,16	43,74
Goiás	36,30	162,68	0	35,05	42,03	0	18,40	37,55
Distrito Federal	41,20	63,28	0	34,00	35,78	0	1,86	29,28
Região Centro-Oeste	36,63	105,11	0	38,24	41,90	106,79	10,31	38,44
Total	31,32	87,34	28,39	38,50	42,42	91,90	40,13	38,47

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

Importante observar que no período de 2009 a 2019, Tocantins, Rio Grande do Norte, Espírito Santo e Rio Grande do Sul apresentaram RMM acima de 200 para as mulheres com raça/cor classificada como ignorada, demonstrando que o preenchimento do quesito raça/cor precisa ser monitorado constantemente. Nota-se uma falta de comprometimento dos três entes federativos no cumprimento da portaria nº 344, de 01 de fevereiro de 2017, que instituiu o preenchimento obrigatório do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde.

Apesar dessa portaria determinar como competência das esferas de gestão, a qualificação da coleta, o processamento e a análise dos dados desagregados por raça/cor, bem como nas informações epidemiológicas divulgadas anualmente pelo SUS (BRASIL, 2017b), não é o que acontece na prática. Na matriz de diagnóstico para implantação da RC, composta por quatro grupos de indicadores, não havia indicativo de análise dos indicadores desagregados por raça/cor, mesmo para os indicadores de mortalidade e morbidade e os indicadores de atenção. Isso pode ser observado na grande maioria dos documentos, objetos de interesse desta pesquisa como também na persistência da RMM alta para a raça/cor ignorada na tabela abaixo.

Tabela 4 - Razão da Mortalidade Materna no Brasil, por causas diretas, por raça/cor, série histórica 2009-2019

Ano	Branca	Preta	Amarela	Parda	Negra	Indígena	Ignorada	Total
2009	28,49	258,21	34,45	42,21	49,16	125,86	64,26	41,09
2010	29,17	250,35	73,92	41,90	48,29	94,42	49,43	40,08
2011	27,40	91,62	24,38	37,33	41,29	127,49	60,10	36,73
2012	29,49	73,56	18,03	35,48	38,99	73,73	41,70	35,72
2013	31,80	78,44	25,89	40,16	43,68	99,89	39,61	39,53
2014	31,54	82,82	17,22	38,71	42,57	73,86	32,98	38,37
2015	34,46	68,49	9,18	37,52	40,14	126,84	31,29	38,27
2016	33,49	82,95	28,71	39,14	42,96	77,36	28,81	39,26
2017	36,95	79,31	58,52	38,40	42,10	84,99	22,10	39,99
2018	32,32	68,73	38,60	37,86	40,78	83,88	27,69	37,83
2019	31,41	68,10	7,85	35,56	38,80	64,46	34,67	36,29
Total	31,32	87,34	28,39	38,50	42,42	91,90	40,13	38,47

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

A tabela 4 apresenta novamente a série histórica da RMM no Brasil, porém para o período utilizado na discussão. O aumento da RMM para mulheres brancas pode ser explicado pela diminuição no número de nascidos vivos, visto que o denominador é inversamente proporcional à RMM e houve uma diminuição de aproximadamente 25% do número de nascidos vivos. A RMM das mulheres negras é 2,8 vezes maior que a RMM das mulheres brancas.

O planejamento e programação das ações da RC deveriam ser orientados pelas necessidades de atenção à saúde da população do território no âmbito da atenção materna e infantil (BRASIL, 2011d). Se município e estado, ao planejarem essas ações, não considerarem a perspectiva racial, as ações serão iguais para todas as pessoas e, possivelmente, serão ineficientes para os grupos mais vulneráveis. A estratégia para captação precoce de uma gestante para as consultas de pré-natal não deve ser a mesma para uma mulher negra que é trabalhadora informal e para uma mulher branca que trabalha em loja com carteira assinada.

Lopes e Werneck (2010) afirmaram que é preciso estabelecer mecanismos para promover uma nova cultura institucional, reconhecendo que as políticas públicas e ações do Estado são discriminatórias. Por isso, Lopes (2006) ressalta que a informação é fundamental para a tomada de decisões, a implementação de políticas de promoção da igualdade racial e o desenvolvimento de estratégias com fixação de metas diferenciadas para os diferentes grupos, possibilitando políticas efetivamente equânimes.

Percebeu-se também a cegueira conveniente e o silêncio cúmplice da branquitude (BENTO, 2022) nos documentos internacionais da OPAS e OMS para a redução da mortalidade materna. Lopes (2005) expressou que o sexismo, o racismo e o etnocentrismo enquanto fatores constitutivos dos processos de organização e hierarquização social são desconsiderados, muitas vezes, quando se busca analisar as desigualdades, disparidades ou iniquidades em saúde.

Em uma sociedade desigual, as políticas universais não alcançam a população negra. Diante disso, o Fórum Nacional Enfrentando o Racismo Institucional para Promover a Saúde Integral da População Negra no SUS, realizado em 2012, buscou construir estratégias e identificar áreas de atuação para efetivar a PNSIPN. No que concerne à RC, encaminhou-se que era preciso a intersectorialização do debate racial na rede, incluir a discussão e incorporar estratégias de combate ao racismo institucional (UNFPA, 2016).

A sociedade civil construiu uma carta que tinha o objetivo de reafirmar o racismo como estruturador das relações raciais no Brasil e produtor de desigualdades históricas. A carta estabeleceu uma série de estratégias para garantir os direitos da população negra e implementar a PNSIPN (UNFPA, 2016).

Em relação à RC, além dos encaminhamentos produzidos nos grupos de trabalho do fórum e dos citados acima, se destacam: incorporar mecanismos de identificação e enfrentamento do racismo no âmbito da RC; incluir questões de identificação de discriminação racial como indicador de qualidade na ouvidoria da RC; estabelecer metas diferenciadas para redução da mortalidade materna da mulher negra; configurar a RC como uma prática exitosa de como enfrentar o racismo institucional; e corresponsabilizar as agências da ONU (UNFPA, 2016).

Existem dificuldades na institucionalização da saúde da população negra, tanto no âmbito acadêmico como no político. Apesar da PNSIPN ter sido instituída no SUS pelos trâmites corretos, não significa que ela foi implementada efetivamente e nem que seus objetivos tenham sido alcançados. Não se verifica o combate ao racismo institucional de

forma sistemática, a adoção de indicadores de processo e resultado desagregados por raça/cor nas demais políticas e programas de saúde (FAUSTINO, 2017).

Para Oliveira e Schirmer (2012), não há na Rede Cegonha indicação de proteção dos grupos vulneráveis, por exemplo, como as mulheres afrodescendentes ou das áreas periféricas e rurais. Para reduzir a mortalidade materna, as políticas de saúde devem considerar as especificidades dos grupos de mulheres vulneráveis, buscando assegurar o acesso a serviços de saúde reprodutiva e materna, garantindo assistência às emergências obstétricas.

O movimento negro, e principalmente o movimento de mulheres negras, produziu diversos materiais sobre o racismo institucional e sobre o impacto do racismo na saúde das mulheres negras. A RMM para mulheres negras sempre foi maior que o das mulheres brancas, e se considerarmos a RMM das mulheres pretas a iniquidade é absurdamente maior, demonstrando que o risco da mortalidade materna está diretamente relacionada com a cor da pele e etnia.

6 CONSIDERAÇÕES QUASE FINAIS

“Classe é uma consequência de raça em territórios como o Brasil. Raça é fundamento da nossa sociedade, não é recorte”

Erica Malunguinho

Antes de concluir este trabalho, é preciso tecer algumas considerações sobre a condenação pelo Comitê CEDAW e a postura brasileira frente a essa condenação, uma vez que foi a partir desse evento que esta pesquisa se estruturou. A linha do tempo do caso emblemático de Alyne Pimentel foi apresentada nas subseções 1.3 e 1.4.

Citam-se algumas observações do Estado parte sobre a admissibilidade e mérito da comunicação, enviada em agosto de 2008. O governo brasileiro considerou que a morte de Alyne Pimentel ocorreu devido a uma hemorragia digestiva e, por isso, não foi classificada como morte materna. A auditoria do RJ concluiu que as falhas na assistência médica ocorreram tanto pela insuficiência dos serviços como pela baixa qualidade da assistência, não foram encontradas evidências de discriminação racial ou contra as mulheres. Porém, admitiu-se que a discriminação racial pode ter contribuído para o evento, embora não decisivamente (CEDAW, 2011).

O governo brasileiro argumentou que a morte de Alyne foi uma exceção e foi causada por negligência profissional, excesso de trabalho, infraestrutura inadequada e falta de preparo profissional. O Estado parte apresentou as diversas políticas públicas em desenvolvimento que abordavam as necessidades das mulheres, estando comprometido com a eliminação da discriminação e redução da mortalidade materna, inclusive dos grupos vulneráveis. Cinco anos se passaram desde que a família de Alyne entrou com uma ação civil contra o Estado do Rio de Janeiro e, mesmo assim, o governo considerou que não houve atrasos, visto a complexidade do caso (CEDAW, 2011).

Em janeiro de 2009, a autora da comunicação fez considerações sobre as observações do Estado parte sobre admissibilidade e mérito e afirmou que as altas RMM no Brasil constituem uma falha sistemática do governo em proteger os direitos humanos básicos das mulheres (CEDAW, 2011).

Na 49ª sessão do Comitê CEDAW foi avaliado o mérito da comunicação, e a morte de Alyne Pimentel foi considerada como morte materna. O Comitê concluiu que Alyne Pimentel não teve serviços apropriados garantidos à sua gravidez e que o Estado parte falhou em cumprir suas obrigações dispostas no artigo 12, parágrafo 2, da Convenção (proporcionar assistência gratuita quando necessário) (CEDAW, 2011).

Essa condenação trouxe importantes contribuições para o debate da justiça reprodutiva no mundo, visto que fortaleceu o direito das mulheres de serem livres de todas as formas de discriminação no campo da saúde (COOK, 2013). O reconhecimento da morte de Alyne Pimentel como morte materna foi um passo significativo para o avanço da mortalidade materna como grave violação dos direitos humanos (LARDOSA, 2018).

O Comitê CEDAW advertiu que o Estado parte era diretamente responsável pela ação das instituições privadas, já que a CF prevê a contratação de assistência à saúde do setor privado, que deve ser regulado e monitorado. Apontou também que era preciso ter estratégias para implementação das políticas públicas, com financiamento adequado e ações e resultados previstos. Destacou-se que a ausência de serviços de saúde materna apropriados tem impacto no direito à vida das mulheres (CEDAW, 2011).

O Comitê concluiu que Alyne sofreu discriminação, com base em seu gênero, raça e classe socioeconômica. Essa foi uma das considerações mais significativas da organização em relação a esta denúncia. Dois documentos do Comitê CEDAW publicados anteriormente foram citados no intuito de apoiar essa conclusão: “Comentários finais do sexto relatório nacional brasileiro” e a recomendação geral nº 28 (CEDAW, 2011).

No primeiro documento, em agosto de 2007, o Comitê CEDAW observou a “existência de discriminações de fato contra as mulheres, especialmente mulheres dos setores mais vulneráveis da sociedade, como mulheres de ascendência africana. [...] tais discriminações eram exacerbadas por disparidades regionais, econômicas e sociais” (CEDAW, 2011, p. 22).

Abaixo destacam-se as considerações do documento sobre o VI Relatório Nacional Brasileiro à CEDAW para uma melhor compreensão sobre o que foi abordado no parágrafo anterior:

35. O comitê expressa sua preocupação com a falta de dados suficientes sobre mulheres afro-descendentes, mulheres indígenas e outros grupos vulneráveis e marginalizados, que geralmente sofrem com as diversas formas de discriminação. O Comitê observa que esta falta de informações e estatísticas suficientes impediu-o de formar uma imagem abrangente da situação de facto destas mulheres em todas as áreas cobertas pela Convenção e o impacto das políticas e programas governamentais visando à eliminação da discriminação contra elas.

36. O Comitê solicita que o Estado-Parte aumente a coleta de dados separadas por sexo, raça e idade, quando for apropriado, em todas as áreas abrangidas pela Convenção e inclua dados estatísticos adequados e análises, separados por sexo, raça e idade, e por áreas urbana e rural, no próximo relatório de forma a proporcionar uma imagem completa da implementação de todas as disposições da Convenção. Recomenda ainda que o Estado-Parte realize regularmente avaliações de impacto de sua legislação, políticas, planos e programas para assegurar que as medidas tomadas levem às metas desejadas, e que informe ao Comitê os resultados alcançados na implementação da Convenção em seu próximo relatório (CEDAW, 2007, p.8-9).

É importante informar que o VI Relatório Nacional Brasileiro à CEDAW abrangeu as políticas, programas e ações que foram desenvolvidas no cumprimento dos artigos da Convenção, no período de 2001-2005. A respeito do artigo 12, que versa sobre a eliminação da discriminação contra a mulher na esfera dos cuidados médicos, o governo assumiu ações prioritárias, especificamente em relação à saúde da mulher negra, para assim mudar a desigualdade racial no país (BRASIL, 2008d).

As ações eram: a introdução do exame para detecção da anemia falciforme nos exames de pré-natal; a elaboração e publicação do livro “Perspectiva da Equidade na Atenção às Diferenças no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal – Atenção às Mulheres Negras”; e a colocação do quesito cor nos formulários e sistemas de informação do MS (BRASIL, 2008d).

No entanto, foi apenas em 2011 que a eletroforese de hemoglobina foi inserida nos exames de pré-natal e custeada totalmente pelo MS, por meio da RC (BRASIL, 2011a). A publicação sobre a atenção às mulheres negras para a redução da morte materna não ganhou visibilidade institucional, se tornando um documento desconhecido para os trabalhadores da saúde. E somente em 2017 foi normatizada a coleta do quesito cor e o preenchimento do campo denominado raça/cor nos formulários dos sistemas de informações de saúde. Nota-se a morosidade da gestão federal para atuar efetivamente na inequidade em saúde.

Carneiro (2011) alertou quanto à ambiguidade do governo federal nesse período. Apesar do reconhecimento e inclusão de pessoas negras nas instâncias de poder e do avanço nas discussões sobre os temas do âmbito racial, a mesma vontade não ocorreu para a implementação das políticas públicas.

Egrare (2004 *apud* CARNEIRO, 2011) constatou a ausência da transversalidade da raça nas políticas públicas no Plano Plurianual (PPA)³⁷ 2004-2007. No megaobjetivo relacionado à inclusão social e redução das desigualdades sociais, apenas um desafio (eram dez) tratou do tema das desigualdades raciais, restringindo a perspectiva transversal. O autor afirmou que houve silenciamento e ocultamento das variáveis de raça e gênero nesse PPA, bem diferente do que o governo havia afirmado na carta de intenção do governo e no documento “Um Brasil para Todos”.

³⁷ O Plano Plurianual (PPA) é o principal instrumento de planejamento orçamentário de médio prazo das instâncias gestoras do SUS. Definem-se as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública (municipal, estadual e federal), contemplando as despesas de capital e outras e as relativas aos programas de duração continuada dos quatro anos do governo (BRASIL, 2020).

Assim, o próprio Estado agiu como um agente reproduzidor das desigualdades raciais no nível da ação e do funcionamento, como pôde ser visto no PPA 2004-2007. Diferentemente dos outros desafios, o desafio “Promover a redução das desigualdades raciais”(conquista dos movimentos negros) não se traduziu em programas e ações específicas. É preciso ir além do reconhecimento do problema, é necessário a alocação de recursos para a concretização dessas políticas. Ou seja, os programas de governo devem se desdobrar em ações setoriais com metas específicas e indicadores (THEODORO, 2004 *apud* CARNEIRO, 2011).

O Comitê também lembrou a Recomendação Geral nº 28 sobre os deveres e obrigações dos Estados parte, em relação ao artigo 2³⁸ da Convenção. Houve a apresentação da interseccionalidade como conceito fundamental, ao reconhecer que a discriminação contra as mulheres baseadas no sexo e no gênero é indissociável de outros fatores como raça, etnia, religião ou crença, saúde, idade, classe, orientação sexual e identidade de gênero (CEDAW, 2010). Contudo, é preciso demarcar que apenas em 2010 o Comitê CEDAW evidenciou a interseccionalidade como ferramenta analítica.

A interseccionalidade reconhece que a percepção de pertencimento a um grupo pode tornar as pessoas vulneráveis a diversas formas de preconceito, mas, como as pessoas são simultaneamente membros de muitos grupos, a maneira como o preconceito é vivenciado pode moldar identidades complexas (COLLINS; BILGE, 2021).

Assim, nessa Recomendação firmou-se que os Estados Partes deveriam legalmente reconhecer as formas cruzadas de discriminação e o impacto negativo sobre as mulheres e proibi-las. Também precisariam adotar e buscar políticas e programas para eliminar as discriminações, inclusive por medidas afirmativas (CEDAW, 2010).

Entretanto, ao condenar o Brasil pela violação dos direitos de Alyne Pimentel, não houve nenhuma recomendação nesse aspecto. O Comitê CEDAW fez sete recomendações gerais ao governo brasileiro, incluindo de compensação financeira, à mãe e filha da vítima, proporcional à gravidade das violações. Houve o reconhecimento da discriminação de gênero, de raça e de classe que Alyne Pimentel sofreu, mas não houve orientação para o enfrentamento dessas discriminações (CEDAW, 2011, p. 23-24), como pode ser observado abaixo:

³⁸ O artigo 2 da Convenção determina que os Estados partes disponham de uma política destinada a eliminar a discriminação contra a mulher. Algumas ações dos Estados partes eram: tomar medidas apropriadas para eliminar a discriminação contra a mulher praticada por qualquer pessoa, organizada ou empresa. E adotem as medidas adequadas, inclusive de caráter legislativo, para modificar ou derrogar leis, regulamentos, usos e práticas que constituam discriminação contra a mulher (CEDAW, 2010).

- (a) Assegurar o direito das mulheres à maternidade segura e ao acesso de todas as mulheres ao cuidado obstétrico emergencial adequado, de acordo com a Recomendação Geral nº 24 (1999) sobre mulheres e saúde;
- (b) Prover treinamento profissional adequado para trabalhadores de saúde, especial em relação aos direitos reprodutivos de mulheres, incluindo tratamento médico de qualidade durante a gravidez e o parto, bem como cuidado obstétrico emergencial oportuno;
- (c) Assegurar o acesso aos remédios efetivos em casos onde os direitos reprodutivos das mulheres foram violados e prover treinamento para o judiciário e operadores do direito;
- (d) Garantir que as instituições privadas de saúde cumpram o padrões relevantes nacionais e internacionais de cuidado de saúde reprodutiva;
- (e) Garantir que sanções adequadas sejam impostas a profissionais da saúde que violem os direitos à saúde reprodutiva das mulheres;
- (f) Reduzir as mortes maternas evitáveis através da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna, em níveis estadual e municipal, incluindo o estabelecimento de comitês de mortalidade materna onde estes ainda não existirem, de acordo com as recomendações presentes nas observações finais sobre o Brasil, adotadas em 15 de agosto de 2007 (CEDAW/C/BRA/CO/6).

A interseccionalidade não deve ser utilizada somente como forma de reconhecimento dos fenômenos sociais e valorização das experiências. A partir da identificação da matriz de opressões, deve-se questionar e transformar a “ordem social”, em busca de justiça social. O Comitê CEDAW, ao não incluir ações no contexto interseccional, não propôs mudanças nas estruturas de poder (racismo, sexismo e de classe).

A respeito do item (f), as recomendações constantes nas observações finais para o Brasil não abordaram a perspectiva racial. O Comitê CEDAW demonstrou preocupação com as altas taxas de mortalidade materna, indicando condições socioeconômicas precárias, baixos níveis de informação e escolaridade, dinâmica familiar associada à violência doméstica e o acesso particularmente difícil a serviços de saúde de qualidade (CEDAW, 2007).

Campbell (2015) teve esse mesmo entendimento na sua pesquisa sobre a forma como o Comitê CEDAW aborda a interseccionalidade. Para a autora, o Comitê pareceu incerto quanto às consequências das discriminações racial e de classe na morte de Alyne. Na decisão não houve avaliação detalhada de como as múltiplas opressões contribuíram para a morte de Alyne. Também não houve referência à discriminação interseccional na recomendação do Comitê CEDAW. A autora considerou o Comitê inconsistente e desatento para a desvantagem interseccional que afeta as mulheres.

O uso da interseccionalidade como ferramenta analítica promove entendimentos mais amplos das identidades coletivas e da ação política. Os projetos de justiça reprodutiva estão conectados à interseccionalidade como forma de investigação e práxis crítica. Os projetos de justiça reprodutiva enfatizam as compreensões tradicionais da identidade feminina que limitam o acesso de mulheres a informações e serviços de saúde, impedindo-as também de ter

autonomia sobre seus corpos, desafiando as políticas promotoras de normas que contribuem para as disparidades na saúde reprodutiva (COLLINS; BILGE, 2021).

Oliveira e Schirmer (2012) chamaram atenção para o fato de o governo brasileiro ainda não ter acolhido o referencial dos direitos humanos para o enfrentamento da mortalidade materna. Por isso, a resposta ao Caso Alyne Pimentel não foi suficiente para alcançar mudanças estruturais no sistema de saúde, no qual se observa baixo grau de comprometimento do governo com os direitos humanos, principalmente dos direitos das mulheres afrodescendentes e pobres.

Lardosa (2015) revelou que, apesar da decisão judicial concedendo danos morais e uma pensão à filha de Alyne Pimentel, a decisão não reconheceu a responsabilidade do Estado pela falha na assistência dos hospitais e clínicas públicos ou conveniados.

A raça é central na discussão da mortalidade materna de mulheres negras, e ao não recomendar ao governo que assegurasse o acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres sem discriminação racial, as recomendações perdem o seu potencial de transformação das relações de poder.

López (2012) afirma que as políticas sociais universais progressivamente deixaram de ser consideradas como os únicos instrumentos para se alcançar a redução das desigualdades raciais, visto que são necessárias políticas com enfoque racial para combater o racismo institucional. Werneck (2016) complementa que respostas adequadas à promoção de saúde das mulheres negras requer o desenvolvimento de ações afirmativas em diferentes níveis.

Em 2014, três anos após a condenação, o governo federal apresentou um relatório com as medidas que foram tomadas para atender às recomendações do Comitê CEDAW no caso Alyne Pimentel. No relatório foram apresentadas as seguintes reparações simbólicas: a Unidade de Terapia Intensiva para adultos na Maternidade Mariana Bulhões em Nova Iguaçu, que foi denominada “Alyne Pimentel”, a placa com os dizeres: “reparação simbólica e reconhecimento da sua morte evitável, pela melhoria da qualidade do atendimento à saúde das mulheres”. E o espaço de convivências das gestantes da Maternidade Estadual do Rio de Janeiro, Maternidade Mãe Mesquita, com os dizeres: “À Aline Pimentel, sua Mãe e sua filha – Aqui onde colaboramos com a natureza no trazer à vida damos o seu nome a este espaço, como reparação simbólica do Estado brasileiro e como nosso compromisso na redução da morte materna e qualidade no atendimento” (BRASIL, 2014b).

A Rede Cegonha foi apresentada como resposta para as recomendações (a), (b) e (f). Destaca-se que a palavra raça apareceu apenas duas vezes, ao informar que a redução da morte materna desafio é ainda maior quando se considera o quesito raça/cor, pois as mulheres

pretas e pardas possuem um percentual de 60% na mortalidade materna. Apesar de reconhecer a dificuldade encontrada para reduzir a mortalidade materna das mulheres negras, nenhuma ação específica foi apresentada. Outro ponto importante é que a RMM não foi apresentada com o recorte raça/cor (BRASIL, 2014b).

No contexto da saúde sexual e reprodutiva e da mortalidade materna no Brasil, as iniquidades étnico-raciais são agravadas pelas precárias condições sociais, econômicas e culturais, sendo as mulheres negras as mais afetadas. Por isso, deve-se incluir o quesito raça/cor e a perspectiva étnico-racial nos registros e análises de dados, pesquisas e diagnósticos. É imprescindível reconhecer e identificar o racismo institucional na assistência à saúde das mulheres, buscando-se criar e implementar políticas estruturais voltadas à sua eliminação (DHESCA, 2015).

Em relação ao (c), foi realizado um seminário em 2014 para os operadores do direito, que lidam com a saúde reprodutiva das mulheres, como defensores públicos, integrantes do Ministério Público e da Auditoria do SUS e o movimento de mulheres. Em relação ao (d), informou que a fiscalização, a emissão de alvará de licenciamento sanitário e a instauração de processo administrativo contra serviços de saúde são realizadas pela vigilância sanitária local. Os serviços de atenção materna e neonatal, públicos e privados, são avaliados com base na Resolução RDC/Anvisa nº 36 (BRASIL, 2014b).

Em relação ao (e), o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro concluiu que não houve indícios de infração ao Código de Ética Médica, e por isso, o processo foi arquivado. O informou que o caso foi devidamente analisado pela instância legalmente competente governo. O Conselho Federal de Medicina demonstrou por meio de estatística que todos os processos administrativos disciplinares julgados entre os anos de 2008 a 2013 na especialidade obstetrícia com dano à paciente ou ao feto tiveram as sanções adequadas impostas aos profissionais de medicina quanto ao tema da saúde reprodutiva (BRASIL, 2014b).

Conforme já exposto na discussão, a reparação simbólica não foi emblemática nem representativa. Questiono quantas pessoas conhecem o caso Alyne Pimentel. Durante os três últimos anos em que me debrucei sobre esse tema, quando apresentava meu tema de pesquisa, havia um grande desconhecimento sobre Alyne. O governo brasileiro fez muito pouco diante de uma condenação internacional, é o único Estado parte condenado por violação dos direitos das mulheres por morte materna. Acredito que mesmo se o Brasil não tivesse sido condenado, a política pública para a redução da mortalidade materna seria a mesma, já que o governo

brasileiro não apresentou respostas adequadas para as causas que influenciaram a morte de Alyne.

Em contrapartida, a Plataforma de Direitos Humanos, Econômicos, Sociais, Culturais e Ambientais (DHESCA) realizou entre 2012 e 2013, visitas a quatro maternidades da Baixada Fluminense/RJ para levantamento de dados e acolhimento de denúncias sobre o atendimento obstétrico na região. Buscou-se ouvir as mulheres como também averiguar se houve melhoras na qualidade do atendimento obstétrico e na atenção à saúde materna. Os aspectos avaliados estavam relacionados: a infraestrutura da unidade, aos profissionais, ao atendimento a gestantes adolescentes, ao funcionamento do banco de sangue para urgências, planejamento reprodutivo pós-parto, transferência para outros serviços, cumprimento da lei do acompanhante, atendimento pós-aborto e mortalidade materna (DHESCA, 2015).

Concluiu-se que a vida das gestantes da Baixada Fluminense estavam em risco por buscarem assistência durante a gravidez, parto, puerpério e em situação de abortamento em duas maternidades. Identificou-se a violação dos direitos humanos pela precariedade da infraestrutura, a ausência de equipamentos preconizados como essenciais pelo Comitê CEDAW, para prestar assistência obstétrica de emergência de qualidade (DHESCA, 2015).

Como encaminhamento dessa visita foi enviado um ofício ao Procurador Federal dos Direitos do Cidadão, solicitando que fossem adotadas medidas urgentes para proteção do direito à vida e do direito à saúde das gestantes em duas das maternidades, as quais não possuíam as mínimas condições de prestar assistência de qualidade às mulheres em situações de emergência obstétrica. E recomendou ao MS, definir estratégias para atender às necessidades de acesso à anticoncepção e demais serviços de planejamento reprodutivo, considerando os determinantes socioeconômicos, geográfico e territoriais, de racismo e violência institucional que impedem o acesso de todas e cada uma das pessoas a esses meios e serviços (DHESCA, 2015).

Na Audiência Pública pela Comissão de Direitos Humanos do Senado Federal sobre o cumprimento das recomendações do Comitê CEDAW, Beatriz Galli destacou que existe um impacto desproporcional da morte materna para as mulheres negras no RJ, que comprovava a existência do racismo institucional e até certa tolerância em relação a essa discriminação na assistência obstétrica. Ao comparar a realidade presenciada na visita com os fatos denunciados ao Comitê CEDAW, ela complementou que “Hoje, onze anos depois, a gente vê que a situação continua exatamente a mesma” (DHESCA, 2015, p. 70).

Em relação a cerimônia de reparação indenizatória, é preciso demarcar o não comparecimento do ministro da saúde, simbolicamente, esse fato expressa a importância que a vida e morte de uma mulher negra tem para esta instituição. A fala do representante do MS evidencia a ausência da perspectiva racial na RC, em nenhum momento se fez menção às mulheres negras ou às populações vulneráveis.

De maneira oposta foram as falas da Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Direitos Humanos, da Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Política para as Mulheres e da Ministra de Estado, chefe da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.

Como se evidencia na seguinte fala de Eleonora Menicucci “é verdade que são as mulheres jovens e as mulheres negras, as que têm mais dificuldade de acesso, as que sofrem mais preconceito racial, ao buscar o atendimento. Muitas vezes, não chegam nem na porta dos hospitais do Brasil profundo”. No que se refere ao caso Alyne, ela destacou que era interesse do governo: “torná-lo visível, assumindo esse compromisso, nós estamos assumindo um compromisso contra o racismo institucional” (BRASIL, 2014a).

Luiza Bairros, mulher negra, militante do movimento de mulheres negras, sintetizou de forma potente e certa: “O caso de Alyne Pimentel, para além dos aspectos médicos, eu diria, mais diretos que ele possa ter, ele é, sem dúvida alguma, um exemplo perverso do que o racismo institucional produz no sistema de saúde no Brasil. Nós sabemos que a morte materna no Brasil é um fenômeno que atinge, principalmente, as mulheres negras. Nós, mulheres negras, registramos, sempre, taxas muito mais altas de morte materna, **a ponto de nos fazer acreditar, dentro da SEPPIR, que, se as políticas de prevenção à morte materna fossem desenhadas levando em conta, principalmente, as condições que provocam morte entre mulheres negras, nessas condições, nós conseguiríamos acelerar muito mais esse processo**, que foi aqui registrado pelo Ministério da Saúde, como sendo de queda constante dos índices de morte materna. Nós continuamos acreditando nisso, e esperamos que esse caso da Alyne nos ajude, a ter coragem de pensar que fazer política pública para pessoas negras no Brasil, não é fazer política pública para um grupo específico. É tratar daquilo que diz respeito aos interesses e aos direitos da maioria da população” (BRASIL, 2014a, grifo da autora).

Essa fala da chefe de governo da SEPPIR explicita que o reconhecimento e a atuação do Estado na questão racial é muito mais formal que efetiva. E a baixa permeabilidade da questão racial nas demais áreas do governo é sintoma e exemplo de racismo institucional (FONSECA, 2015). A SEPPIR divergia das outras áreas do governo, uma única área técnica não conseguiu influenciar as políticas públicas brasileiras para que estas promovessem a igualdade racial.

Novamente Luiza Bairros afirmou que: “a morte materna no Brasil hoje tá tendo uma queda bastante significativa, mas, mesmo assim, ainda se verifica uma proporção maior de mulheres negras que morrem nessas condições, o que nos leva a confirmar o fato de que, nos serviços de saúde, ainda vigora um tipo de racismo institucional, que tem penalizado as mulheres negras nessas condições” (BAIRROS, 2014).

Ao ser questionada pela repórter da TV BrasilGov sobre a política pública para evitar casos como o de Alyne Pimentel, Luiza Bairros explicou que: “é por conta, inclusive, desse programa, que as taxas têm caído de modo significativo. Mas, como nós dizemos, há que centrar na mulher negra para que essas taxas caiam ainda mais rapidamente” (BAIRROS, 2014).

Segundo o Centro de Direitos Reprodutivos, o caso de Alyne Pimentel serviu de base para o Guia Técnico sobre Mortalidade Materna publicado em 2012 pelo Escritório do Alto Comissariado de Direitos Humanos (CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, 2014). O relatório tinha como objetivo ajudar os formuladores de políticas a melhorar a saúde e os direitos das mulheres, fornecendo orientação sobre implementar políticas e programas para reduzir a morbimortalidade materna de acordo com as normas de direitos humanos (UN, 2014).

Como princípios gerais, os países devem tomar medidas para abordar os determinantes sociais da saúde da mulher e que afetem o gozo dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais. Em todos os países, os padrões de morbimortalidade materna muitas vezes refletem diferenças de poder na sociedade e na distribuição de poder entre homens e mulheres. Pobreza e desigualdade de renda, discriminação de gênero na lei e na prática, e marginalização baseada na etnia, raça, casta, nacionalidade e outros motivos são manifestações dos determinantes sociais que influenciam múltiplos direitos (UN, 2014).

E também aplicar uma abordagem baseada em direitos para a redução da mortalidade e a morbidade materna requer um sistema de saúde justo e eficaz. Os sistemas de saúde são mais do que um mecanismo para realizar intervenções e entregar produtos. Uma sociedade na qual mulheres ricas e pobres - independentemente de sua raça, etnia ou casta, e quais deficiências ou outras características eles têm - podem ter a garantia de que o sistema de saúde atenderá às suas necessidades de saúde sexual e saúde reprodutiva de forma equitativa é uma sociedade mais justa. Por sua vez, os pedidos de bens, serviços e informações relacionados à saúde sexual e reprodutiva devem ser compreendidos por todas(os) como direitos fundamentais, não como produtos, cuja distribuição está nas mãos do mercado ou por caridade (UN, 2014).

No planejamento e orçamento, orientou-se que para garantir o direito à saúde, é necessário que o Estado assuma a obrigação fundamental de adotar uma estratégia nacional e um plano de ação. Assim, o plano nacional, e as políticas que lhe dizem respeito, devem basear-se numa análise atualizada da situação da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, com dados e tendências devidamente desagregados e estatísticas vitais. Para aplicar os direitos humanos, é preciso entender quais grupos populacionais são privados de acesso e determinar as razões de tal privação a nível nacional e subnacional. Nesse sentido, é fundamental que os dados sejam desagregados por sexo, idade, residência urbana/rural, etnia, estado civil, infecção pelo HIV, número de filhos, escolaridade, renda e localização geográfica (UN, 2014).

Destacou-se que uma vigilância eficaz requer sistemas de informação em saúde, sistemas de registo civil e dados desagregados. A desagregação das informações por sexo, idade, residência urbana/rural e etnia, educação, renda e localização geográfica, é essencial para garantir a não discriminação e equidade e fornecer proteção adequada a grupos vulneráveis e marginalizados (UN, 2014).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O futuro é nosso. Fiquem firmes!”
Patricia Hill Collins

Escrever sobre o descaso com a vida de Alyne Pimentel é doloroso. Infelizmente, ela será lembrada pelo seu óbito, porém nós, mulheres negras, sabemos transformar a dor, e Alyne Pimentel se tornou símbolo de luta. Cabe a nós, mulheres negras, lutarmos para romper a nossa invisibilidade nas políticas públicas de saúde.

A pesquisa realizada por Santos, H. *et al.* (2020, p. 4215) trouxe a seguinte pergunta de investigação: “em que medida a ausência do determinante social em saúde raça/cor nas análises epidemiológicas ressaltou o mecanismo necropolítico do racismo como produtor de iniquidades em saúde no contexto da pandemia por coronavírus no Brasil”. Essa pergunta me inquietou pelo fato da mesma também poder ser feita para a minha pesquisa, porém no âmbito da construção da política pública para a redução da mortalidade materna.

A análise das políticas públicas de saúde que visam a redução da morte materna no período de 2002 a 2019 denota a ausência de um indispensável marcador social. Em um país marcado pelas desigualdades raciais, o marcador racial é determinante no acesso à saúde, educação, justiça, emprego entre outros. As estratégias do governo brasileiro para o enfrentamento da mortalidade materna não consideraram as especificidades das mulheres negras, apesar do movimento social ter apresentado demandas quanto a este tema em diferentes Conferências, principalmente no primeiro período, 2002-2008.

Caldwell (2014) alerta que entre 2001 e 2010, houve uma discussão mais aberta sobre raça e racismo na arena governamental, porém, esse novo cenário não foi apenas por boa vontade dos presidentes Fernando Henrique Cardoso e Luís Inácio da Silva, e sim, o resultado de décadas de luta por justiça social e de gênero, que culminou no ativismo político das mulheres negras no Brasil.

A RMM por causas diretas teve uma diminuição significativa no país, entretanto, as diferenças na RMM por raça/cor e etnia demonstram que as desigualdades raciais persistem e as mulheres não são beneficiadas pela política pública da mesma forma. Mesmo com a condenação internacional pela violação dos direitos das mulheres devido à morte materna de uma mulher negra, de baixa renda e escolaridade, não houveram mudanças nas estratégias de enfrentamento, tendo sido adotada a RC.

O governo federal adotou o Programa de Combate ao Racismo Institucional em 2001 e o MS reconheceu o racismo institucional no SUS em 2006, acreditava-se que haveria a

formulação e implementação efetiva de ações afirmativas em busca da equidade em saúde. O racismo opera na prática cotidiana nas instâncias governamentais. O racismo está presente na própria constituição das políticas públicas, gerando padrões discriminatórios na distribuição e na eficácia de políticas públicas entre grupos sociais conforme vínculos raciais e étnicos (FONSECA, 2015).

A RC ainda é uma estratégia incompleta e insuficiente para a população negra, pois esta não promove a equidade. O Brasil apresentou um período de ampliação e de promoção da igualdade racial, como pode ser observado no primeiro período da pesquisa. Porém, os avanços foram diferentes nas diversas instâncias do governo. O MS apesar de ter reconhecido a existência do racismo institucional no SUS, propôs poucas ações e/ou estratégias para melhorar o acesso aos serviços de qualidade e os indicadores de saúde da população negra, visto que a PNSIPN possui baixa capilaridade.

Perderam-se inúmeras oportunidades para reduzir as iniquidades relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e garantir justiça reprodutiva às mulheres negras, ao não abordar as questões raciais nos programas, estratégias e iniciativas elaborados pelo governo federal no período estudado. Citam-se quatro oportunidades perdidas, as estratégias dos ODM e ODS, o Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade e morbidade materna grave (2011) da OPAS, o Consenso de Montevideu e o Ápice ON.

Acredita-se que para o projeto Ápice ON qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento é preciso mudar as práticas não apenas no âmbito biológico, mas também as práticas oriundas das relações sociais. Por atuar com hospitais de ensino e universitários, espaços definidores do modo como se consolida o aprendizado de práticas, inclusive que não reproduzam o racismo, e a incorporação de modelos assistenciais.

Se o Ápice ON previa a melhoria da qualidade do cuidado ofertado no SUS por meio da incorporação de um modelo de cuidado centrado nas necessidades e direitos das mulheres, seus bebês e familiares, como também nas melhores práticas disponíveis (BRASIL, 2017c), efetivamente este projeto teria que enfrentar as iniquidades raciais, obrigatoriamente, o racismo tem que ser considerado um determinante social da saúde.

Complementa-se que normas também foram descumpridas como a Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998, que aprovou a raça/cor como um dos atributos comuns a serem adotados, obrigatoriamente, por todos os sistemas e bases de dados do MS, a partir de 1999. O Plano Nacional de Saúde 2004-2007 aprovou a inserção do quesito raça/cor nos instrumentos de coleta de informação e na análise dos dados em saúde. Como também a recomendação do

Comitê CEDAW, ao não garantir o direito de todas as mulheres à maternidade segura e ao acesso ao cuidado obstétrico de emergência adequado.

Por isso, é condição fundamental para a promoção da equidade e da transformação da atenção à saúde que as(os) usuárias(os) participem da formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas (COELHO, 2012). A participação das mulheres negras é fundamental, visto que elas são responsáveis por confrontarem os silenciamentos sobre as desigualdades raciais, inclusive enquanto trabalhadoras da saúde (MILANEZI; SILVA, 2019). As mulheres negras são protagonistas no processo de garantia do direito à saúde, estando ou não inseridas em movimentos sociais (UNFPA, 2016).

As mulheres negras estiveram presentes na trajetória do movimento negro brasileiro, fundando entidades e inseridas no combate ao racismo que afeta o negro na sociedade brasileira. Do mesmo modo, também tiveram participação expressiva nos movimentos feministas promovendo discussões relativas às diferenças de gênero, de orientação sexual e na defesa dos direitos das mulheres. Entretanto, em ambos movimentos, as mulheres negras tinham críticas pelas limitações das discussões no interior dos movimentos pela ausência da questão de gênero e da questão racial, respectivamente (DAMASCO, 2009).

Em 1985, durante o 3º Encontro Feminista da América Latina e do Caribe, em Bertioga, as mulheres negras apresentaram suas demandas relativas à luta contra a violência doméstica, ao combate a práticas racistas no mercado de trabalho e à saúde, como mortalidade materna e saúde reprodutiva e sexual das mulheres negras. As mulheres negras criticavam o fato do movimento feminista ser liderado por mulheres brancas, da classe média alta e urbanas (DAMASCO, 2009).

O movimento de mulheres negras teve grande destaque na construção do campo de conhecimento sobre saúde da população negra, visto o ativismo e a forma de organização dessas mulheres. Entre 1980 e 1990, as mulheres negras formaram organizações não governamentais (ONG) para tratar de questões específicas ao seu grupo, como o impacto combinado do gênero, raça e classe. As ativistas negras tiveram papel significativo no desenvolvimento de pesquisas e políticas públicas com foco na raça/cor e nas disparidades da saúde (CALDWELL, 2014).

Durante a década de 1990, as conferências mundiais da ONU deram espaço na esfera pública e política do país para as questões relacionadas ao gênero. As ONGs tiveram papel de destaque nesse contexto, pois fundamentaram a participação das mulheres negras nos processos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) no Cairo, da IV Conferência Mundial de Mulheres em Beijing e da III Conferência Mundial

Contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e a Intolerância Correlatas em Durban. Adotando, assim, redes transnacionais como estratégia para a defesa de políticas de saúde (DAMASCO, 2009; CALDWELL, 2014).

As mulheres negras geralmente são ativistas, mas também estão envolvidas em programas e/ou iniciativas que atendam às necessidades da população negra baseadas nas suas observações e experiências. Por isso, destaca-se que as mulheres negras tiveram e ainda tem um papel fundamental na saúde da população negra, ao denunciar as violações do direito à saúde, ao defender o SUS, na construção e implementação da PNSIPN e na participação nas instâncias federais de controle social em saúde (CALDWELL, 2014; UNFPA, 2016).

O Seminário Nacional Políticas e Direitos Reprodutivos das Mulheres Negras ocorreu em Itapecerica da Serra/SP e teve como objetivo discutir e desenvolver ações voltadas à saúde reprodutiva das mulheres negras. Na Declaração de Itapecerica da Serra foram apresentados os pontos de vista quanto às políticas de saúde reprodutiva que vigoravam no Brasil desde a década de 1960 e as propostas das militantes para a ampliação das ações relativas à saúde reprodutiva. Essas propostas embasaram o plano de ação das ativistas negras que participaram da CIPD (DAMASCO, 2009).

Lopes e Werneck (2010) informaram que, até a década de 90, o movimento de mulheres negras tinha como prioridade de luta o direito à saúde. Nesse período, duas importantes campanhas nacionais foram desenvolvidas pelo movimento. A campanha “Não matem as nossas crianças” denunciava o extermínio de crianças e jovens negros por grupos de extermínio ou por forças do Estado (policías). Essa campanha provocou uma forte mobilização e influenciou o processo de criação do Estatuto da Criança e Adolescente. A outra Campanha, intitulada de “Esterilização de mulheres negras: do controle da natalidade ao genocídio do povo negro”, denunciava a esterilização em massa das mulheres negras.

As feministas negras acreditavam que havia um plano racista direcionado a reduzir a população negra no Brasil. A esterilização era financiada pelo governo brasileiro e por organismos internacionais durante 1960 e 1980. Elas denunciavam os planos e práticas de controle sobre a população negra, tais como o Grupo de Assessoria e Participação do governo de Maluf (1982) e das campanhas publicitárias de Elsimar Coutinho (1986) (DAMASCO, 2009).

Roland (1995) denunciou as políticas de controle de natalidade brasileiras. O Nordeste recebeu a maior parte dos programas e convênios para reduzir a taxa de fecundidade, adquiridos por meio de convênios privados com as Secretarias de Saúde. Apesar desta região ter a maior concentração de negros do país, teve a menor taxa de fecundidade na década de

80. Havia também clínicas patrocinadas por instituições de controle populacional que realizavam “gratuitamente” a esterilização das mulheres para que os médicos treinassem. As mulheres, na sua maioria negras e pobres, estavam sendo induzidas à esterilização de forma massiva e perversa.

A Carta da Marcha das Mulheres Negras 2015 contra o Racismo e a Violência e pelo bem viver reivindicou a erradicação da mortalidade materna de mulheres negras, com o aprimoramento das políticas em curso e inclusão do quesito cor na avaliação de risco. Além disso, demandou a implantação das políticas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na educação, saúde e segurança, garantindo o respeito à livre orientação sexual, as identidades de gênero, a autonomia do corpo da mulher, o direito ao aborto, bem como a promoção de ações voltadas para a saúde sexual e saúde reprodutiva (MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS, 2015).

Os três entes federativos são responsáveis em propor estratégias para reduzir iniquidades, qualificar equipes, direcionar recursos e formações para garantir o acesso e a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério às mulheres negras. É preciso construir um fazer ético no campo da saúde coletiva que reconheça as desigualdades raciais e busque estratégias para o enfrentamento destas, por meio de políticas de equidade racial efetivas e que tenham continuidade.

As equipes das gestões municipais e estaduais ao desenharem e construírem a rede materna-paterna-infantil devem estar atentas à segregação racial existente nos territórios, sendo necessário considerar os deslocamentos aos serviços de saúde das mulheres de áreas rurais e periféricas. Conforme David (2020), a violência urbana e as iniquidades em saúde estão conectadas com o racismo de Estado, que produz as segregações espaciais à luz da necropolítica. Assim, a segregação territorial influencia as condições de vida e assim o processo de saúde-gestação-parto-morte das mulheres, conforme a raça/cor e classe.

Sugere-se também a inclusão das informações referentes a identidade de gênero e orientação sexual na DO e nas fichas de investigação do óbito, visto que, estas fazem parte da determinação social da saúde. É inadmissível que dados da saúde, independente ao que esteja relacionado, sejam apresentados sem estarem desagregados por raça/cor. É urgente que haja maior transparência dos dados referente a mortalidade materna e *near miss*³⁹. Municípios e estados devem disponibilizar painéis e/ou boletins epidemiológicos para a população, com a

³⁹ *Near miss* refere-se às mulheres que tiveram a vida ameaçada por morbidade grave, mas não morreram. Como a morbidade materna é mais comum que a mortalidade, os fatores associados à qualidade da assistência podem ser melhor demonstrados (MARTINS, 2004).

estratificação dos dados pelo quesito raça/cor. É imprescindível que os comitês de mortalidade materna sejam efetivos e tenham a participação do controle social e principalmente tenham a representatividade das mulheres negras.

As políticas de promoção da equidade racial precisam de monitoramento e avaliação das ações e indicadores. Em relação à mortalidade materna é essencial a construção de indicadores que evidenciem a qualidade da assistência, visto que com o aumento da cobertura de Atenção Básica e conseqüentemente ao pré-natal, as mulheres negras tiveram maior acesso às consultas, porém é preciso avaliar a qualidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério.

É importante alertar pesquisadoras(es), trabalhadoras(es) da saúde e movimentos sociais quanto aos portais do Ministério da Saúde e do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos que estão em mudança/transição há pelo menos dois anos, impossibilitando o acesso a vários documentos oficiais elaborados pelas gestões anteriores. É dever do Estado permitir o acesso livre e fácil a documentos que construíram as políticas públicas no país.

Nessa arena de disputa, que representa o setor saúde, um fator responsável por desequilibrar as forças é o acesso à informação e ao conhecimento. O conhecimento contribui para a tomada de decisões, sem ele não há como a população organizada exercer o seu papel de fiscalizadora e avaliadora dos serviços, e conseqüentemente de conseguir a melhoria real de sua saúde (COELHO, 2012).

Para a redução da mortalidade materna de mulheres negras é preciso forjar novas ideias e políticas emancipatórias que tenham como base fundamental a interseccionalidade, o reconhecimento e combate ao racismo institucional como produtor de doenças. Ainda não temos políticas públicas potentes e suficientes com as urgências da redução da mortalidade materna, além de comprometidas em combater o racismo e à discriminação racial no SUS. Afirmo isso, apoiada nos seguintes fatos:

1. O racismo institucional foi reconhecido publicamente pelo ministro da saúde em 2006, entretanto não há materialidade desse reconhecimento em nenhuma das políticas analisadas nesta pesquisa, a maior parte dos documentos, programas e materiais que abordam o racismo institucional foram elaborados pela SEPPIR;

2. A PNSIPN foi construída pelo movimento social, extramuros, foi aprovada pelo CNS, em 2006, porém, foram necessários dois anos e cinco meses para a institucionalização da mesma no SUS por meio de portaria ministerial, sem financiamento próprio. A política caracteriza-se como uma política alheia às pautas prioritárias dos governos, não há indícios de vontade política para a implementação da mesma. A PNSIPN tem sido mantida isolada, afastada das políticas que recebem financiamentos, enfraquecendo-a também nos níveis

municipal e estadual. O princípio organizativo da política é a transversalidade, porém não há operacionalização de ações específicas para a redução das disparidades étnico-raciais nas condições de saúde e nos agravos, considerando as necessidades locorregionais da morbimortalidade materna;

3. Não existe perspectiva racial na política pública vigente para a redução da morte materna, RC. É necessário que essas políticas realizem promoção da equidade, identificação, combate e prevenção ao racismo institucional;

4. Monitoramento insuficiente da RC, ausência de indicadores de processo e de resultado desagregados por raça/cor, impossibilitando o monitoramento e avaliação da estratégia para a melhoria da atenção à saúde sexual e reprodutiva, ao pré-natal, parto e puerpério de mulheres negras.

O governo ainda aposta nas políticas universalistas para enfrentar problemas que são notadamente de maior urgência entre a população negra, como a morbimortalidade materna (CARNEIRO, 2011). A superação do racismo e das desigualdades étnico-raciais é fator essencial para a promoção do desenvolvimento e para que a gestão seja eficaz e eficiente para toda a população (CRI, 2006).

Com o propósito de contribuir para a avaliação das estratégias para a redução da mortalidade materna das mulheres negras, construiu-se um instrumento de monitoramento e avaliação para ser utilizado pelas gestões municipais e estaduais, Comitês de Mortalidade Materna e outros atores envolvidos. O instrumento foi construído, em dezembro de 2021, com base na RC, estratégia vigente naquele momento. Dessa forma, o instrumento foi dividido nos componentes da RC, e formularam-se ações, que devem ser realizadas na assistência às mulheres negras. O objetivo principal deste instrumento é promover a vida das mulheres negras.

Identificação do problema: a razão da mortalidade materna por causas diretas, do período de 2002-2019, para as mulheres brancas foi de 30,28, enquanto para as mulheres pretas foi de 116,13 e para as mulheres indígenas foi de 88,45, a mortalidade materna continua concentrada nos estados do Norte e Nordeste.

Objetivo Geral:

- Garantir o direito à saúde reprodutiva às mulheres negras, por meio da distribuição de métodos contraceptivos, educação em saúde, educação sexual nas escolas, estratégias de comunicação e etc.);
- Garantir o acesso à assistência de qualidade de pré-natal, parto e nascimento às mulheres negras;
- Reduzir a morbimortalidade materna de mulheres negras.

Quadro 9 - Modelo lógico para redução da morbimortalidade materna de mulheres negras no Brasil

IMPLEMENTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL E O RACISMO OBSTÉTRICO*		
Componentes	Ações	Indicadores
Pré-natal	<p>Oferta de programa e ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva;</p> <p>Acesso aos métodos contraceptivos, principalmente a anticoncepção de emergência e o DIU (método de média duração);</p> <p>Oferta de teste rápido de gravidez para as mulheres negras;</p> <p>Identificar as gestações decorrentes de violência sexual, informar quanto aos direitos para o aborto legal;</p> <p>Identificar os casos em que a mulher corre risco de vida devido à gestação, informar quanto aos direitos para o aborto legal;</p> <p>Oferta de consultas de pré-natal (horários estendidos, sem agenda pré-estabelecida para essa ação programática);</p> <p>Garantia de tempo adequado de consulta de pré-natal para as mulheres negras;</p> <p>Garantia de exame físico nas gestantes negras completo pelos profissionais de saúde com preenchimento adequado na caderneta da</p>	<p>Proporção de mulheres negras com inserção do DIU;</p> <p>Proporção de mulheres negras com laqueadura;</p> <p>Proporção de mulheres negras em idade sexualmente ativa que fazem uso de métodos contraceptivos mensalmente;</p> <p>Tempo médio de consulta do pré-natal de mulheres negras;</p> <p>Proporção de mulheres negras cadastradas e que realizam o pré-natal;</p> <p>Proporção de mulheres negras com seis ou mais consultas de pré-natal;</p> <p>Proporção de mulheres negras que realizou os exames preconizados e teve os mesmos avaliados</p>

	<p>gestante (não colocar apenas o IMC, informar o peso e altura); Garantia da consulta odontológica; Identificação das comorbidades e vulnerabilidades sociais da gestante - articular com outras secretarias (por exemplo: assistência social, habitação e etc.); Garantia dos exames em tempo oportuno, de preferência que seja coletado no serviço que realiza o pré-natal, no caso de impossibilidade, que seja agendado para o local mais perto da residência da gestante; Monitoramento das gestantes negras com sífilis; Acolhimento às demandas das gestantes negras (saber ouvir) e intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; Vinculação da gestante negra à maternidade com garantia de uma visita antes do parto (deslocamento de responsabilidade do município); importante informar a gestante quanto às normas do serviço, por exemplo quanto ao gênero do acompanhante no alojamento conjunto; Realizar ações de prevenção ao HIV, sífilis e hepatites virais; Garantir o acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno (nos casos em que o serviço se localizar em outro município, deverá ser garantido o transporte sanitário); Garantia de serviços qualificados para urgências e emergências na gestação, inclusive nas Unidade de Pronto Atendimento (UPA).</p>	<p>em tempo oportuno; Taxa de incidência de sífilis em gestantes negras; Proporção de gestantes negras com diagnóstico correto para sífilis; Proporção de gestantes negras com tratamento adequado para sífilis; Proporção de gestantes negras com o parceiro com testagem rápida realizada; Proporção de gestantes negras com o parceiro com tratamento adequado para sífilis; Proporção de gestantes negras que tiveram urgência/emergência obstétricas; Proporção de gestantes negras que necessitou de internamento durante a gravidez; Proporção de gestantes negras com gravidez de alto risco;</p>
Parto	<p>Acolhimento às demandas das gestantes negras (valorizar as queixas); Realização de acolhimento com classificação de risco; Verificação dos sinais vitais das gestantes negras - SINAIS DE ALERTA PARA PRÉ-ECLÂMPsia, SRAG ou COVID-19; VAGA SEMPRE - sempre receber a mulher negra que está em trabalho de parto, se não houver leitos, encaminhar para outra maternidade através do transporte sanitário - GESTANTE NÃO DEVE PEREGRINAR; Garantia de leito de UTI; Garantia de bolsa de sangue e seus derivados (plaquetas, plasma e etc.); Garantia de acompanhante durante o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto; Garantia de práticas de atenção à saúde não discriminatórias e baseadas</p>	<p>Proporção de gestantes negras com parto realizado na maternidade, a qual foi vinculada no pré-natal; Proporção de gestantes negras que foi atendida no primeiro serviço que procurou atendimento; Proporção de parto normal em gestantes negras; Proporção de parto cesáreo em gestantes negras; Proporção de gestantes negras com episiotomia; Proporção de gestantes negras que receberam anestesia; Proporção de gestantes negras com acompanhante; Proporção de internações por curetagem</p>

	<p>em evidências científicas (documento orientador de 1996 da ONU); Garantia de medidas farmacológicas, inclusive anestesia; Garantia da cesárea em tempo adequado e oportuno (há uma tendência no Brasil em relação às mulheres negras de forçar o parto normal, negando o direito ao parto cesáreo); Garantia de alta segura com orientações quanto aos sinais de alerta de urgência/emergência puerperal e quando se deve procurar o serviço.</p>	<p>pós-aborto de mulheres negras; Taxa de incidência de sífilis congênita em menores de 1 ano; Taxa de incidência de AIDS em menores de 5 anos; Proporção de mulheres com pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia com uso de sulfato de magnésio; Proporção de mulheres que receberam transfusão de sangue e dos seus derivados; Número de casos de <i>near miss</i> ou morbidade severa de mulheres negras; Número de casos investigados de <i>near miss</i> ou morbidade severa de mulheres negras; Número de óbitos maternos ou razão da mortalidade materna por causas diretas de mulheres negras; Número de óbitos maternos ou razão da mortalidade materna por causas indiretas de mulheres negras; Tempo médio da internação até a alta das mulheres negras; Tempo médio entre a chegada na maternidade (quando informa o nome e etc) até o acolhimento; Tempo médio do acolhimento a internação; Tempo médio do trabalho do parto das mulheres negras;</p>
Puerpério	<p>Garantia de consulta de puerpério às mulheres negras em tempo oportuno; Prevenção e tratamento das IST/HIV/AIDS, sífilis e hepatites; Destacar as doenças que podem ser transmitidas no aleitamento materno.</p>	<p>Tempo médio para a realização da consulta de puerpério; Proporção de mulheres negras que realizaram a consulta de puerpério; Proporção de mulheres negras que tiveram alguma intercorrência durante o puerpério; Proporção de mulheres negras que tiveram alguma</p>

		intercorrência durante o puerpério e necessitaram de internamento;
Sistema logístico: transporte sanitário e regulação	Garantia de traje anti-choque não pneumático nas maternidades com alta taxa de hemorragia pós-parto. Esse traje é necessário para realizar o transporte de uma gestante com hemorragia para uma maternidade de maior complexidade, geralmente em outro município, sendo necessário percorrer quilômetros; Regulação dos leitos obstétricos; Garantia do acesso ao transporte seguro para as gestantes negras por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).	Tempo médio decorrido da solicitação de leito UTI até o atendimento da demanda para as mulheres negras; Proporção de mulheres negras que tiveram acesso ao traje anti-choque não pneumático; Proporção de mulheres negras que tiveram acesso ao SAMU.

Fonte: Elaboração da autora.

* Termo cunhado por Dána-Ain Davis, professora e diretora do Centro de Estudos de Mulheres e Sociedade no Graduate Center (CUNY). Racismo obstétrico é uma extensão da estratificação racial que faz parte da estigmatização historicamente construída das mulheres negras como nas lembranças dessas mulheres dos encontros com profissionais de saúde durante a gestação e parto. O racismo obstétrico coloca as mulheres negras e seus filhos em risco. Inclui erros 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, 2021).

Essa proposta de modelo lógico visa apoiar técnicos, movimentos sociais, movimentos de mulheres negras e outras(os). Essa proposta foi construída a partir da minha experiência enquanto trabalhadora da gestão estadual do SUS, membro de comitê de mortalidade materna, e como pesquisadora. Espera-se que esse instrumento sirva de disparador para os processos de avaliação.

Entre o período de 2002 a 2015, houve importantes avanços na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, com as propostas de mudança nas práticas profissionais, o incentivo ao protagonismo das mulheres no parto, as casas de parto normal, enfermeiras obstétricas, acolhimento com classificação de risco ambiência das maternidades, entretanto, esses avanços não alcançaram as mulheres negras. Para conseguir atingir os ODS relacionados à saúde materna, o governo brasileiro deverá priorizar ações de promoção da equidade na saúde para as mulheres negras.

Apesar de não ser tema desta pesquisa, não é possível analisar a política pública e não problematizar o governo de 2018-2022. Em três anos e meio de governo, o desmonte, principalmente, das áreas sociais foi contrário à razão, o desfinanciamento afetou principalmente a APS, um dos níveis de atenção com mais complexidade, e que está presente em todo o país. A paralisia do governo federal à pandemia foi criticada pelas organizações internacionais, milhares de pessoas morreram por falta de política pública.

Esta pesquisa buscou analisar as políticas públicas para as mulheres negras, não teve como objetivo avaliar as políticas quanto aos seus resultados, entretanto, é evidente que a RC trouxe melhorias para a atenção ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e saúde da criança. A Portaria nº 715, de 4 abril de /2022, que criou a Rede de Atenção Materno-Infantil (RAMI), em substituição à Rede Cegonha, é um retrocesso e deve ser debatida nos espaços formais e institucionais, como a CIT.

A portaria traz a centralidade novamente para o médico e o hospital, retirando os centros de parto normal peri-hospitalar da rede de atenção e conseqüentemente as enfermeiras obstétricas. Causa grande preocupação a incapacidade do MS em propor um programa sem considerar a realidade dos territórios, suas necessidades locais e sem realizar diagnóstico, criando barreiras para a descentralização e regionalização.

O Estado não pode mais adotar em suas estruturas a política de morte, é sua responsabilidade promover direitos, não restringi-los e violá-los, para tanto é preciso combater o racismo estrutural, enfrentando as desigualdades econômicas, políticas e jurídicas.

Almeida (2018) alerta que o silêncio torna os indivíduos e as instituições ética e politicamente responsáveis pela manutenção do racismo. Sendo assim, o racismo não deve ser

tratado como uma questão lateral, é preciso reconhecer a existência do racismo e combatê-lo dentro das instituições e na sociedade.

É responsabilidade do Estado garantir políticas públicas não universalistas, a partir de uma visão interseccional da identidade de gênero, da raça, da classe, geracional, da orientação sexual, de capacidade entre outras.

Há muito ainda a ser feito pelo governo brasileiro, como bem declarou Maria de Lourdes Pimentel Teixeira, a mãe de Alyne Pimentel, na cerimônia de reparação indenizatória: “Isso que aconteceu foi pra muitas mães gritar, botar a boca no mundo, mesmo, das coisas que aconteceram. Porque a gente não pode brincar com a saúde da pessoa, nem com a vida da pessoa. E esse reparo que está sendo agora, é pouco, por muito que ainda tem que vim por aí, porque foi um dia que tinha, um minuto tirou a vida da minha filha, mas esse reparo que tá começando agora, levou 12 anos (...) Já falei, acho que em poucas palavras falei tudo”.

REFERÊNCIAS

- AKOTIRENE, C. **O que é interseccionalidade?** Belo Horizonte (MG): Letramento Justificando, 2018. 144p.
- ALMEIDA, S. L. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018. 204p.
- APÓS seis anos, policiais acusados do assassinato de Cláudia Ferreira ainda não foram julgados ou punidos. **Notícia Preta**, 17 mar. 2020. Disponível em: <https://mst.org.br/2020/03/17/apos-seis-anos-policiais-acusados-do-assassinato-de-claudia-ferreira-ainda-nao-foram-julgados-ou-punidos/>. Acesso em: 4 maio 2022.
- ARRUTI, J. M. *et al.* O impacto da Covid-19 sobre as comunidades quilombolas. Informativo Desigualdades raciais e Covid-19. Núcleo de Pesquisa e Formação em Raça, Gênero e Justiça Racial. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **AFRO - CEBRAP**, n. 6, 2021. Disponível em: <https://cebrap.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informativo-6-O-impacto-da-Covid-19-sobre-as-comunidades-quilombolas.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2022.
- BAIROS, L. H. Estado brasileiro indeniza família pela morte de Alyne Pimentel [Entrevista cedida a] TV BrasilGov. Março de 2014. Disponível em: <https://youtu.be/bQm327Bcbjc>. Acesso em: 20 jul. 2019.
- BAIROS, L. H. Assim falou Luiza Bairos. [Entrevista cedida a] Fernanda Pompeu em 2006. **Blog Fernanda Pompeu**, Entrevistas - Ideias atrevidas. Publicada em 2017. Disponível em: <https://fernandapompeu.com.br/assim-falou-luiza-bairros/>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M. L. Desigualdades Raciais em Saúde. **BIS**, n. 31, p. 16-17, dez. 2003. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/issue/view/2221/41>. Acesso em: 2 mar. 2022.
- BATISTA, L. E. *et al.* Humanização na atenção à saúde e as desigualdades raciais: uma proposta de intervenção. **Saúde e Sociedade** [online], v. 25, n. 3, p. 689-702, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146290>. Acesso em: 20 fev. 2022.
- BATISTA, L. E. *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade** [online], v. 29, n. 3, p. 1-18, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190151>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- BENTO, M. A. S. Branqueamento e Branquitude no Brasil. In: BENTO, M. A. S.; CARONE, I. (Org.). **Psicologia social do racismo** – estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 25-58. Disponível em: <http://www.media.ceert.org.br/portal-3/pdf/publicacoes/branqueamento-e-branquitude-no-brasil.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2021.
- BENTO, C. **O pacto da branquitude**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu** [online], n. 26, p. 329-376, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332006000100014>. Acesso em: 14 set. 2020.

BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. Justiça reprodutiva e gênero: desafios teórico-políticos acirrados pela pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 25, n. Supl. 1, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200762>. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 65.810, de 8 de dezembro de 1969**. Promulga a Convenção Internacional sobre a Eliminação da Discriminação Racial. Brasília: Casa Civil, 1969.

BRASIL. Congresso Nacional. Relatório n. 2, de 1993 - **Relatório final da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito destinada a examinar a incidência de esterilização em massa nas mulheres no Brasil**. Brasília, 1993.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília: Casa Civil, 1996.

BRASIL. **Portaria nº 3.947, de 25 de novembro de 1998 (*)**. Republicada por ter saído com incorreção, do original, no DO nº 227-E, Seção 1, pág. 18, de 26.11.98. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

BRASIL. **Processo de Credenciamento para a Maternidade Segura**. Ministério da Saúde. [1996?] data provável. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/10006002455.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

BRASIL. **CPI Mortalidade Materna**. Brasília: Câmara de Deputados, 2001.

BRASIL. **Decreto nº 4.377, de setembro de 2002**. Promulga a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher de 1979, e revoga o Decreto nº 89.460, de 20 de março de 1984. Brasília: Casa Civil. 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 653, de 28 de maio de 2003**. Estabelece que o óbito materno passa a ser considerado evento de notificação compulsória. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2003.

BRASIL. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório nacional de acompanhamento. Coord. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); Supervisão: Grupo Técnico para Acompanhamento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, 2004. Brasília: Ipea, 2004c.

BRASIL. **Portaria nº 2.607/GM, de 10 de dezembro de 2004**. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 7 a 11 dez. 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Atenção Humanizada ao Abortamento**: norma técnica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

BRASIL. **Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Casa Civil, 2005c.

BRASIL. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: atenção à saúde das mulheres negras. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 2005d.

BRASIL. **I Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial**: Brasília, 30 de junho a 2 de julho de 2005. Relatório Final. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Conselho Nacional de Promoção da Igualdade Racial. Brasília: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2005e.

BRASIL. Presidência da República. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: IPEA, 2005f.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Balanco das ações: Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. 20. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília: Ipea, 2007d.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008a.

BRASIL. **Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008**. Regulamenta a Vigilância de Óbitos Maternos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2008. Brasília, DF, 2008c.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **VI Relatório Nacional Brasileiro — Convenção pela Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres — CEDAW/Organizações das Nações Unidas**. Brasília : Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **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, 2009.

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos (SPI/MP). Supervisão: Grupo Técnico para acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília: Ipea, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2011a.

BRASIL. **Lei nº 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso à informação. Casa Civil. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial. Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas. **Racismo como determinante de saúde**. Brasília, 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Prático de Implementação da Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégica, 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no SUS. **Relatório final do plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/Rede Cegonha**. Brasília (DF): MS, 2012. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-final-pqm/>. Acesso em: 10 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Subchefia de Assuntos Federativos. Secretaria de Relações Institucionais da Presidência da República. Secretaria Nacional de Relações Político-Sociais. Secretaria-Geral da Presidência da República. **Guia de Apoio para o Alcance das Metas - Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. 2013b.

BRASIL. Secretaria de Política das Mulheres. **Cerimônia de reparação indenizatória à família de Alyne Pimentel**. 2014a. Disponível em: <https://youtu.be/sbz6B6LTE-E>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Relatório do governo brasileiro sobre o caso Alyne da Silva Pimentel** - Comitê para eliminação da discriminação contra a mulher. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria de Direitos Humanos. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Apice On** - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. Brasília: Ministério da Saúde. 2017c.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, compilado até a Emenda Constitucional no 105/2019. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parto Adequado**. Publicado em 4 fev. 2015, atualizado em 7 abr. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado>. Acesso em: 10 set. 2021.

CALDWELL, K. L. A militância das mulheres negras e o desenvolvimento do campo de saúde da população negra no Brasil. *In*: SILVA, J.; PEREIRA, A. M. **O movimento de mulheres negras**: escritos sobre os sentidos de democracia e justiça social no Brasil/ Joselina da Silva e Amauri Mendes Pereira (Org.). Belo Horizonte: Nandayala, 2014, p. 91-106.

CAMPBELL, M. CEDAW e a intersecção de identidades de mulheres: uma abordagem pioneira para a discriminação interseccional. **Revista Direito GV** [online], v. 11, n. 2, p. 479-504, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1808-2432201521>>. Acesso em: 04 set. 2019.

CARNEIRO, A. S. **A Construção do Outro como Não-Ser como fundamento do Ser**. 2005. 339f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

CARNEIRO, F. Nossos passos vêm de longe. *In*: WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. (Org.). **O livro da saúde das mulheres negras**: nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas; Criola, 2006. p. 22-41.

CARNEIRO, S. **Racismo, Sexismo e desifualdade no Brasil** / Sueli Carneiro - São Paulo: Selo Negro, 2011. (Consciência em debate/coordenadora Vera Lúcia Benedito).

CARNEIRO, S. **Escritos de uma vida**/ Sueli Carneiro; Prefácio Conceição Evaristo, Apresentação Djamila Ribeiro - Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018. 290p.

CASSAL, M. P. Atenção psicossocial e relações raciais: um debate necessário. *In*: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RS. **Seminário Psicologia e Relações Raciais**: um percurso em construção [online]. Porto Alegre: CRPRS, 8 set. 2021. Disponível em: <https://youtu.be/jPPAbr07B98>. Acesso em: 1 out. 2021.

CEDAW. **Recomendação Geral nº 24**: artigo 12º (as mulheres e a saúde). 20ª sessão, 1999. Disponível em: https://apublica.org/wp-content/uploads/2018/08/CEDAW_RG_24.pdf. Acesso em: 10 maio 2019.

CEDAW. **Comentários finais do Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres:** Brasil. Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres. 39ª Sessão, 23 de julho a 10 de agosto de 2007. CEDAW/C/BRA/CO/6. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/acoes-internacionais/Articulacao/articulacao-internacional/recomendacoes-cedaw-portugues.pdf> Acesso em 15 mar. 2022.

CEDAW. *General recommendation No. 28 on the core obligations of States parties under article 2 of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.* Committee on the Elimination of Discrimination against Women. United Nations. 2010. CEDAW/C/GC/28. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/472/60/PDF/G1047260.pdf?OpenElement>. Acesso em: 02 ago. 2021.

CEDAW. **Alyne da Silva Pimentel Teixeira (falecida) v. Brasil.** Comitê pela Eliminação da Discriminação contra as Mulheres, 49ª Sessão, julho de 2011 (tradução livre por Juliana Fontana Moyses). 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4253529/mod_resource/content/1/Julgamento%20CEDAW%20caso%20Alyne%20da%20Silva%20Pimentel%20Teixeira%20-%20EM%20PORTUGU%C3%8AS.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4941227/mod_resource/content/0/Ana%CC%81lise%20documental_Cellard.pdf. Acesso em: 7 jul. 2021.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. **Caso de Alyne da Silva Pimentel Teixeira (“Alyne”) v. Brasil.** 2014. Disponível em: https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2018/08/LAC_Alyne_Factsheet_Portugues_e_10-24-14_FINAL.pdf. Acesso em: 10 set. 2019.

CLAP; OPAS; OMS. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave:** estratégia de monitoramento e avaliação. Centro Latino-americano de Perinatologia/Saúde da Mulher e Reprodutiva - Organização Pan-americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - Montevideu: CLAP; SMR, 2012.

COELHO, J. S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde e Sociedade** [online], v. 21, suppl 1, p. 138-151, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000500012>. Acesso em: 1 nov. 2021.

COOK, R. J.; DICKENS, B. M.; FATHALLA, M. F. **Saúde reprodutiva e direitos humanos:** integrando medicina, ética e direito. Tradução de Andrea Romani, Renata Perrone e equipe. Rio de Janeiro: CEPIA, 2004.

COOK, R. Human Rights and Maternal Health: Exploring the Effectiveness of the Alyne Decision. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 1, p. 103-123, 2013. Traduzido para o português, com a permissão da Sociedade Americana de Direito, Medicina e Ética, por Maria Elvira Vieira de Mello e Beatriz Galli. Disponível em:

https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/Pub-AlynePortuguese.pdf.

Acesso em: 10 fev. 2019.

COLLINS, P. H. **Bloco de Notas** - Patricia Hill Collins [outubro 2019]. Para Mariana Pezzo. UFSCAR. Sorocaba: SP, 31 out. 2019a. Entrevista canal Youtube ClickCiência UFSCAR. Disponível em: <https://youtu.be/hs9gQ8AmEYI>. Acesso em: 2 jul. 2021.

COLLINS, P. H. **Pensamento Feminista negro**: conhecimento, consciência e a política do empoderamento. Tradução de Jamille Pinheiro Dias. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2019b.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. Tradução de Rane Souza. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2021.

CONAQ; ISA. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras e Rurais Quilombolas. Instituto Socioambiental. **Observatório da Covid-19 nos Quilombos**. 2021. Disponível em: <https://quilombosem covid19.org/>. Acesso em: 5 fev. 2022.

CONGRESSO NACIONAL. **Projeto de Decreto Legislativo nº 176, de 2021** (Autoria Jandira Feghalli e outras). Apresentação: 26 abr. 2021. Mesa. PDL n.176/2021. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/propostas-legislativas/2279242>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva [online], v. 6, n. 1-2, p. 147-177, 1996. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>. Acesso em: 4 set. 2021.

CRENSHAW, K. W. A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. In: VV.AA. **Cruzamento**: raça e gênero. Brasília: Unifem, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 mar. 2019.

CRI. Articulação para o Combate ao Racismo Institucional. **Identificação e abordagem do racismo institucional**. Brasília: CRI, 2006.

DAMASCO, M. S. **Feminismo negro**: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Suporte ao Sistema de registro de notificações e-SUS Notifica. **Inclusão de novos campos relacionados aos povos e comunidades tradicionais**. Março, 2021. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/notifica/>. Acesso em: 19 jan. 2022.

DAVID, E. C. Aquilombar a cidade: território, raça e produção de saúde em São Paulo. **Revista do Centro de Pesquisa e Formação**, nº 10, ago. 2020. Disponível em: <https://portal.sescsp.org.br/files/artigo/ed1b8c90/390b/40dc/a292/10cd06de06b7.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIS, A. **Mulheres, cultura e política**. Tradução de Heci Regina Candiani. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

DAVIS, A. **Atravessando o tempo e construindo o futuro da luta contra o racismo** [conferência]. Salvador: UFBA, 25 jul. 2017. Disponível em: <https://youtu.be/6CdrOqPE7Rs>. Acesso em: 18 out. 2020.

DAVIS, D. A. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. Tradução de Giovana Acacia Tempesta e Morgana Eneile Tavares de Almeida. **Amazônica - Revista de Antropologia**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 751-778, fev. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194>. Acesso em: 30 jun. 2021.

DIANGELO, R. Fragilidade branca. **Revista Eco-Pós**, v. 21, n. 3, p. 35–57, 2018. Disponível em: https://revistaecopos.eco.ufrj.br/eco_pos/article/view/22528. Acesso em: 29 maio 2021.

DHESCA. Plataforma de Direitos Humanos - Dhesca Brasil. Relatoria do Direito Humano à Saúde Reprodutiva. **Relatório sobre mortalidade materna no contexto do processo de implementação da decisão do Comitê CEDAW contra o Estado brasileiro no caso Alyne da Silva Pimentel** [redação Beatriz Galli, Helena Rocha e Jandira Queiroz]. 1. ed. Brasília: UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas, 2015.

EVANGELISTA, A. P. Após 10 anos, Políticas de Saúde da População Negra só foi efetivada em 57 municípios. **Rádio Poli**, Repórter SUS, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio EPSJV/Fiocruz, 27 nov. 2019. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/podcast/apos-10-anos-politica-de-saude-da-populacao-negra-so-foi-efetivada-em-57-municipios>. Acesso em: 12 mar. 2022.

FAUSTINO, D. M. A universalização dos direitos e a promoção da equidade: o caso da saúde da população negra. **Ciência e Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 12, p. 3831-3840, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.25292017>. Acesso em: 5 mar. 2022.

FIGUEIREDO, A. Perspectivas e contribuições das organizações de mulheres negras e feministas negras contra o racismo e o sexismo na sociedade brasileira. **Revista Direito e Práxis** [online], v. 9, n. 2, p. 1080-1099, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2018/33942>. Acesso em: 9 jul. 2019.

FONSECA, I. F. Inclusão política e racismo institucional: reflexões sobre o programa de combate ao racismo institucional e o conselho nacional de promoção da igualdade racial. **Planejamento e Políticas Públicas**. IPEA, n. 45, jul./dez. 2015. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/6630>. Acesso em: 11 out. 2021.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T (Orgs.). **Métodos de pesquisa**. Coordenação: Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS; Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOES, E. F. *et al.* Vulnerabilidade racial e barreiras individuais de mulheres em busca do primeiro atendimento pós-aborto. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. Suppl 1, p. 1-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00189618>. Acesso em: 6 jun. 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 18, n. 3, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>. Acesso em: 4 jun. 2021.

GONZAGA, P. R. B.; ARAS, L. M. B. O ventre negro e o roubo dos direitos reprodutivos: da escravização das mulheres negras à criminalização do aborto. **Caderno Sisterhood: Rotas e Pensamentos de Mulheres Negras. Mulheres Negras e aborto: autonomia e liberdade.** v. 1, n. 1, p. 111-120, 2016.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano:** ensaios, intervenções e diálogos. Organização de Flavia Rios e Márcia Lima. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2020.

HASENBALG, C. Raça, classe e mobilidade. *In:* GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. **Lugar de negro.** 1. ed. - Rio de Janeiro: Zahar, 2022, p.85-122

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informativo Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil.** Estudos e Pesquisas - Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 23 nov. 2021.

KALCKMANN, S. *et al.* Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? **Saúde e Sociedade** [online], v. 16, n. 2, p. 146-155, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902007000200014>. Acesso em: 19 set. 2021.

KALCKMANN, S. *et al.* **Nascer com equidade:** humanização do parto e do nascimento: questões raciais/cor e de gênero. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdf/s/nascer.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2022.

KRÜGER, A. **Aviões do cerrado:** uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais do Distrito Federal brasileiro. 116f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

LAGUARDIA, J. O uso da variável "raça" na pesquisa em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 14, n. 2, p. 197-234, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000200003>. Acesso em: 29 jun. 2021.

LARDOSA, T. P. S. S. Discriminação interseccional e responsabilidade do Estado à luz do caso Aylene Pimentel: uma abordagem de direitos humanos. **Revista de Direito da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro**, n. 28, p. 127-143, 2018. Disponível em: https://sistemas.rj.def.br/publico/sarova.ashx/Portal/sarova/imagem-dpge/public/arquivos/a-REVISTA_28_-_ART_TATIANA_DISCRIMINA%C3%87%C3%83O_INTERSECCIONAL.pdf. Acesso em: 1 jul. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 33, n. Supl. 1, p. 1-17, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>. Acesso em: 22 abr. 2019.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública** [online], v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000100013>. Acesso em: 12 jul. 2019.

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, jun. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140022>. Acesso em: 16 maio 2019.

LEONEL, F. Escola Nacional de Saúde Pública. **Pandemia reafirma invisibilidade de 2 milhões de trabalhadores da área da Saúde**. Publicada em 10/02/2022, Notícias - Comunicação e Informação da ENSP/FIOCRUZ. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude>. Acesso em: 2 abr. 2022.

LIMA JUNIOR, E. B. *et al.* Análise Documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, v. 20, n. 44, p. 36-51, 2021.

LOMBARDI, M. R.; CAMPOS, V. P. A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. **Revista da Associação Brasileira de Estudo do Trabalho**, v. 17, n. 1, p. 28-46, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>. Acesso em: 1 mar. 2022.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 21, n. 5, p. 1595-1601, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500034>. Acesso em: 11 ago. 2019.

LOPES, F. Vamos fazer um teste: qual é a sua cor? A importância do Quesito cor na saúde. **Saúde da População Negra no Estado de São Paulo - Boletim Epidemiológico Paulista** [online], v. 3, Supl., p. 84-89, 2006.

LOPES, F.; WERNECK, J. Saúde da População Negra: da conceituação às políticas públicas de direito. In: WERNECK, J. (Org.). **Mulheres negras: um olhar sobre as lutas sociais e as políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro, Criola, 2010. p.5-23. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.abong.org.br/bitstream/handle/11465/886/81.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 4 fev. 2019.

LOPES, F. Você sabe o que é Justiça Reprodutiva? O #CriolaPod explica. **Podcast ONG Criola**, 2019. Disponível em: <https://criola.org.br/voce-sabe-o-que-e-justica-reprodutiva-saia-no-criolapod/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

LOPES, F. **História da Saúde da População negra no Brasil**. Curso Saúde da população negra [online]. Associação Brasileira de Psicologia Social - ABRAPSO. 2020. Disponível em: https://youtu.be/RZ8f7m-j_to. Acesso em: 2 abr. 2022.

LOPES, F. **Justiça Reprodutiva no Brasil**: um tema em construção. *In*: 1º Seminário sobre Justiça Reprodutiva e Religião (*online*), 2021. Católicas pelo Direito de Decidir. Disponível em: <https://youtu.be/1bLGxSb9F30>. Acesso em: 25 set. 2021.

LÓPEZ, L. C. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [*online*], v. 16, n. 40, p. 121-134, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000004>. Acesso em: 15 fev. 2019.

LÓPEZ, L. C. Mortalidade Materna, Movimento de Mulheres Negras e Direitos Humanos no Brasil: um Olhar na Interseccionalidade de Gênero e Raça. **TOMO**, n. 28, p. 135-67, jan./jun. 2016. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/tomo/article/view/5424/4447>. Acesso em: 6 fev. 2019.

LORDE, A. **Sister outsider**: essays and speeches. Crossing Press, p. 132-133, 2007.

MACHADO, M. H. (Coord.) **Perfil da Enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: NERHUS, DAPS ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2019/05/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2022.

MALUNGUINHO, E. População trans ainda luta “pelo direito à vida”. [Entrevista cedida a] Anna Beatriz Anjos. **Agência Pública**, Especial: Entrevistas dos Aliados. Publicada em 5 de agosto de 2019. Disponível em: https://apublica.org/2019/08/malunguinho-populacao-trans-ainda-luta-pelo-direito-a-vida/?mc_cid=2d40c41570&mc_eid=ae3c2d768c#Link2. Acesso em 08 maio 2022.

MARGINALIZADO. *In*: **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa** [*online*], 2015, São Paulo: Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/marginalizado/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

MARTINS, A. L.; TANAKA, A. C. A. Mulheres negras e mortalidade materna no Estado do Paraná, Brasil, de 1993 a 1998. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 10, n. 1, p. 31-40, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/jhgd.39583>. Acesso em: 16 abr. 2019.

MARTINS, A. L. **Diferenciais raciais nos perfis e indicadores de mortalidade materna para o Brasil**. Trabalho apresentado no XIV Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP. Caxambu: MG. Associação Brasileira de Estudos Populacionais; Pesquisa do Componente Saúde do Programa de Combate ao Racismo Institucional no Brasil, do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Governo do Reino Unido (DFID/UK), 2004.

MARQUES, D. M.; PEREIRA, A. L. Assistência pautada nos direitos sexuais e reprodutivos: uma condição para promover a saúde da mulher. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], v. 13, n. 3, p. 449-55, 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9668>. Acesso em: 4 ago. 2021.

MATTAR, L. D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos** [*online*], v. 5, n.

8, p. 60-83, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452008000100004>. Acesso em: 15 mar. 2019.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832012005000001>. Acesso em: 18 ago. 2021.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. 2. ed. São Paulo, SP: n-1 edições, 2018.

MENEZES, G.; AQUINO, E. M. L. Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, suppl 2, p. 193-204. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400002>. Acesso em: 1 set. 2021.

MENICUCCI, T.; GOMES, S. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MILANEZI, J.; SILVA, G. M. Silêncio – reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. In: PIRES, R. R. C. (Org.). **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. p. 441-464.

MOVIMENTO DE MULHERES NEGRAS. **Carta das Mulheres Negras 2015**. Marcha das Mulheres Negras 2015 contra o Racismo e a Violência e pelo bem viver como nova Utopia. 2015. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2015/11/Carta-das-Mulheres-Negras-2015.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2019.

NASCIMENTO, B. **Uma história feita por mãos negras: relações raciais, quilombos e movimentos**. Organização de Alex Ratts. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2021.

NOGUEIRA, I. B. O corpo da mulher negra. **Pulsional Revista de Psicanálise**. Ano XIII, n. 135, p. 40-45, 1999.

OEA. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. Organização dos Estados Americanos. **Relatório nº 54/01**. Caso 12.051 - Maria da Penha Maia Fernandes. 2001.

OLIVEIRA, A. A. S.; SCHIRMER, J. B. Caso Alyne Pimentel: uma análise à luz da abordagem baseada em direitos humanos. **Revista do Instituto Brasileiro de Direitos Humanos**, v. 12, n. 12, 2012. Disponível em: <https://revista.ibdh.org.br/index.php/ibdh/article/view/202/202>. Acesso em: 21 maio 2019.

OMS. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 2. ed. São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para classificação de Doenças em Português. EDUSP. 1995.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [e-book]. Tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro. Porto Alegre: UFRGS, 2020.

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Assembleia Geral das Nações Unidas, Paris, 1948. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>. Acesso em: 19 maio 2019.

ONU. **Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher**. Nova York, Nações Unidas, 1979.

ONU. IV Conferência mundial sobre a mulher. **Declaração e Plataforma de ação da IV Conferência mundial sobre a mulher**. Pequim: ONU, 1995.

ONU. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Primeira reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe. Montevideu, 12 a 15 de agosto de 2013. CEPAL. **Consenso de Montevideu sobre população e desenvolvimento**. 2013. LC/L.3697 (Port.).

ONU. Escritório de Direitos Humanos. Livres e Iguais - Nações Unidas. **O que significa 'intersex'?** 2018. Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2018/10/Intersex-PT.pdf>. Acesso em: 21 set. 2021.

OPAS; OMS. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave**. Resolução CD51.R12. 51º Conselho Diretor da Organização Pan-americana da saúde. 63ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde. 2011. Washington, D.C., EUA, 26 a 30 set. 2011.

OPAS; OMS. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave**. 53º Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde. 66ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. 2014. Washington, D.C., EUA, 29 set. a 3 out. 2014. CD53/INF/6.

OPAS; OMS. **Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: relatório final**. 56º Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde. 70ª Sessão do Comitê Regional da Organização Mundial da Saúde para as Américas. 2018. Washington, D.C., EUA, 23 a 27 set. 2018. CD56/INF/14.

OPS; OMS. **Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas**. 111ª Reunión de Comité ejecutivo del consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Grupo de trabajo del comité regional de la Organización Mundial de la Salud. 1993. Washington, D.C.: OPS/Ginebra: OMS. CE111/11 (Esp.).

OPS; OMS. **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas**. 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud. 54ª Sesión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. 2002. CSP26/14 (Esp.).

OPS; OMS. **Monitoreo de la reducción de la morbilidad y mortalidad maternas**. 132ª Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003. CEI132/19 (Esp.).

PAHO; WHO. **Regional Plan of Action for the Reduction of Maternal Mortality in the Americas**. 23^a Pan American Sanitary Conference of the Pan American Health Organization. 42^a Regional Committee Meeting of the World Health Organization. 1990. Washington, D.C: OPS/Ginebra: OMS. CSP23/10 (Eng.).

PAIVA, C. C. N. *et al.* Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. **Revista de APS**, v. 22, n. 1, p. 23–46, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>. Acesso em: 5 set. 2021.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios de Yogyakarta**: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Tradução de Jones de Freitas. 2007. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/sos/gays/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 1 nov. 2021.

REIS, L. G. C.; PEPE, V. L. E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**, v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300020>. Acesso em: 27 jun. 2021.

RIPSA. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROLAND, E. Direitos reprodutivos e racismo no Brasil. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 2, n. 3, p. 506-514, 1995. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/16469/15039>. Acesso em: 17 abr. 2019.

ROLIM, L. B; CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 nov. 2021.

ROSS, L. J. Teaching Reproductive Justice: an activist’s approach. In: PERLOW, O. N. et al. **Black women’s liberatory Pedagogies** - Resistance, Transformation and Healing within and beyond the academy. Palgrave: Macmillan, 2018. p. 159-180.

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, T. L.; SOUZAS, R. Parto, mulher negra e violência: corpos invisíveis? **BIS: Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 112-119, dez. 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021622/bis-v17n2-saude-e-direitos-sexuais-112-119.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Necropolítica e reflexões acerca da população negra no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: uma revisão bibliográfica. **Ciência e Saúde Coletiva [online]**, v. 25, suppl 2, p. 4211-4224, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.25482020>. Acesso em: 9 mar. 2022.

SANTOS, M. P. A. *et al.* População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados** [online], v. 34, n. 99, p. 225-244, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>. Acesso em: 5 nov. 2021.

SANTOS, J. F. A. Enfrentamento à violência obstétrica: contribuições do movimento de mulheres negras brasileiras. **Revista em Pauta** - Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, n. 47, v. 19, p. 154-169, 2021. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/56082>. Acesso em: 25 jun. 2021.

SÁ, E. B.; BENEVIDES, R. P. S. Cadernos ODS. **ODS 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades - o que mostra o retrato do Brasil?** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília: IPEA; 2019.

SHIFFMAN, J.; SMITH, S. *Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality.* **The Lancet**, v. 370, p. 1370–1379, 2007. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61579-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61579-7). Acesso em: 20 mar. 2022.

SILVA, A. *et al.* Entre o racismo e a desigualdade: da Constituição à promoção de uma política de Igualdade Racial (1988-2008). In: JACCOUD, L. **A construção de uma política de promoção da igualdade racial: uma análise dos últimos 20 anos** / Org. Luciana Jaccoud - Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009. p. 19-92. Disponível em: <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=5108>. Acesso em: 4 out. 2021.

SILVA, J. P; PEREIRA, A. M. **Olhares sobre a mobilização brasileira para a III Conferência Mundial contra o Racismo, a discriminação Racial, a Xenofobia e Intolerância Correlatas.** Brasília: DF: Fundação Cultural Palmares-MinC; Belo Horizonte: Nandyala, 2013. 208 p.

SILVA, C. G.; PAIVA, V.; PARKER, R. Juventude religiosa e homossexualidade: desafios para a promoção da saúde e de direitos sexuais. **Interface** - Comunicação, Saúde, Educação [online], v. 17, n. 44, p. 103-117, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000100009>. Acesso em: 1 nov. 2021.

SOLAR, O.; IRWIN, A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. **Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).** Geneva: OMS, 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf. Acesso em: 15 nov. 2021.

SOLIDÁRIO. In: **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa** [online], 2015, São Paulo: Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/SOLIDARIO/>. Acesso em: 1 out. 2021.

SOUSA, N. S. **Tornar-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social.** 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, p.17-18, 1990.

THEOPHILO, R. L.; RATTNER, D.; PEREIRA, E. L. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3505-3516, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31552016>. Acesso em: 21 maio 2019.

UN. *Technical guidance on the application of a human rights based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality 1. Report of the Office of the High Commissioner for Human Rights*. U.N.Doc. A/HRC/21/22. July 2012.

UNFPA. **Relatório Final sobre o Fórum “Enfrentando o racismo institucional para promover saúde integral da população negra no SUS”**, 3 e 4 jul. 2012. Brasília: UNFPA Brasil. Fundo de População das Nações Unidas. 2016. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio_forum_enfrentamento_racismo.pdf. Acesso em: 04 fev. 2022.

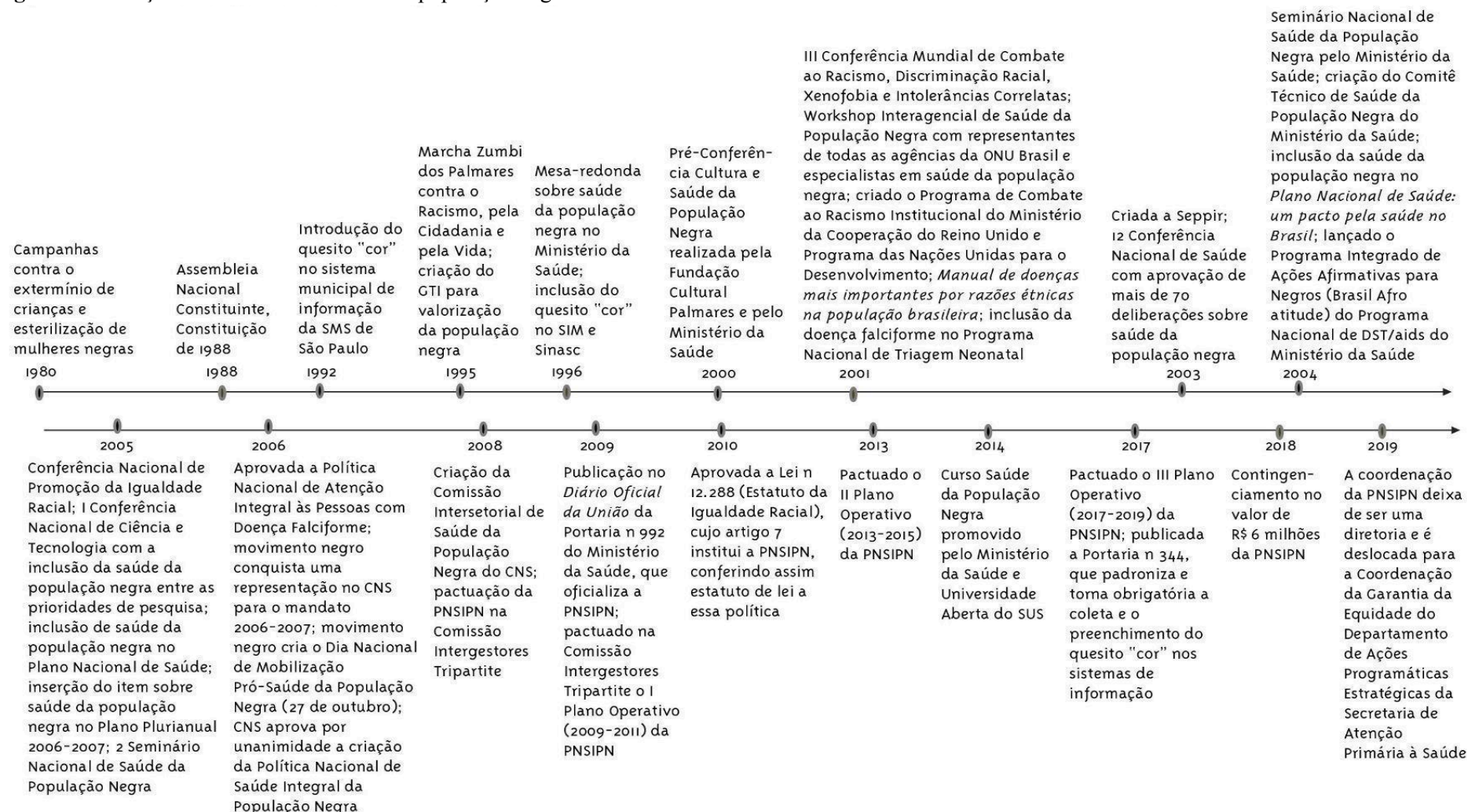
WERNECK, J. **Racismo Institucional: uma abordagem conceitual**. GELEDÉS - Instituto da mulher negra. CFEMEA - Centro feminista de estudo e assessoria, 2013. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/racismo-institucional-uma-abordagem-teorica-e-guia-de-enfrentamento-do-racismo-institucional/>. Acesso em: 10 ago. 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535-549, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>. Acesso em: 15 mar. 2019.

XAVIER, A. K.; ROSATO, C. M. Mulheres e Direitos: Saúde sexual e reprodutiva a partir das Conferências da ONU. **Revista Ártemis**, v. XXI, n. 1, p. 116-130, jan./jul. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/artemis/article/view/27799/16091>. Acesso em: 9 maio 2019.

ANEXO A - LINHA DO TEMPO SOBRE A SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Figura 3 - Avanços e retrocessos da saúde da população negra



Fonte: Batista *et al.* (2020).

ANEXO B - TABELAS

Tabela 5 - Razão da Mortalidade Materna por unidade da federação, por causas diretas, por raça/cor, período consolidado de 2002 a 2008

Região/Unidade da Federação	Branca	Preta	Amarela	Parda	Negra	Indígena	Ignorada	Total
Região Norte	48,44	243,11	12,67	41,88	44,59	85,84	233,04	47,44
Rondônia	36,52	165,22	0	24,40	27,53	50,58	274,45	36,36
Acre	32,30	120,92	0	29,13	29,94	36	160,81	35,19
Amazonas	43,13	133,05	81,63	41,82	42,69	88,52	186,84	46,24
Roraima	30,43	903,61	0	32,21	38,81	120,86	2000	53,05
Pará	59,96	280,38	0	47,27	50,67	65,33	129,42	52,11
Amapá	247,93	481,93	0	31,87	33,78	0,00	1357,47	41,43
Tocantins	36,21	218,07	0	41,26	45,20	78,00	613,50	45,27
Região Nordeste	36,81	243,40	40,29	41,97	47,24	50,60	62,35	46,49
Maranhão	78,76	401,31	43,09	66,25	76,03	78,65	44,95	73,14
Piauí	43,71	259,79	52,91	49,25	56,95	101,32	176,43	60,37
Ceará	41,57	180,61	18,02	38,66	41,18	0,00	43,32	41,31
Rio Grande do Norte	18,83	161,96	0	22,89	25,81	180,83	859,92	33,55
Paraíba	11,93	201,02	0	44,30	48,94	0	29,07	31,86
Pernambuco	25,05	181,72	114,19	39,22	42,68	35,73	175,42	39,56
Alagoas	32,92	224,03	0	32,98	35,08	0	756,88	43,77
Sergipe	78,83	212,04	0	48,52	51,44	180,18	37,23	49,87
Bahia	55,88	224,73	43,49	34,71	40,94	37,21	43,98	43,07
Região Sudeste	25,19	202,33	87,03	39,75	52,87	22,62	24,23	33,56
Minas Gerais	21,35	131,21	51,41	30,57	37,09	0	54,58	32,13
Espírito Santo	12,42	223,66	0	32,35	41,15	0	244,72	35,01

Rio de Janeiro	33,07	241,07	214,36	52,13	74,17	56,53	58,10	52,85
São Paulo	24,92	206,87	91,09	40,19	52,23	34,11	5,92	26,99
Região Sul	30,02	98,27	108,15	79,09	85,83	92,08	428,83	35,49
Paraná	33,33	372,83	52,49	83,98	111,10	173,61	304,96	39,37
Santa Catarina	23,50	10,69	0,00	136,84	78,75	135,50	721,05	28,29
Rio Grande do Sul	30,37	81,34	349,04	61,78	71,39	23,08	356,98	35,48
Região Centro-Oeste	28,91	388,62	78,40	45,94	54,47	110,63	10,21	38,06
Mato Grosso do Sul	27,03	458,91	0	61,94	72,19	116,01	301,66	47,24
Mato Grosso	28,37	287,36	0	52,27	57,39	117,39	349,65	46,19
Goiás	25,11	446,73	134,05	40,46	53,96	71,23	16,41	34,67
Distrito Federal	51,64	300,90	0	34,89	38,85	0	0	27,78
Total	29,27	206,12	55,71	42,19	49,51	78,06	39,21	39,52

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

Tabela 6 - Razão da Mortalidade Materna da região de saúde metropolitana I do Rio de Janeiro, por causas diretas, por raça/cor em 2002

Município	Branca	Preta	Parda	Negra	Ignorada	Total
Belford Roxo	0	1351,35	97,56	181,98	0	73,22
Duque de Caxias	27,80	429,18	84,29	120,65	0	69,86
Itaguaí	0	0	0	0	0	0
Japeri	0	4444,44	101,21	290,42	0	176,99
Magé	0	1265,82	332,23	485,77	0	202,84
Mesquita	0	1111,11	80,32	149,81	0	80,71
Nilópolis	0	0	88,03	83,68	0	40,82
Nova Iguaçu	17,38	122,10	63,36	70,11	0	45,08
Queimados	174,52	0	102,88	100,10	0	114,46
Rio de Janeiro	32,07	203,02	58,85	80,21	29,50	48,30
São João de Meriti	0	881,06	27,49	77,62	0	38,84
Seropédica	0	0	238,66	211,42	0	94,79
Total	25,81	342,51	72,84	104,78	22,95	57,56

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

*Excluiu-se a categoria amarela e indígena pois não houve nenhum óbito no ano de 2002 nestes municípios.

Tabela 7 - Razão da Mortalidade Materna da região de saúde metropolitana I do Rio de Janeiro, por causas diretas, por raça/cor em 2014

Município	Branca	Preta	Parda	Negra	Ignorada	Total
Belford Roxo	64,10	219,78	59,22	83,67	0	78,38
Duque de Caxias	28,29	143,68	49,89	69,27	0	57,95
Itaguaí	0	0	0	0	0	0
Japeri	0	0	93,55	75,41	0	61,88
Magé	108,93	0	0	0	0	28,02
Mesquita	0	0	0	0	0	0
Nilópolis	0	0	88,65	71,74	0	47,42
Nova Iguaçu	35,86	70,47	51,35	54,30	0	49,42
Queimados	204,50	0	0	0	0	40,72
Rio de Janeiro	20,64	35,91	45,34	43,90	101,21	35,56
São João de Meriti	71,28	0	20,85	18,18	0	28,54
Seropédica	0	0	0	0	0	0
Total	27,64	58,77	43,00	45,50	68,12	39,75

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.

*Excluiu-se a categoria amarela e indígena pois não houve nenhum óbito no ano de 2014 nestes municípios.

Tabela 8 - Razão da Mortalidade Materna em Belford Roxo, Nova Iguaçu, estadual do RJ e nacional, por causas diretas, por raça/cor, série histórica 2002-2019

Ano	Territórios	Branca	Preta	Amarela	Parda	Negra	Indígena	Ignorada	Total
2000	BELFORD ROXO	38,3	0	0	158,3	148,6	0	732,6	104,7
	NOVA IGUAÇU	25,1	0	0	52,3	46,4	0	683,4	52,7
	ESTADUAL RJ	32,4	104,7	0	54,5	60,9	0	124,1	49,8
	NACIONAL	30,2	119,1	54,3	39,9	45,8	75,6	52,8	39,3
2001	BELFORD ROXO	36,9	1980,2	0	100,8	220,2	0	0	102,1
	NOVA IGUAÇU	14,9	116,0	0	120,3	119,7	0	0	65,5
	ESTADUAL RJ	33,4	257,4	0	58,5	82,7	0	48,2	54,1
	NACIONAL	28,5	171	20,8	39,5	48,3	118,9	45,6	38,8
2002	BELFORD ROXO	0	1351,4	0	97,6	182	0	0	73,2
	NOVA IGUAÇU	17,4	122,1	0	63,4	70,1	0	0	45,1
	ESTADUAL RJ	31,5	298,6	0	62,6	91,5	224,2	43,2	56,4
	NACIONAL	30,7	186,5	46,1	41,6	50,4	57,2	38,8	39,7
2003	BELFORD ROXO	26,8	1276,6	0	58	135,7	0	0	72,8
	NOVA IGUAÇU	118,8	651,9	0	54,7	111,5	0	0	109,4
	ESTADUAL RJ	35,5	241,5	0	52,9	75,8	0	35,4	52,5
	NACIONAL	27,8	175,1	54,2	41,5	48,6	54,7	40,6	38,1
2004	BELFORD ROXO	23,3	763,4	0	58,2	108,2	0	0	60,9
	NOVA IGUAÇU	18,8	0	0	102,8	92,8	0	724,6	75,9
	ESTADUAL RJ	34,5	206,3	0	39,4	59,4	0	154,2	48,7
	NACIONAL	30,2	209,7	35,3	40,4	48,7	56,3	32,7	38,5
2005	BELFORD ROXO	21,7	1060,1	0	44,3	157,4	0	0	68
	NOVA IGUAÇU	104	444,4	0	74	107,6	0	0	104,3
	ESTADUAL RJ	29,9	183	393,7	58,7	73,9	0	105,4	52
	NACIONAL	28,5	180,7	62,3	44	50,3	91,7	35,8	39,3
2006	BELFORD ROXO	65,7	0	0	247,8	229,8	0	47,3	140,4
	NOVA IGUAÇU	27,8	756,4	0	130,2	184,8	0	0	126,6
	ESTADUAL RJ	36,0	181,6	1197,6	54,4	68,6	0	67,2	53,6
	NACIONAL	29,3	213,6	108,7	41	47,7	104	44,8	39,6

2007	BELFORD ROXO	0	0	0	145,6	135,1	0	0	68,9
	NOVA IGUAÇU	91,6	463,7	0	29,3	66,9	0	0	70,3
	ESTADUAL RJ	30,2	362,8	689,7	51,2	87	0	12,1	57,6
	NACIONAL	28,7	269,5	56,5	42,8	50,9	121,4	41,3	40,7
2008	BELFORD ROXO	130,4	778,2	0	26	73,1	0	0	70,3
	NOVA IGUAÇU	64	335,6	0	56,7	78,5	0	0	69,5
	ESTADUAL RJ	34,1	211,8	0	47,1	64,5	0	34	49,1
	NACIONAL	29,6	233,8	53,4	43,5	49,9	67,9	46,1	40,8
2009	BELFORD ROXO	70,5	738	0	54,1	100,7	0	0	68,8
	NOVA IGUAÇU	70,6	304,9	0	98,3	115,7	0	0	95,6
	ESTADUAL RJ	30,1	202,1	0	56,2	71	0	10,8	49,4
	NACIONAL	28,5	258,2	34,5	42,2	49,2	125,9	64,3	41,1
2010	BELFORD ROXO	70,7	442,5	0	55,9	71,5	0	0	70,1
	NOVA IGUAÇU	36,4	196,9	0	37	46,4	0	0	43,1
	ESTADUAL RJ	33,5	330,1	227,3	47,5	72	0	25,3	53
	NACIONAL	29,2	250,3	73,9	41,9	48,3	94,4	49,4	40,1
2011	BELFORD ROXO	0	206,6	0	19,3	35,3	0	0	27,1
	NOVA IGUAÇU	0	570,8	0	25	78,9	0	0	58,6
	ESTADUAL RJ	25	151,3	0	39,7	55,6	885	54	42,6
	NACIONAL	27,4	91,6	24,4	37,3	41,3	127,5	60,1	36,7
2012	BELFORD ROXO	61,8	87	0	86	86,2	0	0	79,5
	NOVA IGUAÇU	34	124,2	0	101,5	105,8	0	0	86
	ESTADUAL RJ	35,6	89,1	0	47,6	56,1	0	0	47,1
	NACIONAL	29,5	73,6	18	35,5	39	73,7	41,7	35,7
2013	BELFORD ROXO	119,3	194	0	0	36,1	0	0	54,5
	NOVA IGUAÇU	69,8	70,6	0	28,6	35,6	0	0	43,5
	ESTADUAL RJ	29,1	112,6	0	38,7	52,8	0	103,7	44,2
	NACIONAL	31,8	78,4	25,9	40,2	43,7	99,9	39,6	39,5
2014	BELFORD ROXO	64,1	219,8	0	59,2	83,7	0	0	78,4
	NOVA IGUAÇU	35,9	70,5	0	51,4	54,3	0	0	49,4
	ESTADUAL RJ	31,6	65,3	0	37,1	41,9	0	51,2	38,1

2015	NACIONAL	31,5	82,8	17,2	38,7	42,6	73,9	33	38,4
	BELFORD ROXO	0	0	0	17,5	15,5	0	0	12,7
2016	NOVA IGUAÇU	40,3	0	0	34,7	30,2	0	0	31,9
	ESTADUAL RJ	46,3	94,2	0	27,4	38	0	0	39,7
	NACIONAL	34,5	68,5	9,2	37,5	40,1	126,8	31,3	38,3
	BELFORD ROXO	90,1	116,1	0	39,2	50,3	0	0	55,4
2017	NOVA IGUAÇU	93,3	72,7	0	0	10,5	0	0	25,3
	ESTADUAL RJ	30,1	75,1	206,2	39,2	45,4	0	0	39,7
	NACIONAL	33,5	83	28,7	39,1	43	77,4	28,8	39,3
	BELFORD ROXO	0	435	0	20,9	87,8	0	0	70,4
2018	NOVA IGUAÇU	178,3	150	0	0	19,9	0	0	48
	ESTADUAL RJ	58,6	112,9	0	31,6	45,8	0	0	49,3
	NACIONAL	36,9	79,3	58,5	38,4	42,1	85	22,1	40
	BELFORD ROXO	75	0	0	0	0	0	0	14,4
2019	NOVA IGUAÇU	85,5	256,1	0	61,2	92,5	0	0	90,3
	ESTADUAL RJ	33,3	68,2	0	36,5	42,4	0	31	39
	NACIONAL	32,3	68,7	38,6	37,9	40,8	83,9	27,7	37,8
	BELFORD ROXO	0	90,7	0	48,2	57,1	0	0	46,5
Total	NOVA IGUAÇU	89,3	189,4	0,0	65,9	87,2	0	0	87
	ESTADUAL RJ	34,5	87,6	170,6	39,3	49,1	0	0	43,8
	NACIONAL	31,4	68,1	7,9	35,6	38,8	64,5	34,7	36,3
	BELFORD ROXO	37,6	290,2	0	60,9	88	0	28,9	67,9
	NOVA IGUAÇU	53,9	206,2	0	56,9	75	0	82	68,6
	ESTADUAL RJ	33,9	144	71,8	45	59,6	50,5	51,9	48
	NACIONAL	30,3	116,1	38,4	39,8	45	88,5	41,5	38,9

Fonte: Elaborada pela autora com dados extraídos do Tabnet/DataSUS.