



# Saúde materna de mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas

Análise  
Julho de 2023



***Agradecimentos:***

Esta análise foi elaborada pelo Fundo de População das Nações Unidas. Os autores gostariam de reconhecer as valiosas contribuições de HERA, direito à saúde e ao desenvolvimento, a esta análise e agradecer calorosamente o apoio do grupo de referência, que incluiu National Birth Equity Collaborative, OPAS/OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Afrodescendentes e ONU Mulheres.

# Saúde materna de mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas

Análise



## Mensagens-chave

### Achados:

#### Um:

**Mulheres e meninas afrodescendentes** nas Américas são **desfavorecidas antes, durante e depois da gravidez.**

#### Dois:

**As mortes maternas de afrodescendentes**, em particular, são **assustadoramente altas**, tanto em termos absolutos como **quando comparadas às de mulheres não afrodescendentes e não indígenas na região.**

#### Três:

**O racismo estrutural<sup>a</sup> e o sexismo** são **evidentes** nas disparidades na saúde materna **entre níveis de renda e fronteiras** nacionais e regionais.

### Causas:

#### Um:

Há uma **escassez de dados de saúde qualificados e desagregados por raça e gênero** coletados e analisados. Como resultado, quaisquer resultados ruins de saúde materna, sexual e reprodutiva para mulheres e meninas afrodescendentes **permanecem invisíveis** em muitos países das Américas.

#### Dois:

**Políticas, planos e programas nacionais e locais ignoram as vulnerabilidades específicas relacionadas à saúde enfrentadas por pessoas afrodescendentes.**

#### Três:

A interseção de **racismo estrutural e sexismo** na prestação de serviços de saúde e na educação médica **dificulta o acesso e a prestação de cuidados de saúde materna, sexual e reprodutiva abrangentes e de qualidade** para mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas.

### Recomendação:

#### Geral:

Governos nacionais, organizações internacionais e prestadores de serviços de saúde na região **podem atender** às necessidades de saúde materna, sexual e reprodutiva de mulheres e meninas afrodescendentes enfrentando as **causas básicas do racismo estrutural, sexismo e discriminação.**

## Introdução

Não deixar ninguém para trás é a promessa central e transformadora da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Ela representa o compromisso inequívoco de todos os Estados membros das Nações Unidas para erradicar a pobreza em todas as suas formas, acabar com a discriminação e a exclusão e reduzir as desigualdades e vulnerabilidades que deixam pessoas para trás. Apesar desse compromisso, a discriminação, o racismo, o sexismo e a intolerância continuam a existir em todas as sociedades. Eles se manifestam, de forma dispar, nos resultados de saúde e desenvolvimento. No caso da saúde materna nas Américas, a situação tem se agravado desde 2016. Na América Latina e no Caribe, a razão de mortalidade materna (RMM)<sup>b</sup> aumentou 15% entre 2016 e 2020; na América do Norte, a RMM aumentou 17% no mesmo período. Os fatores determinantes identificados para esse aumento incluem o aumento das desigualdades e da exclusão social. Mulheres e meninas afrodescendentes foram particularmente afetadas.

Esta análise visa dar visibilidade às disparidades nos resultados de saúde materna enfrentadas por mulheres e meninas afrodescendentes. À medida que nos aproximamos do final da Década Internacional de Afrodescendentes (2015–2024), há uma urgência em agir para melhorar os resultados adversos em saúde materna de mulheres e meninas afrodescendentes.

## Afrodescendentes nas Américas

Em 2015, havia aproximadamente 209 milhões de afrodescendentes nas Américas<sup>20, 67</sup>, o que significa que cerca de um em cada quatro latino-americanos e caribenhos e um em cada sete americanos e canadenses se identificam como afrodescendentes ou negros. O termo afrodescendente refere-se aos “descendentes das vítimas africanas do comércio de escravizados pelo Atlântico e o mar Mediterrâneo. O grupo inclui os do comércio de escravizados subsaarianos”, conforme definido pelo Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Afrodescendentes. Nesta análise, usamos o termo afrodescendente para nos referirmos às populações negras e miscigenadas (negras e de outra raça) identificadas como afrodescendentes.

## Objetivo

Os legados do colonialismo europeu e do comércio transatlântico de escravizados, incluindo hierarquias racializadas institucionalizadas, combinados com crenças e práticas baseadas na percepção de inferioridade das mulheres, criam uma dupla restrição para mulheres e meninas afrodescendentes. Este documento analisa os dados nacionais de saúde disponíveis para explorar se e como a interseção de racismo e sexismo (racismo patriarcal) afeta o acesso e os resultados de saúde e direitos sexuais e reprodutivos (SRHR) e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas.

## Resumo

Esta análise traz informações sobre os resultados de SRHR e maternos de mulheres e meninas afrodescendentes em nove países<sup>c</sup> na região das Américas, observando cinco indicadores<sup>d</sup>. Os indicadores incluem mortalidade materna e várias outras medidas de SRHR e maternos para as quais os resultados negativos podem incluir a morte materna.

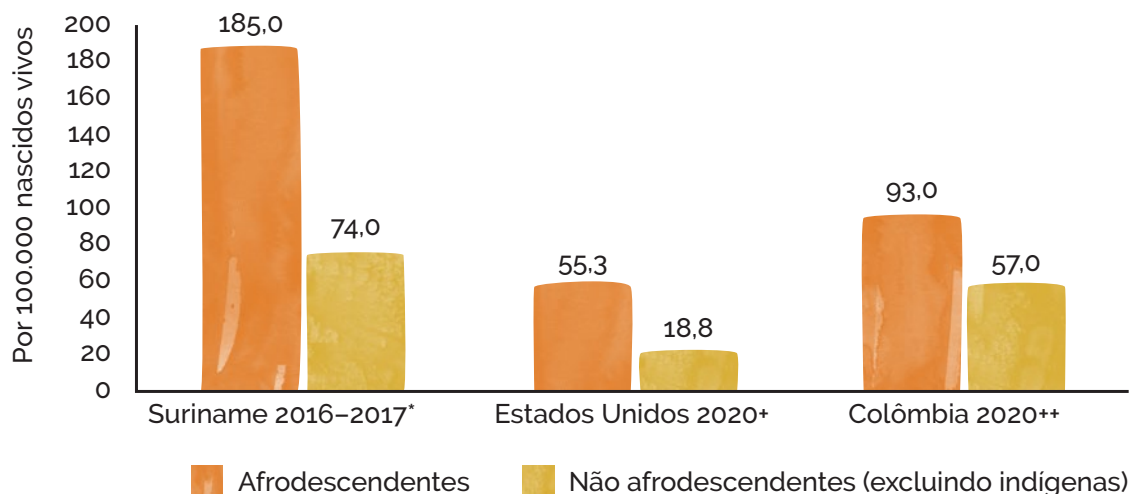
Comparamos os resultados de SRHR e maternos de mulheres e meninas afrodescendentes com os de mulheres e meninas não afrodescendentes, excluindo mulheres e meninas indígenas.

Constatamos profundas disparidades nos resultados de SRHR e maternos de mulheres e meninas afrodescendentes em quase todos os países estudados<sup>e</sup>. Os dados disponíveis sugerem que, para mulheres e meninas afrodescendentes, o racismo sistêmico e a discriminação de gênero são princípios organizadores fundamentais sobre os quais são construídas barreiras estruturais à obtenção do mais alto padrão atingível de SRHR e maternos.

Recomendamos a ampliação e melhoria da desagregação e análise de dados por raça e gênero; adoção plena de políticas, planos e programas de atenção à saúde primária centrados na equidade e nas pessoas, em parceria com a sociedade civil e mulheres negras líderes comunitárias, incluindo parteiras e curandeiras tradicionais nas Américas; uma abordagem interseccional da saúde materna que aborde o racismo e o sexismo, incluindo sua interseção com outros fatores como deficiência, localização e condição socioeconômica; eliminação de pressupostos racistas nos currículos de educação médica; e aumento da presença de equipes médicas de afrodescendentes para enfrentar o racismo estrutural e a discriminação nos cuidados de SRHR e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes.

## Mortes relacionadas à gravidez

Figura 1: Razão de mortalidade materna entre mulheres de 15 a 49 anos, por raça/etnia



\*Estatisticamente significativo ao nível de 5%

+Nos Estados Unidos, a amostra consiste em meninas e mulheres de 15 a 44 anos

\*\*Dados preliminares

Fonte: Para Suriname (Verschuere et. al, 2020), Estados Unidos (National Vital Statistics System, 2020), Colômbia (DANE, 2021)

A Figura 1 mostra as mortes relacionadas à gravidez de mulheres e meninas em três dos países (Suriname, Estados Unidos e Colômbia), pois esses (junto com o Brasil) são os únicos países no estudo que publicam dados de RMM desagregados por raça. A RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é muito superior à de mulheres e meninas não afrodescendentes nos três países, especialmente nos Estados Unidos, onde a RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é quase três vezes maior do que a de mulheres e meninas não afrodescendentes. No Suriname e na Colômbia, a RMM de mulheres e meninas afrodescendentes é 2,5 vezes maior e 1,6 vez maior, respectivamente, que a de mulheres e meninas não afrodescendentes. Todas as diferenças entre mulheres e meninas afrodescendentes e não afrodescendentes são estatisticamente significativas.

A literatura sobre mortes relacionadas à gravidez demonstra que, nas Américas, condições cardiovasculares (eclâmpsia, pré-eclâmpsia e cardiomiopatia) são as principais causas evitáveis de morte materna de mulheres e meninas, mas que para mulheres e meninas afrodescendentes esses resultados são até cinco vezes maiores que os de mulheres e meninas brancas. Explicações baseadas em determinantes sociais não conseguem englobar essas diferenças porque elas persistem apesar do nível socioeconômico e da educação. Nos Estados Unidos, por exemplo, a taxa de mortalidade relacionada à gravidez de mulheres afrodescendentes com ensino superior ou acima é 5,2 vezes maior que a de mulheres brancas com o mesmo nível educacional.



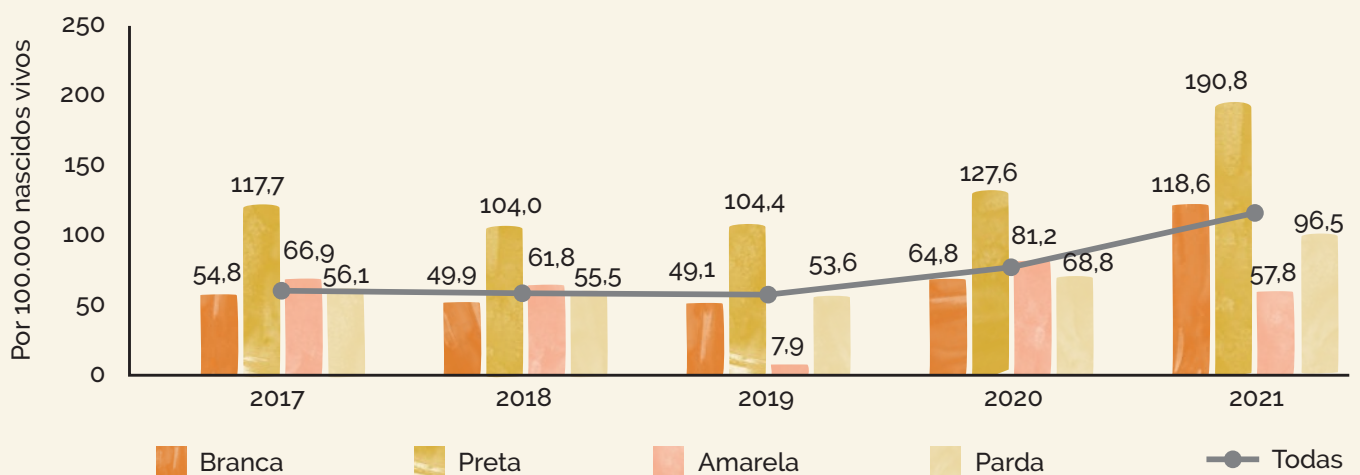
Mortes maternas nos Estados Unidos: **mulheres e meninas afroamericanas não hispânicas** têm **uma probabilidade três vezes maior de morrer** durante a gravidez ou até 42 dias após o parto do que mulheres brancas não hispânicas nos Estados Unidos.<sup>20</sup> As mortes maternas **persistem independentemente dos níveis de renda e educação**, com mortes maternas entre afroamericanas com curso superior ainda 1,6 vez superiores às de mulheres brancas com ensino médio incompleto<sup>54</sup>.



Estudos também destacam que o racismo e a discriminação por médicos aumentam a probabilidade de mulheres e meninas afrodescendentes sofrerem maus-tratos na maternidade. Foi constatado que maus-tratos obstétricos<sup>f</sup> aumentam a RMM e criam barreiras ao uso de serviços de saúde entre mulheres e meninas afrodescendentes e indígenas. Em um estudo realizado nos Estados Unidos, mulheres brancas relataram quase 15 pontos percentuais menos de experiências de maus-tratos do que todas as outras mulheres.

Ao mesmo tempo, deve-se observar também que, em termos absolutos, a experiência de mulheres e meninas afrodescendentes nos Estados Unidos é melhor que a de mulheres e meninas não afrodescendentes da Colômbia e do Suriname. As diferenças absolutas entre esses três países revelam possíveis desigualdades regionais significativas na alocação e disponibilidade de serviços de SRHR e maternos, incluindo o acesso a aborto seguro.

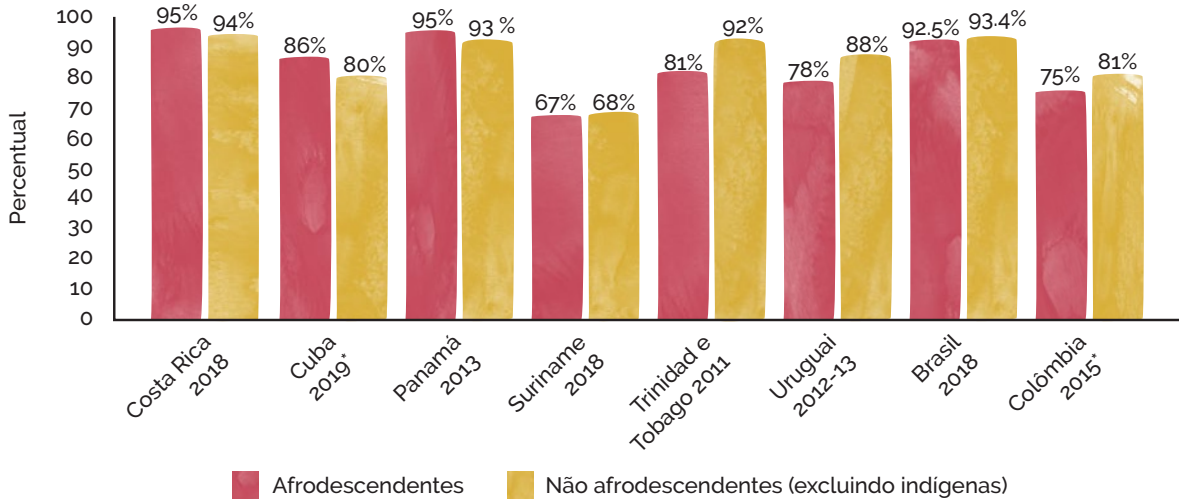
**Figura 2:** Razão de mortalidade materna desagregada por raça/etnia no Brasil (2017–2021)<sup>9</sup>



**Fonte:** Os dados sobre nascimentos foram retirados do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (2022a) e os dados sobre mortes maternas do Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde (2022b).

## Atenção pré-natal

**Figura 3:** Percentual de mulheres de 15 a 49 anos que compareceram a quatro ou mais consultas pré-natais, por raça/etnia<sup>h</sup>



\*Estatisticamente significativo ao nível de 5%

Observação: Os Estados Unidos não foram incluídos porque os dados não eram comparáveis. Os Estados Unidos relatam um índice de adequação do cuidado pré-natal

Fonte: Costa Rica (MICS, 2019), Cuba (MICS, 2019), Panamá (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018), Trinidad e Tobago (MICS, 2011), Uruguai (MICS, 2013), Brasil (PNS, 2018), Colômbia (DHS, 2015)

As consultas pré-natais possibilitam a detecção precoce de complicações relacionadas com a gravidez que podem afetar a mortalidade e a morbidade materna. As consultas também permitem que profissionais de saúde prestem apoio adicional para pessoas com alto risco de complicações no parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda um mínimo de oito consultas pré-natais de rotina, mas poucos países nas Américas relatam mais de quatro consultas.

No Brasil, Colômbia, Trinidad e Tobago e Uruguai, mulheres e meninas afrodescendentes relatam menor probabilidade de

comparecer a pelo menos quatro consultas pré-natais. Embora sejam observadas diferenças numéricas, apenas os resultados para a Colômbia são estatisticamente significativos.

Mulheres e meninas afrodescendentes com frequência enfrentam barreiras estruturais relacionadas à localização geográfica, acesso ao transporte, acesso a seguro médico e uma escassez de serviços de saúde culturalmente apropriados e aceitáveis. Experiências desproporcionais de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo também podem reduzir a probabilidade de receber atenção pré-natal suficiente.



***Você percebe que quando uma pessoa de pele mais clara entra no consultório, os profissionais de saúde demoram mais com ela.***

***Mas quando entra uma pessoa negra, eles [procuram] sair rapidamente.***

***Lá dentro, os profissionais de saúde não examinam completamente a pessoa [negra] [como fizeram com a pessoa de pele clara], entendeu?***

***É por isso que existe essa diferença.***



– Mulher negra (preta), Brasil<sup>16</sup>.



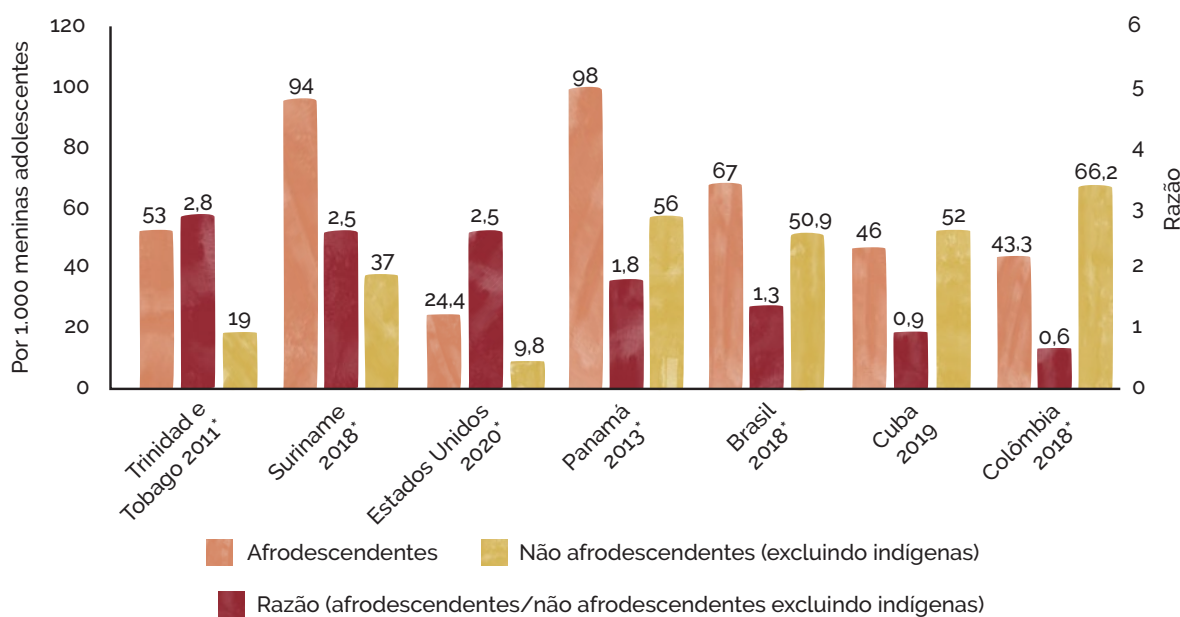
Mulheres e meninas afrodescendentes da Costa Rica, Cuba, Panamá e Suriname têm uma probabilidade ligeiramente maior do que mulheres e meninas não afrodescendentes de comparecer a quatro ou mais consultas pré-natais. Em Cuba, as diferenças positivas entre mulheres afrodescendentes e mulheres e meninas não afrodescendentes são estatisticamente significativas. Esses resultados separados podem refletir algumas diferenças regionais. Por exemplo, em vários países da América Central, incluindo o Panamá, mulheres afrodescendentes registram o maior índice de frequência em instituições de nível universitário, apesar do alto desemprego concomitante e da sobrerrepresentação entre trabalhadores manuais. A educação é um dos fatores ligados à elevada frequência no cuidado pré-natal.

Além disso, muitas comunidades afrodescendentes, principalmente rurais, da região são tradicionalmente atendidas por parteiras. Cuba também tem uma tradição de maternidades que operam principalmente em áreas rurais. As parteiras e as maternidades servem tanto para manter as tradições da comunidade quanto como alternativa aos maus-tratos sofridos por mulheres e meninas afrodescendentes em hospitais e clínicas. Muitos países da região, embora não todos, incluem cuidados de obstetria como parte de seus relatórios de atenção pré-natal.

Por fim, deve-se notar que esses dados não refletem a qualidade das consultas pré-natais. Esse desafio paralelo pode explicar por que poucas mulheres grávidas procuram as oito consultas recomendadas, quando disponíveis.

## Nascimentos entre mães adolescentes

Figura 4: Taxa de natalidade na adolescência (15 a 19 anos), por raça/etnia<sup>1</sup>



\*Estatisticamente significativo ao nível de 5%

Fonte: Costa Rica (MICS, 2019), Panamá (MICS, 2019), Suriname (MICS, 2018), Trinidad e Tobago (MICS, 2011), Brasil (Censo Nacional, 2010), Estados Unidos (National Vital Statistics System, 2020), Colômbia (Censo Nacional, 2018).

Gravidez e parto são as principais causas de mortalidade de meninas e adolescentes de 15 a 19 anos. Adolescentes em idade reprodutiva também correm alto risco de complicações no parto, e seus bebês têm maior probabilidade de baixo peso ao nascer, parto prematuro e outros problemas. Adolescentes que dão à luz também são mais propensas a problemas de saúde física e mental no futuro, violência por parte do parceiro íntimo e desemprego.

Apesar dos avanços obtidos nas últimas duas décadas na redução da gravidez na adolescência entre meninas e adolescentes de 15 a 19 anos na América Latina e no Caribe, a região ainda tem o segundo maior índice de gravidez na adolescência do mundo (60,7 nascimentos por 1.000 para meninas e adolescentes de 15 a 19 anos entre 2015 e 2020). As Américas também registraram o declínio mais lento na fertilidade adolescente entre as regiões do mundo.

Meninas afrodescendentes apresentam os índices de gravidez mais altos da região, ao lado de adolescentes com menor escolaridade, dos quintis de riqueza mais baixos e de meninas indígenas. A Figura 4 mostra que as desigualdades raciais/étnicas são mais profundas no Panamá, Suriname e Trinidad e Tobago, enquanto em Cuba e na Colômbia meninas afrodescendentes têm menos incidência de gravidez na adolescência do que suas pares. As diferenças relatadas são significativas para todos os países, exceto Cuba.

Os fatores que influenciam a gravidez na adolescência e a paternidade/maternidade incluem alto desemprego e baixo nível

educacional entre adolescentes nas Américas. A discriminação racial e de gênero na empregabilidade e o isolamento geográfico tornam esse problema mais agudo para jovens afrodescendentes. Vários estudos mostraram que o treinamento profissional e um apoio tangível para a continuidade dos estudos reduziram os índices de gravidez na adolescência em vários países latino-americanos, principalmente entre meninas e mulheres jovens que ainda não são mães. A mídia, como programas de TV que exploram a realidade da gravidez precoce, também mostrou reduzir a gravidez entre adolescentes nos Estados Unidos em todas as raças e etnias.



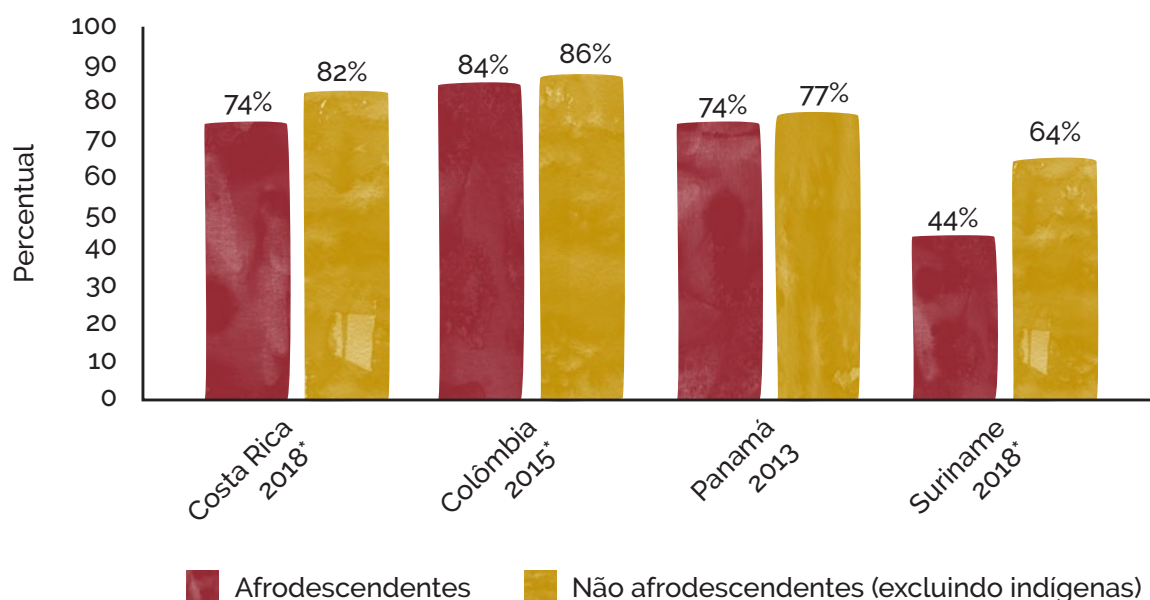
No Panamá, o Grupo de Trabalho das Nações Unidas sobre Afrodescendentes expressou preocupação com o fato de que **muitas meninas abandonaram a escola como resultado de gravidez precoce**. Esse problema afetava principalmente meninas indígenas e afropanamenhas. Embora uma **disposição legal** no Panamá **estipule que meninas devam continuar estudando** durante e após a gravidez, o Grupo de Trabalho apontou que **não havia nenhum mecanismo eficaz em vigor para garantir o cumprimento da Lei**.<sup>65</sup>



Fonte: ©UNFPA/Tuane Fernandes

## Planejamento familiar

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



\*Estatisticamente significativo ao nível de 5%

**Fonte:** Costa Rica (MICS, 2018), Colômbia (DHS, 2015), Panamá (MICS, 2013), Suriname (MICS, 2018).

As medidas de necessidades não atendidas de planejamento familiar<sup>1</sup> refletem se e como os sistemas de saúde estão cumprindo os direitos humanos e apoiando a capacidade das mulheres de exercer sua escolha por adiar ou limitar os nascimentos. Mulheres que relatam uma necessidade de planejamento familiar não atendida enfrentam a possibilidade de partos indesejados ou inoportunos que podem levar a abortos inseguros, que por sua vez contribuem para a mortalidade e morbidade materna.

A Figura 5 mostra que mulheres e meninas afrodescendentes casadas ou em união estável têm menos probabilidade de relatar se suas necessidades de planejamento familiar foram atendidas. De modo geral, mulheres com renda mais baixa e níveis mais baixos de educação formal não têm acesso a serviços

de planejamento familiar. Mulheres afrodescendentes, que são sobrerrepresentadas entre as pessoas em situação de pobreza, parecem corresponder a essa generalidade, demonstrando menos necessidades atendidas em todos os países estudados. Apenas os resultados do Panamá não foram estatisticamente significativos. O alto custo de atenção à saúde na região também pode afetar o acesso a métodos modernos de contracepção.

Dado que as taxas de casamento formal são geralmente baixas em alguns países das Américas e que famílias chefiadas por uma única pessoa são comuns, incluir apenas mulheres casadas ou em união estável exclui muitas mulheres. Nos países onde as informações estão disponíveis (por exemplo, Suriname e Trinidad e Tobago), há um relatório paralelo de altas necessidades não atendidas entre mulheres solteiras.



## Assistência qualificada ao parto

A grande maioria dos partos nas Américas é assistida por profissionais de saúde qualificados<sup>k</sup>, um indicador da disponibilidade de serviços de saúde para mulheres e uma conquista significativa para a região. Mulheres e meninas afrodescendentes não parecem estar em desvantagem exclusiva nesse indicador. No entanto, uma consideração mais aprofundada da qualidade dos cuidados obstétricos deve ser considerada como um fator nos resultados de SRHR e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes, pois elas são mais propensas a sofrer maus-tratos obstétricos e carecem de recursos adequados para cuidados pós-natais, uma ocorrência correlacionada com o aumento da mortalidade e morbidade materna.



O grau de **insatisfação com a qualidade dos serviços de saúde no Brasil é 5,3% maior entre mulheres afrodescendentes** do que entre mulheres brancas<sup>47</sup>.

## Racismo sistêmico e sexismo como determinantes estruturais de mortalidade materna, saúde materna e saúde sexual e reprodutiva

Conforme demonstrado em dados de nove países das Américas, mulheres e meninas afrodescendentes apresentam resultados piores do que mulheres e meninas não afrodescendentes em três dos cinco indicadores de mortalidade materna e SRHR e maternos: RMM, taxa de natalidade na adolescência e planejamento familiar. Os resultados para atenção pré-natal foram mistos, com resultados muito piores para mulheres e meninas afrodescendentes do que para mulheres e meninas não afrodescendentes em metade dos países estudados, e resultados ligeiramente melhores do que para mulheres e meninas não afrodescendentes na outra metade. Os resultados para cesáreas e profissionais obstétricos qualificados para todas as mulheres e meninas ficaram igualmente acima e abaixo dos padrões da OMS, respectivamente.

### Por que mulheres e meninas afrodescendentes estão em desvantagem?

A literatura sobre a saúde da mulher afrodescendente nas Américas faz inúmeras referências ao modelo de determinantes

sociais da saúde (DSS)<sup>l</sup> como a principal causa de desigualdades na saúde. No entanto, o modelo DSS não explica a maior parte das desigualdades em mortalidade materna e em SRHR e maternos relatadas nesta análise, porque elas ocorrem em todos os níveis de escolaridade, renda e localização.

Os estudos que atribuem as desigualdades em saúde apenas a DSS também costumam deixar para o leitor não treinado a resposta para a questão de por que as mulheres afrodescendentes estão, por exemplo, sobrerrepresentadas entre as pessoas em situação de pobreza e, portanto, têm uma saúde pior. Explicações regressivas comuns apresentadas por leitores profissionais e leigos incluem falta de conhecimento (no que se refere à capacidade de comportamentos de busca de saúde ou de adotar a medicação prescrita); práticas culturais imperfeitas (por exemplo, estereotipar práticas e culturas de saúde tradicionais negras ou africanas como "atrasadas"); ou mesmo deficiências biológicas (observar o corpo das mulheres negras como extraordinário, doente ou negativo). Esta análise combate a circulação de opiniões desinformadas, racistas e racializadas com a apresentação de dados empíricos sobre as prováveis causas dessas desigualdades na saúde.



Existem **conexões profundas entre** os avanços no campo da **ginecologia e o racismo, como técnicas cirúrgicas** para realizar cesáreas e reparar fistulas obstétricas que foram **inventadas por meio de experimentação em mulheres africanas escravizadas** que, pensava-se, não "sentiam dor da mesma forma que as brancas". Essa ciência racializada ainda é observada na educação médica, com estudantes de medicina e médicos ainda relatando a crença de que "as terminações nervosas de pessoas negras são menos sensíveis do que as terminações nervosas de pessoas brancas".<sup>5</sup>



O viés na educação médica também significa que os **livros didáticos só descrevem partos modelados em** uma morfologia pélvica específica comum a **mulheres europeias**, mas altamente variável entre etnias não brancas, tornando outras apresentações pélvicas anormais ou de alto risco. **Como resultado**, as evidências mostram que **a dor autorrelatada entre novas mães afrodescendentes é minimizada ou negligenciada** por profissionais de saúde, e mulheres afrodescendentes sofrem maior mortalidade materna<sup>40, 65</sup>.

A persistência das desvantagens enfrentadas por mulheres e meninas afrodescendentes se deve em grande parte às consequências específicas das crenças racistas de gênero mantidas pelos tomadores de decisão sobre mulheres e meninas afrodescendentes. Essas crenças estigmatizam com base tanto na raça como no gênero, vinculando ambos a um conjunto proscrito de características indesejáveis. Por exemplo, mulheres e meninas afrodescendentes recebem o estereótipo hiperssexualizado. Como resultado, a idade e a maturidade física e sexual das meninas negras são superestimadas (adultização), levando os adultos a puni-las com mais severidade (suspensão escolar, prisões e encarceramento<sup>39</sup>) e a proporcionar-lhes menos empatia, cuidado e proteção contra vitimização sexual do que a meninas brancas.

Embora haja algum debate sobre se racismo, sexismo e outras ideologias de exclusão são determinantes sociais ou estruturais de saúde (ou ambos simultaneamente), neste documento, o racismo patriarcal é considerado estrutural e sistêmico, servindo de base para as políticas nacionais, práticas institucionais e crenças dos tomadores de decisão que definem o bem-estar de mulheres e meninas afrodescendentes. O modelo de determinantes estruturais das desigualdades em saúde (DEDS)<sup>m</sup> explica melhor como o racismo patriarcal afeta a mortalidade materna e SRHR e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes.

As recomendações a seguir concentram-se particularmente nos DEDS relacionados a políticas públicas e valores culturais e sociais para explicar as desigualdades observadas nesses indicadores de SRHR e maternos.

### Coleta de dados

Desde a Conferência Mundial das Nações Unidas contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Intolerâncias Correlatas de 2001 e a estabelecida Declaração e Plano de Ação de Durban, bem como a adoção da Declaração e Plataforma de Ação de Pequim (1995), políticas e legislações em vários países das Américas incluíram disposições contra a discriminação e determinaram a inclusão de variáveis étnico-raciais e de gênero em censos e pesquisas nacionais para monitorar desigualdades por raça. Apesar desses avanços, uma lacuna persistente na disponibilidade e qualidade de dados do setor de saúde desagregados por raça e gênero que continua sendo um desafio na região, na medida em que alguns países com métodos robustos de análise de coleta de dados não relatam dados de saúde por raça e gênero.

A maioria dos países das Américas aprovou o Plano de Ação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para o Fortalecimento dos Sistemas de Informação em Saúde 2019–2023. O plano visa apoiar os Estados membros no fortalecimento dos sistemas de informação em saúde, garantindo que incluam também dados de saúde de populações vulneráveis.

Este último exigirá um aumento na quantidade e qualidade dos dados desagregados disponíveis para análise. Um relatório de 2022 sobre o progresso regional do Plano de Ação constatou que 10 países nas Américas relatam a coleta de dados desagregados por idade, sexo e etnia em nível nacional e subnacional, e outros cinco países esperam fazê-lo até 2023.

No entanto, mesmo quando os países melhoram sua coleta de dados desagregados, são necessários esforços adicionais para apoiar os países a analisar e relatar dados administrativos por raça/etnia de forma regular e sistemática. Esforços para melhorar a qualidade da coleta de dados subnacionais e administrativos são importantes, porque há erros sistemáticos na atribuição racial nos dados de mortalidade que podem, por exemplo, subestimar a mortalidade materna em certas populações. Há indícios de que no Brasil<sup>30</sup> e nos Estados Unidos<sup>2</sup> médicos legistas, com frequência, cometem erros de atribuição racial porque muitas vezes as informações não podem ser compartilhadas entre as plataformas de dados (por exemplo, quando as informações da certidão de óbito não podem ser cruzadas com uma carteira de motorista onde a falecida autoidentificou sua raça, prevalece o discernimento do médico legista).



Noventa por cento dos planos de saúde priorizam a conquista da equidade na saúde, mas **apenas um terço dos 32 planos de saúde** pesquisados para um estudo da Organização Pan-Americana da Saúde em 2019 **identificou afrodescendentes como uma população que vivencia barreiras à saúde**<sup>44</sup>.



# Por que mulheres e meninas afrodescendentes têm resultados piores de saúde materna?

## I. Atitudes e comportamentos discriminatórios entre prestadores de serviços de saúde<sup>46</sup>

### Maus-tratos obstétricos por profissionais de saúde

#### + Praticar abuso verbal ou físico contra uma pessoa grávida<sup>60</sup>

↳ Aumento de lesão materna; aumento de lesões no parto; redução da probabilidade de procurar cuidados pós-parto; uso reduzido de todos os serviços de saúde, não apenas os ginecológicos

#### + Desconsiderar crenças tradicionais<sup>60</sup>

↳ Menor aceitabilidade cultural dos serviços de saúde; uso reduzido de todos os serviços de saúde, não apenas os ginecológicos

#### + Recusar mulheres negras grávidas no primeiro hospital que visitam<sup>10</sup>

↳ Aumento de complicações obstétricas; uso reduzido de todos os serviços de saúde, não apenas os ginecológicos

#### + Prestar cuidados de pré-natal, parto e ao recém-nascido menos apropriados e oportunos para mulheres e meninas afrodescendentes<sup>10</sup>

↳ Aumento de lesões e mortes maternas; redução do uso de serviços de saúde; aumento de complicações no parto

#### + Negar anestesia a mulheres afrodescendentes em trabalho de parto devido a crenças sobre afrodescendentes e sua capacidade de sentir dor<sup>10</sup>

↳ Aumento de lesão materna; aumento de lesões no parto; redução da probabilidade de procurar cuidados pós-parto; uso reduzido de todos os serviços de saúde, não apenas os ginecológicos; aumento na taxa de cesarianas

## II. Educação médica com viés racial

### Conteúdo curricular errôneo

#### + Incapacidade de afrodescendentes sentirem dor<sup>59</sup> Afrodescendentes têm pele mais grossa/terminações nervosas menos sensíveis do que os brancos, portanto menos sensação de dor

↳ Aumento de lesão materna; aumento de lesões no parto; redução da probabilidade de procurar cuidados pós-parto

#### + O sangue de afrodescendentes coagula mais rápido do que o de brancos

↳ Aumento das hemorragias pós-parto (intervenção mais lenta para conter hemorragia); aumento da mortalidade materna

#### + Afrodescendentes têm maior propensão a vício em drogas do que brancos

↳ Negação de serviço; sem tratamento para dor

### Omissões curriculares

#### + Variações normais na forma da abertura pélvica para adaptações ao nascimento e parto<sup>5</sup>

↳ Tratamento do corpo de mulheres e meninas afrodescendentes como problemático; aumento do risco de intervenção obstétrica durante o parto; maus resultados maternos

## III. Política de saúde

#### + As políticas de saúde na região raramente incluem afrodescendentes entre os grupos que enfrentam barreiras à saúde<sup>44</sup>

↳ Menor incentivo para coletar dados melhores sobre afrodescendentes

#### + As políticas de saúde materna raramente incluem indicadores de diferença racial nos resultados

↳ Ausência de intervenções para mulheres e meninas afrodescendentes e indígenas; falta de iniciativas para abordar a gravidez na adolescência entre meninas afrodescendentes e indígenas



## **Políticas, planos e programas**

As políticas relacionadas à saúde nas Américas também negligenciam a importância da raça e do gênero como indicadores de vulnerabilidade que podem ser melhorados por meio de políticas, planos e programas direcionados. Essa negligência se deve, em parte, à falta de dados desagregados que fundamentem as orientações de políticas, mas também se observa uma relutância em desenvolver planos e programas para atender às necessidades específicas de afrodescendentes.

Um estudo de 2019 da OPAS sobre planos nacionais de saúde constatou que 34% dos 32 países haviam incorporado ou recorrido à execução de estratégias para enfrentar a discriminação no setor da saúde. Vários dos planos de saúde desses países também nomearam populações específicas que enfrentam obstáculos à equidade em saúde. Apenas 30% desses 32 países identificaram pessoas afrodescendentes entre as populações vulneráveis.

Embora o setor de saúde esteja mais envolvido na melhoria da mortalidade materna e de SRHR de mulheres e meninas afrodescendentes, setores relacionados à saúde, como educação e trabalho, também têm incidência, particularmente no que se refere à gravidez na adolescência. Atualmente, há poucos dados sobre até que ponto setores não diretamente ligados à saúde integram objetivos de saúde às suas políticas. Dadas as conclusões de estudos econômicos sobre o impacto dos programas de qualificação profissional na redução da pobreza e da gravidez na faixa etária de 15 a 19 anos, deve-se envidar esforços no sentido de melhorar a comunicação entre os ministérios da Educação, do Trabalho e da Saúde para contemplar a questão de SRHR e maternos de meninas e mulheres jovens afrodescendentes.

Os modelos de cobertura universal de saúde e cuidados primários de saúde<sup>n</sup> demonstraram aumentar o acesso à assistência médica e melhorar os resultados de saúde. Países que começam a implementar reformas com foco na atenção primária à saúde de acordo com as recomendações da Comissão de Alto Nível da OPAS: 40 anos de Alma-Ata para implementar serviços de saúde que incorporem essas características prioritárias melhorarão a qualidade da atenção à saúde para todos, incluindo mulheres e meninas em situação de vulnerabilidade.

## **Educação médica e procedimentos hospitalares**

Qualquer história da medicina ocidental seria incompleta sem mencionar como meninas e mulheres afrodescendentes foram usadas como corpos para desenvolver e testar intervenções obstétricas sem o seu consentimento<sup>58</sup>. Muitas das ideias sobre negras/mulheres de ascendência africana defendidas no passado continuam a ser ensinadas na educação médica. E essas ideias são reforçadas por meio das ações dos profissionais de saúde. Alguns estudos demonstram que de 50% a 60% dos profissionais de saúde têm crenças racistas sobre a biologia de pessoas negras<sup>23</sup>.

As crenças comumente mantidas e ações correspondentes entre profissionais médicos incluem a crença de que pessoas negras são mais propensas a abusar e se viciar em drogas e têm pele mais grossa (terminações nervosas menos sensíveis) do que pessoas brancas, e, como resultado, as pessoas negras recebem menos tratamento para dor do que as brancas<sup>23</sup>; a crença de que o sangue de pessoas negras coagula mais rapidamente do que os outros, atrasando intervenções para hemorragia<sup>59</sup>; e a crença de que mulheres negras são excessivamente promíscuas e férteis<sup>61</sup>, levando à esterilização desproporcional e não consentida de mulheres afrodescendentes<sup>1</sup>.

Os resultados dessas crenças são observados até mesmo em tratamentos de saúde e resultados além de SRHR e maternos. Um estudo de cardiologistas que usou vinhetas de vídeo roteirizadas para controlar o histórico médico e a personalidade dos pacientes descobriu que "a raça e o sexo do paciente afetaram as decisões dos médicos sobre encaminhar pacientes com dor no peito para cateterismo cardíaco (...). Os achados [negativos] para mulheres negras são os mais impressionantes".<sup>61</sup>

Muitos estudos mostraram que a equivalência de raça e gênero entre pacientes e médicos pode ter um impacto profundo na melhoria da satisfação do paciente e nos resultados de saúde. Nos Estados Unidos, afrodescendentes representam 13,6% da população. Em 2021, representavam 11,5% de profissionais de enfermagem registrados e 11% de estudantes de medicina no primeiro ano (um salto de 21% em relação a 2019). Os dados sobre a raça dos profissionais de saúde no resto da região das Américas não estão prontamente disponíveis, mas há indicações de que no Brasil, por exemplo, menos de 20% dos médicos são afrodescendentes, apesar de representarem 56% da população.

Aumentar o número de graduados afrodescendentes em faculdades de medicina e ciências da saúde indubitavelmente contribuirá para melhorias no bem-estar dos afrodescendentes na região<sup>35</sup>.



## Uma chamada à ação

As autoridades de saúde devem ver a mortalidade materna entre mulheres e meninas afrodescendentes nas Américas como uma crise que precisa de solução imediata. Fazemos as seguintes recomendações para reduzir a mortalidade materna e assegurar o mais alto padrão possível de saúde materna para meninas e mulheres afrodescendentes nas Américas a curto e médio prazo. A equidade está no cerne de cada uma dessas recomendações e, como tal, elas abordam algumas das causas estruturais dos resultados de SRHR e maternos apresentados nesta análise.

### Governos e organizações internacionais



**1. Aumentar a disponibilidade e a qualidade dos dados estatísticos oficiais desagregados sobre MSRH.**

Qualquer política, plano ou programa para melhorar a mortalidade materna e os resultados de SRHR e maternos de mulheres e meninas afrodescendentes deve se basear na análise de dados robustos desagregados por raça e gênero. Apesar de avanços importantes na região no sentido de incluir etnia, raça e cor da pele como variáveis em pesquisas domiciliares e dados censitários e para melhorar a qualidade dos sistemas de informação de saúde, ainda há muitos países que não coletam dados de saúde desagregados ou que coletam os dados, mas não analisam os resultados por raça e gênero, principalmente na área da saúde.

De fato, dos 15 países considerados para análise nesta análise, Canadá, República Dominicana e Venezuela foram rejeitados por falta de dados desagregados por raça. Da mesma forma, a Jamaica foi rejeitada porque a variável etnia/raça foi coletada, mas não pôde ser encontrada nos dados brutos. E Equador e Peru foram eliminados da análise porque a formulação de seus indicadores de SRHR e maternos era incompatível (não comparável) com a da maioria dos países do estudo.

A desagregação de dados de raça e gênero também é importante para direcionar políticas em setores adjacentes à saúde, como educação e trabalho.



**2. Adotar uma abordagem de ciclo de vida para coleta de dados, formulação de políticas públicas e criação de programas.**

Ao elaborar políticas e programas para SRHR e maternos, a idade é uma variável importante para compreender os riscos e definir intervenções. Os adolescentes são um público importante,

para o qual é fundamental uma política específica de treinamento profissional e iniciativas para reduzir o abandono e melhorar a mortalidade materna e os resultados de SRHR e maternos. As políticas destinadas a contemplar questões de SRHR e maternos devem levar em consideração as necessidades específicas de meninas e meninos adolescentes. Além disso, embora os SRHR e maternos de adolescentes sejam uma prioridade, as desigualdades na mortalidade materna aumentam exponencialmente com a idade, principalmente para mulheres afrodescendentes. As políticas, planos e programas que buscam melhorar os resultados maternos também devem coletar dados e propiciar intervenções para mulheres em idade materna avançada.



**3. Instigar a participação de mulheres e meninas afrodescendentes na formulação de políticas de saúde materna e nas disposições de responsabilização.**

A participação é um princípio central da equidade em saúde e do direito à saúde. Qualquer política de saúde destinada a melhorar os resultados maternos de mulheres e meninas afrodescendentes deve enfatizar a inclusão delas em seu desenho, nos processos decisórios e na responsabilização do governo pelos resultados.



**4. Fortalecer o sistema de saúde nas Américas como um todo, adotando um modelo de cuidado universal com foco na atenção primária à saúde.**

Uma boa prestação de serviços baseada em direitos deve ser abrangente, acessível, aceitável, eficiente e centrada na pessoa, oferecendo ao mesmo tempo cobertura adequada, continuidade e qualidade de atendimento, incentivando a coordenação e tendo mecanismos de responsabilização vigentes. Embora muitos países da América Latina e do Caribe estejam avançando na melhoria da atenção primária à saúde e da cobertura universal de saúde, os Estados Unidos ainda precisam priorizar a cobertura universal.

Além disso, é importante apoiar cuidados de saúde materna culturalmente apropriados. De acordo com o Relator Especial sobre o direito de todos ao mais alto padrão alcançável de saúde física e mental, a saúde aceitável exige um foco urgente em garantir o fim da demonização e depreciação da saúde indígena e tradicional. Em vez disso, deve-se promover uma abordagem inclusiva, respeitosa e que busque compreender e apoiar sua integração à atenção primária à saúde, bem como o reconhecimento de sua importância<sup>68</sup>.



**5. Garantir que a saúde e políticas, planos e programas relacionados à saúde abordem os DEDS e não apenas os DSS.**

Os países têm a obrigação de trabalhar com instituições de saúde para definir padrões de atendimento e educação médica que apoiem o Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3, assegurando uma vida saudável e promovendo o bem-estar para todos em todas as idades. Políticas que agrupam afrodescendentes e povos indígenas com outros grupos marginalizados podem não contemplar as barreiras específicas enfrentadas por mulheres não brancas, muitas das quais são impostas pelo próprio sistema médico e pela educação médica com viés racial<sup>43</sup>.

Políticas de saúde ou relacionadas à saúde que beneficiam diretamente mulheres e meninas afrodescendentes devem contemplar as raízes estruturais das desigualdades. Uma política centrada nos DSS pode ampliar o alcance da educação em saúde ou autorizar transferências de renda para populações que vivem na pobreza, enquanto uma política centrada nos DEDS teria um caráter antirracista. Por exemplo, um plano de saúde focado em DEDS pode atribuir fundos a "instituições de saúde, consultórios médicos e centros médicos acadêmicos para reconhecer, contemplar e mitigar os efeitos do racismo em pacientes, profissionais de saúde, graduados em medicina internacional

e populações"<sup>44</sup>. Ambos os tipos de políticas e planos (DSS e DEDS) são importantes para abordar resultados ruins de SRHR e maternos para mulheres e meninas afrodescendentes.

Para alcançar esse objetivo, os países precisarão melhorar a comunicação entre os ministérios da Saúde, da Educação e do Trabalho (para começar) e facilitar a criação de mecanismos de cofinanciamento para apoiar programas no intuito de estudar, reduzir e, por fim, eliminar os impactos negativos do racismo patriarcal.



**6. Investir no aumento da representação de afrodescendentes entre profissionais de saúde e de mulheres afrodescendentes entre profissionais médicos.**

Os governos e o setor da saúde devem criar caminhos educacionais para que afrodescendentes recebam treinamento de nível superior em pesquisa e cuidados de saúde por meio do fornecimento direcionado de bolsas de estudo de graduação e pós-graduação e empréstimos a juros baixos. As unidades de saúde também podem abrir oportunidades específicas de residência para graduados em medicina de grupos sub-representados. Os êxitos anteriores na formação de profissionais médicos em programas apoiados pela OPAS/OMS devem ser replicados com vistas à equidade racial e de gênero.



Fonte: ©UNFPA/Tuane Fernandes

## Sistemas de saúde e educação médica



**7. Melhorar a coleta de dados desagregados por raça/etnia e gênero no nível administrativo para complementar as estatísticas oficiais.**

Os bancos de dados administrativos locais devem, na medida do possível, ser compatíveis com as ferramentas nacionais de coleta de dados e ter qualidade uniforme entre centros de saúde. Quando os dados administrativos incluem desagregação por raça/etnia e gênero, eles justificam a coleta de dados mais precisos sobre desigualdades em saúde nacionalmente. Estudos preliminares de equidade em saúde em políticas subnacionais sugerem que os governos locais podem ser melhores do que os nacionais para desenvolver políticas e planos e implementar programas que coletam e são elaborados como resultado da análise de dados de saúde desagregados<sup>44</sup>. Esta é uma área que merece atenção em futuras pesquisas.



**8. Investir em intervenções e estabelecer políticas para conter abuso, desrespeito e maus-tratos obstétricos.**

De acordo com a OMS, o "tratamento desrespeitoso e abusivo durante o parto em unidades de saúde inclui abuso físico direto, humilhação profunda e violência verbal, procedimentos médicos coercivos ou não consentidos (incluindo esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento plenamente informado, recusa em administrar medicação para dor, violações flagrantes da privacidade, recusa de admissão em unidades de saúde, negligência de mulheres durante o parto, causando complicações evitáveis com risco de vida, e detenção de mulheres e recém-nascidos em unidades de saúde

após o parto devido a incapacidade de pagamento"<sup>84</sup>. As intervenções para erradicar maus-tratos devem definir os comportamentos e atitudes a serem eliminados e estabelecer políticas institucionais acompanhadas de sanções aplicáveis.



**9. Abordar racismo e ideologias racistas nos currículos de treinamento em ciências da saúde, não apenas no contexto do curso de competência cultural.**

A reforma curricular da educação médica deve contemplar não apenas as crenças errôneas e os preconceitos sobre grupos marginalizados que futuros profissionais de saúde trazem para sua formação, mas também pesquisar e eliminar os vieses criados e reforçados pela própria formação. As informações sobre quaisquer diferenças nos resultados ou sobre a incidência de doenças por raça devem ser acompanhadas de explicações sobre a natureza não biológica da raça e o papel do racismo como indicador de resultados ruins de saúde. Essas adições contribuirão para reduzir a propensão à naturalização e aceitação de desigualdades raciais no acesso e nos resultados de saúde.





## Notas finais

- a. O racismo estrutural descreve como nossos sistemas são estruturados para produzir desigualdades raciais entre pessoas brancas e minorias raciais e étnicas, levando a disparidades raciais na saúde.
- b. Razão de mortalidade materna é o número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos.
- c. Os países são Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Panamá, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos e Uruguai. Os países foram selecionados com base na proporção de mulheres afrodescendentes em sua população, na disponibilidade de dados de pesquisas nacionais relativamente recentes (a partir de 2010), na disponibilidade de dados desagregados por etnia, raça ou cor da pele e na comparabilidade dos indicadores. Dois testes de amostras foram realizados para comparar os resultados entre mulheres e meninas afrodescendentes e não afrodescendentes para cada indicador.
- d. Razão de mortalidade materna; cobertura pré-natal (percentual) de pelo menos quatro consultas; taxa de maternidade na adolescência (15 a 19 anos), necessidades contraceptivas atendidas (15 a 49 anos); nascimentos por cesariana (percentual) e partos assistidos por profissionais obstétricos qualificados (percentual).
- e. Os resultados aqui relatados corroboram as conclusões de vários relatórios sobre a saúde de afrodescendentes publicados recentemente pela OPAS, pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe e pela revista *Lancet Regional Health*.
- f. Maus-tratos obstétricos são um padrão de comportamento exibido pela equipe médica em relação a gestantes e parturientes em sete dimensões: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma e discriminação, descumprimento dos padrões profissionais de atendimento, relacionamento ruim entre mulheres e profissionais de saúde e más condições e restrições apresentadas pelo sistema de saúde.
- g. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) coleta dados sobre a cor ou raça da população brasileira com base na autoidentificação a partir das seguintes variáveis: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. A categoria negra (afrodescendente) no Brasil se refere à soma das pessoas que se autoidentificam como pretas ou pardas.
- h. Consultas pré-natais: percentual de mulheres de 15 a 49 anos com nascido vivo em um determinado período que receberam assistência pré-natal quatro ou mais vezes.
- i. A taxa de maternidade na adolescência é definida como o número de partos de mulheres de 15 a 19 anos durante os três anos anteriores à pesquisa dividido por meninas e mulheres jovens de 15 a 19 anos durante o mesmo período, expresso por 1.000 meninas e mulheres jovens.
- j. Planejamento familiar se refere ao percentual de mulheres de 15 a 49 anos casadas ou em união estável com necessidades atendidas de planejamento familiar.
- k. Profissionais obstétricos qualificados incluem médicos e equipes de enfermagem e de obstetrícia.
- l. DSS são definidos como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Exemplos incluem proteção social e de renda, educação e desemprego e insegurança no trabalho.
- m. Os DEDS incluem as políticas e as estruturas sociais e políticas de um país.
- n. A atenção primária à saúde orienta suas estruturas e funções para os valores de equidade e solidariedade social e o direito de todo ser humano de gozar do mais alto padrão de saúde possível, sem distinção de raça, religião, crença política ou condição econômica ou social.
- o. Esta análise tem quatro limitações:
  - i. A análise inclui dados de apenas nove dos 35 países das Américas. Esses nove representam os países que tinham dados desagregados por raça/etnia e gênero disponíveis para indicadores de SRHR e maternos. A pequena amostragem de países destaca a necessidade de mais dados desagregados disponíveis publicamente em toda a região para melhorar a precisão das conclusões sobre a saúde das populações em situação de vulnerabilidade.
  - ii. A maioria dos dados relatados nesta análise foi retirada de pesquisas de grupos de indicadores múltiplos e pesquisas demográficas de saúde recentes, mas também incluímos dados de várias outras pesquisas nacionais. A justaposição de dados de várias fontes pode complicar a comparabilidade entre os países.
  - iii. Raça ou etnia autodeclarada e cor da pele autodeclarada foram usadas para categorizar a população afrodescendente. Em países onde as pesquisas incluíram apenas a etnia do chefe da família, a mesma categoria foi atribuída a todas as mulheres e crianças da família. Esse uso indireto pode não ser uma medida precisa da população-alvo. Da mesma forma, encontramos algumas diferenças nos resultados entre grupos de afrodescendentes (por exemplo, entre as populações preta e parda no Brasil) que não incluímos nesta análise. A análise dessas diferenças pode fornecer informações cruciais sobre quais populações correm maior risco de apresentar resultados maternos ruins.
  - iv. Enquanto em algumas das pesquisas utilizadas para esta análise a amostra de afrodescendentes ultrapassa um milhão de observações (Brasil, Colômbia e Estados Unidos), em países como Cuba e Uruguai as amostras consistem em menos de 100 pessoas (ver Tabela 1). Variações nos tamanhos das amostras podem afetar os resultados de indicadores-chave e podem subestimar ou superestimar a situação de mulheres e meninas afrodescendentes.<sup>v</sup>

# Referências

- Alonso Paola (2020). Autonomy Revoked: The Forced Sterilization of Women of Color in 20th Century America. Texas Women's University. <https://twu.edu/media/documents/history-government/Autonomy-Revoked--The-Forced-Sterilization-of-Women-of-Color-in-20th-Century-America.pdf>.
- Arias, Elizabeth, Melonie Heron e Jahn K. Hakes (2016). The validity of race and Hispanic-origin reporting on death certificates in the United States: An update. Vital Health Statistics, Series. 2, No. 172. Washington, D.C.: National Center for Health Statistics. [https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_02/sr02\\_172.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_02/sr02_172.pdf).
- Ashford, Lori (2003). Unmet Need For Family Planning: Recent Trends and Their Implications for Programs. Washington, D.C.: Population Reference Bureau MEASURE Communication. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2003/02/UnmetNeedFamPlan-Eng.pdf>.
- Association of American Medical Colleges (2021). 2021 Fall Applicant, Matriculant, and Enrollment Data Tables. <https://www.aamc.org/media/57761/download?attachment>.
- Betti, Lisa (2021). Shaping birth: variation in the birth canal and the importance of inclusive obstetric care. Philosophical Transactions of the Royal Society B, vol. 376 (maio). <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rstb.2020.0024>.
- Boulware, Leigh E. et al. (2003). Race and trust in the health care system. Public Health Reports, vol. 118, n.º 4 (julho-agosto). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497554/>.
- Brasil, Lei N.º 12.288, de 20 de julho de 2010. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12288.htm).
- Lei N.º 39.034, de 3 de maio de 2018. [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto\\_39024\\_03\\_05\\_2018.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/26959fffe6034de6a18918cbab53b124/Decreto_39024_03_05_2018.html).
- Câmara dos Deputados (2021). Mulheres negras são maioria das vítimas de feminicídio e as que mais sofrem com desigualdade social. 30 de novembro. <https://www.camara.leg.br/noticias/832964-mulheres-negras-sao-maioria-das-vitimas-de-femicidio-e-as-que-mais-sofrem-com-desigualdade-social/>.
- Castro Arachu, Virginia Savage e Hannah Kaufman (2015). Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. Pan American Journal of Public Health, vol. 38, n.º 2. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v38n2/96-109/en>.
- Costa, Janaína C. et al. (2022). Inequalities in the health, nutrition, and wellbeing of Afrodescendant women and children: A cross-sectional analysis of ten Latin American and Caribbean countries. The Lancet Regional Health – Americas, vol. 15 (agosto). [https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X\(22\)00162-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanam/article/PIIS2667-193X(22)00162-4/fulltext).
- Crear-Perry, Joia et al. (2021). Social and structural determinants of health inequities in maternal health. Journal of Women's Health, vol. 30, No. 2 (fevereiro). <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8882>.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2021). Mortalidad materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada, n.º 9. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>.
- Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis, Secretaria de Vigilância em Saúde (2022a). Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>.
- (2022b). Painel de Monitoramento de Nascidos Vivos. <https://svs.aids.gov.br/daent/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/natalidade/nascidos-vivos/>.
- Domingues, Patricia M.L. et al. (2013). Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. SciELO, vol. 22, n.º 2 (junho). <https://www.scielo.br/j/tce/a/c8pbVz3RRYHTNJSND8wQtYt/?lang=pt>.
- Eze, Emmanuel C., ed. (1997). Race and the Enlightenment: A Reader. Oxford: Editora Blackwell
- Fernandes, Karayna G. et al. (2017). Ethnic differences in maternal near miss. Archives of Gynecology and Obstetrics, vol. 296, n.º 6 (dezembro). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918461/>.
- Finlayson, Kenneth e Soo Downe (2013). Why do women not use antenatal services in low- and middle-income countries? A meta-synthesis of qualitative studies. PLoS Medicine, vol. 10, n.º 1 (janeiro). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3551970/>.

20. Freire, German et al. (2018). Afro-descendants in Latin America: Toward a Framework of Inclusion. Washington, D.C.: Banco Mundial. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
21. Garraza, Lucas G., Federico Tobar e Iván Rodríguez Bernate (2020). Out-of-pocket spending for contraceptives in Latin America. *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, n.º 2 (novembro). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887910/>.
22. Hill, Latoya, Samantha Artiga e Ranji Usha (2022). Racial disparities in maternal and infant health: current status and efforts to address them, 1º de novembro. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/racial-disparities-in-maternal-and-infant-health-current-status-and-efforts-to-address-them/>.
23. Hoffman, Kelly M. et al. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, vol. 113, n.º 16 (abril). <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113>.
24. Howell, Elizabeth A. (2018). Reducing disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, vol. 61, n.º 2 (junho). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5915910/>.
25. Howell, Elizabeth A. e Jennifer Zeitlin (2017). Improving hospital quality to reduce disparities in severe maternal morbidity and mortality. *Seminars in Perinatology*, vol. 41, n.º 5 (agosto). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28735811/>.
26. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2021). Maternidades y paternidades en la ruralidad, 30 de setembro. <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/maternidades-y-paternidades-en-la-ruralidad>.
27. Jornalismo TV Cultura (2022). Menos de 20% dos estudantes de medicina são pretos ou pardos, 15 de fevereiro. [https://www.youtube.com/watch?v=KsnFDgG3r8g&ab\\_channel=JornalismoTVCultura](https://www.youtube.com/watch?v=KsnFDgG3r8g&ab_channel=JornalismoTVCultura).
28. Kavanagh, Matthew M. et al. (2021). Planning for health equity in the Americas: An analysis of national health plans. *Pan American Journal of Public Health*, vol. 45. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53743>.
29. Kearney, Melissa S. e Phillip B. Levine (2015). Media influences on social outcomes: The impact of MTV's "16 and Pregnant" on teen childbearing. *The American Economic Review*, vol. 105, n.º 12 (dezembro). <https://www.jstor.org/stable/43821387>.
30. Leal, Maria D.C. et al. (2017). The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Publicação em Saúde Pública*, vol. 24, n.º 33 (julho). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28746555/>.
31. Leonardi, Carla (2022). Mortalidade materna: quais são as principais causas e como evitar, 31 de maio. <https://bebe.abril.com.br/saude/mortalidade-materna-quais-sao-as-principais-causas-e-como-evitar/>.
32. Menandro, Leila M. T. e Hazel R. Barrett (2022). Compulsory female sterilisation in Brazil: reproductive rights for whom?. *Critical and Radical Social Work*, vol. 10, n.º 1 (março). <https://bristoluniversitypressdigital.com/view/journals/crsw/10/1/article-p23.xml>.
33. McKinnon, Britt et al. (2016). Comparison of black–white disparities in preterm birth between Canada and the United States. *Canadian Medical Association Journal*, vol. 188, n.º 1 (janeiro). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4695373/>.
34. Ministerio de Salud y Protección Social (2022). Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %, 29 de junho. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>.
35. Mora, Hector et al. (2022). The National Deficit of Black and Hispanic Physicians in the US and Projected Estimates of Time to Correction. *JAMA Netw Open*, vol. 5, N.º 6 (junho). <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2792848>.
36. Murad-Rivera, Rocio et al. (2018). Determinantes del Embarazo en Adolescentes en Colombia: Explicando las Causas de las Causas. *Profamilia*. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/07/2018-Murad-Determinantes-del-embarazo-preprint.pdf>.
37. Nascimento, Elisa L. (2007). *The Sorcery of Color: Identity, Race and Gender in Brazil*. Philadelphia: Temple University Press.
38. Novella, Rafael e Laura Ripani (2015). Are You (Not) Expecting?: The Unforeseen Benefits of Job Training on Teenage Pregnancy. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://publications.iadb.org/en/are-you-not-expecting-unforeseen-benefits-job-training-teenage-pregnancy>.
39. Nuamah, Sally (2021). Public perceptions of Black girls and their punitive consequences. IPR Working Paper Series, n.º WP-20-49. Evanston, I.L.: Northwestern Institute for Policy Research. <https://www.ipr.northwestern.edu/documents/working-papers/2020/wp-20-49-3rev.pdf>.

40. Owens, Deirdre C. e Sharla M. Fett (2019). Black maternal and infant health: Historical legacies of slavery. *American Journal of Public Health*, vol. 109, n.º 10 (outubro). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727302/>.
41. Organização Pan-Americana da Saúde (2018a). Expanding the Roles of Nurses in Primary Health Care. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34958>.
42. \_\_\_\_\_ (2018b). Part 2: Advancing towards Universal Health based on primary health care. In Annual Report of the Director 2018. Washington, D.C. <https://www.paho.org/annual-report-of-the-director-2018/en/part-2-advancing-towards-universal-health-based-on-primary-health-care/>.
43. \_\_\_\_\_ (2019). Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata. Report of the High-Level Commission. Revised edition. Washington, D.C. <https://www.paho.org/en/documents/universal-health-21st-century-40-years-alma-ata-report-high-level-commission-revised>.
44. \_\_\_\_\_ (2020). Equity in Health Policy Assessment: Region of the Americas. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52931>.
45. \_\_\_\_\_ (2021a). Annual Report 2020. Universal Health and the Pandemic. Resilient Health Systems. Surinam. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54557>.
46. \_\_\_\_\_ (2021b). Health of Afro-descendant People in Latin America. Washington, D.C. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55856>.
47. \_\_\_\_\_ (2022). Opening Remarks - International Day For People of African Descent Global Webinar 2022. 31 de agosto. <https://www.paho.org/en/documents/opening-remarks-international-day-people-african-descent-global-webinar-2022>.
48. \_\_\_\_\_ (n.d.). Primary health care. <https://www.paho.org/en/topics/primary-health-care>.
49. Organização Pan-Americana da Saúde, 57th Directing Council (2019). Plan of action for strengthening information systems for health 2019-2023. 10 de agosto. CD57/9. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51617/CD57-9-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
50. Organização Pan-Americana da Saúde, 170th Session of the Executive Committee (2022). Plan of action for strengthening information systems for health 2019-2023: Progress report. 13 de abril CE170/INF/12. [https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-12-c-e-poa-information-systems\\_0.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/ce170-inf-12-c-e-poa-information-systems_0.pdf).
51. Organização Pan-Americana da Saúde e Fundo de População das Nações Unidas (2020). Adolescent Pregnancy in Latin America and the Caribbean. Technical Brief. [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final\\_dec\\_10\\_approved\\_policy\\_brief\\_design\\_ch\\_adolescent.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/final_dec_10_approved_policy_brief_design_ch_adolescent.pdf).
52. Payne, Carolyn e Nicole Fanarjian (2014). Seeking causes for race-related disparities in contraceptive use. *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 16, n.º 10 (outubro). <https://journalofethics.ama-assn.org/sites/journalofethics.ama-assn.org/files/2018-05/jdsc1-1410.pdf>.
53. Pemberton, Cecile e Joel Joseph (2018). National Women's Health Survey for Trinidad and Tobago: Final Report. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desenvolvimento. <https://publications.iadb.org/publications/english/document/National-Women-Health-Survey-for-Trinidad-and-Tobago-Final-Report.pdf>.
54. Petersen, Emily E. et al. (2019). Racial/ethnic disparities in pregnancy-related deaths — United States, 2007–2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 68, n.º 35. [https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm?s\\_cid=mm6835a3\\_w](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/wr/mm6835a3.htm?s_cid=mm6835a3_w).
55. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2018). Mortalidade Materna. <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29923/MORTALIDADE%20MATERNA.pdf?jsessionid=24D6616CB26F1EC0796446782122D25?sequence=2>.
56. Regional Task Force for the Reduction of Maternal Mortality (2017). Overview of the Situation of Maternal Morbidity and Mortality: Latin American and the Caribbean. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Eng.pdf>.
57. \_\_\_\_\_ (2021). Interagency Strategic Consensus for the Reduction of Maternal Morbidity and Mortality: Strategic Guidance for the 2020-2030 Decade. [https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/gtr\\_interagencystrategicconsensus\\_2020\\_2030\\_english.pdf](https://lac.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/gtr_interagencystrategicconsensus_2020_2030_english.pdf).
58. Saad-Haddad G et al. (2016). Patterns and determinants of antenatal care utilization: Analysis of national survey data in seven countdown countries. *Journal of Global Health*, vol. 6, n.º 1 (junho). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27231540/>.
59. Sabin, Janice e Anthony G. Greenwald (2012). The influence of implicit bias on treatment recommendations for 4 common pediatric conditions: pain, urinary tract infection, attention deficit hyperactivity disorder, and asthma. *American Journal of Public Health*, vol. 102, n.º 5 (maio). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3483921/pdf/AJPH.2011.300621.pdf>.

60. Savage, Virginia e Arachu Castro (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, vol. 14, n.º 138. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-017-0403-5.pdf>.
61. Schulman, Kevin A. et al. (1999). The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. *The New England Journal of Medicine*, vol. 340 (fevereiro). <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejm199902253400806>.
62. Sebert Kuhlmann A.K. et al. (2017). Intimate partner violence as a predictor of antenatal care service utilization in Honduras. *Pan American Journal of Public Health*, vol. 41 (julho). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660898/>.
63. Telles, Edward (2014). *Pigmentocracies: Ethnicity, Race, and Color in Latin America*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
64. Comitê das Nações Unidas para a Eliminação da Discriminação Racial (2022). Concluding observations on the combined tenth to twelfth reports of the United States of America. 21 de setembro. CERD/C/USA/CO/10-12. <https://www.ecoi.net/en/file/local/2078960/G2249596.pdf>.
65. Departamento de Informações Públicas das Nações Unidas e Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2020). Women and Girls of African Descent. Human Rights Achievements and Challenges. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/WomenAndGirlsAfricanDescent.pdf>.
66. Conselho Econômico e Social das Nações Unidas (2016). General comment n.º 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). 2 de maio. E/C.12/GC/22. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmlBEDzFEovLCuW1a0SzabooXTdlmnsJZZVQfQejF41Tob4CvljeTiAP6sGFQktiae1vlbbOAekmaOwDOWsUe7N8TlM%2BP3HJPzjHySkUoHMavD%2Fpyfcp3YlZg>.
67. Comissão Econômica das Nações Unidas para a América Latina e o Caribe (2017). Situación de las Personas Afrodescendientes en América Latina y Desafíos de Políticas Para la Garantía de sus Derechos. Publicação das Nações Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42654-situacion-personas-afrodescendientes-america-latina-desafios-politicas-la>.
68. Escritório do Alto Comissário das Nações Unidas para os Direitos Humanos (2022). Report by the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health - Racism and the right to health. 20 de julho. A/77/197. <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a77197-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>.
69. Grupo de Trabalho das Nações Unidas de Peritos sobre Afrodescendentes (2003). Identification and definition of "people of African descent" and how racial discrimination against them is manifested in various regions: Working paper. 28 de janeiro. E/CN.4/2003/WG.20//WP.3. <https://digitallibrary.un.org/record/486012?ln=en>.
70. Fundo de População das Nações Unidas (n.d.). Indigenous Women's Maternal Health and Maternal Mortality Fact Sheet. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet\\_digital\\_Apr15.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/factsheet_digital_Apr15.pdf).
71. ONU Mulheres (2020). Latin America and the Caribbean Regional Factsheet. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/POWW-2019-Fact-sheet-Latin-America-and-the-Caribbean-en.pdf>.
72. U.S. Commission on Civil Rights (2021). Racial Disparities in Maternal Health. Washington, D.C. <https://www.usccr.gov/files/2021/09-15-Racial-Disparities-in-Maternal-Health.pdf>.
73. Vedam, Saraswathi et al. (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive Health*, vol. 16, n.º 77 (junho). <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-019-0729-2>.
74. Verschueren, Kim J.C. et al. (2020). Applicability of the WHO maternal near-miss tool: A nationwide surveillance study in Suriname. *Journal of Global Health*, vol. 10, n.º 2 (dezembro). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33214899/>.
75. Viáfara-López, Carlos A., Glenda Palacios-Quejada e Alexander Banguera-Obregón (2021). Ethnic-racial inequity in health insurance in Colombia: a cross-sectional study. *Pan American Journal of Public Health*, vol. 45 (julho). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8238259/>.
76. Washington, Harriet A. (2006). *Medical Apartheid: The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans From Colonial Times to the Present*. Nova Iorque: Doubleday.
77. Weiner, Stacy (2021). Medical schools overhaul curricula to fight inequities. 25 de maio. <https://www.aamc.org/news-insights/medical-schools-overhaul-curricula-fight-inequities>.
78. Banco Mundial (2018). Afro-descendants in Latin America: Toward a Framework of Inclusion. Washington, D.C. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/30201>.
79. ----- (2022). The social and educational consequences of adolescent childbearing, 25 de fevereiro. <https://genderdata.worldbank.org/data-stories/adolescent-fertility/>.



80. Organização Mundial da Saúde(2008). Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health – Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genebra: WHO Press. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832>.
81. \_\_\_\_\_ (2009). Monitoring Emergency Obstetric Care: A Handbook. Genebra: WHO Press. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44121/9789241547734\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44121/9789241547734_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
82. \_\_\_\_\_ (2010). Evaluating the Quality of Care for Severe Pregnancy Complications: The WHO Near-miss Approach for Maternal Health. Genebra: WHO Press. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221\\_eng.pdf?sessionid=18208531503CB1A17B15485B663A4D56?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sessionid=18208531503CB1A17B15485B663A4D56?sequence=1).
83. \_\_\_\_\_ (2011). Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Genebra: WHO Document Production Service. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>.
84. \_\_\_\_\_ (2015). The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse During Facility-based Childbirth. Genebra. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf).
85. \_\_\_\_\_ (2016). WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Genebra. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>.
86. \_\_\_\_\_ (2021). Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access, 16 de junho. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>.
87. \_\_\_\_\_ (2022). Adolescent pregnancy, 15 de setembro. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>. Acesso: 5 de dezembro de 2022.
88. \_\_\_\_\_ (n.d.). Births attended by skilled health personnel. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/births-attended-by-skilled-health-personnel>.
89. Yearby, Ruqaiyah J.D. (2020). Structural racism: The root cause of the social determinants of health, 22 de setembro. <https://blog.petrieflom.law.harvard.edu/2020/09/22/structural-racism-social-determinant-of-health/>.

**Tabela 1:** Percentual e tamanho da amostra de meninas e mulheres afrodescendentes e não afrodescendentes de 15 a 49 anos que deram à luz nos últimos dois anos (atenção pré-natal)

País	Ano	Fonte <sup>b</sup>	Informações sobre etnia	Mulheres e meninas afrodescendentes		Mulheres e meninas não afrodescendentes (excluindo indígenas)	
				Categorias	N	Categorias	N
Brasil	2019	PNS	Mulher (cor da pele)	Preta; parda	1.365.691	Branca	754.281
Colômbia	2015	DHS	Mulher	Afrocolombiano; Raizal de Arquipélago; Palenquero de San Basilio	615	Nenhuma das anteriores	5.055
Costa Rica	2018	MICS	Chefe da família	Negro/ afrodescendente; mulato(a)	1.402	Mestiço(a); branco(a)	5.158
Cuba	2019	MICS	Chefe da família (cor da pele)	Negro	77	Branco; Mulato, mestiço, Outro	832
Panamá	2013	MICS	Chefe da família	Negro/ Afrodescendente	1.504	Outro grupo	4.986
Suriname	2018	MICS	Chefe da família	Maroon; Creole	553	Hindustani; javanês; etnia mista	396
Trinidad e Tobago	2011	MICS	Chefe da família	Africano	170	Indiano; misto	229
Estados Unidos <sup>a</sup>	2020	Censo	Mulher	Negra	8.949.510	Branca, asiática, nativa do Pacífico	52.830.930
Uruguai	2012	MICS	Chefe da família	Afro ou negra	24	Branca; Outro	236

(a) A população amostral abrange mulheres de 15 a 44 anos

(b) DHS: Demographic and Health Survey (Pesquisa demográfica e de saúde); MICS: Multiple Indicator Cluster Survey (Pesquisa de grupos de indicadores múltiplos); PNS: Pesquisa Nacional de Saúde; Censo dos Estados Unidos



**Fundo de População das Nações Unidas**

605 Third Avenue  
New York, NY 10158

Tel.: +1 212 297 5000

[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)

**Saúde materna de mulheres e  
meninas afrodescendentes  
nas Américas**

Análise

Julho de 2023

