

CAIRO LISBOA

2024

30 anos
Conferência
Internacional
sobre População
e Desenvolvimento

TRÊS DÉCADAS DE DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM DEBATE

Mariana Anginho Évora | Dulce Morgado Neves
Elsa Pegado | Mário JDS Santos
Pía Rodríguez Garrido | Sónia Pintassilgo | Violeta Alarcão (Orgs.)

nasc.er.pt
Laboratório de Estudos Sociais
sobre o nascimento



Cairo-Lisboa 2024 ^[PT]

Três Décadas de Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva em Debate

Cairo-Lisboa 2024 ^[ES]

Tres Décadas de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva en Debate

Mariana Anginho Évora, Dulce Morgado Neves, Elsa Pegado, Mário JDS Santos,
Pía Rodríguez Garrido, Sónia Pintassilgo, Violeta Alarcão (orgs.)

CAIRO-LISBOA 2024

TRÊS DÉCADAS DE DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM DEBATE

CAIRO-LISBOA 2024

TRES DÉCADAS DE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN DEBATE

© Mariana Anginho Évora, Dulce Morgado Neves, Elsa Pegado, Mário JDS Santos, Pía Rodríguez Garrido, Sónia Pintassilgo, Violeta Alarcão (orgs.), 2025

Mariana Anginho Évora, Dulce Morgado Neves, Elsa Pegado, Mário JDS Santos, Pía Rodríguez Garrido, Sónia Pintassilgo, Violeta Alarcão (orgs.)

Cairo-Lisboa 2024: Três Décadas de Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva em Debate

Cairo-Lisboa 2024: Tres Décadas de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva en Debate

Comissão Científica: Alexandra Tereso, Cadija Mané, Carolina Ferrante, Dulce Morgado Neves, Elsa Pegado, Jovita Ortiz, Manuel Ortiz, Mariana Anginho Évora, Mário JDS Santos, Martin Jaime, Paola Sesia, Pía Rodríguez Garrido, Raquel Costa, Sónia Pintassilgo, Teresa Joaquim, Violeta Alarcão

Primeira edição: outubro de 2025

DOI: 10.15847/CairoLisboa2025

ISBN: 978-972-8048-99-0

em repositório: <http://>

Composição em caracteres Palatino Linotype, corpo 12, formato eletrónico

Conceção gráfica e composição: Lina Cardoso

Capa: Sofia Araújo Rocha

Como citar este documento: Évora, M. A., Neves, D. M., Pegado, E., Santos, M. J. D. S., Rodríguez-Garrido, P., Pintassilgo, S., & Alarcão, V. (2025). *Cairo-Lisboa 2024: Três Décadas de Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva em Debate*. CIES-Iscte.

Índice

Prefácio ^[PT]	vii
Prólogo ^[ES]	ix
Equipa organizadora	xi
 Parte I Saúde sexual, reprodutiva, não-reprodutiva e planeamento familiar <i>Salud sexual, reproductiva, no reproductiva y planificación familiar</i>	
1 O consórcio internacional IMAGiNE GLOBAL: avanços e desafios na saúde materna e infantil.....	3
<i>Raquel Costa, Tiago Miguel Pinto, Arianna Bomben, Margherita Camanni, Ilaria Mariani, Maria Verdecchia e Marzia Lazzerini</i>	
2 Avances y desafíos de la salud materna en América Latina a 30 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: perspectivas para una agenda post-2024	15
<i>Jovita Ortiz Contreras e Macarena Martínez Ordenes</i>	
3 Barreiras culturais, legais e sociais no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens raparigas dos 10 aos 24 anos na Guiné-Bissau	23
<i>Cadija Mané</i>	
4 Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes de uma universidade em Cabo Verde	29
<i>Dilma Miranda Pires e Deisa Cabral Semedo</i>	
5 Los derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales de Argentina: estado de situación de los territorios provinciales	39
<i>Carla Mora Augier</i>	
6 Discursos sobre o preservativo em Portugal: uma breve análise de publicações no Instagram do Serviço Nacional de Saúde e das marcas Control e Durex	47
<i>Joana Vidal Maia, Hadassa Oliveira e Micaela Cabral</i>	
 Parte II Morbimortalidade materna e infantil <i>Morbimortalidad materna e infantil</i>	
7 Mortalidade materna no Brasil e em Portugal pelas lentes interseccionais	61
<i>Cleidi Cristina Pereira</i>	
8 Segurança do paciente em maternidades: <i>Scoping review</i> sobre ações para profissionais	67
<i>Patricia Figueiredo Marques, Hellen Souza de Oliveira, Joseneide dos Santos Queiroz, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Maria Conceição Rivemales, Michelle Araújo Moreira e Rosa Maria dos Santos Moreira</i>	
 Parte III Igualdade de género, equidade e empoderamento das mulheres <i>Igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres</i>	
9 Violência de género e saúde mental no Brasil: uma análise crítica e reflexiva sobre impactos e estratégias de cuidado	81
<i>Meyrielle Belotti e Sabrina Helena Ferigato</i>	
10 Educación menstrual emancipadora en América Latina	89
<i>Carolina Ramírez</i>	
11 Os Diálogos da Vulva: a experiência corporal-sexuada de mulheres cisgênero portuguesas	93
<i>Adriana Maria Penna Quintão</i>	
12 Mulheres negras e os desafios para a garantia da justiça sexual e reprodutiva no Brasil	103
<i>Deise Queiroz da Silva</i>	
13 Partería ancestral y políticas públicas: caminos hacia la equidad en la salud de mujeres indígenas, afrodescendientes y rurales	111
<i>Claudia Álvarez-Franco, Erika Paulina Uribe-Cardona e María Laura Sierra-Villa</i>	

Parte IV | Diversidade, inclusão e interseccionalidade*Diversidad, inclusión e interseccionalidad*

14	Masculinidades migrantes: un enfoque desde la salud global en clave interseccional	121
	<i>Eduardo Leiva Pinto</i>	
15	Más allá del estigma: un protocolo de investigación de diversas narrativas y experiencias vividas sobre el placer sexual y el empoderamiento sexual entre las poblaciones marginadas	131
	<i>Bilyana Zdravkova</i>	
16	Pessoas trans e não-binárias e cuidados de saúde: desafios emergentes	141
	<i>Sandra Palma Saleiro</i>	
17	Anticoncepción con enfoque de género	151
	<i>Juan Gabriel Álvarez Sánchez e Joan Camilo Piedrahita Mejía</i>	
18	Desafíos de la Inteligencia Artificial: reflexiones sobre las experiencias de detección automática de consultas en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad en registros de salud electrónicos ...	157
	<i>María Victoria Tiseyra, María Cecilia Palermo, Verónica Xhardez, Sabrina López, Mariela Rajngewerc, Laura Alonso Alemany, Milagro Teruel e Marina Elichiry</i>	
19	Guía de acompañamiento en aborto a personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergencias	169
	<i>Angela Bertoni Cruz e Estefani Leiva Leiva</i>	

Parte V | Violência obstétrica na Ibero-América: tendências, desafios e respostas*Violencia obstétrica en Iberoamérica: tendencias, retos y respuestas*

20	A violência obstétrica como expressão de racismo e xenofobia na gravidez com mulheres brasileiras racializadas em Portugal	181
	<i>Mariana Holanda Rusu, Conceição Nogueira e Joana Bessa Topa</i>	
21	Desentrañando poderes y asimetrías: estudio exploratorio de la relación profesional de la salud y personas consultantes en la atención gineco-obstétrica en Antofagasta, Chile	191
	<i>Benjamín Montaña Solar</i>	
22	Primera marcha contra la violencia gineco-obstétrica en Argentina: reformas legales, feminismos y conciencia social	203
	<i>Celeste Mariel Jerez e Cora Fernández Anderson</i>	

Prefácio ^[PT]

A presente coletânea reúne um conjunto de textos académicos selecionados no âmbito da conferência CAIRO-LISBOA2024 — *Os Desafios dos Direitos e da Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal, nos Países Lusófonos e na América Latina*, realizada online, a partir do Iscte — Instituto Universitário de Lisboa, nos dias 5 e 6 de dezembro de 2024, acolhendo participantes nacionais e internacionais.

Esta conferência foi organizada por ocasião dos 30 anos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, um marco histórico que redefiniu a forma como se pensam as políticas de desenvolvimento, colocando os direitos humanos, a igualdade de género e a saúde sexual e reprodutiva no centro da agenda global.

A ideia para a realização desta conferência surgiu no seio do nascer.pt — Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento, uma estrutura ancorada no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte) e composta por mais de 40 membros de diferentes países, áreas disciplinares e contextos institucionais. O nascer.pt tem como missão promover uma abordagem ampla e interseccional das questões do nascimento, entendidas como parte de um processo que abrange a saúde sexual e reprodutiva, as escolhas e as experiências em torno da reprodução humana, a parentalidade e os direitos associados, sempre com uma atenção particular às desigualdades sociais, de género e a outras dinâmicas sociais relevantes. Esta conferência é um exemplo maior da dinâmica colaborativa e interdisciplinar que caracteriza o nascer.pt, e do seu compromisso com a produção e disseminação de conhecimento com impacto académico, social e político.

Três décadas depois, os princípios estabelecidos no Cairo mantêm-se profundamente relevantes. A afirmação da saúde sexual e reprodutiva como um direito humano fundamental, a centralidade da autonomia das mulheres e das pessoas com capacidade reprodutiva, e a necessidade de políticas públicas informadas por dados e por uma perspetiva de justiça social continuam a ser desafios prementes. Em muitos contextos, persistem desigualdades estruturais, barreiras de acesso aos serviços de saúde, estigmas sociais e observam-se retrocessos legislativos que ameaçam conquistas duramente alcançadas.

A conferência CAIRO-LISBOA2024 procurou, assim, revisitar esse legado, analisando criticamente os avanços e os obstáculos que se colocam hoje à concretização plena dos direitos sexuais e reprodutivos. Com especial enfoque em Portugal, nos países lusófonos e na América Latina, esta conferência promoveu um espaço de diálogo interdisciplinar e intercontinental, reunindo investigadores e investigadoras, profissionais de saúde, ativistas e agentes políticos para refletir sobre os caminhos trilhados e os que ainda é necessário construir. A diversidade de perspetivas e experiências foi uma das marcas distintivas deste encontro. O programa foi estruturado em torno de cinco eixos temáticos centrais:

- Saúde sexual, reprodutiva, não-reprodutiva e planeamento familiar
- Morbimortalidade materna e infantil
- Igualdade de género, equidade e empoderamento das mulheres
- Diversidade, inclusão e interseccionalidade
- Violência obstétrica na Ibero-América: tendências, desafios e respostas

Estes temas serviram de ponto de partida para a apresentação dos textos que, reunidos nesta coletânea, expressam a riqueza e a complexidade dos debates promovidos ao longo da conferência. Se o Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento se caracteriza pela interdisciplinaridade e diversidade metodológica, estes atributos foram perfeitamente espelhados ao longo da conferência e neste livro, onde encontramos 22 capítulos muito amplos e diversos. São contributos que cruzam diferentes áreas disciplinares — da sociologia à saúde pública, da antropologia à psicologia, dos estudos de género à comunicação — e que partilham um compromisso comum com a produção de conhecimento crítico, situado e transformador. São investigações empíricas, realizadas a partir de metodologias qualitativas ou quantitativas, mas também são reflexões, protocolos, ou resultados de projetos-ação organizados pela sociedade civil. São trabalhos que evidenciam a realidade de contextos urbanos e rurais em Portugal, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Colômbia, Brasil, Argentina e Chile, com diferentes populações-alvo e sobre variados eixos na saúde sexual e reprodutiva, ampliando as possibilidades de diálogo entre lugares, populações e disciplinas. Mais do que um registo de investigações, este livro constitui um convite à transformação — no modo como compreendemos, experienciamos e intervimos nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

Agradecemos profundamente a todos os autores e autoras que submeteram os seus trabalhos e partilharam os resultados das suas investigações. Um agradecimento especial é devido aos membros da Comissão Científica, cuja dedicação, disponibilidade e rigor foram fundamentais para a qualidade desta publicação. Estendemos também os nossos agradecimentos à Universidad de O'Higgins de Chile, em particular, ao Instituto de Ciencias de la Salud e à Dirección de Comunicaciones, enquanto parceira desta iniciativa. Finalmente, à equipa do CIES-Iscte, pelo apoio técnico e logístico prestado ao longo de todo o processo.

Agradecemos ainda aos e às participantes da conferência, bem como aos convidados e convidadas das sessões plenárias, que aceitaram o desafio de contribuir para um espaço de diálogo e construção coletiva de conhecimento. A todos e todas, o nosso reconhecimento pelo entusiasmo, pelas sugestões e pelo envolvimento num processo que foi, desde o início, colaborativo, reflexivo e inclusivo.

Esperamos que esta publicação possa contribuir para a continuidade do debate iniciado há três décadas no Cairo, e que os textos aqui reunidos inspirem novas investigações, políticas públicas mais justas e sociedades mais equitativas.

Boas leituras!

Prólogo [ES]

Esta recopilación reúne un conjunto de textos académicos seleccionados en el marco de la conferencia CAIRO-LISBOA2024 — *Los Desafíos de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva en Portugal, en los Países Lusófonos y en América Latina*, realizada en línea desde el Iscte — Instituto Universitario de Lisboa, los días 5 y 6 de diciembre de 2024, contando con participantes nacionales e internacionales.

Esta conferencia fue organizada con motivo de los 30 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994, un hito histórico que redefinió la forma de pensar las políticas de desarrollo, colocando los derechos humanos, la igualdad de género y la salud sexual y reproductiva, en el centro de la agenda global.

La idea de realizar esta conferencia surgió al alero de *nascer.pt* — Laboratorio de Estudios Sociales sobre el Nacimiento, una estructura vinculada al Centro de Investigación y Estudios de Sociología (CIES-Iscte) compuesta por más de 40 miembros de distintos países, disciplinas y contextos institucionales. *Nascer.pt* tiene como misión promover un enfoque amplio e interseccional de las cuestiones del nacimiento, entendidas como parte de un proceso que abarca la salud sexual y reproductiva, las elecciones y experiencias en torno a la reproducción humana, la parentalidad y los derechos asociados, siempre con especial atención a las desigualdades sociales, de género y otras dinámicas sociales relevantes. Esta conferencia es un claro ejemplo de la dinámica colaborativa e interdisciplinaria que caracteriza a *nascer.pt* y su compromiso con la producción y difusión de conocimiento con impacto académico, social y político.

Tres décadas después, los principios establecidos en El Cairo siguen siendo profundamente relevantes. La afirmación de la salud sexual y reproductiva como un derecho humano fundamental, la centralidad de la autonomía de las mujeres y de las personas con capacidad reproductiva, y la necesidad de políticas públicas basadas en datos y en una perspectiva de justicia social, continúan siendo desafíos urgentes. En muchos contextos persisten desigualdades estructurales, barreras de acceso a los servicios de salud, estigmas sociales, y retrocesos legislativos, que amenazan los derechos conquistados con mucho esfuerzo.

La conferencia CAIRO-LISBOA2024 buscó, por tanto, revisar ese legado, analizando críticamente los avances y obstáculos actuales para la plena materialización de los derechos sexuales y reproductivos. Con especial atención a Portugal, los países lusófonos y América Latina, esta conferencia promovió un espacio de diálogo interdisciplinar e intercontinental, reuniendo a investigadores/as, profesionales de la salud, activistas y actores políticos para reflexionar sobre los caminos ya recorridos y los que aún es necesario construir. La diversidad de perspectivas y experiencias fue una de las características distintivas de este encuentro. El programa se estructuró en torno a cinco ejes temáticos centrales:

- Salud sexual, reproductiva, no reproductiva y planificación familiar
- Morbimortalidad materna e infantil
- Igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres
- Diversidad, inclusión e interseccionalidad
- Violencia obstétrica en Iberoamérica: tendencias, retos y respuestas

Estos temas sirvieron como punto de partida para la presentación de los textos que, reunidos en esta compilación, expresan la riqueza y complejidad de los debates promovidos durante la conferencia. Si el Laboratorio de Estudios Sociales sobre el Nacimiento se caracteriza por la interdisciplinariedad y diversidad metodológica, estos atributos quedaron plenamente reflejados, tanto en la Conferencia como en este libro, que reúne 22 capítulos amplios y diversos. Son contribuciones que cruzan diferentes disciplinas —desde la sociología a la salud pública, de la antropología a la psicología, de los estudios de género a la comunicación— y que comparten un compromiso común con la producción de conocimiento crítico, situado y transformador.

Se trata de investigaciones empíricas, basadas en metodologías cualitativas y cuantitativas, pero también, de reflexiones, protocolos o resultados de proyectos de acción organizados por la sociedad civil. Son trabajos que muestran la realidad de contextos urbanos y rurales en Portugal, Cabo Verde, Guinea-Bisáu, Colombia, Brasil, Argentina y Chile, con diferentes poblaciones objetivo y sobre múltiples ejes de la salud sexual y reproductiva, ampliando las posibilidades de diálogo entre territorios, poblaciones y disciplinas. Más que un registro de investigaciones, este libro es una invitación a la transformación: en la manera en que comprendemos, experimentamos e intervenimos en las cuestiones de salud sexual y reproductiva.

Agradecemos profundamente a todas las autoras y autores que presentaron sus trabajos y compartieron los resultados de sus investigaciones. Un agradecimiento especial a los miembros de la Comisión Científica, cuya dedicación, disponibilidad y rigor fueron fundamentales para la calidad de esta publicación. Extendemos también nuestro agradecimiento a la Universidad de O'Higgins en Chile, en particular, al Instituto de Ciencias de la Salud y a la Dirección de Comunicaciones, como entidad socia de esta iniciativa. Finalmente, al equipo del CIES-Iscte, por el apoyo técnico y logístico brindado a lo largo de todo el proceso.

Agradecemos también a las y los participantes de la conferencia, así como a las y los invitados de las sesiones plenarias, que aceptaron el desafío de contribuir a un espacio de diálogo y construcción colectiva de conocimiento. A todas y todos, nuestro reconocimiento por el entusiasmo, las sugerencias y el compromiso con un proceso que fue, desde el inicio, colaborativo, reflexivo e inclusivo.

Esperamos que esta publicación contribuya a la continuidad del debate iniciado hace tres décadas en El Cairo, y que los textos aquí reunidos inspiren nuevas investigaciones, políticas públicas más justas y sociedades más equitativas.

¡Buena lectura!

Mariana Anginho Évora, CIES-Iscte (Portugal)

Dulce Morgado Neves, CIES-Iscte (Portugal)

Elsa Pegado, CIES-Iscte (Portugal)

Mário JDS Santos, CIES-Iscte (Portugal)

Pía Rodríguez Garrido, Universidad de Las Américas (Chile)

Sónia Pintassilgo, CIES-Iscte (Portugal)

Violeta Alarcão, CIES-Iscte (Portugal)

Equipa organizadora

Mariana Anginho Évora. Antropóloga, Doutoranda em Sociologia no Iscte — Instituto Universitário de Lisboa. Assistente de Investigação no Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento (nascer.pt) do CIES-Iscte, com bolsa de doutoramento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia. Especializada em Estudos Afro-Latino-Americanos e Caribenhos pela CLACSO. Tem interesse nas áreas da saúde, género, ecologia política e em contextos rurais. Fora do meio académico, trabalhou com associações sem fins-lucrativos e organizações não-governamentais.

E-mail: mariana_evora@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-8524-9589>

Dulce Morgado Neves. Doutorada em Sociologia pelo Iscte — Instituto Universitário de Lisboa (2013), é investigadora integrada do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte) e coordenadora do nascer.pt — Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento. Tem desenvolvido investigação sobre os temas de género, sexualidade, experiências de cuidado, saúde reprodutiva e movimentos sociais.

Email: dulce_neves@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6504-0738>

Elsa Pegado. Socióloga; Professora Auxiliar no Departamento de Métodos de Pesquisa Social do Iscte; Investigadora e subdiretora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte). A sua investigação centra-se na área da sociologia da saúde, mais especificamente nos seguintes temas: desigualdades em saúde; atitudes e práticas sociais relativamente aos medicamentos e outros recursos terapêuticos; literacia medicamentosa; e Medicinas Complementares e Alternativas.

E-mail: elsa.pegado@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6177-9340>

Mário JDS Santos. Investigador Integrado no CIES-Iscte e Professor Adjunto Convidado na Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, na Escola Superior de Enfermagem de São Francisco das Misericórdias, e na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. É doutorado em Sociologia, mestre em Saúde, Medicina e Sociedade, e licenciado em Enfermagem. Trabalha na interseção entre as ciências sociais e da saúde, explorando, em particular, as dinâmicas sociais em torno da reprodução, da gravidez e do parto.

E-mail: mjdss@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4804-1843>

Pía Rodríguez Garrido. Profesora Asistente de la Facultad de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad de Las Américas en Chile. Investigadora del Instituto Milenio MICARE, del Núcleo Milenio DISCA en Chile, y del Laboratorio de Estudios Sociales del Nacimiento Nascer.pt del Instituto Universitario de Lisboa en Portugal. Actualmente dirige un proyecto Fondecyt sobre Violencia ginecológica y obstétrica hacia mujeres con discapacidad en Chile.

E-mail: pvrodriguez@udla.cl | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0610-4666>

Sónia Pintassilgo. Doutorada em Sociologia e mestre em Demografia e Sociologia da População pelo Iscte, onde é Professora Associada, investigadora do CIES-Iscte e membro do nascer.pt. Foi Presidente do Conselho Pedagógico, integrou a comissão científica departamental e a de concursos especiais, foi diretora da licenciatura em Sociologia do Iscte. Coordenou projeto de cooperação com a Universidade Amílcar Cabral e integrou vários outros: FEMINA, EQUALS4COVID19, Cartas Educativas Municipais, In_Iscte. Os seus interesses de investigação incluem Demografia, Sociologia da População, do Nascimento e da Maternidade.

E-mail: sonia.cardoso@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6159-3255>

Violeta Alarcão. Doutorada em Sociologia pelo Iscte-Instituto Universitário de Lisboa. É investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte) e do SocioDigital Lab for Public Policy, onde co-coordena a linha Saúde Societal. Colabora também como investigadora no Instituto de Saúde Ambiental (ISAMB) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Os seus interesses de investigação centram-se nas intersecções entre Saúde, Género e Migração, com enfoque na justiça social. Privilegia métodos mistos e investigação participativa.

E-mail: violeta_sabina_alarcao@iscte-iul.pt | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4807-5904>

**Parte I | Saúde sexual, reprodutiva, não-reprodutiva
e planeamento familiar**
*Salud sexual, reproductiva, no reproductiva
y planificación familiar*

Capítulo 1

O consórcio internacional IMAGiNE GLOBAL

Avanços e desafios na saúde materna e infantil

Raquel Costa

Lusófona University

HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

Tiago Miguel Pinto

Lusófona University

HEI-Lab: Digital Human-Environment Interaction Labs, Portugal

Arianna Bomben

WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Institute for Maternal and Child Health — IRCCS “Burlo Garofolo”, Itália

Margherita Camanni

WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Institute for Maternal and Child Health — IRCCS “Burlo Garofolo”, Itália

Ilaria Mariani

WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Institute for Maternal and Child Health — IRCCS “Burlo Garofolo”, Itália

Maria Verdecchia

WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Institute for Maternal and Child Health — IRCCS “Burlo Garofolo”, Itália

Marzia Lazzerini

WHO Collaborating Centre for Maternal and Child Health

Institute for Maternal and Child Health — IRCCS “Burlo Garofolo”, Itália

Faculty of Epidemiology and Population Health

Dept Infectious Diseases Epidemiology and International Health

London School of Hygiene & Tropical Medicine, Reino Unido

Resumo: *Enquadramento:* O IMAGiNE GLOBAL constitui o alargamento à escala mundial do projeto IMAGiNE EURO, o primeiro estudo desenvolvido na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS). *Objetivo:* Analisar em que medida são implementados os *standards* da OMS para a melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis durante o trabalho de parto e parto nas unidades de prestação de cuidados de saúde. *Método:* Mulheres que tiveram um parto numa instituição de saúde após 1 de março de 2020 foram convidadas a preencher um questionário que espelha os *standards* da OMS para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis em instituições de saúde. *Resultados:* Dados de 12 países da região europeia da OMS mostram que cerca de uma em cada 10 mulheres relata situações de abuso, não ter tido contacto pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora e não ter amamentado na primeira hora de vida. Uma em cada cinco mulheres reporta não ter recebido qualquer método de alívio da dor durante o parto ou reporta instalações sanitárias inadequadas e uma em três mulheres reporta um número de profissionais insuficiente. Uma em cada três mulheres reporta não ter recebido atenção quando necessitou, nem apoio adequado à amamentação ou envolvimento nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos. Duas em cada três mulheres reportam restrições à presença de acompanhante durante o parto ou avaliam negativamente o horário de visitas. *Conclusão:* Os dados gerados pelo estudo IMAGiNE GLOBAL permitem apoiar decisões políticas baseadas em evidência, atendendo às necessidades atuais das populações e sistemas de saúde.

Palavras-chave: trabalho de parto, parto, OMS, qualidade dos cuidados, cuidados respeitosos, recém-nascido.

O consórcio internacional IMAGiNE GLOBAL

O IMAGiNE GLOBAL constitui o alargamento à escala mundial do projeto IMAGiNE EURO, o primeiro estudo desenvolvido na Região Europeia da Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde materno-infantis proporcionados durante o parto. É coordenado pelo Centro Colaborativo da OMS do IRCCS¹ Burlo Garofolo (Trieste, Itália), e inclui uma rede multidisciplinar (médicos, enfermeiras, consultores de amamentação, especialistas em saúde pública, antropólogos, defensores dos direitos das mulheres, psicólogos e mães).

Estabeleceu-se em 2020 com parceiros da região Europeia da OMS e, em 2024, expandiu-se para acolher investigadores de vários continentes (ver Anexo 1), passando a denominar-se IMAGiNE GLOBAL. No início de 2025, o consórcio era já constituído por 69 instituições de 35 países, e havia recolhido (até abril de 2025) as opiniões de mais de 100 000 mulheres e 7 000 profissionais de saúde.

Objetivo

Analisar em que medida são implementados os *standards* da OMS para a melhoria dos cuidados de saúde materno-infantis durante o trabalho de parto e parto nas unidades de prestação de cuidados de saúde.

Metodologia

O protocolo do estudo foi registado no ClinicalTrials.gov (NCT04847336) e foi aprovado por comissões de ética em vários países.

Questionário de qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil

O projeto IMAGiNE EURO desenvolveu, testou e implementou dois questionários online para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil: um para mulheres (Lazzerini et al., 2022a) e outro para profissionais de saúde (Valente et al., 2022). Este capítulo foca-se na metodologia e resultados referentes ao estudo realizado com as mulheres.

A versão original do questionário tem boas características psicométricas (Lazzerini et al., 2022a). É constituído por 40 questões que espelham os *standards* da OMS para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis em instituições de saúde (OMS, 2016.) Avalia quatro dimensões: (1) prestação de cuidados; (2) experiência dos cuidados; (3) disponibilidade de recursos humanos e físicos; e (4) mudanças organizacionais relacionadas com a pandemia de COVID-19. Foram desenvolvidas versões adaptadas para mulheres que experienciaram ou não experienciaram trabalho de parto e os indicadores foram ajustados ao tipo de parto. A soma das questões permite calcular um Índice total (Qualidade dos Cuidados Maternos e Neonatais; QCMN), sendo que pontuações mais elevadas indicam maior adesão aos *standards* da OMS.

1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

Foram incluídas ainda 24 questões com indicadores sociodemográficos e clínicos.

Atualmente, o questionário está disponível em 27 idiomas (e atualmente a ser traduzido para outras línguas, totalizando mais de 30 idiomas). O processo de adaptação linguística seguiu as recomendações internacionais (Wild et al., 2005).

Procedimento

O procedimento está descrito em detalhe por Lazzerini e colaboradores (2021). O critério de elegibilidade é ter tido um parto realizado em instituição de saúde após 1 de março de 2020. O consentimento informado contém informação sobre os objetivos e métodos do estudo e os direitos dos participantes. O anonimato na recolha de dados é garantido, os dados são registados usando o REDCap 8.5.21 (Vanderbilt University, Nashville, TN, USA) e o armazenamento está protegido por encriptação.

Evidências científicas ao nível da qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil

Um primeiro conjunto de evidências internacionais, incluindo dados de 21 027 mulheres de 12 países, foi publicado em 2021 na revista *The Lancet Regional Health Europe* (Lazzerini et al., 2021). E em 2022, um suplemento especial composto por 2 editoriais e 10 artigos inteiramente dedicados à divulgação dos dados relativos à perspetiva das mulheres sobre a qualidade dos cuidados de saúde materno-infantil foi publicado no *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* (Conway et al., 2022). Até à data, muitos outros artigos foram publicados com evidências científicas proporcionadas pelo consórcio decorrentes de metodologias de análise quantitativa ou qualitativa e focadas em países específicos (ex. Artzi-Medvedik et al., 2023; Batram-Zantvoort et al., 2023; Geremia et al., 2023; Vik et al., 2023; Zaigham et al., 2022) ou em análises internacionais dentro da região europeia da OMS (ex. Chertok et al., 2022). Os resultados que se apresentam de seguida não são exaustivos, para maior detalhe devem ser consultadas as publicações citadas.

As primeiras evidências

Os dados publicados por Lazzerini et al. (2021) evidenciam desigualdades na prestação de cuidados em 12 países da região europeia da OMS:

1. Cerca de uma em cada 10 mulheres relata situações de abuso, não ter tido contacto pele a pele com o recém-nascido imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora e não ter amamentado na primeira hora de vida;
2. Uma em cada cinco mulheres reporta não ter recebido qualquer método de alívio da dor durante o parto ou reporta instalações sanitárias inadequadas e uma em três mulheres reporta um número de profissionais insuficiente;
3. Uma em cada três mulheres reporta não ter recebido atenção quando necessitou, nem apoio adequado à amamentação ou envolvimento nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos;
4. Duas em cada três mulheres reportam restrições à presença de acompanhante durante o parto ou avaliam negativamente o horário de visitas.

Especificamente no que diz respeito às mudanças organizacionais relacionadas com a pandemia de COVID-19:

1. Cerca de metade das mulheres reportam redução da qualidade dos cuidados prestados durante a pandemia, enquanto mais de 40% relatam dificuldades no acesso a cuidados pré-natais;
2. Uma em cada três mulheres reportam falhas no uso consistente de material de proteção por parte dos profissionais de saúde.

Na generalidade verificou-se elevada variabilidade entre países, sendo que a Roménia e a Sérvia tendem a aderir menos às práticas recomendadas pela OMS e o Luxemburgo a aderir mais. Os dados relativos às mulheres que não experienciaram trabalho de parto mostram que as lacunas são ainda mais acentuadas.

Suplemento do International Journal of Gynaecology & Obstetrics

Os dados internacionais publicados no suplemento do *International Journal of Gynaecology & Obstetrics* proporcionam informação relevante no que diz respeito a desigualdades na prestação de cuidados em função do estatuto de migrante (Costa et al., 2022a), bem como aos fatores associados à medicalização do parto (i.e. cesariana, parto instrumentado, episiotomia ou manobra de Kristeller; Miani et al., 2022), incluindo tipo de instituição de saúde prestadora de cuidados (pública ou privada; Lazzerini et al., 2022b).

Dados internacionais

Os dados indicam que as mulheres migrantes enfrentam mais barreiras no acesso aos cuidados, nomeadamente dificuldade em ir a consultas de rotina, acesso às instituições de prestação de cuidados, cuidado atempado e no alívio de dor após o parto e reportam mais frequentemente impedimentos ao contacto com o bebé e abuso comparativamente com as mulheres não migrantes (Costa et al., 2022a).

No que diz respeito à medicalização do parto (Miani et al., 2022), cerca de uma em cada quatro mulheres tem uma cesariana e cerca de 9% parto instrumentado. Das mulheres que reportam ter realizado parto vaginal instrumentado, cerca de 42% reportou manobra de Kristeller e entre as mulheres com parto vaginal, cerca de 22% experienciou episiotomia. Maiores níveis de medicalização associaram-se a menor perceção de cuidado respeitoso, incluindo sentimento de não ter sido tratada com dignidade e de não ter sido incluída nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos (Miani et al., 2022). Para além disso, as mulheres que têm parto no sector privado têm mais frequentemente cesariana (eletiva ou de emergência) e parto vaginal instrumentado comparativamente com as mulheres que têm parto no sector público. No entanto, de uma forma geral, as instituições de saúde privada parecem aderir mais aos *standards* de cuidados da OMS (Lazzerini et al., 2022b).

Dados regionais

Numa análise mais focada em diferentes regiões geográficas, este suplemento proporciona informação relativa aos países da ex-Jugoslávia (Drandic et al., 2022), Letónia (Pumpure et al.,

2022), Luxemburgo (Arendt et al., 2022), Noruega (Nedberg et al., 2022), Portugal (Costa et al., 2022b), Roménia (Otelea et al., 2022) e Suíça (de Labrusse et al., 2022).

Os dados agregados dos países da ex-Jugoslávia (Bosnia-Herzegovina, Croácia, Eslovénia e Sérvia; Drandic et al., 2022) indicam que existe variabilidade entre países na qualidade dos cuidados materno-infantis, sendo que na Eslovénia os cuidados parecem alinhar-se mais com os *standards* da OMS, seguindo-se a Croácia, Bosnia-Herzegovina e Sérvia. Entre as mulheres que experienciam trabalho de parto, uma parte considerável reportou redução da qualidade dos cuidados devido à pandemia de COVID-19 (47.4%-62.3%), dificuldades no acesso a consultas pré-natais de rotina (40.1%-69.7%) e não lhes foi permitida uma companhia da sua escolha durante o parto (60.3%-98.1%). A taxa de episiotomias em partos vaginais variou entre cerca de 31% e 63%, ilustrando diferenças acentuadas na adoção desta prática. O tratamento indigno foi reportado por 21.5% a 62.8% das mulheres e o abuso por 11.0%-30.5% (Drandic et al., 2022).

Na Letónia, as mulheres mais jovens, com menor nível educacional, gestação múltipla, que experienciam parto instrumentado ou cesariana reportam menor qualidade dos cuidados prestados durante o parto (Pumpure et al., 2022). Para além disso, cerca de uma em cada três mulheres que experienciam trabalho de parto reportam não ter recebido alívio de dor durante o parto (35.3%) ou suporte à amamentação adequado (32.7%). Entre as que tiveram parto vaginal instrumentado, cerca de duas em cada três (66.4%) reportam ter experienciado manobra de Kristeller. Adicionalmente, quase uma em cada cinco mulheres reporta algum tipo de abuso.

No Luxemburgo, um dos países com melhor qualidade de cuidados de saúde materno-infantis comparativamente com outros países europeus (Lazzerini et al., 2021), as mulheres com nível educacional mais elevado e com cuidados de saúde privados reportam menor qualidade de cuidado (Arendt et al., 2022). O contrário ocorre na generalidade das regiões em que as instituições privadas parecem aderir mais aos *standards* da OMS (Lazzerini et al., 2021) ou, por exemplo, na Letónia, em que as mulheres com menor nível educacional reportam melhor qualidade de cuidados (Pumpure et al., 2022). Os cuidados no Luxemburgo aproximam-se dos *standards* da OMS, nomeadamente no que diz respeito às taxas de episiotomias (15% entre as mulheres com parto vaginal não instrumentado), liberdade de movimentos durante o parto (85.8%), contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora (99.4%), amamentação na primeira hora de vida (94.7%), amamentação exclusiva à data da alta (73%), ou suporte adequado à amamentação (83.8%). No entanto, há lacunas em algumas dimensões como por exemplo a oportunidade de escolha da posição de parto (39.3%), ou o consentimento informado (42.9%).

Os dados da Noruega (Nedberg et al., 2022) indicam elevadas taxas de adesão aos *standards* da OMS, por exemplo em termos de amamentação na primeira hora após o parto (91.5%) e contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora (96.5%), permissão para ficar com o bebé o tempo desejado (96.4%), liberdade de movimentos durante o parto (92.2%), respeito pela privacidade da mulher (87.9%) ou infraestruturas adequadas (90.0%). No entanto, há espaço para melhoria em algumas dimensões de cuidados, como o envolvimento nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos (25.9%) ou o consentimento informado (43.6%).

Em Portugal (Costa et al., 2022b) verificaram-se assimetrias regionais acentuadas nalguns dos indicadores de qualidade dos cuidados de saúde materno-infantis, como a proporção de partos vaginais instrumentados (22.3% a 33.5%), realização da manobra de Kristeller (34.8% a 66.7% em partos instrumentados), episiotomia (31.8% a 59.8% em partos vaginais não instrumentados), escolha de posição de parto (54.1% a 80.3%), presença de uma companhia durante

o parto (56.2% a 88.4%), suporte inadequado à amamentação (19.4% a 31.5%), ausência de contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora (6.2% a 25.1%), tratamento indigno (26.9% a 45.1%), ou algum tipo de abuso (17.8% a 32.2%).

Na Roménia (Otelea et al., 2022), a maior parte das mulheres reporta não ter sido permitida uma companhia da sua escolha no parto (93.4%), duas em cada três mulheres reportam episiotomia (no caso de parto vaginal não instrumentado), não ter amamentado ou ter contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e durante o resto da primeira hora (68.0%, 68.5% e 68.2%, respetivamente). Cerca de metade reporta não estar a fazer amamentação exclusiva à data de alta, suporte inadequado à amamentação e lacunas na atenção ou não ter sido envolvida nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos (52.3%, 47.9%, 43.9% e 48.7% respetivamente). Na generalidade, as mulheres que experienciam cesariana de emergência reportam menor qualidade dos cuidados comparativamente com as mulheres que experienciam outros tipos de parto.

Já na Suíça (de Labrusse et al., 2022), tal como em Portugal, foram encontradas assimetrias regionais na qualidade dos cuidados prestados no parto. Especificamente, as mulheres que tiveram cuidados nas regiões de língua francesa ou italiana reportaram pior qualidade dos cuidados comparativamente com as mulheres que receberam cuidados na região de língua alemã. Estas diferenças são notórias em dimensões de cuidados como a informação sobre o recém-nascido ou sobre sinais de alarme relativos à mulher ou ao bebé, a comunicação com os profissionais de saúde, ou o envolvimento nas escolhas de cuidados/tratamentos recebidos.

Outras evidências

Outras evidências proporcionadas pelo consórcio estão publicadas em artigos científicos focados em regiões específicas (ex. Artzi-Medvedik et al., 2023; Batram-Zantvoort et al., 2023; Geremia et al., 2023; Vik et al., 2023; Zaigham et al., 2022) ou em análises internacionais dentro da região europeia da OMS (e.g. Chertok et al., 2022). Por exemplo, Vik e colaboradores (2023) mostraram evidência de que a qualidade dos cuidados relacionados com a amamentação melhorou na Noruega no segundo ano de pandemia de COVID-19 comparativamente ao primeiro ano, nomeadamente ao nível do suporte adequado à amamentação. De facto, a melhoria do suporte à amamentação, juntamente com ter uma companhia durante o parto e melhoria das infraestruturas físicas, foram também temas emergentes num estudo qualitativo realizado em Itália (Geremia et al., 2023). Ainda no que diz respeito à amamentação, Artzi-Medvedik e colaboradores (2023) publicaram dados recolhidos em Israel que mostram que a multiparidade, amamentação na primeira hora após o parto e ter o bebé alojado no mesmo quarto durante o internamento associa-se com amamentação exclusiva à data de alta. A amamentação parece ser por isso uma das áreas que necessita de mais investimento a nível global dado que até nos países como a Suécia, com melhores indicadores de qualidade dos cuidados (Lazzerini et al., 2021), 36.8% das mulheres reportaram suporte inadequado à amamentação (Zaigham et al., 2022).

Investigação futura

O IMAGiNE GLOBAL prevê alargar significativamente o âmbito geográfico da sua próxima ronda de recolha de dados, incluindo um número mais alargado de países, distribuídos por diversos continentes e contextos, nomeadamente zonas de conflito armado, como é o caso da Ucrânia.

O questionário dirigido às mães e aos profissionais de saúde foi revisto e alargado, preservando simultaneamente todos os indicadores de qualidade previamente utilizados, de forma a assegurar a comparabilidade ao longo do tempo. A utilização de instrumentos padronizados de recolha de dados permitirá efetuar comparações entre países e, nos casos em que existam dados de rondas anteriores, possibilitará também a análise da evolução temporal, nomeadamente entre o período da pandemia de COVID-19 e o período subsequente.

Implicações e recomendações para as políticas de cuidados materno-infantis

Os dados do IMAGiNE GLOBAL evidenciam a urgência em desenvolver e implementar políticas de saúde eficazes que visem melhorar a QCMN na Região Europeia da OMS. É fundamental reduzir as desigualdades e garantir cuidados de elevada qualidade, baseados na evidência, equitativos, centrados na pessoa e respeitosos (Lazzerini et al., 2021; Costa et al., 2022a, 2022b). Para o efeito, é prioritário investir no desenvolvimento e implementação de sistemas de monitorização fidedignos, que permitam recolher, analisar e utilizar dados desagregados por características das utentes. O desenvolvimento de um indicador europeu para monitorizar a qualidade dos cuidados possibilita avaliar continuamente a QCMN e apoiar decisões políticas baseadas em evidência e adaptadas às necessidades específicas de cada mulher (Miani et al., 2022).

Financiamento

Este trabalho é financiado pelo Ministério da Saúde, Roma — Itália, em colaboração com o Instituto de Saúde Materno-Infantil IRCCS Burlo Garofolo, Trieste — Itália. O HEI-Lab é financiado pela FCT — Fundação para a Ciência e Tecnologia, I.P. através do projeto com a referência UIDB/05380/2020, e DOI <https://doi.org/10.54499/UIDB/05380/2020>. Raquel Costa é financiada pelo Fundo Social Europeu e pela FCT — Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P. (CEEC Individual 2023.06934.CEECIND; <https://doi.org/10.54499/2023.06934.CEECIND/CP2877/CT0001>).

Referências bibliográficas

- Arendt, M., Tasch, B., Conway, F., Lecomte, A., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth in Luxembourg during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 113-125. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14473>
- Artzi-Medvedik, R., Mariani, I., Valente, E. P., Lazzerini, M., & Chertok, I. A. (2023). Factors associated with exclusive breastfeeding in Israel during the COVID-19 pandemic: a subset of the IMAGiNE EURO cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 30. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00568-y>
- Batram-Zantvoort, S., Alaze, A., Lazzerini, M., Pessa Valente, E., Mariani, I., Covi, B., & Miani, C. (2023). Verletzte Geburtsintegrität während der COVID-19-Pandemie in Deutschland: Erfahrungen von Gebärenden mit der geburtshilflichen Versorgung [Violated birth integrity during the COVID-19 pandemic in Germany: experiences of women with maternity care]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(3), 302-311. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03667-7>

- Chertok, I. A., Artzi-Medvedik, R., Arendt, M., Sacks, E., Otelea, M. R., Rodrigues, C., Costa, R., Linden, K., Zaigham, M., Elden, H., Drandic, D., Grylka-Baeschlin, S., Miani, C., Valente, E. P., Covi, B., Lazzerini, M., & Mariani, I. (2022). Factors associated with exclusive breastfeeding at discharge during the COVID-19 pandemic in 17 WHO European Region countries. *International Breastfeeding Journal*, 17(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s13006-022-00517-1>
- Conway, F., Costa, R., Otelea, M., & Sacks, E. (Guest Editors, 2022). IMAGiNE EURO: Maternal perspectives on the quality of maternal and newborn facility-based health care around the time of childbirth in the WHO European Region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(Supplement 1), 1-154.
- Costa, R., Barata, C., Dias, H., Rodrigues, C., Santos, T., Mariani, I., Covi, B., Valente, E. P., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022b). Regional differences in the quality of maternal and neonatal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: Results from the IMAGiNE EURO study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 137-153. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14507>
- Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Covi, B., Mariani, I., Valente, E. P., Zaigham, M., Vik, E. S., Grylka-Baeschlin, S., Arendt, M., Santos, T., Wandschneider, L., Drglin, Z., Drandic, D., Radetic, J., Rozée, V., Elden, H., Mueller, A. N., Barata, C., Miani, C., ... IMAGiNE EURO study group (2022a). Quality of maternal and newborn care around the time of childbirth for migrant versus nonmigrant women during the COVID-19 pandemic: Results of the IMAGiNE EURO study in 11 countries of the WHO European region. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 39-53. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14472>
- Drandic, D., Drglin, Z., Mihevc Ponikvar, B., Bohinec, A., Cerimagic, A., Radetic, J., Rui icic, J., Kurbanovic, M., Covi, B., Valente, E. P., Mariani, I., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022). Women's perspectives on the quality of hospital maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: Results from the IMAGiNE EURO study in Slovenia, Croatia, Serbia, and Bosnia-Herzegovina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 54-69. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14457>
- de Labrusse, C., Abderhalden-Zellweger, A., Mariani, I., Pfund, A., Gemperle, M., Grylka-Baeschlin, S., Mueller, A. N., Valente, E. P., Covi, B., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of maternal and newborn care in Switzerland during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study based on WHO quality standards. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 70-84. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14456>
- Geremia, S., Valente, E. P., Mariani, I., Dalena, P., & Lazzerini, M. (2023). Women's suggestions on how to improve the quality of maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic in Italy: A co-occurrence network analysis. *Journal of Global Health*, 13, 06013. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.06013>
- Lazzerini, M., Argentini, G., Mariani, I., Covi, B., Semenzato, C., Lincetto, O., Muzigaba, M., & Valente, E. P. (2022a). WHO standards-based tool to measure women's views on the quality of care around the time of childbirth at facility level in the WHO European region: development and validation in Italy. *BMJ Open*, 12(2), e048195. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-048195>
- Lazzerini, M., Costa, R., Mariani, I., Vik, E. S., Elden, H., Linden, K., Zaigham, M., Liepinaitiene, A., Arendt, M., Drglin, Z., Sacks, E., Lincetto, O., Valente, E. P., & IMAGiNE EURO Study Group (2022c). Science and beyond science in the reporting of quality of facility-based maternal and newborn care during the COVID-19 pandemic-Authors' reply. *The Lancet Regional Health — Europe*, 20, 100488. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100488>
- Lazzerini, M., Covi, B., Mariani, I., Drglin, Z., Arendt, M., Nedberg, I. H., Elden, H., Costa, R., Drandic, D., Radetic, J., Otelea, M. R., Miani, C., Brigidi, S., Rozée, V., Ponikvar, B. M., Tasch, B., Kongslie, S., Linden, K., Barata, C., Kurbanovic, M., ... IMAGiNE EURO study group (2021). Quality of facility-based maternal and newborn care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: online survey investigating maternal perspectives in 12 countries of the WHO European Region. *The Lancet Regional Health Europe*, 13, 100268. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2021.100268>
- Lazzerini, M., Valente, E. P., Covi, B., Rozée, V., Costa, R., Otelea, M. R., Abderhalden-Zellweger, A., Wegrzynowska, M., Linden, K., Arendt, M., Brigidi, S., Miani, C., Pumpure, E., Radetic, J., Drandic, D., Cerimagic, A., Nedberg, I. H., Liepinaitiene, A., Rodrigues, C., de Labrusse, C., ... IMAGiNE EURO

study group (2022b). Rates of instrumental vaginal birth and cesarean and quality of maternal and newborn health care in private versus public facilities: Results of the IMAGiNE EURO study in 16 countries. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 22-38. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14458>

- Miani, C., Wandschneider, L., Batram-Zantvoort, S., Covi, B., Elden, H., Nedberg, I. H., Drglin, Z., Pumpure, E., Costa, R., Rozée, V., Otelea, M. R., Drandic, D., Radetic, J., Abderhalden-Zellweger, A., Cerimagic, A., Arendt, M., Mariani, I., Linden, K., Ponikvar, B. M., Jakovicka, D., ... IMAGiNE EURO study group (2022). Individual and country-level variables associated with the medicalization of birth: Multilevel analyses of IMAGiNE EURO data from 15 countries in the WHO European region. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159 Suppl 1, 9-21. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14459>
- National Institute of Health and Care Excellence (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies. (NICE clinical guideline 190). Published: 01/12/2014. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>.
- Nedberg, I. H., Vik, E. S., Kongslien, S., Mariani, I., Valente, E. P., Covi, B., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022). Quality of health care around the time of childbirth during the COVID-19 pandemic: Results from the IMAGiNE EURO study in Norway and trends over time. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 85-96. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14460>
- Otelea, M. R., Simionescu, A. A., Mariani, I., Valente, E. P., Nanu, M. I., Nanu, I., Handra, C. M., Covi, B., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO Study Group (2022). Women's assessment of the quality of hospital-based perinatal care by mode of birth in Romania during the COVID-19 pandemic: Results from the IMAGiNE EURO study. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 126-136. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14482>
- Pumpure, E., Jakovicka, D., Mariani, I., Vaska, A., Covi, B., Valente, E. P., Jansone-Šantare, G., Knoka, A. R., Vilcane, K. P., Rezeberga, D., Lazzerini, M., & IMAGiNE EURO study group (2022). Women's perspectives on the quality of maternal and newborn care in childbirth during the COVID-19 pandemic in Latvia: Results from the IMAGiNE EURO study on 40 WHO standards-based quality measures. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 159 Suppl 1(Suppl 1), 97-112. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14461>
- Valente, E. P., Covi, B., Mariani, I., Morano, S., Otelea, M., Nanu, I., Nanu, M. I., Elden, H., Linden, K., Zaigham, M., Vik, E. S., Kongslien, S., Nedberg, I., Costa, R., Rodrigues, C., Dias, H., Drandic, D., Kurbanovic, M., Sacks, E., Muzigaba, M., ... IMAGiNE EURO Study Group (2022). WHO Standards-based questionnaire to measure health workers' perspective on the quality of care around the time of childbirth in the WHO European region: development and mixed-methods validation in six countries. *BMJ open*, 12(4), e056753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056753>
- Vik, E. S., Kongslien, S., Nedberg, I. H., Mariani, I., Valente, E. P., Covi, B., & Lazzerini, M. (2023). Women's experiences and views on early breastfeeding during the COVID-19 pandemic in Norway: quantitative and qualitative findings from the IMAGiNE EURO study. *International Breastfeeding Journal*, 18(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s13006-023-00553-5>
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104.
- World Health Organization (2016). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Available at <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511216>
- Zaigham, M., Linden, K., Sengpiel, V., Mariani, I., Valente, E. P., Covi, B., Lazzerini, M., Elden, H., & IMAGiNE EURO Study Group (2022). Large gaps in the quality of healthcare experienced by Swedish mothers during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study based on WHO standards. *Women and Birth*, 35(6), 619-627. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.01.007>

Raquel Costa. Doutorada em Psicologia Clínica, Professora Associada na Universidade Lusófona, Investigadora e Diretora Executiva do HEI-Lab. Realizou pós-doutoramento no Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. No consórcio internacional IMAGiNE GLOBAL contribui para avaliar o respeito pelos direitos humanos nas instituições de saúde, especialmente os direitos das mulheres e recém-nascidos, e desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, com foco em populações vulneráveis, como migrantes.

Email: raquel.costa@ulusofona.pt | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-1614-540X>

Tiago Miguel Pinto. Professor Auxiliar na Universidade Lusófona, co-coordenador do Laboratório de Desenvolvimento e Psicopatologia e investigador integrado no HEI-Lab. Doutorado em Psicologia Aplicada, envolve-se ativamente no estudo da saúde mental perinatal, dos processos familiares e do desenvolvimento socio-emocional e saúde mental na infância, com produção científica de elevado impacto. É investigador em várias redes e projetos internacionais, nomeadamente no consórcio internacional IMAGiNE GLOBAL.

Email: tiago.pinto@ulusofona.pt | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-7581-8961>

Arianna Bomben. Assistente de investigação que, depois de se licenciar em Obstetrícia, em 2022 começou a colaborar com o Centro de Colaboração da OMS em Trieste em todos os aspectos do projeto nacional IMAGiNE e internacional IMAGiNE GLOBAL, com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde.

Email: arianna.bomben@burlo.trieste.it | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-7384-287X>

Margherita Camanni. Concluiu mestrados em Enfermagem e Bioestatística. Atua em investigação em saúde materna e neonatal, tendo participado (2017-2021) num estudo sobre epigenética e nutrição na gravidez. Desde 2024, colabora com o Centro Colaborador da OMS no Hospital Burlo Garofolo, em Trieste.

Email: margherita.camanni@burlo.trieste.it | *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0003-4023-6157>

Ilaria Mariani. Investigadora, parteira e bioestatística no Centro Colaborador da OMS para a Saúde Materna e Infantil, Trieste, Itália, desde 2019. Participa em vários projectos nacionais e internacionais relacionados com a saúde materna, neonatal e infantil para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Email: ilaria.mariani@burlo.trieste.it | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-8260-4788>

Maria Verdecchia. Coordenadora de Projetos, Epidemiologista sénior com ampla experiência em saúde pública, ONGs e OMS. Coordena o estudo multinacional IMAGiNE EURO, que visa melhorar a qualidade dos cuidados maternos e neonatais em 34 países da Região Europeia da OMS, com foco em planeamento estratégico, equidade, análise de dados e defesa dos direitos das mulheres.

Email: maria.verdecchia@burlo.trieste.it | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-0047-149X>

Marzia Lazzerini. Diretora e Professora Universitária de Saúde Global da Criança. Tem experiência de investigação e de trabalho de campo na área da saúde materna e infantil em mais de 30 países. Dirige, desde 2011, um Centro Colaborador da OMS para a Saúde Materna e Infantil. Em 2022, integrou a London School of Hygiene and Tropical Medicine como Professora na área da Saúde Global da Criança. É autora de mais de 200 publicações científicas; é membro de vários grupos oficiais da OMS/UNICEF.

Email: marzia.lazzerini@burlo.trieste.it | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-8608-2198>

Agradecimentos

Agradecemos às mulheres que dedicaram o seu tempo a completar o questionário, à Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP, Portugal) pelo suporte na disseminação do questionário e à enfermeira Louise Semião pela contra-tradução da versão portuguesa do questionário.

ANEXO 1

Consórcio IMAGiNE GLOBAL

Austria: Martina König-Bachmann, Christoph Zenzmaier, Health University of Applied Sciences, Innsbruck, Simon Imola, University of Applied Sciences Burgenland, Pinkafeld, Elisabeth D’Costa, Medical University of Innsbruck, Innsbruck; Belgium: Anna Galle, Silke D’Hauwers — CVV, University Center Nursery and Midwifery at Ghent University. Bosnia and Herzegovina: Amira Cerimagic, NGO Baby Steps, Sarajevo; Croatia: Daniela Drandić, Roda-Parents in Action, Zagreb; Magdalena Kurbanovic, Faculty of Health Studies, University of Rijeka, Rijeka; Cyprus: Ourania Kolokotroni, Eleni Hadjigeorgiou, Maria Karanikola, Nicos Middleton, Cyprus University of Technology School of Health Sciences, Ioli Orphanide Eteocleous, Birth Forward NGO; Czech Republic: Lenka Laubrova Zirovnicka, Association For Freestanding Birth Centres and Alongside Midwifery Units (APODAC), Miloslava Kramná, Healthy Parenting Association (APERIO); France: Rozée Virginie, Elise de La Rochebrochard, Sexual and Reproductive Health and Rights Research Unit, Institut National d’Études Démographiques (INED), Paris; Kristina Löfgren, Baby-friendly Hospital Initiative (IHAB); Germany: Céline Miani, Stephanie Batram-Zantvoort, Lisa Wandschneider, Department of Epidemiology and International Public Health, School of Public Health, Bielefeld University, Bielefeld; Greece: Antigoni Sarantaki, Dimitra Metallinou, Department of Midwifery, School of Health and Care Sciences, University of West Attica, Athens, Greece; Italy: Marzia Lazzerini, Emanuelle Pessa Valente, Maria Verdecchia, Margherita Camanni, Arianna Bomben, Ilaria Mariani, Institute for Maternal and Child Health IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste; Sandra Morano, Medical School and Midwifery School, Genoa University, Genoa; Israel: Ilana Chertok, Ohio University, School of Nursing, Athens, Ohio, USA and Ruppin Academic Center, Department of Nursing, Emek Hefer; Rada Artzi-Medvedik, Department of Nursing, The Recanati School for Community Health Professions, Faculty of Health Sciences at Ben-Gurion University (BGU) of the Negev; Latvia: Elizabete Pumpure, Dace Rezeberga, Gita Jansone-Šantare, Department of Obstetrics and Gynecology, Riga Stradins University and Riga Maternity Hospital, Riga; Darta Jakovicka, Faculty of Medicine, Riga Stradins University, Riga; Agnija Vaska, Riga Maternity Hospital, Riga; Anna Regina Knoka, Faculty of Medicine, Riga Stradins University, Riga; Katrina Paula Vilcane, Faculty of Public Health and Social Welfare, Riga Stradins University, Riga; Lithuania: Alina Liepinaitiene, Andi elika Kondrakova, Kaunas University of Applied Sciences, Kaunas; Marija Mizgaitiene, Simona Juciute, Kaunas Hospital of the Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas; Luxembourg: Maryse Arendt, Professional Association of Lactation Consultants in Luxembourg; Barbara Tasch, Professional Association of Lactation Consultants in Luxembourg and Neonatal Intensive Care Unit, KannerKlinik, Centre Hospitalier de Luxembourg, Luxembourg; Netherlands: Enrico Lopriore, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands, Thomas Van den Akker, Athena Institute, Vrije Universiteit, Amsterdam, Netherlands. Norway: Ingvild Hersoug Nedberg, Sigrun Kongslie, Department of Community Medicine, UiT The Arctic University of Norway, Tromsø; Eline Skirnisdottir Vik, Department of Health and Caring Sciences, Western Norway University of Applied Sciences, Bergen; Poland: Barbara Baranowska, Urszula TatajPuzyna, Maria Wegrzynowska, Department of Midwifery, Centre of Postgraduate Medical Education, Warsaw; Portugal: Raquel Costa, EPIUnit — Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto; Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional, Porto; Lusófona University/HEI-Lab: Digital Human-environment Interaction Labs, Lisbon; Catarina Barata, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa; Teresa Santos,

Universidade Europeia, Lisboa and Plataforma CatólicaMed/Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS) da Universidade Católica Portuguesa, Lisbon; Carina Rodrigues, EPIUnit — Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Porto and Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional, Porto; Heloísa Dias, Regional Health Administration of the Algarve; Romania: Marina Ruxandra Otelea, University of Medicine and Pharmacy Carol Davila, Bucharest and SAMAS Association, Bucharest; Serbia: Jelena Radetic, Jovana Rucic, Centar za mame, Belgrade; Slovenia: Zalka Drglin, Barbara Mihevc Ponikvar, Anja Bohinec, National Institute of Public Health, Ljubljana; Spain: Serena Brigidi, Department of Anthropology, Philosophy and Social Work, Medical Anthropology Research Center (MARC), Rovira i Virgili University (URV), Tarragona; Lara Martín Castañeda, Institut Català de la Salut, Generalitat de Catalunya; Sweden: Helen Elden, Verena Sengpiel, Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg and Department of Obstetrics and Gynecology, Region Västra Götaland, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg; Karolina Linden, Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg; Mehreen Zaigham, Department of Obstetrics and Gynecology, Institution of Clinical Sciences Lund, Lund University, Lund and Skåne University Hospital, Malmö; Switzerland: Claire de Labrusse, Alessia Abderhalden, Anouck Pfund, Harriet Thorn, School of Health Sciences (HESAV), HES-SO University of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Lausanne; Susanne Grylka-Baeschlin, Michael Gemperle, Antonia N. Mueller, Research Institute of Midwifery, School of Health Sciences, ZHAW Zurich University of Applied Sciences, Wintertur.

Capítulo 2

Avances y desafíos de la salud materna en América Latina a 30 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

Perspectivas para una agenda post-2024

Jovita Ortiz Contreras

Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido
Universidad de Chile, Chile

Macarena Martínez Órdenes

Departamento de Promoción de Salud de la Mujer y el Recién Nacido
Universidad de Chile, Chile

Resumen: La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 representó un punto de inflexión en la salud materna de América Latina al destacar la planificación familiar, la atención obstétrica de calidad y la protección de los derechos reproductivos como aspectos esenciales del bienestar de las mujeres y del desarrollo poblacional. Desde entonces, la región ha registrado avances en la cobertura institucional del parto, la profesionalización de la atención perinatal y la adopción de políticas públicas para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, la persistencia de desigualdades geográficas, económicas y culturales plantea importantes desafíos. Mientras algunas áreas exhiben un uso excesivo de intervenciones médicas, con tasas elevadas de cesáreas, otras carecen de recursos básicos, limitando la capacidad de las mujeres de acceder a servicios básicos y de emergencia obstétrica. Factores como la gestación adolescente, la violencia obstétrica y las brechas de género continúan incidiendo en la posibilidad de alcanzar una maternidad segura, agravada por fenómenos emergentes o megatendencias como las crisis sociosanitarias, la migración y la crisis climática. En este capítulo se analizan los logros e iniciativas impulsadas desde la CIPD, se exponen los principales desafíos pendientes y se discute la relevancia de incorporar enfoques interculturales y la perspectiva transgeneracional. Además, se plantean líneas de acción encaminadas a fortalecer la equidad y la autonomía de las mujeres, proyectando los avances obtenidos hacia futuras generaciones, en sintonía con la visión de desarrollo sostenible, la justicia social y el reconocimiento pleno de los derechos reproductivos.

Palabras clave: salud materna, mortalidad materna, América Latina, equidad en salud.

Introducción

La salud materna ocupa un lugar en las agendas de políticas públicas de América Latina desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, que reafirmó el derecho de las mujeres a la planificación familiar, la atención obstétrica de calidad y la autonomía reproductiva. Antes de dicha conferencia, muchas de las estrategias sanitarias se enfocaban principalmente en el control de la fecundidad, sin abordar la amplitud de determinantes sociales que afectan la supervivencia y el bienestar de las mujeres durante la gestación, el parto y el posparto. La CIPD sentó las bases para un giro conceptual que reconoce los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos y destaca la importancia de un enfoque de género y de justicia social (PNUD, 2019).

Tres décadas después, la región exhibe mejoras, y también retrocesos en los indicadores vinculados a salud materna (WHO, 2024). Los principales avances se han atribuido principalmente a la expansión de la cobertura institucional de la atención del parto, la adopción de

protocolos clínicos basados en evidencia y el avance en la formación de recursos humanos especializados (Miller et al., 2016; CEPAL, 2023). Sin embargo, las disparidades persisten, revelando la existencia de realidades muy distintas dentro del mismo continente. Mientras en algunas zonas urbanas se registra un uso excesivo de tecnología y prácticas quirúrgicas, en áreas rurales o de difícil acceso la falta de infraestructura y personal capacitado continúa poniendo en riesgo la vida de mujeres gestantes (Sáenz et al., 2024). La acelerada transición de países que entregan “muy poco y muy tarde” a “entregar mucho y muy rápido” es uno de los desafíos que enfrenta Latinoamérica para abordar la salud materna desde una perspectiva de real equidad (Miller et al 2016).

La salud materna, además, se inserta en un contexto socioeconómico que influye en el acceso a servicios esenciales. Factores como la migración, principalmente forzada, la crisis climática y la violencia de género inciden de manera importante en la capacidad de las mujeres para recibir una atención reproductiva y perinatal adecuada y oportuna (Ortiz Contreras et al., 2021; Chapman et al., 2023). Esto es de especial relevancia al considerar el enfoque transgeneracional, el cual destaca que los cuidados, riesgos o carencias enfrentados por las gestantes repercuten no solo en forma directa, sino también en la salud de las futuras generaciones, perpetuando o rompiendo ciclos de vulnerabilidad (Hanson & Gluckman, 2014). Atender esta multidimensionalidad de la salud materna es imprescindible para consolidar los avances que la CIPD impulsó y proyectarlos hacia una agenda post-2024 que responda equitativa y eficientemente a la diversidad cultural, económica, política y geográfica de América Latina.

En las secciones siguientes se exponen los principales logros obtenidos desde 1994, se describen los desafíos y las brechas persistentes y se plantean reflexiones y perspectivas que contribuyan al desarrollo de políticas orientadas a la equidad y la protección de los derechos reproductivos, con miras a una maternidad segura, digna y libre de discriminación.

Avances desde 1994 hasta la actualidad

La CIPD fijó como uno de sus compromisos centrales reducir la mortalidad materna mediante políticas de planificación familiar, fortalecimiento de los servicios obstétricos y promoción de la equidad de género. A partir de ella, numerosos países latinoamericanos iniciaron reformas encaminadas a dotar de mayor cobertura y calidad a la atención prenatal y al parto, así como a incrementar la disponibilidad de métodos anticonceptivos. Este impulso político, acompañado de financiamiento externo e interno, generó avances en diversas esferas.

La ampliación de la cobertura profesional del parto se ha mencionado como uno de los avances más relevantes. Antes de 1994, el parto institucional no era la norma en amplias zonas de la región, lo que conllevaba un retraso en la detección de complicaciones obstétricas. Actualmente, según la CEPAL, más del 94% de los nacimientos en América Latina son asistidos por personal sanitario entrenado, facilitando la implementación de protocolos para manejar emergencias obstétricas (CEPAL, 2023; Miller et al., 2016). Países como Chile, Costa Rica y Uruguay reportan bajas Razones de Mortalidad Materna (RMM) gracias a las mejoras en formación profesional, infraestructura y a programas de atención prenatal que han sido reforzados a lo largo de los años (PAHO, 2023).

El aumento del número de matronas, enfermeras obstétricas, y gineco-obstetras coincide con la adopción de protocolos basados en evidencia que permiten intervenciones seguras. Prácticas como la administración profiláctica de oxitocina en la tercera etapa del parto, tratamientos antibióticos oportunos y el monitoreo adecuado de la preeclampsia han contribuido a

reducir las defunciones ligadas a causas directas (Souza et al., 2016). Además, la incorporación de la partería profesional se ha visto reforzada en países con tradición formativa, donde las matronas participan activamente en la vigilancia y la educación prenatal, así como en la detección temprana de complicaciones.

La planificación familiar, otra recomendación central de la CIPD, ha tomado relevancia en la política sanitaria de la región. Varios países promovieron la gratuidad de los métodos anticonceptivos, acompañada de campañas de educación sexual para prevenir gestaciones no deseadas y los riesgos asociados a ausencia de atención prenatal. Brasil, México y Colombia destacan por haber implementado programas que buscan ofrecer métodos anticonceptivos de larga duración, incluida la anticoncepción de emergencia (Makuch et al., 2010). Estas iniciativas se han traducido en una reducción de gestaciones no planificadas y, por ende, en menores complicaciones obstétricas. Sin embargo, las disparidades internas son amplias, y la tasa de gestación adolescente sigue siendo elevada, particularmente en sectores rurales donde la educación sexual a menudo se enfrenta a barreras sociales y religiosas (Banda et al., 2017).

En cuanto a la mejora de los sistemas de información, la introducción de la “búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas” ha refinado la detección y el registro de defunciones vinculadas a la gestación, revelando casos que no se clasificaban inicialmente como obstétricos. Países como México y Argentina han liderado esta estrategia, detectando muertes por causas indirectas o tardías que antes se excluían de las estadísticas (Torres et al., 2014; De Mucio et al., 2024). Este perfeccionamiento en la calidad de los datos ha permitido un diseño más focalizado de las políticas públicas, prestando atención a factores de riesgo subyacentes y realzando la importancia de la continuidad del cuidado tras el parto.

La adopción de protocolos clínicos, impulsada por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha contribuido a la uniformidad y calidad de la atención, reduciendo la variabilidad de las prácticas obstétricas (OMS, 2022). Por ejemplo, la prevención activa de la hemorragia posparto ha mostrado resultados positivos en la reducción de complicaciones. Asimismo, la formación continua de los profesionales de la salud refuerza la atención respetuosa y la perspectiva de género, promoviendo una experiencia positiva durante el embarazo, parto y postparto (OMS, 2016; OMS, 2018, OMS, 2022).

Por su parte, la interculturalidad se ha convertido en otro eje de los avances, especialmente en regiones con amplia presencia de comunidades indígenas o afrodescendientes. Varios proyectos en países andinos han integrado a las parteras tradicionales y a los líderes comunitarios en los equipos de salud, facilitando la derivación oportuna de gestantes que presenten factores de riesgo. Este enfoque no solo reduce las distancias sociales entre las comunidades y el sistema de salud, sino que también previene la desconfianza y promueve la aceptación de las recomendaciones obstétricas (OMS, 2022). De esta forma, la participación activa de la comunidad y la adecuación cultural de los servicios afianzan la idea de que la salud materna trasciende lo meramente biomédico y debe contemplar la diversidad de prácticas y cosmovisiones.

En conjunto, estos avances reflejan la impronta de la CIPD en el diseño de políticas y la evolución de los sistemas sanitarios. Sin embargo, la región no es ajena a la complejidad: fenómenos como la denominada “transición obstétrica” evidencian que, mientras algunas zonas luchan contra muertes maternas por causas directas, otras enfrentan problemas de sobreuso de tecnología y cesáreas innecesarias (Souza et al., 2014; Chaves et al., 2015). Este escenario multifacético muestra la necesidad de soluciones diferenciadas y hace emerger nuevos retos.

Principales desafíos y brechas persistentes

A pesar de los logros descritos, América Latina conserva disparidades que dificultan la garantía universal de una maternidad segura y digna. Las desigualdades geográficas se perciben en zonas rurales, periurbanas y en territorios de difícil acceso, donde los servicios de emergencia obstétrica pueden hallarse a horas de distancia y las vías de comunicación están en mal estado (Chaves et al., 2015). El equipamiento limitado y la falta de personal especializado, entre otras múltiples causas subyacentes conducen a retrasos en la atención, lo que eleva el riesgo de mortalidad materna, la cual aumentó un 17% entre el 2000 y el 2020 en la región (PAHO, 2023).

Por su parte, las brechas de género se revela a través de múltiples instancias. La violencia obstétrica, entendida como cualquier acto que atente contra la autonomía de las mujeres durante la atención perinatal, es una de sus máximas expresiones (Banda et al., 2017). Aunque algunos países han tipificado esta forma de violencia, la jerarquía del conocimiento, la falta de capacitación y la persistencia de sesgos culturales mantienen este fenómeno. Asimismo, las barreras legales y sociales limitan el acceso a servicios de aborto en aquellos lugares donde existe alguna causal legal, exponiendo a las mujeres a la clandestinidad y elevando la morbilidad y la mortalidad maternas por abortos inseguros (Tobasía-Hege et al, 2019).

Así mismo, la gestación adolescente continúa siendo un indicador de alerta en la región. Incluso con la expansión de la planificación familiar, las tasas de fecundidad en menores de 19 años se mantienen entre las más elevadas del planeta (Banda et al., 2017). Detrás de estas cifras operan múltiples factores, como la violencia sexual, la carencia de oportunidades educativas y económicas, y los roles de género que restringen la toma de decisiones de las adolescentes. La interrupción de la trayectoria escolar y la asunción temprana de responsabilidades parentales perpetúan la pobreza y limitan las posibilidades laborales, formando un círculo vicioso que afecta tanto a las adolescentes como a sus hijas e hijos.

Por otra parte, mientras en algunas subregiones persiste un acceso obstétrico limitado, en otras, con sistemas hospitalarios consolidados, el uso excesivo de intervenciones médicas se convierte en un desafío adicional, sobre todo en zonas urbanas. La tasa de cesáreas supera a menudo el 50% de los partos en instituciones privadas y se acerca peligrosamente a esa cifra en instituciones públicas, reflejando un intervencionismo que la OMS no considera justificado cuando no existe indicación médica (Souza et al., 2016). Además de encarecer la atención, las cesáreas innecesarias pueden generar complicaciones, restringiendo las opciones de la mujer y, afectando potencialmente a futuras gestaciones (Keag et al, 2018). Este sobreuso de tecnología coexiste, paradójicamente, con la ausencia de insumos básicos en otras regiones, manifestando la polarización dentro de un mismo continente.

La migración forzada, motivada por crisis políticas, económicas o climáticas, posiciona a las mujeres en una situación de vulnerabilidad extrema. El desplazamiento rompe las redes de apoyo comunitario y dificulta la continuidad de los servicios básicos esenciales en salud reproductiva (Ortiz Contreras et al., 2021). Este hecho se agrava en países que restringen el acceso de personas migrantes a servicios de salud, generando gestaciones desatendidas y partos de alto riesgo en entornos informales. De igual modo, la crisis climática y los desastres naturales exponen a las gestantes a inseguridad alimentaria, destrucción de infraestructura y estrés psicosocial, lo que demanda planes de contingencia que incluyan componentes de salud reproductiva.

La pandemia de COVID-19 evidenció la fragilidad de los sistemas de salud. La reasignación de recursos humanos y materiales hacia la atención de la emergencia sanitaria se tradujo en la postergación de atenciones prenatales y en diagnósticos tardíos de complicaciones

(Chapman et al., 2023). Adicionalmente, el temor al contagio limitó la asistencia a centros de salud, incrementando el riesgo de complicaciones graves. Algunos informes muestran un alza en la mortalidad materna asociada a la infección por SARS-CoV-2 y la demora en obtener atención especializada, lo cual afectó de manera exacerbada a poblaciones más vulnerables (PAHO, 2023). Esto pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la resiliencia sanitaria y adoptar estrategias de innovación tecnológica, así como de atención domiciliaria, para sostener la continuidad de los cuidados obstétricos en circunstancias excepcionales.

Por último, la fragmentación de los sistemas de salud y el financiamiento insuficiente cierran el cuadro de obstáculos. La superposición de subsistemas (público, privado y de seguridad social) afecta la coordinación y la estandarización de procedimientos, generando discontinuidades que deterioran la calidad de la atención (OMS, 2022). Muchas mujeres cambian de proveedor de salud entre el continuo de atención, lo que dificulta el seguimiento clínico. Además, el presupuesto limitado para ampliar cobertura e infraestructura perpetúa la brecha entre zonas con abundantes recursos y aquellas con carencias críticas (De Mucio et al., 2024).

Reflexiones finales y perspectivas

El balance de los últimos 30 años pone de relieve la incidencia positiva que puede tener un compromiso político sostenido con la salud materna, reflejado en mejoras de los indicadores y en la ampliación de los servicios obstétricos. Sin embargo, los contrastes intrarregionales y los nuevos contextos de crisis revelan las fragilidades que aún subsisten. La “transición obstétrica” expresa un panorama en el que algunos territorios aún enfrentan muertes por causas directas evitables, mientras otros lidian con la sobremedicalización y las consecuencias de intervenciones innecesarias (Souza et al., 2014; Chaves et al., 2015). Este cuadro exige estrategias diferenciadas que puedan responder a realidades heterogéneas y ecosistémicas (Souza et al., 2024).

El enfoque transgeneracional enfatiza que la inversión en la salud reproductiva no se limita a la reducción inmediata de la mortalidad, sino que también repercute en la salud infantil y en la cohesión social a largo plazo (Hanson & Gluckman, 2014). La atención oportuna de complicaciones, la prevención de la gestación adolescente y la lucha contra la violencia obstétrica no solo salvan vidas, sino que también inciden en el bienestar de familias y comunidades, ofreciendo oportunidades para romper ciclos intergeneracionales de pobreza y exclusión.

La experiencia de la pandemia de COVID-19 ha revalorizado la necesidad de planes de contingencia y de respuestas flexibles que mantengan activa la atención materna, incluso en situaciones de emergencia global. De este modo, la migración, la crisis climática y la inseguridad alimentaria añaden capas de complejidad que requieren la intervención coordinada de múltiples sectores. Es imperativo fortalecer la resiliencia de los sistemas sanitarios y fomentar la digitalización de servicios, para afrontar los retos logísticos y éticos de la atención durante las crisis (Chapman et al., 2023).

Para consolidar los logros e impulsar nuevos avances, es fundamental el liderazgo político y la participación ciudadana. La salud materna trasciende el ámbito sanitario y se relaciona con la educación, la justicia, la movilidad y la protección social. La voluntad gubernamental de asignar recursos y regular de forma adecuada las prácticas obstétricas marca la diferencia entre reducir las brechas o profundizarlas. Del mismo modo, la apropiación comunitaria de las estrategias de salud materna garantiza la sostenibilidad de las intervenciones, promoviendo que las mujeres y sus familias se involucren en la detección temprana de complicaciones, el uso de métodos anticonceptivos y el cuestionamiento de las prácticas discriminatorias.

El reconocimiento de la violencia obstétrica como una manifestación de inequidad de género impulsa la necesidad de capacitación y supervisión del personal, así como la tipificación legal que permita prevenir conductas abusivas (Banda et al., 2017). Implementar espacios de escucha y retroalimentación con las usuarias se vuelve esencial para mejorar la calidad de la atención y promover una relación de confianza con los servicios de salud. Esto no se limita únicamente a la mujer, sino que se extiende a su entorno familiar y a su comunidad, fortaleciendo la red de apoyo y el acompañamiento social durante la gestación y el posparto.

La perspectiva intercultural se consolida como un factor fundamental para asegurar que los protocolos clínicos consideren las prácticas, lenguas y cosmovisiones de las comunidades. Asociar la medicina occidental con la sabiduría de las parteras tradicionales ha dado frutos en varios países, reduciendo la brecha entre el sistema de salud y la población que históricamente no se ha sentido incluida. Este diálogo intercultural, acompañado de un enfoque de derechos humanos, facilita la adecuada derivación a centros de mayor complejidad cuando la vida de la mujer o del feto corre peligro (OMS, 2022).

En lo que respecta a la formación de recursos humanos, es necesario impulsar la partería profesional con un currículo actualizado y una perspectiva de género, fomentando el liderazgo en la gestión sanitaria. Del mismo modo, la regulación del ejercicio profesional y la certificación de competencias contribuyen a uniformar la calidad de la atención en toda la región, evitando la disparidad de criterios y prácticas. Se requieren, además, espacios de investigación y desarrollo para fomentar innovaciones que aborden los problemas persistentes de manera eficiente y eficaz.

Hacia el futuro, la protección de los derechos reproductivos es fundamental para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), vinculada con la necesidad de una sociedad que reconozca la igualdad de género y la autonomía de las mujeres como pilares del progreso. Garantizar que ninguna mujer muera por causas prevenibles relacionadas con la gestación, el parto o el puerperio exige la movilización de recursos, la adopción de políticas de amplio alcance y la supervisión constante de los indicadores de salud materna, morbilidad severa y violencia obstétrica (Souza et al, 2024). Solo así se consolidará la visión planteada por la CIPD de que la salud materna es inseparable de los derechos humanos fundamentales.

Los avances de los últimos 30 años demuestran que la colaboración entre gobiernos, instituciones internacionales, comunidades locales y profesionales de la salud puede reducir las brechas en salud materna. Sin embargo, la persistencia de disparidades, la emergencia de amenazas globales y la resignificación de problemas como la violencia de género exigen respuestas más integrales. La apuesta por un enfoque transgeneracional e intercultural, sumado a la garantía de derechos reproductivos efectivos y la suficiencia financiera para sostenerlos, constituye la ruta para lograr una maternidad verdaderamente segura y justa en América Latina, haciendo honor al legado de la CIPD.

Referencias bibliográficas

- Banda, P. C., Odimegwu, C. O., Ntoimo, L. F. C., & Muchiri, E. (2017). Women at risk: Gender inequality and maternal health. *Women & Health*, 57(4), 405-429.
- CEPAL. (2023). Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado (indicador 3.1.2).
- Chapman, E., Romero, M., Sciurano, G., Ricca, J., Metcalfe, G., Ortiz-Contreras, J., et al. (2023). Rapid assessment of the factors contributing to the increase in maternal and perinatal mortality during the COVID-19 pandemic in the Latin American region. *Research Square*.

- Chaves, S. da C., Cecatti, J. G., Carroli, G., Lumbiganon, P., Hogue, C. J., Mori, R., et al. (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5), 203-210.
- De Mucio, B., Sanhueza, A., Soliz, P., García Saiso, S., Serruya, S., Jiménez, A. P., et al. (2024). Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas: información de calidad y su análisis para reducir la mortalidad materna. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e116.
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 15(1), e1002494.
- Hanson, M. A., & Gluckman, P. D. (2014). Early Developmental Conditioning of Later Health and Disease: Physiology or Pathophysiology? *Physiological Reviews*, 94(4), 1027-1076.
- Makuch, M. Y., Osis, M. J. D., & Faúndes, A. (2010). Contraception in Brazil: a success story? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(2), 118-126.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388, 2176-2192.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva*.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Vigilancia y respuesta a la muerte materna y perinatal: material de apoyo para la implementación para cada niño*.
- Ortiz Contreras, J., Quiroz, J., Carroza, M. B., & Díaz, M. (2021). Condición migratoria y salud materno-perinatal en mujeres inmigrantes en Chile. *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad*, 7(1), 17-27.
- Pan American Health Organization. (2023). *Hacia cero muertes maternas evitables*. IRIS.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). (2019). *Informe sobre Desarrollo Humano 2019: Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente*.
- Sáenz, R., Nigenda, G., Gómez-Duarte, I., et al. (2024). Persistent inequities in maternal mortality in Latin America and the Caribbean, 1990-2019. *International Journal for Equity in Health*, 23(1), 96.
- Souza, J. P., Tunçalp, Ö., Vogel, J., Bohren, M., Widmer, M., & Oladapo, O. (2014). Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG*, 121(Suppl 1), 1-4.
- Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., & Baguiya, A., et al. (2016). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*, 4(12), e920-e929.
- Souza, J. P., Day, L. T., Rezende-Gomes, A. C., Zhang, J., Mori, R., & Baguiya, A., et al. (2024). A global analysis of the determinants of maternal health and transitions in maternal mortality. *The Lancet Global Health*, 12(2), e306-e316.
- Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e36.
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R., & Torres, L. M., Rhenals, A. L., Jiménez, A., Ramírez-Villalobos, D., Urióstegui, R., & Piña, M. (2014). Búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas en México: el efecto en la distribución de las causas. *Salud Pública de México*, 56(4), 333-347.
- WHO (World Health Organization). (2024). *Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.

Jovita Ortiz Contreras. Profesora Asociada del Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido de la Universidad de Chile. Licenciada en Obstetricia (Matrona), Magíster en Salud Reproductiva, especialista en Perinatología. Consultora de UNFPA y de la OMS/OPS. Su carrera profesional se centra en la salud materna y salud pública, combinando el trabajo académico y la divulgación científica, para impulsar la investigación y desarrollar programas destinados a mejorar la atención perinatal y reducir la mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9576-3937>

Macarena Martínez Órdenes. Matrona, Magíster en Salud Pública con mención en Salud Materno-Infantil, becaria Fulbright 2016 y candidata a doctora en Salud Pública. Se desempeña como docente e investigadora en la Universidad de Chile. Su trabajo se centra en salud perinatal, derechos sexuales y reproductivos, e innovación docente, integrando la justicia climática como eje transversal. Su investigación estudia los efectos del cambio climático sobre los resultados perinatales.

Barreiras culturais, legais e sociais no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva das adolescentes e jovens raparigas dos 10 aos 24 anos na Guiné-Bissau

Cadija Mané

Consultora, Guiné-Bissau

Resumo: “A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades, em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo e às funções e processos” (Organização Mundial de Saúde, 2019). No entanto, esse estado está longe de ser plenamente vivenciado pelas adolescentes, raparigas e jovens mulheres, devido a uma série de barreiras e desafios no acesso aos serviços essenciais de saúde sexual e reprodutiva. O texto que aqui se pretende expor tem como objectivo analisar em parte alguns dos obstáculos à efectivação de políticas e estratégias de uma Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) na Guiné-Bissau, mais concretamente nas raparigas, adolescentes e jovens mulheres (RAJM) dos 10 aos 24 anos de idade, uma faixa etária pouco contemplada no que concerne a acções concretas de intervenção e de preocupação nas políticas públicas do país, sobretudo quando falamos da abordagem “Género e Direitos Humanos” nas questões concernentes à saúde, desde a estrutura, ao acesso aos serviços, e à qualificação dos recursos humanos na prestação dos serviços. A abordagem do direito à saúde, mais especificamente dos direitos sexuais, reprodutivos e do género, é neste sentido importante no que se refere à problemática da saúde, uma vez que os fatores socioculturais, aliados às determinantes de saúde identificadas pelas adolescentes e jovens raparigas, sobre o difícil acesso ao serviço de saúde, são algumas das razões pelas quais não há estímulo na procura dos serviços públicos.

Palavras-chave: jovens raparigas, direito à saúde, saúde sexual e reprodutiva, Guiné-Bissau.

Introdução

Em março de 2017, a Guiné-Bissau, por meio do Ministério da Saúde Pública, apresentou ao Fundo Global uma solicitação de financiamento para a continuidade de programas no âmbito da componente conjunta de VIH/Tuberculose.

Esta solicitação descrevia diversas questões importantes em matéria de género e direitos humanos, relacionadas sobretudo com as limitações sociais e culturais à mobilidade das mulheres, com níveis elevados de violência baseada no género contra as mulheres e raparigas e a escassez de cobertura de serviços para os jovens/adolescentes em geral, estes que são um grupo pouco contemplado nas políticas, programas e estratégias de saúde e mais especificamente de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Portanto, um grupo que merece particular atenção devido à suscetibilidade às infeções de transmissão sexual e à gravidez precoce e não desejada que termina na maior parte das vezes em aborto inseguro e demais complicações que afectam a saúde da mulher.

O Painel de Análise Técnica (PAT) examinou a solicitação de financiamento do país, tendo-a considerado estrategicamente focada e tecnicamente sólida, assim como apreciou o facto de o país reconhecer a importância da programação baseada no género e do acesso a tratamento pelas raparigas e mulheres jovens.

Porém, relativamente às limitações dos actuais esforços de melhoramento do acesso deste grupo, destacam-se as limitações culturais e religiosas, tais como o casamento entre gerações

diferentes, assim como certas tradições em que persistem as práticas socioculturais que instigam a promiscuidade e liberdade sexual nos jovens “*PNANHGA*”, que representa um exemplo, e consiste na entrega sexual de uma rapariga ou mulher ao jovem ou homem em cuja casa se encontra temporariamente hospedada (INEP & ENDA, 2009). Tendo também em conta a mobilidade das raparigas e mulheres jovens, os elevados níveis de violência doméstica e a mutilação genital feminina e considerando que as pessoas com menos de 25 anos constituem mais de 60% da população da Guiné-Bissau, o PAT recomendou que o país tome medidas com vista a avaliar as principais barreiras de género e direitos humanos ao acesso aos serviços de saúde para jovens, em especial para as mulheres e raparigas com menos de 25 anos, e a desenvolver um plano exequível de abordagem dessas barreiras.

É neste sentido que foi realizada esta consultoria, com o objetivo de elaborar um Plano Operacional de Género e de Direitos Humanos para reduzir os obstáculos enfrentados pelas raparigas adolescentes e as jovens, dos 10 aos 24 anos, no acesso a serviços de SSR relacionados com o VIH/TB na Guiné-Bissau.

Metodologia

A metodologia utilizada nesta consultoria baseou-se em consultas bibliográficas e reuniões com instituições relevantes. A equipa de consultores teve acesso a um conjunto de documentos relacionados à problemática da VIH e SSR, disponibilizados pelo *Country Coordination Mechanism* (CCM), assim como pelo Instituto da Juventude e pela Célula de Gestão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). O conhecimento técnico e empírico do conceito e dos processos transformacionais na Guiné-Bissau na temática contribui significativamente para enriquecer a trajectória e o conteúdo do plano.

Realizaram-se reuniões com o Ministério da Saúde Pública/PNDS e o CCM sobre a trajectória do plano, as expectativas e os anseios. Foram realizadas duas consultas nacionais. A primeira, com instituições públicas e organizações que atuam na área do VIH, permitiu recolher informações específicas sobre os desafios e experiências institucionais. A segunda, com as raparigas, adolescentes e jovens mulheres e um rapaz (totalizando 35 participantes de todas as regiões do país, através das diferentes organizações em que estão inseridos), que consistiu em sessões de discussão em formato de Djumbai² conduzidas em crioulo. As discussões foram em torno do acesso aos serviços de saúde, a conduta dos profissionais de saúde, os comportamentos sexuais, a participação efectiva dos jovens e a implementação das leis. De referir que as questões foram lançadas e foram os próprios que identificaram as barreiras e mais tarde, divididos em grupos, para cada barreira identificada, propuseram as eventuais soluções. As representantes das RAJM foram convidadas a indicar atividades prioritárias a serem incluídas no plano, de modo a garantir que as soluções propostas respondessem efetivamente às barreiras vivenciadas. A equipa técnica sistematizou as contribuições por dimensão temática e apresentou a versão preliminar do Plano Operacional em sessão plenária.

Por fim, foi realizada uma reunião com 37 representantes dos principais parceiros do Ministério da Saúde Pública (ONGs nacionais e internacionais, parceiros bilaterais do Ministério da Saúde — FNUAP e a UNICEF, a Liga Guineense dos Direitos Humanos, Secretariado Nacional de Luta Contra Sida, Rede Nacional de Pessoas Viventes com o VIH/Sida (PVVS), representante de *Men having Sex with Men* (MSM), representante das Trabalhadoras de Sexo (TS), Parlamento

2 Sinónimo de tertúlias em português.

Infantil, Conselho Nacional da Juventude), cujo objectivo se traduzia na auscultação sobre as prioridades e a planificação das organizações relativamente à temática das RAJM e igualmente se discutiu conceitos como o de direito à saúde, direito reprodutivo, saúde sexual, género e violência. Esses foram momentos de grande participação e animação e em que se observou um grau de apropriação bastante encorajador.

Perfil sociodemográfico

A Guiné-Bissau é um país localizado na costa ocidental de África, cuja superfície é de 36.125 Km² e uma população estimada de 2.105.566 habitantes³, cuja história, desde a independência, tem sido pautada pelas cíclicas crises políticas, o que tem provocado um profundo impacto negativo nas condições de vida da população, incluindo o seu direito à saúde. As mulheres representam 51% da população, jovens dos 0 aos 24 anos 62% e dos 15 aos 49 anos 49%. Dados apontam que 37% da população vive em zonas urbanas e 64,3% em zonas rurais⁴. O país é composto por mais de 30 grupos étnicos em que cada um tem os seus códigos culturais de vivências e percepções do que é a saúde, a doença e a morte.

As mulheres em idade de procriar representam quase metade dos efetivos femininos totais (49,6%). A taxa de fecundidade das adolescentes (15-19 anos) é de 106 por mil, e a percentagem de gravidez precoce (antes dos 18 anos) é de 28% entre as mulheres com 20-24 anos⁵. Estes fenómenos, acompanhados por certas práticas socioculturais, explicam esta conjuntura e situam as mulheres no centro desta problemática.

Algumas questões de saúde a considerar

No decorrer do trabalho e à medida que se ia realizando a análise documental e, para melhor compreensão, alguns elementos foram importantes para a análise da situação. Segundo o Plano de Desenvolvimento Sanitário — III, o raio de acessibilidade geográfica às estruturas sanitárias é de 5km, o que significa que mais de 66% da população não terá acesso geográfico aos serviços de saúde. Ainda segundo este documento, as doenças que mais afetam os adolescentes são o paludismo, as IST's (Infeções Sexualmente Transmissíveis)/VIH e défice do sistema imunitário. Ao olharmos para o grupo alvo deste trabalho e no que se refere a estratégias e programas da saúde, vamos constatar que as adolescentes e jovens raparigas dos 10 aos 24 anos de idade são pouco contempladas (grupo vulnerável a comportamentos de risco relacionados à precocidade da primeira relação sexual e à exploração sexual remunerada); as intervenções de prevenção alcançam poucos adolescentes e jovens dos 15 aos 24 anos, tanto os que frequentam a escola, como os que estão fora da escola, vendedores e trabalhadores do sexo (em exploração sexual); acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva limitado para adolescentes dos 15 aos 19 anos; fraca mobilização para o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte dos jovens dos 20 aos 24 anos, cujos comportamentos de risco são sustentados pela limitação do acesso a serviços de prevenção combinada, especialmente para jovens fora das escolas; fraca promoção do uso de preservativos e fraco acesso a serviços de testagem voluntária para o VIH, em particular em conexão com a proibição a menores de 18 anos inscrita da lei.

3 <https://population.un.org/wpp>.

4 Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS6, 2018-19.

5 Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS5, 2014.

Resultados

Apesar de se terem constatado intervenções no domínio da promoção dos direitos humanos, especificamente da participação feminina em diferentes sectores da sociedade, assim como a implementação de actividades de prevenção do VIH/TB e promoção de SSR, na análise efetuada relativamente ao acesso a serviços de saúde (SSR, VIH/SIDA e TB) pelas RAJM, foram identificadas, de acordo com a classificação feita por Padilla (2013), as principais barreiras, exógenas e endógenas, sendo que as barreiras exógenas comportam os aspetos da sociedade e do contexto geográfico, social, cultural e económico, não diretamente relacionadas com o sistema de saúde, mas que têm um impacto sobre a deterioração da saúde e falta de acesso aos cuidados de saúde.

Por outro lado, as barreiras endógenas são inerentes ao sistema de saúde e seus diferentes níveis (profissionais de saúde, centros de saúde, serviços administrativos e outros) e estão relacionadas com os processos de desempenho do sistema de saúde, as infraestruturas do sistema, a alocação interna de recursos e a eficácia da cobertura.

Barreiras exógenas identificadas

Os pontos identificados como barreiras exógenas refletem questões relacionadas com a falta de informação e/ou conhecimento relativamente à saúde sexual e reprodutiva e sobre contraceção. Mesmo quando a educação sexual existe nas escolas, esta pode ser de má qualidade. Também há ausência de educação sexual para adolescentes que não frequentam a escola, por exemplo as raparigas que casam cedo. Culturalmente pais e encarregados de educação não conversam com os seus filhos e suas filhas sobre a sexualidade.

A questão da disponibilidade dos serviços existentes nas estruturas de saúde e a necessidade de os utilizar, são muito pouco divulgadas, daí a falta de informação por parte dos jovens. Os poucos recursos financeiros por parte das adolescentes e jovens que lhes permitam aceder a estes serviços são igualmente uma barreira, uma vez que não têm rendimento próprio ou acesso a rendimento familiar.

As barreiras legais foram também mencionadas, sobretudo no que toca à Lei do VIH/nº5 que não permite que os menores de 18 anos possam ter acesso voluntário ao despiste do VIH sem consentimento dos pais ou encarregados de educação e, em muitas ocasiões, os prestadores de cuidados de saúde recusam prestar os serviços solicitados pelos adolescentes.

A falta de poder de decisão é um dos obstáculos muito mencionado, uma vez que a procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva em geral pelas raparigas e mulheres depende principalmente do parceiro. Estes (e também os pais) não apoiam o acesso a contraceptivos ou ao planeamento familiar não apenas por quererem ter filhos, mas também por insegurança temendo maior autonomia da mulher. A retenção e o abandono do uso de métodos modernos de Planeamento Familiar (PF) pelas mulheres são justificados pelo receio de efeito adverso e infertilidade e a falta de poder de decisão, que cabe, neste caso, ao homem.

O fenómeno do casamento forçado, precoce e combinado entre os pais, é igualmente um dos fatores que influencia o não acesso aos serviços de SSR por parte das adolescentes, raparigas e jovens mulheres, que sob o domínio da figura masculina (seja o pai, o marido, o tio, o irmão) dependem sempre da sua autorização. Dados apontam que em relação ao casamento precoce, 12% das mulheres atualmente casadas ou em união conjugal tem uma idade compreendida entre 15-19 anos, contra menos de 1% entre os homens da mesma faixa etária; 7% das mulheres entre 15-49 anos foram casadas ou começaram a viver em união conjugal antes dos

15 anos de idade, contra menos de 1% entre os homens do mesmo grupo de idades; enquanto 37% das mulheres entre 20-49 anos foram casadas ou começaram a viver em união conjugal antes dos 18 anos, contra apenas 4% dos homens da mesma faixa etária⁶.

Barreiras endógenas identificadas

Os pontos identificados como as barreiras endógenas reflectem questões relacionadas com a ética deontológica que não se verifica nos profissionais de saúde, pela sua forma de atendimento, a falta de sigilo e, em alguns casos, a falta de conhecimento e/ou preparação na abordagem às questões solicitadas pelo grupo-alvo e na transmissão da informação com recursos e estratégias mais inovadoras.

O aumento de custos dos serviços de saúde e custo de transporte, considerando que muitas das estruturas de saúde se localizam acima de um raio de 5km das suas comunidades, faz com que muitas adolescentes, raparigas e jovens mulheres deixem de ter acesso às consultas médicas, aos exames de diagnóstico e ao acompanhamento adequado dos tratamentos prescritos.

O facto de os Agentes de Saúde Comunitária (ASC), serem na sua maioria (80%) do sexo masculino, também impede muitas das vezes o acesso às estruturas de saúde.

As condições das infraestruturas são também um elemento que demonstra fragilidade, já que em muitas estruturas sanitárias ainda se verificam a falta de luz, de água e condições complicadas de saneamento.

Aspectos mais direccionados ao sistema de saúde invocam recursos humanos em saúde insuficientes, assim como a falta de serviços específicos para atendimento a adolescentes, jovens raparigas e mulheres. Em muitas estruturas de saúde não se verifica essa separação, uma sala pode servir tanto para o planeamento familiar, como para a nutrição ou outros serviços.

A ausência de dados desagregados por faixas etárias (10-14; 15-19; 20-24) dificulta a que sejam devidamente bem definidas estratégias e acções para cada grupo-alvo e melhorar as respostas.

Conclusão

No término desta consultoria, constatou-se ter havido alguns progressos, nomeadamente a criação de 15 centros de atendimento amigável para adolescentes e jovens nas estruturas sanitárias de Bafata, Gabu, SAB, a criação de um Centro Multifuncional — em parceria com a sociedade civil; os jovens têm acesso à informação e aos preservativos; o Plano de Prevenção combinada VIH/SIDA 2020-2023; e o alargamento de campanhas e sensibilização comunitária. Apesar desses progressos, constata-se ainda alguns desafios, no que toca ao fraco compromisso político, financiamento descontínuo e fraca coordenação entre os atores. Para além disso, é evidente a fraca capacidade de resposta no acesso a serviços para adolescentes e jovens: a localização dos serviços e de difícil acesso para jovens ou funcionam em horários não apropriados para serem frequentados por jovens, por exemplo, estudantes. E, na maioria dos casos, o atendimento/tratamento não são gratuitos nem têm preços acessíveis para adolescentes que não têm rendimentos próprios ou acesso ao rendimento familiar. A participação da população na formulação de políticas e em instituições relacionadas com os cuidados de saúde é limitada e da mesma forma não existe um mecanismo formal para que os indivíduos participem no

6 Multiple Indicator Cluster Surveys, MICS5, 2014.

processo governamental de tomada de decisão ou na revisão de leis ou políticas propostas.

Para garantir maior sustentabilidade, recomenda-se uma coordenação permanente entre os atores, com responsabilidades claramente definidas.

Do ponto de vista das leis, existe um quadro legal que baliza a intervenção da matéria e que permite a intervenção de múltiplos atores: Lei 12/2010 da SR e PF; Lei nº 5/2007 sobre VIH/SIDA; Lei nº 14/2011 para Prevenir, Combater e Suprimir a mutilação genital feminina, Lei 6/14 contra a violência doméstica. É fundamental que a aplicação destas leis seja efectiva e melhore consideravelmente a saúde sexual das adolescentes, das raparigas e das jovens mulheres.

Referências bibliográficas

INEP & ENDA. (2009). *Estudo EVA e MARA*. República da Guiné-Bissau.

Ministério da Saúde Pública, República da Guiné-Bissau. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III (2023-2028)*.

Ministère de l'Economie — Secrétariat d'Etat du Plan et à l'Intégration Régionale (2006). *Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, Guinée-Bissau, 2006, Rapport Final*. Bissau, Guinée-Bissau.

Organização Mundial de Saúde. (2019). *Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva*.

https://www.who.int/health-topics/reproductive-health#tab=tab_1

Padilla, B. (2013). Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU, Revista Interdisciplinar Da Mobilidade Humana*, 21(40).

<https://remhu.csem.org.br/index.php/remhu/article/view/363>

World Bank. (n.d.). *Population data*. <http://data.worldbank.org/indicator>

Cadija Mané. Socióloga com mais de 10 anos de experiência profissional no domínio da saúde pública e dos direitos humanos, principalmente na Guiné-Bissau, Burkina Faso, Angola e Cabo Verde. Formada no Programa de Gestão da Saúde Pública/VIH-Sida (OOAS) e em Políticas Públicas no âmbito do Programa Mandela Washington Fellowship na Universidade de Berkeley, Califórnia. Desempenhou funções como Secretária de Estado da Gestão Hospitalar, docente na Universidade Colinas de Boé e na Universidade Amílcar Cabral. Trabalhou como consultora e formadora em Género e Direitos Humanos.

Capítulo 4

Saúde sexual e reprodutiva dos estudantes de uma universidade em Cabo Verde

Dilma Miranda Pires

One Health Research Center (NEST-CV)

Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde

Deisa Cabral Semedo

One Health Research Center (NEST-CV)

Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde

Resumo: A saúde sexual e reprodutiva dos jovens universitários é uma prioridade nas políticas de saúde pública, considerando o aumento de comportamentos de risco nessa população, cujos padrões tendem a persistir na vida adulta, afetando a saúde e a qualidade de vida a longo prazo. Assim, é essencial implementar estratégias e intervenções contínuas para promover a saúde neste segmento populacional. Com esse objetivo, foi realizado um estudo transversal quantitativo numa universidade de Cabo Verde, com 251 estudantes, visando compreender os fatores que influenciam o conhecimento, as atitudes e os comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva. Os resultados mostraram que 88% dos estudantes já iniciaram a vida sexual, com 68% utilizando métodos contraceptivos na primeira relação. Além disso, 42,5% tiveram parceiros eventuais e 44,1% relataram o uso do álcool ou outras drogas durante as relações. Embora 97% dos estudantes afirmem possuir conhecimento sobre saúde sexual e reprodutiva, 70% consideram esse conhecimento como bom ou excelente. A internet foi a principal fonte de informação (76%), seguida por profissionais de saúde (63%). Esses resultados revelam uma franja expressiva de comportamentos de risco que precisam ser abordados através de intervenções educacionais para melhorar o conhecimento, atitudes e reduzir os comportamentos de risco. As universidades, nesse contexto, desempenham um papel fundamental na promoção de práticas mais seguras e responsáveis em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: saúde sexual e reprodutiva, comportamentos de risco, universitários, Cabo Verde.

Introdução

Cabo Verde (CV), um arquipélago situado a cerca de 550 quilómetros da costa ocidental africana, é composto por dez ilhas e treze ilhéus. Desde a sua independência, em 1975, o país tem registado avanços significativos, especialmente no setor da saúde. Esse progresso levou a Organização Oeste-Africana da Saúde (OOAS, 2018) a reconhecê-lo como o Estado-membro da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) com os melhores indicadores de saúde, consolidando-se como um exemplo de boas práticas na região.

O país tem uma população estimada em 491.233 habitantes, dos quais 53,7% são jovens, com esperança média de vida de 67,3 anos (homens) e 76,1 anos (mulheres) (World Bank, 2025).

A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994 reconheceu a Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), como um direito humano fundamental, estabelecendo um novo paradigma global e incentivando outras iniciativas. O Programa de Ação Cairo+5 (1999) reforçou como objetivos a redução da mortalidade materna, a saúde do adolescente e a prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida VIH/SIDA.

Em África, a Declaração de Abuja (2001) e o Plano de Ação de Maputo (2006) adaptaram esses princípios, focando no acesso universal aos serviços de SSR, na redução da mortalidade

materna e na Educação Sexual Integral. Contudo, desafios estruturais dificultam a implementação eficaz dessas políticas, especialmente devido à capacidade limitada dos sistemas de saúde locais (Moraes & Vitale, 2021).

Inspirado pelos compromissos estabelecidos no Cairo, CV instituiu, em 2001, o Programa Nacional de SSR, implementando políticas inovadoras que resultaram em melhorias mensuráveis nos indicadores dessa área (Vilela et al., 2018). Apesar dos avanços, o país continua a enfrentar desafios. O terceiro Inquérito Demográfico de Saúde Reprodutiva (IDSR III, 2018) identificou comportamentos de risco entre jovens, como início precoce da atividade sexual, múltiplos parceiros, uso irregular de preservativos e baixa testagem para o VIH. A taxa de gravidez na adolescência é de cerca de 19% ao ano, e 21% das mulheres entre 25 e 49 anos tiveram o primeiro filho antes dos 18 anos. Além disso, 30,2% dos jovens praticam sexo sob efeito de álcool ou drogas, e a primeira experiência sexual ocorre frequentemente sem informação adequada.

O ingresso no ensino superior marca autonomia, mas traz desafios como exigências académicas, afastamento social e maior liberdade, aumentando vulnerabilidades psicossociais, especialmente na saúde sexual. Os jovens ficam mais expostos a infeções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez não planeada e práticas sexuais inseguras. A situação agrava-se devido à baixa literacia em saúde e ao consumo de substâncias psicoativas, reforçando a necessidade de políticas integradas de apoio para proteger esta população (Sousa & Borges, 2016).

Os estudos evidenciam que comportamentos adotados na universidade como práticas sexuais de risco ou consumo de substâncias tendem a persistir na vida adulta, impactando negativamente a saúde a longo prazo (Belem et al., 2019). Isso levanta questões sobre o papel das instituições de ensino superior (IES) na promoção de hábitos saudáveis, sobretudo na SSR.

Dada a escassez de estudos sobre SSR em estudantes universitários cabo-verdianos, realizou-se um estudo transversal no âmbito de um mestrado em Saúde Pública. Neste capítulo, apresenta-se a análise descritiva dos conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com a SSR dessa população, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da temática.

Materiais e métodos

Este estudo, de caráter observacional, descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, teve como população-alvo os estudantes de licenciatura da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV), no Campus do Mindelo, durante o ano letivo de 2022/2023 (n=465). Utilizou-se uma amostragem não probabilística por recenseamento, com convite enviado por e-mail institucional. A amostra final foi composta por 251 estudantes, que aceitaram participar voluntariamente.

A recolha de dados foi feita com um questionário de autopreenchimento, baseado na matriz de conteúdos de educação sexual da Organização Mundial da Saúde OMS (2010), disponibilizado via Google Forms. A análise dos dados foi realizada com *Statistical Package for the Social Sciences SPSS 28.0*.

Apresentação e discussão dos resultados

O estudo identificou estudantes universitários maioritariamente mulheres, solteiros e católicos, com 22 anos em média, confirmando tendências nacionais e internacionais (Rodrigues, 2019; Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência [DGEEC], 2021).



Figura 4.1 Perfil sociodemográfico e económico dos estudantes universitários

Em CV, as mulheres representam cerca de 60% das matrículas no ensino superior, padrão semelhante ao observado no Brasil (72,8%), fruto do aumento de políticas públicas de igualdade e equidade do género.

A predominância feminina na amostra suscita uma reflexão sobre a SSR das mulheres em CV. Apesar dos avanços, persistem desafios como a maternidade precoce, o baixo uso de métodos contraceptivos entre jovens dos 15 aos 19 anos e a elevada incidência de VIH/SIDA entre mulheres, apesar da redução de 25% nos casos gerais (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2018). Estes dados reforçam a urgência de fortalecer a educação sexual e o acesso a serviços de SSR, promovendo comportamentos saudáveis e prevenindo infeções e gravidezes não planeadas entre jovens cabo-verdianas.

A ausência de ocupação remunerada afeta 73,3% dos estudantes, impactando as suas condições financeiras e autonomia, sobretudo das mulheres, que enfrentam desafios adicionais, como a desigualdade de género. Sabe-se que o fator económico é determinante da saúde (Alves et al., 2021) e, em CV, as desigualdades estruturais afetam mais as mulheres, como a pobreza e o desemprego (18% contra 12% nos homens), agravados pela violência. Dados indicam que 1 em cada 10 mulheres foi vítima de violência física (INE, 2024) o que compromete a sua autonomia corporal e a expõe a riscos como IST e maternidade não planeada. Estes fatores perpetuam ciclos de vulnerabilidade, especialmente em contextos de pobreza multidimensional que afeta cerca de 26% da população cabo-verdiana (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2022), exigindo políticas públicas com enfoque interseccional.

Em 54,1% dos casos, os estudantes estão deslocados das suas ilhas de origem, aumentando vulnerabilidades (Marques, 2022). A baixa escolaridade dos pais (61% e 46,6% apenas com ensino básico) pode limitar o acesso à informação sobre SSR (Cabral de Mello et al., 2017). Os solteiros apresentam maior propensão a comportamentos sexuais de risco (INE, 2018). Esses fatores reforçam a urgência de intervenções eficazes.

Os resultados deste estudo indicam que a maioria dos estudantes possui conhecimentos gerais sobre SSR (97,6%), em consonância com achados de pesquisas anteriores (Soliz et al., 2023; Castro et al., 2020). Além disso, 65,3% dos participantes avaliaram seus conhecimentos como “bons” ou “muito bons”, um dado relevante, pois, embora o conhecimento por si só não assegure mudanças comportamentais, ele é um elemento essencial para a tomada de decisões informadas e para a promoção da saúde sexual, conforme destacado pela UNESCO (2019). No entanto, é importante ressaltar que esta autoavaliação positiva, não necessariamente, reflete um domínio completo do tema. Estudos como os de Santos (2017) e Carvalho et al. (2017) identificaram lacunas significativas no conhecimento preventivo entre jovens, evidenciando a necessidade de aprimoramento contínuo das ações educativas. Essa constatação é particularmente relevante no contexto universitário, onde muitas vezes se presume, equivocadamente, que os estudantes já possuem conhecimentos consolidados sobre SSR (Matos et al., 2011).

Quanto às fontes de informação, a internet emergiu como principal recurso (76%), devido à sua acessibilidade e conveniência. Contudo, este dado exige cautela, pois a qualidade e confiabilidade das informações online podem variar consideravelmente (UNESCO et al., 2019). Paralelamente, os profissionais de saúde mostraram ser uma fonte importante (63%), reforçando seu papel estratégico na educação e prevenção (Aragão, 2017). Já a participação dos pais, embora relevante (45%), mostrou-se assimétrica, com maior envolvimento das mães — padrão também observado por Carvalho et al. (2017).

Estes resultados ressaltam o papel fundamental das IES na promoção da SSR. Como espaços privilegiados de produção e disseminação de conhecimento, assim as universidades devem implementar estratégias integradas que fortaleçam a educação baseada em evidências, desenvolvam competências para avaliação crítica das fontes de informação e integrem a SSR nas políticas institucionais de forma permanente (Gräf et al., 2020). Tais medidas contribuem para transformar o conhecimento em práticas mais seguras e saudáveis, beneficiando não apenas os estudantes, mas toda a comunidade.

Os dados também revelam que 88,4% dos participantes já iniciaram a sua vida sexual, sendo que a maioria o fez antes dos 18 anos. Além disso, uma parcela significativa (32%) teve a primeira relação antes dos 15 anos. Esses resultados estão alinhados com pesquisas anteriores, como o estudo de Silva (2014) em CV, que identificou uma idade média de 16,5 anos para a primeira relação, e com dados do IDSR-III (INE, 2018), que indicam que 45% dos jovens entre 15 e 24 anos tiveram relações sexuais antes dos 15 anos.

A iniciação sexual precoce observada neste estudo reflete uma tendência global, documentada em pesquisas no Brasil (Abreu, 2021), Portugal (Castro et al., 2020), e em países africanos como Angola (Trombeta, 2022).

Este fenómeno preocupa, pois está frequentemente associado a comportamentos de risco, incluindo o uso de substâncias, múltiplos parceiros e a não utilização de preservativos, e porque muitas vezes acontecem sem a devida orientação conforme destacado por Abreu (2021) e Nascimento et al. (2018).

O contexto da primeira relação sexual revela padrões interessantes: a experiência ocorreu predominantemente em casa (78,4%), com um parceiro fixo (60%) e de forma consensual (95%). Esses achados corroboram com os estudos de Pereira et al. (2022) e Gräf (2020), que destacam a tendência de os adolescentes iniciarem a vida sexual com parceiros conhecidos. As principais motivações relatadas foram prazer (64%), atração física (54%) e curiosidade (52%), fatores também identificados por Spinola (2020) e Araújo et al. (2023) como determinantes na iniciação sexual.

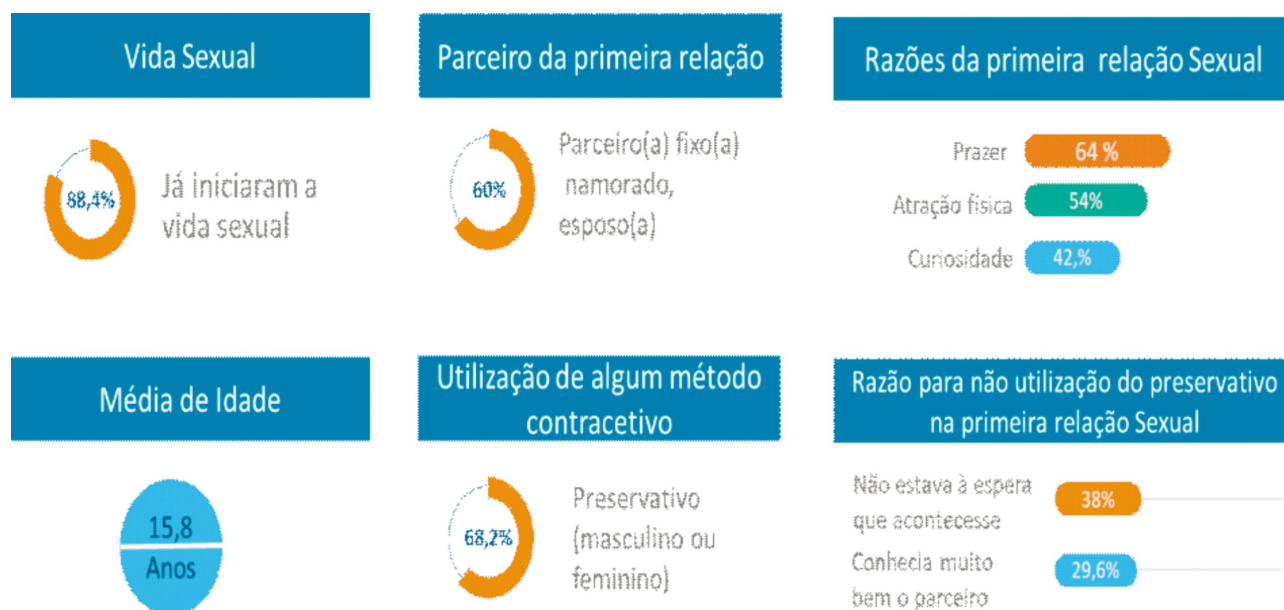


Figura 4.2 Indicadores sobre iniciação sexual

Em relação ao uso de métodos contraceptivos, observou-se que 68% dos participantes utilizaram preservativo na primeira relação. Entre os que não utilizaram, as principais razões para não uso incluíram não estar à espera de que a relação acontecesse (38%) e confiar no parceiro (39,6%). Esses dados são consistentes com os de Abreu (2021) e Nascimento et al. (2018). Chaves et al. (2014) identificaram como principais barreiras ao uso do preservativo a falta de acesso, o esquecimento e a inexperiência durante a primeira relação sexual.

Esses resultados evidenciam a necessidade urgente de intervenções, visando reduzir riscos e promover a saúde sexual entre os jovens. Tais ações devem estar alinhadas com as recomendações da UNESCO (2019) sobre educação sexual integrada.

O estudo revelou que 72% dos estudantes relataram ter tido mais de três parceiros sexuais ao longo da vida, com a tendência mais pronunciada entre aqueles que iniciaram a vida sexual precocemente e entre os do sexo masculino. Esses achados estão de acordo com outros estudos (Abreu, 2021; Spinola, 2020), que indicam uma predisposição significativa dos jovens para manter relações com múltiplos parceiros. Além disso, observou-se que os rapazes, em média, possuem mais parceiros do que as raparigas, dadas as diferenças culturais na percepção da sexualidade. Enquanto a multiplicidade de parceiros tende a ser socialmente aceita para os homens, muitas vezes é vista de forma negativa para as mulheres (Spindola et al., 2019).

A pesquisa também revelou que 42% dos estudantes tiveram relações sexuais com parceiros ocasionais, um dado alinhado com estudos anteriores, como o de Santos (2017), que encontrou 32% de estudantes universitários com parceiros ocasionais. O sexo ocasional é frequentemente encarado pelos jovens como uma forma de explorar a sexualidade sem compromisso, mas essa prática, quando associada à multiplicidade de parceiros e o uso inconsistente de preservativo, aumenta o risco de IST, conforme destacado por Abreu (2021).

O estudo revelou que apenas 27% dos estudantes utilizam sempre o preservativo com parceiros fixos, enquanto 87% o utilizam em relações ocasionais. Esse padrão de comportamento está em sintonia com os resultados de Moreira et al. (2018), que evidenciou uma maior

adesão ao uso do preservativo em relações ocasionais. A confiança no parceiro foi a principal razão apontada para a não utilização do preservativo em relações estáveis, um fator amplamente documentado na literatura. Spindola et al. (2019) mostram que a confiança no parceiro frequentemente substitui a percepção do risco, reduzindo a adesão aos métodos de proteção.

Esse comportamento, no entanto, pode aumentar a vulnerabilidade às IST, especialmente considerando que a fidelidade percebida nem sempre corresponde à realidade. Portanto, torna-se essencial reforçar ações educativas que incentivem o uso consistente do preservativo, independentemente do tipo de parceiro, promovendo a adoção de hábitos sexuais mais seguros.

Em 44,1% dos casos, os estudantes relataram ter tido relações sexuais sob efeito de álcool e outras drogas, sendo o álcool a substância mais utilizada (91,8%). Cerca de 33,1% acreditam que o álcool facilita encontros sexuais, corroborando estudos anteriores (Abreu, 2021; Castro et al., 2020). Este consumo eleva o risco de IST e gravidez não planeada, ao comprometer a capacidade de decisão e o uso de preservativos (Oliveira, 2020).

Estudos mostram que o consumo de álcool e outras substâncias reduz o discernimento e aumenta comportamentos de risco, afetando habilidades motoras e a percepção de perigo (Abreu, 2021; Gräf et al., 2020). Este padrão é frequente em festas universitárias (Santos, 2017). Assim, é essencial implementar programas de educação sexual que abordem os efeitos do álcool na tomada de decisões, desconstruam a normalização cultural do consumo, promovam o uso consistente de preservativos e reforcem políticas de prevenção em universidades.

Entre os jovens sexualmente ativos, 83,7% relataram já ter sido diagnosticados com alguma IST, enquanto 46,6% nunca realizaram rastreios de VIH/SIDA. Além disso, observamos no nosso estudo o uso inconsistente do preservativo, relações sexuais com múltiplos parceiros e o consumo de substâncias psicoativas, fatores que agravam ainda mais o risco para a SSR. Combinados, esses comportamentos aumentam significativamente a vulnerabilidade às IST, à gravidez não planeada e a outros problemas de SSR, evidenciando a necessidade de intervenções em educação sexual e estratégias de prevenção mais eficazes. No contexto reprodutivo, 25% dos estudantes enfrentaram gravidezes não planeadas, com as decisões divididas entre assumir a criança (54,5%) e optar pela interrupção (45,5%). Esta última prática é relativamente comum entre os jovens, que, muitas vezes, recorrem à interrupção da gravidez como um método contraceptivo. Embora a literatura indique que os jovens possuem conhecimento teórico sobre prevenção e transmissão de IST, os comportamentos de risco persistem. A OMS (2016) alerta que relações sexuais desprotegidas, associadas ao consumo de álcool e outras substâncias, são fatores de exposição significativos a IST.

Essa realidade complexa exige intervenções eficazes, sendo a universidade enquanto espaço privilegiado de formação e crescimento pessoal, um ambiente fundamental para promover a saúde sexual entre os estudantes. A instituição deve assumir um papel ativo na redução da discrepância entre conhecimento e prática, incentivando comportamentos sexuais mais seguros e responsáveis na comunidade universitária. É importante destacar que as intervenções devem ser realizadas de maneira intersectorial, pois a situação configura um problema de saúde pública que demanda uma ação coordenada entre IES, serviços de saúde e autoridades competentes.

Conclusão

A SSR é reconhecida como um direito humano fundamental, de acordo com a CIPD de 1994. Em CV, apesar dos avanços significativos na saúde, o país enfrenta desafios persistentes,

principalmente entre os jovens universitários, cujos comportamentos de risco, como o início precoce da atividade sexual, o uso inconsistente de preservativos, múltiplos parceiros e o consumo de substâncias psicoativas, aumentam a vulnerabilidade às IST e gravidezes não planeadas. A pesquisa realizada com estudantes universitários revelou que, embora a maioria tenha um conhecimento geral satisfatório sobre SSR e utilize o preservativo na primeira relação sexual, persiste uma alta taxa de comportamentos de risco. A maioria dos estudantes, predominantemente do sexo feminino, com idade média de 22 anos, mora com os pais e não tem atividade laboral. As principais fontes de informação sobre SSR para esses estudantes são a internet e profissionais de saúde. Esses achados ressaltam a importância de implementar estratégias eficazes de educação sexual tanto nas universidades como nas comunidades, com o objetivo de melhorar o comportamento sexual dos jovens e reduzir os riscos associados a práticas sexuais inseguras.

A capacitação de profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, é fundamental para apoiar a promoção da SSR, além de proporcionar um ambiente universitário propício à adoção de práticas mais responsáveis e seguras. Investir em educação sexual integral sobre a SSR como nos recomenda a UNESCO, não apenas melhora os conhecimentos e comportamentos dos jovens, mas também contribui para a saúde pública, reduzindo a incidência de IST e gravidez não planeada, e promovendo o bem-estar geral.

As universidades, como espaços de produção de conhecimento, devem assumir um papel ativo na promoção da saúde sexual, colaborando com serviços de saúde locais para garantir o acesso dos estudantes a cuidados médicos e apoio. Além disso, devem criar uma cultura de informação e apoio que incentive o desenvolvimento de práticas saudáveis e responsáveis, com benefícios duradouros para a comunidade acadêmica e para a sociedade como um todo.

Embora este estudo tenha adotado uma abordagem descritiva da saúde sexual e reprodutiva dos estudantes, considera-se imprescindível que futuras investigações aprofundem as questões relacionadas com o gênero, a violência e, sobretudo, os determinantes sociais que moldam os comportamentos observados. A inclusão desses fatores permitirá uma análise mais holística e interseccional da saúde dos estudantes, constituindo uma base sólida para a formulação de políticas públicas mais eficazes e sensíveis às especificidades de cada contexto.

É fundamental, também, fortalecer as políticas de SSR em Cabo Verde, especialmente no ambiente universitário, com o objetivo de formar uma geração mais informada, responsável e saudável. Isso contribuirá significativamente para a melhoria da saúde sexual e reprodutiva dos jovens e, conseqüentemente, para a saúde pública do país a longo prazo.

Referências bibliográficas

- Aragão, L. D. C. R. R. (2017). Adolescência e sexualidade: conhecimentos, atitudes, comportamentos e traços de personalidade de estudantes do ensino secundário do distrito de Bragança (Master's thesis, Instituto Politecnico de Braganca (Portugal))
- Abreu, T. O. (2021). Representações sociais de jovens universitários sobre infecções sexualmente transmissíveis e sua relação com as práticas de prevenção (Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Alves, J. da SA, Martinelli, KG., Viana, MC., Gama, SGN da, & Santos-Neto, ET dos. (2021). Fatores socioeconômicos que influenciam a percepção de adolescentes sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (13), e572101321494. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21494>

- Araújo, W. J. S., Bragagnollo, G. R., Galvão, D. L. S., Brandão Neto, W., Camargo, R. A. A. de, & Monteiro, E. M. L. M. (2023). Male adolescents' early sexual initiation in the context of gender diversity. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 32, e20220285. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0285en>
- Belem, I. C., Camargo, D. A. D., & Both, J. (2019). Diferentes comportamentos do estilo de vida de Universitários do curso de Educação Física. *Pensar em Movimiento: Revista de ciencias del ejercicio y la salud*, 17(2), 49-64.
- Cabral de Mello, M., de Souza, M., dos Santos, A. F. P., de Oliveira, R. A., & Toledo Vianna, J. F. (2017). Escolaridade dos pais e comportamentos de risco em saúde dos filhos: análise de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4039-4048. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.30422017>
- Carvalho, C. P., Pinheiro, M. R. M., Gouveia, J. P., & Vilar, D. R. (2017). Conhecimentos sobre sexualidade: Construção e validação de um instrumento de avaliação para adolescentes em contexto escolar. *Revista Portuguesa de Educação*, 30(2), 249-274. DOI: 10.21814/rpe.9032
- Carvalho, E. (2014). Estudantes universitários e estilos de vida: Um estudo numa instituição de Cabo Verde (Dissertação de mestrado). Universidade de Cabo Verde, Departamento de Ciência e Tecnologia.
- Castro, J. F. D., Almeida, C. M. T., & Rodrigues, V. M. C. P. (2020). A (des) educação contraceptiva dos jovens universitários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE201901306.
- Chaves, A. C. P., Bezerra, E. O., Pereira, M. L. D., & Wolfgang, W. (2014). Conhecimentos e atitudes de adolescentes de uma escola pública sobre a transmissão sexual do VIH. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67, 48-53.
- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC). (2021). Estatísticas da Educação 2021. Ministério da Educação e Ciência. <https://www.dgeec.medu.pt/>
- Gräf, D. D., Mesenburg, M. A., & Fassa, A. G. (2020). Comportamento sexual de risco e fatores associados em universitários de uma cidade do Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 54, 41.
- Instituto Nacional de Estatística (2024). Mulheres e Homens em Cabo Verde: Factos e Números 2024. Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <https://ine.cv/wp-content/uploads/2024/08/homens-e-mulheres-em-cabo-verde-fatos-e-numeros-2024-corrigido.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). Inquérito Demográfico e de Saúde Reprodutiva (IDSR-III) 2018.
- Marques, H. D. M. (2022). Vinculação, regulação emocional e níveis de burnout em estudantes universitários (Master's thesis, Universidade Autónoma de Lisboa (Portugal)).
- Matos, M. G., Simões, C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., & Equipa Aventura Social. (2011). A saúde dos adolescentes portugueses: Relatório do estudo HBSC 2010. ACS/FMH/UTL/CMDT-UNL.
- Moraes, S. P. de, & Vitale, M. S. de S. (2021). Educação em saúde e direitos sexuais e reprodutivos na adolescência [Livro eletrónico]. Uniedusul. <https://doi.org/10.51324/86010893>
- Moreira, L. R., Dumith, S. C., & Paludo, S. D. S. (2018). Uso de preservativos na última relação sexual entre universitários: quantos usam e quem são?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 1255-1266.
- Nascimento, B. da S., Spindola, T., Pimentel, M. R. A. R., Ramos, R. C. de A., Costa, R. S., & Teixeira, R. S. (2018). El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enfermería Global*, 17(49), 237-269.
- Oliveira, C. S. R. (2020). O cuidado com a saúde sexual de jovens universitários em tempos de infecções sexualmente transmissíveis [Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro]. Repositório Institucional UERJ. <https://www.bdt.uerj.br:8443/handle/1/18384>
- Organização Mundial da Saúde. (2010). Matriz de conteúdos de educação sexual (Documento de referência). Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9789241599690/en/>
- Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa. (2016). Saúde sexual: ficha informativa, 5 de setembro de 2016. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/378570>
- Organização Oeste-Africana da Saúde (OOAS). (2018). Relatório anual 2018: Resumo das atividades . Recuperado de <https://www.wahooas.org/web-ooas/sites/default/files/publications/1843/waho-annual-2018-summary-report.pdf>

- Pereira, L. M., Leite, P. L., Torres, F. A. F., Lima, M. R. L., de Vasconcelos, M. N., Machado, L. D. S., & da Silva, M. R. F. (2022). Conhecimentos e atitudes de adolescentes escolares sobre saúde sexual e reprodutiva. *Hu Revista*, 48, 1-10.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (2022). Medindo a pobreza multidimensional em Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de <https://ine.cv/publicacoes/medindo-a-pobreza-multidimensional-em-cabo-verde/>
- Rodrigues, L. (2019). Potencial Transformador do Ensino Superior em Cabo Verde. *Revista Teias*, 20(56), 11-35.
- Santos, M. J. (2017). Saúde sexual e reprodutiva de estudantes do ensino superior: Contributo para o desenvolvimento de programas de intervenção [Tese de doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto].
- Silva, V. O. F. L. da. (2014). Conhecimento de estudantes universitários sobre a transmissão das IST/VIH-SIDA e o uso do preservativo [Dissertação de Mestrado, Universidade de Cabo Verde; Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” — UNESP]
- Soliz, C. D. A., Barros, A. D. C. L., & González, A. F. M. (2023). Conhecimento de métodos de planejamento familiar e saúde sexual em universitários. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(1), 3515-3530. <https://doi.org/10.5935/2675-5407.20230056>
- Sousa, K. J. Q. de, & Borges, G. F. (2016). Estilo de vida, atividade física e coeficiente acadêmico de universitários do interior do Amazonas-Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 20(4), 277-284. <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/24000>
- Spindola, T., Passos Sodré, C., Oliveira, C. S. R., Oliveira, B. I., Santana, R. S. C., & André, N. L. N. O. (2019). Práticas sexuais e cuidados relacionados à saúde sexual de graduandos de enfermagem frente às infecções sexualmente transmissíveis. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 9(1), 57-70.
- Spinola, M. C. R. (2020). Fatores associados a in cia   sexual precoce de adolescentes em Santarém, Pará. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 19(1).
- The World Bank. (2025). Country profile: Cape Verde. New York, NY: World Bank.
- Trombeta, A. M. C. (2022). Gravidez na Adolescência: Um olhar sobre a saúde sexual e reprodutiva no acesso   informação e   funcionalidade familiar das adolescentes grávidas em Luanda (Angola) [Tese de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade NOVA de Lisboa, Curso de Mestrado em Saúde Pública]. Lisboa.
- Unesco et al., 2019. Orientações técnicas internacionais de educação em sexualidade: uma abordagem baseada em evidências, UNESCO: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Brasil.
- Villela, W. V., Lima, R. W., & Brito, C. F. D. (2018). O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva de Cabo Verde: alcances, limites e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), 3631-3636.

Dilma Miranda Pires. Enfermeira, mestre em Saúde Pública e doutoranda em Saúde Internacional pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT-NOVA). Coordenadora Adjunta do Grupo Disciplinar de Enfermagem da Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) e membro do One Health Research Center. Desenvolve projetos de intervenção em contexto universitário, integra o Consórcio Internacional da Faculdade de Administração Pública da Universidade de Liubliana (Eslov nia), em colaboração com (IHMT-NOVA), no estudo internacional “Perceção dos Estudantes sobre o ChatGPT”.
E-mail: dilma.pires@docente.unicv.edu.cv | *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0003-7662-1583>

Deisa Cabral Semedo. Professora/investigadora na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV).   enfermeira doutora em Enfermagem, mestre em Saúde Pública e especialista em Gerontologia e Geriatria. Representa os docentes no Conselho Universitário e coordena o Gabinete de Saúde da Uni-CV. Coordena o Núcleo de Saúde do One Health Research Center (NEST-CV). É membro do Centro de Investigação e Formação em G nero e Família (CIGEF) e do grupo de estudos em Gerontologia, Enfermagem/Saúde e Educação no Brasil. Revisora de revistas internacionais.

Los derechos sexuales y (no) reproductivos en espacios subnacionales de Argentina

Estado de situación de los territorios provinciales

Carla Mora Augier

Universidad Nacional de Quilmes/Conicet, Argentina

Resumen: Este capítulo presenta la situación de la salud sexual y (no) reproductiva en espacios subnacionales y las posibilidades de acceso de mujeres cis a las políticas públicas existentes. Proponemos observar el aseguramiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos en territorios provinciales históricamente conocidos por la pregnancia de culturas religiosas y neoconservadoras, en el marco de un país con una importante tradición legalista y de reconocimiento de derechos humanos. En un contexto de ajuste a partir de 2023, el desmantelamiento y desfinanciamiento de políticas de género, salud sexual y (no) reproductiva afecta especialmente el acceso a estos espacios de personas que no tienen cobertura privada de salud. Proponemos un acercamiento a los derechos sexuales y (no) reproductivos (Brown, 2008) desde las ciencias sociales, tema que no es exclusivo de lo legal y jurídico. Más bien, está integrado por lo político, el análisis de los actores intervinientes, sus intereses, la aparición de disputas sociales y luchas que pendulan entre ámbitos más simbólicos y espacios sociales y políticos, y la convivencia de todos ellos. Resulta instrumental también el concepto de *gobernanza reproductiva* (Morgan y Roberts, 2012), para observar con detenimiento a los distintos actores, tipos de materialidades y discursos que se hacen presentes cuando la reproducción es puesta en cuestión en provincias como Tucumán, Argentina.

Palabras clave: salud sexual y (no) reproductiva, derechos de las mujeres, políticas públicas, territorios subnacionales, Argentina.

Introducción

Este texto expone la situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos⁷ en Argentina en el campo de la salud para analizar los procesos más allá de la dicotomía reproductivo/no reproductivo (Brown, 2014).

En particular, nos interesa la aplicación de las leyes de este ámbito en espacios subnacionales como la provincia de Tucumán, en el noroeste del país, en particular la anticoncepción y la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE), ambas prácticas legalizadas para su protección y aseguramiento por parte del Estado. Pero la situación de los derechos sexuales y (no) reproductivos es particular en regiones con una histórica pregnancia de lógicas neoconservadoras en sus instituciones y en sus actores de relevancia.

Argentina es un país federal y, en el ámbito de la salud, las provincias poseen la facultad de legislar y aplicar con autonomía las normativas. Por lo general, el problema no reside en el reconocimiento de los derechos, sino en su implementación y protección (Schuster y García Jurado, 2006). La adscripción a los tratados internacionales y su incorporación en los movimientos feministas implicaron un impulso para la creación de políticas públicas. Pero este proceso no sucedió libre de tensiones y discrepancias dentro de los territorios.

7 Usamos la forma acuñada por Brown (2014), con el *no* entre paréntesis, para enfatizar la posibilidad de separar la sexualidad de la reproducción. Esto será usado tanto para los derechos como para la salud.

Propuestas teóricas para pensar la salud sexual y (no) reproductiva

Tomamos el concepto de gobernanza reproductiva (Morgan y Roberts, 2012) como herramienta conceptual para enfocarnos en las distintas configuraciones de actores (el Estado, las religiones, las instituciones financiadoras internacionales, las ONGs y los movimientos sociales) y cómo las mismas usan los controles legislativos existentes. Esta noción permite vincular los regímenes morales personificados y biologicistas con las estrategias políticas nacionales y las lógicas económicas globales, de las que no podemos desligarnos. En Latinoamérica, la gobernanza reproductiva se ha adaptado a cada país y cada configuración nacional y transnacional produce nuevos tipos de actores en el campo de los derechos reproductivos.

Tenemos en cuenta que está promovida “desde arriba” (El Kotni y Singer, 2019), es decir, llega a las y los ciudadanos en forma de leyes, normativas, políticas públicas, edictos religiosos y programas estatales, y también están incluidos en el cuidado sanitario, el discurso público y los mensajes de los medios de comunicación, entre otros (El Kotni y Singer, 2019). Por esto, utilizar sus lentes nos permite estudiar a los diferentes grupos de actores, discursos y materialidades y elementos que funcionan a veces como obstaculizadores y otras como facilitadores para las usuarias del sistema público de salud.

En este caso tenemos en cuenta que los derechos sociales se vuelven esenciales para el cumplimiento y efectivización de los derechos sexuales, reproductivos o no. En este sentido, es responsabilidad de los estados y de sus instituciones implementar esas condiciones, tanto materiales como infraestructurales, servicios de salud integrales y accesibles, bien provistos y con información clara, así como educación e ingresos para que las personas puedan acceder a mecanismos de toma de decisiones (Correa y Petchesky, 2001). Incluyen el bienestar social, la seguridad personal y la libertad política de todas las personas.

En la actualidad observamos persistentes desigualdades de clase en las prácticas reproductivas: hay quienes pueden pagar una medicina privada y acceden a recursos especializados y modernos; el resto queda excluido debido a la falta de capital y otras privaciones. En resumen, un sector de la población es relegado y su planificación de la reproducción continúa siendo bajo condiciones precarias y sin acceso a una salud de calidad (Jelin, 2017).

El camino a la legalización del aborto en Argentina

Una primera instancia a considerar en el camino hacia la despenalización de la IVE fue la sanción de la Ley de Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante LSSyPR), N° 25.673. Surge luego de que la escena política local e internacional se apropiase de términos como “salud reproductiva”, “derechos humanos” y “derechos sexuales y reproductivos”, y los volviera más familiar[es] a oídos de la sociedad (Petracci y Pecheny, 2007, p. 37).

En década de los 90 se posibilita el debate sobre la reproducción y el aborto como temas urgentes, pues “para los feminismos y movimientos afines, una de las reivindicaciones vedettes de los noventa fueron los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos” (Brown, 2008, p. 287). Por una parte, en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de Viena 1993 es ratificada la universalidad del principio de igualdad y no discriminación entre mujeres y hombres. Luego, en las Conferencias de las Naciones Unidas como El Cairo en 1994 y Beijing en 1995 se afianza que todas las personas puedan gozar del más alto nivel de

salud sexual y reproductiva, y que los derechos reproductivos son derechos humanos básicos. Además, se pone la atención en el género más que en las mujeres y se reconoce la existencia de los derechos sexuales (Brown, 2008; Straw, 2017).

En este gran contexto, la LSSyPR llega para impulsar, por primera vez, que el Estado argentino debe asumir la responsabilidad de la brecha entre quienes pueden y quienes no pueden acceder a servicios de salud sexual: el debate subyacente es la responsabilidad del Estado en la disposición de servicios públicos de salud reproductiva. Como instrumento propio del derecho, permitió la conversación sobre los derechos reproductivos dentro de un marco permeable para ello (Rodríguez et al., 2005) y, además, se ajusta a los lineamientos de avanzada propuestos por los tratados internacionales (Iriarte, 2014).

Al poseer potestad de legislar en materia de salud, las jurisdicciones del país presentan aplicaciones disímiles y, por ejemplo, únicamente Tucumán carece de legislación propia en la materia o adhesión a la ley nacional, pero dispone de convenios entre el programa nacional y el local Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

La “salida del clóset”: ocupación del espacio público y despenalización

El campo de los derechos sexuales venía fortaleciéndose desde los 90, pero faltaba la legalización del aborto voluntario. Desde 2005, la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito⁸ impulsaba incansablemente esta lucha. Conformada por participantes de muy diversos signos políticos, con un claro reclamo común e histórico para el feminismo argentino (Felitti, 2021), se erige como actor de importancia.

En el derrotero, en 2015 los feminismos pasan a un lugar central en las discusiones cotidianas, en las universidades, en las redes sociales y en los medios masivos de comunicación debido al masivo reclamo por el cese de los femicidios, conocido como #NiUnaMenos. Un grupo autoconvocado de periodistas, comunicadoras, actrices y escritoras argentinas impulsa la “salida del clóset” del feminismo debido al hartazgo ante la violencia machista.

A esto se suma que, en 2018, el debate invade los espacios legislativos cuando se discute un proyecto de IVE en el Congreso nacional. Para acompañar las sesiones, la movilización de personas de todas las edades invaden las calles junto al característico pañuelo verde que representa la lucha de la Campaña. Este año será recordado como el de “la Marea verde” en referencia a la energía de las juventudes que preeminentemente esgrimen el color verde y se apropian de la lucha.

Aunque no es legalizada, la práctica comienza a ser vista con otros ojos, y el contexto social también muta desde la estigmatización a la aceptación (Fernández Vázquez y Brown, 2019). Los argumentos esgrimidos durante el debate, en el que desfilan diversos expertos y expertas en salud pública, derecho, sociología, estudios de género e inclusive mujeres que cuentan su experiencia personal, habilitan esta evolución.

A pesar de no ser totalmente despenalizado, desde 2012 los profesionales defienden las llamadas “causales”, contempladas en el Código Penal de la Nación argentina desde 1921. Según su Artículo 86, un aborto es no punible en caso de que *corra peligro de vida la mujer embarazada, o si el embarazo proviniese de una violación*. Esto fue aclarado por el Fallo F. A. L. que emitió la Corte Suprema de Justicia, en 2012, tras la judicialización de un aborto solicitado por una joven de 15 años violada por su padrastro. El fallo explica correctamente las causales e insta a que los

8 Para conocer más de su historia, actualidad y actividades que lleva a cabo la Campaña: <http://www.abortolegal.com.ar/about/>

establecimientos generen condiciones mínimas de seguridad para el procedimiento, garanticen el acceso a la información y la confidencialidad y eliminen dilaciones innecesarias (Mora Augier, 2020).

En este sentido, profesionales de la salud y activismos a nivel nacional como las Socorristas en Red⁹, la Campaña o la Red de profesionales por el derecho a decidir¹⁰ (nacida luego del debate parlamentario), informaban y acompañaban abortos enmarcados en la causal por salud integral. Se trata de una figura de resistencia que entiende la elección de la persona gestante, ante la falla o ausencia de métodos anticonceptivos o por causa de violencia sexual. La situación ampara el daño a la salud mental y psicológica de las personas solicitantes de un embarazo no deseado.

A pesar de los obstáculos persistentes, los hitos que mencionamos prepararon el campo para lo que conocemos como despenalización social del aborto. Al llegar el 2020, durante la Pandemia, la discusión tuvo puntos ya saldados y contó con el apoyo de grandes sectores de la sociedad argentina, e incluso latinoamericana. Como explica Felitti (2021), la Ley de IVE apela a la “autonomía de la voluntad”, lo que implica un importante cambio de paradigma: “Dentro de un plazo de 14 semanas inclusive, ya no es necesaria una justificación, las causales que antes debían exponerse: es suficiente que una mujer o persona con capacidad de gestar requiera una IVE en el ejercicio de su voluntad y de su derecho.” (Felitti, 2021, p. 10).

La aprobación en el Senado de la Ley 27.610 implicaba que la salud pública y la privada deben ofrecer gratuita e integralmente la práctica, en un plazo máximo de 10 días desde la solicitud. Los discursos del debate no estuvieron exentos de resistencias: mientras que los feminismos apuntaban a la soberanía de la persona gestante y al derecho a decidir, quienes se oponían al aborto focalizaban en el derecho del no nacido como superior.

Sin embargo, en la práctica y en los territorios el aseguramiento de este derecho sigue siendo fuertemente resistido. Al ponerse la sexualidad en el centro de la escena así como la elección de formas de vida desligadas de la expectativa social de la maternidad, las objeciones y cuestionamientos morales aparecen para cuestionar y en muchas ocasiones limitar el acceso de las mujeres a una IVE.

Los que día a día reciben y alojan las inquietudes de las mujeres tucumanas conviven con directores de hospitales que muchas veces no obstaculizan de manera directa, pero ni impulsan campañas de información, ni difunden a la comunidad o capacitan al personal de salud. Es decir, no aseguran que el derecho logrado llegue del papel a la persona que lo necesita.

El caso de Tucumán

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación cumple con la función de coordinación, regulación y asistencia técnica entre los tres niveles jurisdiccionales (nacional, provincial y municipal) y entre los subsectores en que está dividida la salud: estatal, seguridad social y privado. Al ser un país federal, cada nivel de gobierno administra de manera autónoma, en este caso, su subsistema estatal.

En el caso de Tucumán, centro económico, científico, tecnológico y cultural del noroeste del país (NOA), existe un Programa provincial de Salud sexual y reproductiva, que depende del Sistema Provincial de Salud¹¹ y asegura una salud sexual y procreación responsable libre

9 Sitio web de las Socorristas en Red para conocer su historia y relevancia: <https://socorristasenred.org/quienes-somos/>

10 Para conocer más sobre la Red a nivel nacional puede consultarse su sitio web: <http://redsaluddecidir.org/>

de discriminación, coacciones o violencia; previene embarazos no deseados; entre otros. Sin embargo, tanto la ley nacional como el programa provincial se desarrollan en lugares impregnados por lógicas conservadoras y con actores religiosos fortalecidos.

En esta línea, tras más de 20 años de sanción, la provincia aún no adhirió formalmente a la Ley nacional 25.673. El trabajo que proyecta el Programa provincial debe abarcar un sistema de salud compuesto por 320 Centros de Atención Primaria (Caps), una institución de Maternidad y ginecología y cuatro hospitales de alta complejidad, además de las policlínicas y hospitales menores. En una entrevista de 2019, una trabajadora del programa¹² señaló que el mismo contaba solamente con tres miembros, para un sistema de salud que atiende una población provincial de 1.687.305 habitantes. A principios de 2024 esta información fue corroborada.

Por otra parte, hasta 2022 la provincia tampoco había adherido a la Ley de Educación Sexual Integral, de 2006, por lo cual su implementación era dispar, dependiendo más bien de voluntades de docentes o algunos directivos, pero no de una política uniforme para los establecimientos. Los activismos feministas exigen la adhesión a ambas leyes por un reconocimiento pleno de los derechos sexuales y (no) reproductivos. La demanda busca legitimar y construir ciudadanía sexual, a la vez que posicionar el tema en la agenda política y pública, lo que implicaría mayor presupuesto y efectivización.

En 2017 las altas tasas de fecundidad en niñas y adolescentes de entre 10 y 14 años, en muchos casos por violaciones, impulsaron el Plan ENIA, destinado a la prevención del abuso y la violencia sexual hacia niñas y adolescentes y para el acceso a ILE en el marco de la normativa vigente. El Plan se aplicaba en Tucumán debido a que contaba con una alta incidencia de embarazos no intencionales en la adolescencia en la región. Los datos muestran que redujo en un 50% los embarazos adolescentes, redujo en un 57% la tasa de fecundidad de niñas de 10 a 14 años en situaciones ligadas a abusos sexuales y familiares, y contribuyó a prevenir abusos y violencia sexual (Romero et al., 2024, p. 10). Sin embargo, a pesar de tener indicadores claros y de impacto, en 2023 fue desmantelado.

Los activismos *neoconservadores* aparecen fuertemente fortalecidos, abocados a la defensa de lo considerado como natural y/o estable, la perpetuación de estructuras jerárquicas y la “moralización de la esfera pública” (Morán Faúndes y Vaggione, 2022, p. 78). La partícula “neo” indica que estamos ante nuevas texturas con claras continuidades con el pasado: se equipan con estrategias nuevas pero defienden los componentes tradicionales del campo conservador (Morán Faúndes y Vaggione, 2022).

Así también aparecen “formas estratégicas” (Vaggione et al., 2022), especialmente elegidas para tener impacto en los debates públicos y en los legales. En Tucumán, una de las acciones reactivas al debate de 2018 fue la marcha encabezada por quienes gobernaban la provincia, a la cabeza de los denominados “pañuelos celestes”, es decir, quienes se autodenominan “pro vida”. A partir de 2023, Tucumán tiene como gobernador a quien lideraba la marcha y como Ministro de salud a un profesional declarado abiertamente como “pro vida”.

Además, la Legislatura provincial aprobó la declaración como “provincia pro vida”, en 2018, que establece como política “la defensa de la vida desde el momento de la concepción en el vientre materno hasta su muerte natural”. Se trata de un intento manifiesto, mediante “un instrumento retórico”, de mostrar cuál es la postura con respecto a los derechos sexuales (Rabbia, 2022, p. 123).

11 Para consultar y conocer más sobre el Programa provincial puede consultarse: <http://msptucuman.gov.ar/programas-nacionales/departamento-de-enfermedades-no-transmisibles/programa-de-salud-sexual-y-reproductiva/>

12 Entrevista realizada por Carla Mora Augier, 19 de febrero de 2019, Tucumán.

A pesar de que no tiene un valor jurídico en sí, forma parte de estrategias políticas y discursivas de los neoconservadurismo, lo que envía un mensaje acorde a una moral sexual que restringe y se opone al reconocimiento de los derechos sexuales. Carecer de peso legal no la vuelve inocente, ya que su objetivo es deslegitimar los avances de derechos, así como ser potencialmente obstructiva (Rabbia, 2022). Es que el neoconservadurismo es “más que un fenómeno religioso; es parte de la sociedad civil y de la política” (Vaggione et al., 2022, p. 22).

En Tucumán también sucedió el “Caso Belén”, en marzo de 2014, en que una mujer de 28 años llegó al Hospital por fuertes dolores abdominales. Ante las preguntas, Belén negó todo el tiempo estar embarazada y por tanto, desconocía haber atravesado un aborto espontáneo en un baño del hospital. De allí, salió directamente esposada hacia la cárcel de mujeres. Los profesionales que la atendieron la vincularon a un feto aparecido sin vida en un baño, pero al que le realizaron exámenes de ADN. De hecho, esa prueba desaparece y no es presentada en el juicio oral, un proceso que estuvo plagado de fallas y uno de los motivos por lo cual, finalmente, se logran su libertad y absolución.

En un contexto muy adverso para las mujeres que no desean continuar con un embarazo, las trabajadoras de esa misma institución han logrado hacer una red que está funcionando, de igual modo a lo que sucede en muchos otros centros de salud de la provincia, según pudimos investigar. Los y las profesionales de los espacios de salud, junto a los activismos, son quienes se abocan al cuidado y protección de las políticas públicas, a brindar información y opciones a las mujeres. Esto cobra relevancia especialmente en contextos en que es el propio Estado quien ajusta o limita las posibilidades de planificar la reproducción, acceder a medios para ser o no madres, a evitar enfermedades y gozar de una sexualidad plena y elegida.

A modo de conclusión

Como vimos, Argentina presenta leyes de derechos sexuales y (no) reproductivos de avanzada. Sin embargo, en las provincias el aseguramiento de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva es fuertemente resistido y acceder tiene claras obstaculizaciones. Es evidente que las leyes y normativas son necesarias, pero no suficientes para romper o transformar los *habitus* y prácticas sociales cotidianas. Funcionan como marco simbólico para la transformación social y la ampliación de derechos a sujetos históricamente vulnerabilizados, pero la IVE, en particular, demuestra la persistencia y necesidad de las redes entre profesionales y activistas para asegurar esta práctica.

Provincias como Tucumán acusan falta de personal en determinadas zonas o ausencia de promoción de la información. Desde fines de 2023, con el cierre y desmantelamiento del precario Plan ENIA, el sistema de salud se queda sin un importante grupo de profesionales capacitados en género que aseguraban de manera territorial los derechos de la población más joven.

En conclusión, planteamos que el escenario socio-político y cultural de la provincia, si bien tiene particularidades, no es ajeno al escenario nacional e internacional. Desde 2023 Argentina se enfrenta a un oscuro panorama en el marco del extremo “experimento libertario” (Stefanonni, 2025) aplicado de manera profunda y que podría extenderse a otros países de la región. El achique del Estado en todos sus niveles, la desvalorización de la ciencia y la educación pública, y el menosprecio a todas las instituciones públicas son realidades concretas y no se trata de una novela distópica. El escenario presente nos exige nuevas estrategias pero afrontar viejas amenazas, con la certeza de que los movimientos sociales ya poseen las herramientas necesarias y que la historia está de nuestro lado.

Financiación

Este capítulo aborda una parte de una investigación mayor, llevada a cabo con una Beca Doctoral financiada por el Consejo de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET) y en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ).

Referencias bibliográficas

- Brown, J. (2008). El aborto como bisagra entre los derechos reproductivos y los sexuales. En Pecheny, M., C. Fígari y D. Jones (comps.). *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: Libros del Zorzal. Pp. 276-301.
- Brown, J. (2014). *Mujeres y ciudadanía en Argentina: debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Teseo.
- Correa, S., & Petchesky, R. (2001). Los derechos reproductivos y sexuales: una perspectiva feminista. En Figueroa, J. (coord.). *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México: PUEG. 99-135.
- El Kotni, M. & E. O. Singer (2019) Human Rights and Reproductive Governance in Transnational Perspective. *Medical Anthropology*, 38 (2). Pp. 118-122.
- Felitti, K. (2020). “Ya es ley”: antecedentes y desafíos de la legalización del aborto en la Argentina, *Cahiers des Amériques latines*, 95. DOI: <https://doi.org/10.4000/cal.11830>
- Fernández Vázquez, S. y Brown, J. (2019). From stigma to pride: health professionals and abortion politics in the Metropolitan Area of Buenos Aires. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27 (3), pp. 65-74.
- Iriarte, A. (2014). La ausencia de legislación como forma de discriminación a la mujer. Marco normativo sobre salud sexual y reproductiva. En Deza, Soledad, A. Iriarte y M. Álvarez (2014). *Jaque a la reina: salud, autonomía y libertad reproductiva en Tucumán*. Ituzaingó: Cienflores.
- Jelin, E. (2017). Familia. Un modelo para desarmar. En Faur, E. (comp.) *Mujeres y varones en la Argentina de hoy: Géneros en movimiento* (51-73). Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Mora Augier, C. (2020). Salud sexual y violencia en el sistema público de salud en Tucumán. En A. Parra Cárdenas (coord.), *Violencia de género en América Latina. Políticas públicas, derechos humanos y movimientos sociales*. Editorial INAPCIS.
- Morgan, L. M. & Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine* 19(2). Pp. 241-254.
- Morán Faúndes, J. M. y Vaggione, J. M. (2022). El activismo neoconservador en Argentina: entre la religión, el secularismo y la racionalidad neoliberal. En Bárcenas Barajas, K. (coord.) *Movimientos antigénero en América Latina: cartografías del neoconservadurismo* (pp. 77-115). Universidad Nacional Autónoma de México/Instituto de Investigaciones Sociales.
- Petracci, M. y Pecheny, M. (coords.) (2007). *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. CEDES.
- Rabbia, H. (2022). Geografías “celestes”: implicancias y controversias en las declaraciones “provida” de municipios y provincias de Argentina. En Peñas Defago, M. A., Sgró Ruata, M. C. y Johnson, M. C. (comp.). *Neoconservadurismos y política sexual: discursos, estrategias y cartografías de Argentina* (pp. 122-154). Ediciones del Puente.
- Rodríguez, L., Gatti, P. & Arostegui del Campo, M. T. (2005). Comentarios y reflexiones acerca de la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. *Revista Jurídica*. (9). Pp. 90-106.
- Romero M., Keefe-Oates B., Krause M., Ramón Michel A., Ramos S. (2024). Reporte anual 2023: Logros de la política de acceso al aborto y amenazas actuales. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4787>
- Schuster, G. y García Jurado, M. (2006). Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva. En Petracci, M. y Ramos, S. (comp.). *La política pública de salud y*

- derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (pp. 17-45). CEDES.
- Stefanoni, P. (2025). Argentina bajo el experimento “libertario” de Milei. Entrevista a Noel Barral Grigera y Sebastián Lacunza. *Revista Nueva Sociedad*, marzo de 2025. Disponible en: <https://nuso.org/articulo/argentina-bajo-el-experimento-libertario-de-milei/>
- Straw, C. (2017). La visión socio-política de los derechos reproductivos en Argentina. *RJUAM*, 35. pp. 171-195.
- Vaggione, J. M., Peñas Defago, M. A. y Sgró Ruata, M. C. (2022) Prólogo. En Peñas Defago, M. A., Sgró Ruata, M. C. y Johnson, M. C. (comp.). *Neoconservadurismos y política sexual: discursos, estrategias y cartografías de Argentina*. Ediciones del Puente.
- Carla Mora Augier.** Licenciada en Letras de la Universidad Nacional de Tucumán, Diplomada en Gestión de Políticas de Salud en el Territorio, Doctora en Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad Nacional de Quilmes. Investiga la salud sexual y (no) reproductiva, los derechos de las mujeres y las políticas públicas de salud sexual y las tensiones existentes entre sexualidad, derechos, política y religiones hegemónicas, especialmente en la provincia de Tucumán, Argentina.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-5332>

Capítulo 6

Discursos sobre o preservativo em Portugal

Uma breve análise de publicações no Instagram do Serviço Nacional de Saúde e das marcas Control e Durex

Joana Vidal Maia

Iscte — Instituto Universitário de Lisboa

Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA-Iscte), Portugal

Hadassa Oliveira

Laboratório de Investigação Aplicada em Comunicação e Multimédia (LIACOM)

Escola Superior de Comunicação Social, Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal

Micaela Cabral

Laboratório de Comunicação (LabCom)

Universidade da Beira Interior, Portugal

Resumo: Este trabalho propõe uma reflexão sobre como algumas práticas de comunicação na rede social online Instagram divulgam e significam o preservativo masculino/externo em Portugal. Para isto, foram selecionadas publicações desenvolvidas por três atores distintos: o Serviço Nacional de Saúde e as marcas comerciais Control e Durex. Utilizou-se uma combinação de procedimentos metodológicos que conjuntam (i) recolha de dados a partir de palavras-chave com o suporte dos softwares SentiOne e Meta Content Library; (ii) uma etapa descritiva do conjunto geral de publicações encontrado; e (iii) análise do discurso de um conjunto de 27 publicações feitas entre 2021 e 2024 para debater os sentidos que cada interveniente atribui ao objeto preservativo. Os resultados aqui apresentados são observações iniciais que apontam uma prioridade para a ênfase em sentidos preventivos de gravidezes e infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) por parte do Serviço Nacional de Saúde (SNS); humor e prazer sexual por parte da Control; e um misto de prazer e promoção da saúde por parte da Durex.

Palavras-chave: preservativo, análise do discurso, publicidade, Instagram.

Introdução

Os discursos sobre o preservativo articulam-se com construções sociais e culturais da sexualidade, do risco e da prevenção, revelando tensões entre normas biomédicas, moralidades sexuais e regimes de visibilidade pública. Isso perpassa o papel do corpo e da sexualidade na construção de identidades e políticas de género através de enquadramentos culturais que influenciam o acesso à informação, as representações sobre proteção e prazer e a própria abordagem nos espaços públicos, que continua atravessada por silêncios e constrangimentos simbólicos, especialmente quando se trata de práticas preventivas (Almeida, 2004; Policarpo, 2011).

Neste cenário, os perfis institucionais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e das marcas comerciais Control e Durex no Instagram constituem espaços privilegiados para a análise de como narrativas em torno do preservativo masculino/externo são atualizadas, disputadas e/ou reproduzidas no ambiente digital, uma vez que este ambiente online é um espaço importante para a disseminação de campanhas de prevenção e conscientização de saúde pública, particularmente quando se refere a saúde sexual e reprodutiva (Gunasekeran et al., 2022; Azevedo et al., 2023).

Neste trabalho, partimos de uma abordagem interdisciplinar que articula Antropologia e Ciências da Comunicação pela complexidade simbólica e sociocultural envolvida nestes discursos, combinando perspectivas analíticas para compreender como práticas de saúde, sexualidade e prevenção são moldadas por valores culturais, normas sociais e representações simbólicas enraizadas em contextos específicos (Almeida, 2004; Policarpo, 2011) e analisar criticamente as estratégias discursivas e visuais utilizadas na mediação dessas temáticas nas redes sociais (Matos, 2023; Odongo, 2024; Rodrigues, 2024). Assim, selecionamos publicações na rede social Instagram realizadas pelo SNS e pelas marcas comerciais Control e Durex, as duas mais conhecidas e vendidas no país (Mordor Intelligence, 2025)¹³, com o objetivo de contrastar discursos e representações produzidos por uma entidade pública e duas empresas privadas a respeito do mesmo objeto.

Pensando e situando o preservativo como um objeto social

Objeto de origem incerta, estudos em contextos ocidentais observam que até aos anos de 1980, o preservativo, atravessado por dinâmicas morais, médicas e religiosas, foi associado principalmente à prevenção de ISTs e a práticas sexuais marginalizadas ou desviantes (Fontanel & Wolfromm, 2009; Guereña, 2004; Marinho, 2000). A epidemia do VIH/SIDA reposicionou-o em termos de significado, como símbolo do “sexo seguro” e da sexualidade saudável, associando-o também às práticas contraceptivas com a construção da ideia de “gravidez planejada”, especialmente em relações heterossexuais (Pinheiro, 2015; Bortolozzi, 2021; Cabral, 2011; Carvalho & Alvarez, 2019; Policarpo, 2011). Em Portugal, o objeto ganhou centralidade nas campanhas de prevenção do VIH/SIDA e, mais tarde, nas políticas públicas de educação sexual dirigidas à juventude (Vilar, 2009; Santos et al., 2019).

Pensamo-lo aqui a partir da ideia de hierarquia sexual proposta por Rubin (2012), como um objeto que transita entre os “limites exteriores” da sexualidade “má”, “anormal”, “não-natural” e o “círculo encantado” da sexualidade “boa”, “normal”, “natural”. Assim, é um objeto ambíguo, ressignificado por políticas públicas, discursos mediáticos, práticas educativas e até mesmo pela pornografia, mas que nunca perdeu de todo a antiga associação com o sexo casual, a promiscuidade e o desvio (Marinho, 2000; Pinheiro, 2015; Carvalho & Alvarez, 2019; Bortolozzi, 2021).

Neste processo, a publicidade compõe o sistema simbólico de significação e socialização (Goffman, 1987, 2002; Rocha, 2000), especialmente nas campanhas de comunicação em saúde, ao promover comportamentos preventivos (Schiavo, 2014; Azevedo et al., 2023; Matos, 2023). Com a pandemia de Covid-19, as redes sociais ampliaram esse alcance, possibilitando ações segmentadas e interativas (Gunasekeran et al., 2022; Azevedo et al., 2023; Odongo, 2024). Atualmente, destaca-se também a importância de abordagens comunicacionais sensíveis à diversidade sexual e aos contextos socioculturais (Rodrigues et al., 2023, 2024).

13 Mordor Intelligence (2025). <https://www.mordorintelligence.com/pt/industry-reports/condom-market>

Percurso metodológico

Etapa descritiva

Para perceber como os diferentes intervenientes comunicam o uso do preservativo masculino, optámos por recorrer à plataforma de rede social Instagram e comparar as publicações feitas no perfil do SNS com as dos perfis das marcas mais vendidas em Portugal (Control e a Durex). Estudos como os de Gunasekaran et al. (2022) e Rodrigues (2024) sobre o uso de redes sociais para a promoção de informação relativa à saúde sexual reprodutiva também embasaram esta opção.

Os dados para análise foram recolhidos através dos *softwares* de análise de redes sociais, SentiOne¹⁴ e Meta Content Library¹⁵, com apoio do Laboratório de Media e Comunicação (MediaLab)¹⁶ do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte), cuja equipe indicou esta combinação por oferecer maior probabilidade de encontrar as publicações através de dois mecanismos de inteligência artificial automatizada: enquanto o SentiOne traz um mapeamento da receção pública e dos discursos espontâneos nas redes sociais, oferecendo dados sobre como os utilizadores interagem, reagem e interpretam conteúdos, a Meta Content Library permite analisar o conteúdo produzido estrategicamente pelas marcas, com ênfase nas mensagens pagas, indicando como os conteúdos são concebidos, direcionados e distribuídos.

Selecionámos palavras-chave de pesquisa como “preservativo”, “saúde sexual”, “contraceção”, “sexo”, “HIV/VIH/SIDA” (palavras que estavam na publicação do SNS no Dia da Contraceção em 2024, que foi o ponto de partida da reflexão que originou este estudo), de forma a identificá-las no período entre 2021 e 2024 a partir dos perfis do Instagram do Serviço Nacional de Saúde (@sns_pt), da Control (@controlportugal) e da Durex (@durexportugal). Posteriormente, fizemos a filtragem manual destas publicações, aglomerando somente as publicações referentes às datas de 13 de fevereiro — Dia Internacional do Preservativo; 4 de setembro — Dia Mundial da Saúde Sexual; 26 de setembro — Dia Mundial da Contraceção; e 1 de dezembro — Dia Mundial de Luta contra a Aids — datas destacadas por organizações como AIDS Healthcare Foundation (AHF, 2025) e a Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC, 2025) para debates sobre o tema. O período selecionado justifica-se por trazer uma amostragem mais ampla das publicações, incluindo parte da pandemia de covid-19 e os anos recentes, a fim de observar o conteúdo relativo ao preservativo em Portugal.

Resultados e discussão

A figura 6.1 mostra as menções encontradas na amostragem de 8.990 publicações no período entre 2021 e 2024.

O perfil do SNS possui o maior número total de posts/publicações avaliados (6786) e também o maior número de publicações com menções às palavras nos meses selecionados (23). A palavra “proteção”, em específico, aparece 97 vezes no perfil do SNS, enquanto a expressão “saúde sexual” é mencionada *apenas* no perfil do SNS (32 vezes). Pode-se entender, assim, que o perfil do SNS é mais ativo em publicações e discussões nos termos deste campo semântico que agrega palavras como “saúde sexual”, “proteção” e “preservativo”. Estes indicadores

14 SentiOne (2025). Conversational AI platform & social listening tool. <https://sentione.com/>

15 Meta Content Library (2025). Biblioteca de Conteúdo da Meta e API. <https://transparency.meta.com/pt-br/researchtools/meta-content-library/>

16 <https://medialab.iscte-iul.pt/>

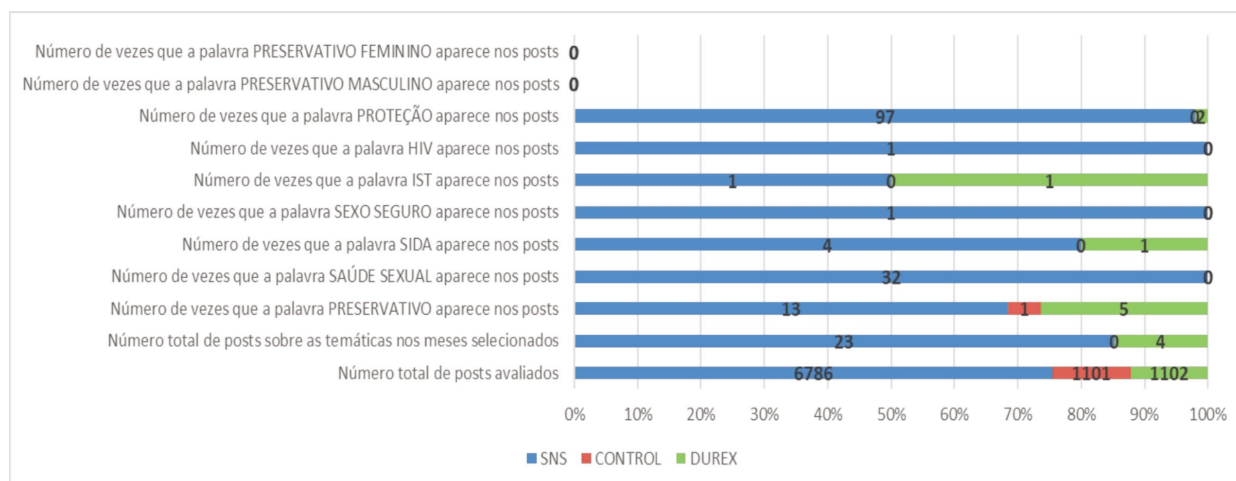


Figura 6.1 Resultados Totais da Recolha de Dados

podem refletir um direcionamento do SNS para uma abordagem voltada para a saúde sexual, enquanto as marcas apostam em outros enquadramentos.

A palavra “preservativo” é mencionada com maior frequência no perfil do SNS (13 vezes), seguida pelo perfil da Durex (5 vezes) e pelo perfil da Control (1 vez) — uma curiosidade, uma vez que este é o produto principal de ambas as marcas. Além disso, as expressões “preservativo masculino” e “preservativo feminino” não são mencionadas em nenhum dos perfis durante o período de 2021 a 2024, o que pode indicar uma falta de discussão específica sobre a variação de preservativos, sendo o tipo masculino/externo subentendido como significado total da palavra. A palavra “SIDA” é mencionada apenas nos perfis do SNS (4 vezes) e Durex (1 vez), enquanto os termos “sexo seguro” e “IST” são mencionados com pouca frequência em todas as categorias, sugerindo que o enquadramento no campo semântico da saúde demonstra alguma preocupação com a SIDA, mas menor ênfase e algum afastamento discursivo das noções epidemiológicas do “risco” (Brandão, 2020). Desconsideramos as menções a “HIV”, pois percebemos que a variante portuguesa tende a utilizar mais o termo “VIH”, sobre o qual não recolhemos dados.

Na sequência, observamos e filtramos os dados desta amostra manualmente, e selecionamos as publicações específicas em cada perfil referentes às datas mencionadas anteriormente (quadro 6.1).

Quadro 6.1 Resultados filtrados da recolha de dados

Perfil Instagram	Quantidade de publicações identificadas no total durante o período: 21 a 2024	Quantidade de publicações identificadas referentes às datas de 13 de fevereiro, 4 e 26 de setembro, e 1 de dezembro
SNS	6.787	23
Control Portugal	1.101	0
Durex Portugal	1.102	4
Total	8.990	27

Fonte: Dados recolhidos pelas autoras.

Realça-se que esta análise não pretende ser representativa da totalidade de conteúdos publicados em campanhas do SNS, da Control e da Durex, sendo apenas uma reflexão baseada num conjunto de publicações selecionadas de forma exploratória e não-exaustiva.

Análise do discurso

Adotamos a análise do discurso para pensar como práticas sociais discursivas refletem relações de poder e refletir como as páginas selecionadas organizam discursos que intencionam influenciar comportamentos e atitudes relacionados à saúde sexual (Foucault, 1987 [1969]). Entretanto, também procedemos ao exame de estruturas textuais e estratégias de comunicação que, por exemplo, campanhas publicitárias e conteúdo digital utilizam para construir narrativas que impactam a sociedade (van Dijk, 2000, 2006), especialmente no que diz respeito à promoção de valores e subjetividades (Goffman, 1987, 2002). Complementarmente, nos inspiramos em Melo e Alves (2019) e Rodrigues (2024), que exploram como as campanhas de saúde podem encontrar resistências ou promover adesão, discutindo o papel dos discursos em desafiar barreiras comportamentais e a importância da comunicação estratégica na promoção da literacia em saúde, especialmente nas campanhas de prevenção do VIH/SIDA realizadas pelo Serviço Nacional de Saúde português.

SNS: discurso de saúde/risco, assepsia, planeamento familiar

Nas publicações do SNS em análise, exemplificadas pela figura 6.2, o que é representado como “preservativo” é sempre a versão masculina do recurso.

Embora seja um objeto inserido no contexto das práticas sexuais, imgeticamente, tanto pessoas como práticas sexuais estão em segundo plano nas 23 publicações identificadas, e aparecem principalmente através de partes do corpo: mãos, pés, sugestão de interação sexual que não mostra o rosto, olhos. Assim, há o implícito de algo de uso humano, mas, ao mesmo tempo, representado fora do contexto sexual: alguém guarda o preservativo, objetos isolados, ou algumas publicações de caráter educativo, como a peça “o que é considerado sexo seguro?”¹⁷, “o que são comportamentos sexuais de risco?”¹⁸ e explicações sobre saúde sexual¹⁹.

As datas comemorativas cumprem um papel muito importante na comunicação do serviço público em relação à divulgação informativa sobre saúde sexual (Rodrigues et al. 2023; Rodrigues et al. 2024), e há publicações de referência aos dias elencados. Isto faz sentido dado o caráter de saúde generalista da página e seu estatuto de canal oficial de comunicação do serviço público. Chama atenção que, nas publicações referentes ao Dia Mundial da Contraceção²⁰, o preservativo aparece acompanhado da pílula — de um lado, podemos associar isso à popularidade destes métodos entre jovens em idade escolar (Ferreira et al. 2022); de outro, podemos interpretar como a confirmação do papel estratégico desempenhado pelo preservativo nas políticas de planeamento familiar do SNS.

Relativamente a género (Goffman, 1987, 2002), pensamos nos fragmentos de pessoas que aparecem: mãos, pés; às vezes homens sós, às vezes mulheres só, às vezes casais heterossexuais. Muitas vezes, a mão que segura o preservativo é uma mão feminina, talvez uma sugestão da

17 <https://www.instagram.com/p/Cxpw7CAI7Bh/>

18 <https://www.instagram.com/p/Cxu6hlpIUXA/>

19 https://www.instagram.com/p/Cww2RJ1I6Z0/?img_index=1

20 <https://www.instagram.com/p/Ci93Welsv5u/>



Figura 6.2 SNS. 13 de fevereiro de 2024. Dia Internacional do Preservativo. https://www.instagram.com/sns_pt/p/C3SJZYaJFq_/

responsabilização das mulheres pelo trabalho invisível de gerir a contraceção (Thomé & Rozaud-Cornabas, 2017). Não são representados contextos de uso distintos da marca discursiva do “planeamento familiar” no casal heterossexual adulto: aqui, o preservativo é um objeto do “círculo encantado” (Rubin 2012), que integra essa sexualidade desejável e a garante. Nota-se ainda que os casais, mãos e pés que aparecem em algumas das 23 publicações são de pessoas brancas — considerando que o emissor deste discurso é um órgão nacional, podemos ler isto como uma representação da comunidade imaginada nacional (Anderson, 2012).

Control: humor subtendido — um lugar social para o sexo não reprodutivo com preservativo

As 1.101 publicações recolhidas seguem o mesmo padrão de palavras e objetos sobre um fundo azul característico da identidade visual da marca, como pode ser observado no exemplo a seguir:

De forma geral, a marca aposta no lúdico e no humor, baseando-se principalmente em trocadilhos e palavras de duplo sentido. As publicações quase não mencionam o preservativo, principal produto da marca, nem convocam para a compra ou falam das propriedades e benefícios do uso ou do produto. Percebemos isto como um deslocamento do objeto do campo da saúde para o campo do prazer: não se fala em risco ou prevenção, mas, de forma implícita, em fazer sexo, sendo o preservativo não um recurso de saúde, mas um recurso de prazer sexual (Marinho, 2000).

De um lado, a majoritária comunicação sem imagens humanas pode evitar associações que poderiam ser consideradas heteronormativas ou estigmatizantes. À Control, aparenta não importar quem usa o preservativo, para que fim (prevenção de gravidez, ISTs) ou em que contexto se usa o preservativo (relacionamentos estáveis, casuais, profissionais), mas se inserir como referência no que diz respeito ao produto usado em contextos de lazer/prazer. De outra



Figura 6.3 Control Portugal “Hoje entra tudo”, 13 de fevereiro de 2024. <https://www.instagram.com/p/C3SXH7sof27/>

parte, chama a atenção a ausência de representação humana, o que interpretamos como uma tentativa da Control de dialogar com o público: como uma piscadela cúmplice ao interlocutor, a marca traz este objeto sem sujeito, associado ao lúdico, a piadas de “duplo sentido”, entendidas pelas entrelinhas e relacionadas com o prazer e o humor. Destaca-se ainda que, nesta amostra, os trocadilhos utilizados pela marca enfatizam em sua maioria práticas penetrativas, apontando o contexto de uso do produto.

Uma constatação importante foi que na amostra não houve referência explícita aos dias comemorativos em questão, como o Dia Mundial do Preservativo (13 de fevereiro), o Dia Mundial da Saúde Sexual (4 de setembro) e o Dia Mundial do VIH/SIDA (1 de dezembro). Além disso, a marca não abordou questões relacionadas à prevenção de ISTs.

Durex: prazer e educação se encontram no discurso explícito

A Durex parece apostar em um discurso híbrido entre educação do público e significação do preservativo como objeto para o prazer sexual, como é ilustrado na publicação da figura 6.3.

Neste perfil, identificamos quatro publicações (conforme tabela 1), sendo que apenas uma delas faz referência explícita às propriedades do uso do preservativo, mencionando a prevenção de gravidezes, de ISTs e o prazer, nomeados de “o trio mais icônico”²¹. Outra publicação elenca uma série de frases típicas de recusa ao uso do preservativo, trazendo em contraponto a fala de autoridade por parte de uma sexóloga conhecida²².

Esta comunicação traz com alguma frequência elementos humanos diversos: além das imagens que sugerem um contexto de atividade sexual, aparece a figura da/o especialista

21 <https://www.instagram.com/p/DAY1FV5I3sJ/>

22 https://www.instagram.com/p/C8U6vHYoUfW/?img_index=2



Figura 6.4 Durex Portugal, 13 de fevereiro de 2024. Dia Internacional do Preservativo. <https://www.instagram.com/p/C3TAQxole5k/>

tira-dúvidas. A marca também alterna as representações de casal: além dos casais heterossexuais, outras publicações que não compõem esta amostra exibem ainda casais formados só por mulheres e casais formados só por homens²³. As publicações que não recorrem a figuras humanas, por sua vez, parecem recorrer a contextos que poderiam resultar numa possível situação sexual, como a que faz referências ao cinema e à sexta-feira 13²⁴ — aqui, a Durex insere o preservativo no campo do lúdico e do prazer, não apenas da saúde e da prevenção. Neste sentido, chama a atenção ainda a menções explícitas às práticas sexuais não reprodutivas, como o sexo anal²⁵, como ocasiões de possíveis usos do preservativo.

Parece-nos que a Durex pensa o preservativo como um objeto de convergência de significados de saúde e de prazer sexual, e para isto, é o interveniente que aposta numa maior variedade de linguagens. De um lado, tira o sexo do campo do subentendido, do segredo, do natural, para apostar em discursos um pouco mais explícitos — aqui, as publicações que recorrem a especialistas e dúvidas parecem ser exemplares; no campo do prazer, o humor de duplo sentido, tal como na Control, surge como recurso; e, no campo da saúde, as propriedades preventivas são enfatizadas.

Considerações finais

Inspira-nos pensar o uso do preservativo enquanto uma prática informal do domínio privado com relevância política e social no domínio público (Lima, 2016), de forma que a utilização é pessoal e individual, mas reflete-se em questões sociais que são objeto de políticas públicas,

²³ <https://www.instagram.com/p/C8NCYGkInfc/> e <https://www.instagram.com/p/CtwkZ7IoVti/> são exemplos, ambas as publicações associadas a eventos celebrativos da comunidade LGBT, respectivamente o Arraial Lisboa Pride 2024 e 2023, dos quais a marca foi parceira oficial.

²⁴ https://www.instagram.com/p/C_2tj3yoo9D/

²⁵ https://www.instagram.com/p/C0tfdsUll42/?img_index=1

nomeadamente nas áreas da natalidade e da epidemiologia²⁶. Assim, observamos que o preservativo, significado historicamente enquanto um dispositivo das práticas sexuais desviantes e estigmatizadas, após a epidemia do VIH/SIDA, faz um trânsito do “mau sexo” ao “bom sexo” (Rubin, 2012) e as campanhas publicitárias da sociedade civil, do estado e de marcas comerciais são relevantes para esta mudança (Bortolozzi, 2021; Dalmann, 2015; Delicado, 2014).

A página de *Instagram* do SNS parece demonstrar maior ênfase a esta resignificação, inscrevendo o uso no campo da saúde, no planeamento familiar e na política de saúde, a partir do estabelecimento do preservativo como um objeto da sexualidade saudável e do sexo seguro. As marcas comerciais, por sua vez, fazem um segundo trânsito de significados: de dispositivo de saúde para dispositivo de prazer. Nos casos observados, o sentido do preservativo não é necessariamente ou exclusivamente a prevenção de gravidezes e de ISTs, mas trata-se de um objeto que integra a experiência sexual que é desejada e prazerosa. Assim, com diferenças entre si, as marcas Durex e Control recorrem ao humor, ao duplo sentido e ao implícito para falar de sexo, mas enquanto a Control adota integralmente essa estratégia, a Durex apresenta maior diversidade de abordagens, inclusive mais explícitas.

Neste sentido, chama à atenção que poucas publicações tratam das propriedades do objeto e nenhuma convoca à compra ou explica como obter gratuitamente o preservativo, o que pode refletir a disseminação dos conhecimentos sobre este recurso (Ferreira et al. 2022), mas deixa uma questão sobre porque não mobilizar o interlocutor destes discursos à ação ou explicitar os caminhos para a aquisição.

Dadas as limitações deste estudo, sugere-se que futuras pesquisas realizem análises com outras técnicas metodológicas, como a análise semântica dos comentários das publicações a fim de observar a reação do público aos conteúdos, e outras formas de análise imagética e textual, de forma a ampliar conhecimentos sobre o contexto dos discursos do preservativo masculino em Portugal.

Financiamento

Este texto é financiado pela FCT e pelo FSE através da bolsa de doutoramento UI/BD/151002/2021 e do CRIA UI/04038/2020, DOI financiamento: <https://doi.org/10.54499/UI/BD/151002/2021>; e pela FCT através da bolsa de doutoramento 2022.14529.BD; DOI financiamento: <https://doi.org/10.54499/2022.14529.BD>.

Referências bibliográficas

- AIDS Healthcare Foundation (AHF, 2025). <https://www.aidshealth.org/>
- Almeida, M. V. de (2004). O corpo na teoria antropológica. *Revista de Comunicação e Linguagens*, 33, 49-66.
- Anderson, B. (2012). *Comunidades imaginadas: Reflexões sobre a origem e a expansão do nacionalismo* (C. Mira, Trad.). Edições 70. (Trabalho original publicado em 1983).
- Azevedo, D., Roque, V., Plácido, A. I., Herdeiro, M. T., & Roque, F. (2023). Communication beyond COVID-19 of Portuguese health entities through social media. *European Conference on Social Media*, 10(1), 52-59. <https://doi.org/10.34190/ecsm.10.1.1135>

26 <https://www.publico.pt/2024/02/10/sociedade/noticia/sifilis-gonorreia-doencas-sexualmente-transmissiveis-estao-aumentar-portugal-2079967>

- Bortolozzi, R. M. (2021). *Entre trapos e colchas: Vestígios da memória LGBT sobre as primeiras respostas paulistanas à epidemia de HIV/Aids* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo).
- Brandão, E. R. (2020). Tênuos direitos: sexualidade, contraceção e gênero no Brasil. *Anuário Antropológico* [online], v. 45, n. 2.
- Cabral, C. S. (2011). *Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade: Agência individual, contextos relacionais e gênero* (Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro).
- Carvalho, T., & Alvarez, M. J. (2019). O uso do preservativo em jovens heterossexuais masculinos: Estudo dos seus preditores e de uma intervenção online adaptada a diferentes estádios de mudança. *Psicologia Educacional: Investigação e Intervenção em Portugal*, 1, 295-324.
- Dalman, E. (2015). *Análise comparativa das políticas públicas de combate ao HIV/AIDS no Brasil e em Portugal (2001-2010)*. Tese de Doutorado, ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.
- Delicado, A. (2014). Respostas institucionais à SIDA: o papel do Estado e das ONGs. *VIH/SIDA e Ciências Sociais: diversidade e percursos de investigação*, 31-48.
- Ferreira, T., Vieira, M. M., Vilar, D., Cunha, V., & Pelixo, P. (2022). *Jovens e educação sexual: Conhecimentos, fontes e recurso* [Relatório preliminar].
- Fontanel, B., & Wolfromm, D. (2009). *Petite histoire du préservatif*. Stock.
- Foucault, M. (1987). *A arqueologia do saber* (L. F. B. Neves, Trad.). Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1969).
- Goffman, E. (1987). *Gender advertisements*. Harper Torchbooks.
- Goffman, E. (2002). *A representação do eu na vida cotidiana* (M. C. Raposo, Trad., 10ª ed.). Vozes.
- Guereña, J. L. (2004). Elementos para una historia del preservativo en la España contemporánea. *Hispania*, 64(218), 869-895.
- Gunasekaran, D. V., Chew, A., Chandrasekar, E. K., Rajendram, P., Kandarpa, V., Rajendram, M., Chia, A., Smith, H. & Leong, C. K. (2022) 'The Impact and Applications of Social Media Platforms for Public Health Responses Before and During the COVID-19 Pandemic: Systematic Literature Review'. *J Med Internet Res*, 24, e33680.
- Lima, A. P. de (2016). O cuidado como elemento de sustentabilidade em situações de crise. *Cadernos Pagu*, 46, 79-105.
- Marinho, M. B. (2000). Entre o funcional e o lúdico: A camisinha nas campanhas de prevenção da AIDS. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*, 4, 103-110.
- Matos, C. (2023). *Gender, communications, and reproductive health in international development*. McGill-Queen's University Press.
- Melo, S. L., & Alves, W. (2019). Evaluating resistances to health promotion campaigns with discourse analysis. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 9-19.
- Mordor Intelligence (2025). Relatório "Tamanho do mercado de preservativos e análise de participação — Tendências e previsões de crescimento (2024 — 2029)". <https://www.mordorintelligence.com/pt/industry-reports/condom-market>
- Odongo, M. (2024). Health communication campaigns and their impact on public health behaviors. *Carijournals*, 5(2), 55-69. www.carijournals.org
- Pinheiro, T. F. (2015). *Camisinha, homoerotismo e os discursos da prevenção de HIV/AIDS* (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo).
- Policarpo, V. (2011). *Indivíduo e sexualidade : a construção social da experiência sexual*. Tese de doutoramento em Ciências Sociais. <http://hdl.handle.net/10451/4197>
- Rodrigues, F. P. K. B. (2024). *O contributo da comunicação em saúde pública para a literacia em saúde: As campanhas de prevenção do VIH/SIDA do Ministério da Saúde português entre 2010 e 2019* (Tese de doutorado).
- Rodrigues, D. L., Carvalho, A. C., de Visser, R. O., Lopes, D., & Alvarez, M.-J. (2024). Do different sources of sexuality education contribute differently to sexual health and well-being outcomes? Examining sexuality education in Spain and Portugal. *Journal of Social and Personal Relationships*, 41(9), 2616-2645. <https://doi.org/10.1177/02654075241249172>
- Rodrigues, D. L., Carvalho, A. C., Prada, M., Garrido, M. V., Balzarini, R. N., de Visser, R. O., & Lopes, D. (2023). Condom Use Beliefs Differ According to Regulatory Focus: A Mixed-Methods Study in Portugal and Spain. *The Journal of Sex Research*, 61(5), 709-726. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2181305>

- Rocha, E. (2000). Totem e consumo: Um estudo antropológico de anúncios publicitários. *Alceu*, 1(1), 18-37.
- Rubin, G. (2012). Pensando o sexo: Notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade (F. B. M. Fernandes, Trad.). Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1582/gaylerubin.pdf?sequen>
- Santos, M. J. D. O., Ferreira, E. S., Figueiredo, A. M. P. de, & Ferreira, M. M. D. C. (2019). Desenvolvimento das Políticas e dos Cuidados de Saúde Sexual e Reprodutiva em Portugal. *História Da Ciência e Ensino: Construindo Interfaces*, 20, 303-315. <https://doi.org/10.23925/2178-2911.2019v20espp303-315>
- Schiavo, R. (2014). *Health communication: From theory to practice* (2ª ed.). Jossey-Bass.
- Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC, 2025). <https://www.spdc.pt/>
- Thomé, C., & Rouzaud-Cornabas, M. (2017). Comment ne pas faire d'enfants? *Recherches Sociologiques et Anthropologiques*, 48(2), 117-137.
- van Dijk, T. A. (2000). El estudio del discurso. In T. A. Van Dijk, *El discurso como estructura y proceso* (pp. 21-65). Gedisa.
- van Dijk, T. A. (2006). Discourse, context, cognition. *Discourse Studies*, 8(1), 159-177.
- Vilar, D. (2009). Contributos para a história das políticas de saúde sexual e reprodutiva em Portugal. *E-Cadernos CES*(04).

Joana Vidal Maia. Estudante no Doutoramento em Antropologia Iscte-IUL/FCSH-NOVA e doutoranda integrada no Centro em Rede de Investigação em Antropologia (CRIA), onde desenvolve o projeto de tese intitulado “Contraceção e poder: controlo da reprodução como experiência multidimensional de relações sociais”.
E-mail: Joana_Vidal_Maia@iscte-iul.pt | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0003-3300-1205>

Hadassa Oliveira. Doutora em Ciências da Comunicação (Iscte-IUL). Investigadora Colaboradora no LIACOM — Laboratório de Investigação Aplicada em Comunicação e Media, ESCS-IPL. Bolseira de Investigação no Projeto “Relação Sociedade-Qualidade_ESCS, com referência IPL/2024/Relação Sociedade-Qualidade_ESCS”, financiado na íntegra por fundo da Escola Superior de Comunicação Social, Instituto Politécnico de Lisboa.
E-mail: holiveira@escs.ipl.pt | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-5867-636X>

Micaela Cabral. Estudante no Doutoramento em Ciências da Comunicação no Labcom-UBI, onde desenvolve o projeto de tese “Tecnologia, feminismo e género: uma análise infocomunicacional das plataformas digitais da Comissão para Cidadania e Igualdade de Género (CIG) e instituições de feminismo tecnológico em Portugal”.
E-mail: micaela.cabral.santos@ubi.pt | *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0003-0261-3679>

Parte II | Morbimortalidade materna e infantil
Morbimortalidade materna e infantil

Mortalidade materna no Brasil e em Portugal pelas lentes interseccionais

Cleidi Cristina Pereira

Iscte — Instituto Universitário de Lisboa

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte), Portugal

Resumo: A partir de uma revisão bibliográfica e da análise de dados secundários, este trabalho tem como objetivo uma (tentativa de) comparação das taxas de mortalidade materna no Brasil e em Portugal pelas lentes interseccionais. Ambos os países possuem diferenças significativas não apenas em termos de valores estatísticos, mas também de critérios de adoção de políticas públicas. Sem dúvida, a recolha de dados étnico-raciais nos censos brasileiros favorece a análise interseccional da taxa ou Razão de Mortalidade Materna (RMM), o que se traduz na ampla disponibilidade de informações e pesquisas. Já no caso de Portugal, foi somente neste ano, devido às investigações sobre o aumento da taxa de mortalidade materna no país, que relatórios da Direção-Geral da Saúde (DGS) passaram a tornar público indicadores referentes à nacionalidade/origem. Portanto, enquanto no contexto brasileiro a RMM de uma mulher negra é 84,2% superior à média nacional, no português a RMM de uma mulher estrangeira/PALOP é 390,5% superior ao de uma portuguesa. Ainda que se trate de países de dimensões distintas, bem como de diferentes níveis de desenvolvimento e de direitos sexuais e reprodutivos, os dados demonstram que ambos partilham o desafio de avançar na proteção de populações vulneráveis.

Palavras-chave: mortalidade materna, Brasil, Portugal, interseccionalidade.

Introdução

O presente trabalho tem como objetivo uma análise comparativa das taxas de mortalidade materna no Brasil e em Portugal pelas lentes interseccionais. Desenvolvido por Kimberlé Crenshaw (1989, 1991) na década de 1980, o conceito de interseccionalidade auxilia na compreensão de como formas distintas de opressão e desigualdade se sobrepõem e se interrelacionam — uma teoria considerada fundamental para a eficácia de políticas públicas, entretanto, pouco explorada quando se trata de estudos de saúde pública (Bowleg, 2012).

A partir de uma revisão bibliográfica e de análise de dados secundários, este trabalho pretende apresentar indicadores de ambos os países considerando a existência (ou não) de marcadores de raça/etnia e origem/nacionalidade. Por fim, tais resultados serão apresentados e comparados, não primordialmente em termos quantitativos, mas no sentido da importância do recorte étnico-racial para a elaboração de políticas públicas.

Mortalidade materna e interseccionalidade: alguns apontamentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como “a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais” (WHO, 2023). Esta definição, que surgiu no âmbito da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), é amplamente aceita e utilizada na literatura, bem como por associações internacionais de obstetrícia e ginecologia.

Em 2020, estima-se que ocorreram 287 mil mortes maternas em todo o mundo, o que representa cerca de 800 óbitos de grávidas e puérperas por dia e uma taxa de mortalidade materna global de 223 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2023). Recordar-se que a redução desta taxa para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos até 2030 é um Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), lançados em 2015. Contudo, a OMS já reconheceu que a meta 3.1 dos ODS não será cumprida e que mais de um milhão de vidas serão perdidas devido ao lento ritmo de progresso dos indicadores globais.

Há uma necessidade urgente e contínua de que a saúde e a sobrevivência materna permaneçam no topo da agenda global de saúde e desenvolvimento. O estado da saúde materna interage e reflete os esforços para melhorar a acessibilidade e a qualidade dos cuidados de saúde. (...) Esforços devem ser feitos para reduzir as desigualdades em saúde, abordando as necessidades das populações em situações vulneráveis e marginalizadas. Essas desigualdades podem levar a maus-tratos dentro do sistema de saúde, minar a confiança e impedir a utilização dos serviços. (WHO, 2023, p. 71)²⁷

Também é preciso salientar que as mortes maternas são mortes evitáveis, sendo amplamente conhecidas as formas de prevenção e tratamento de complicações, como hemorragias, infecções e pré-eclâmpsia. (Loudon, 1992; Say et al., 2014; WHO, 2023). Além disso, as desigualdades de gênero e socioeconômicas, bem como etnia, escolaridade, local de residência e idade, são fatores determinantes para a mortalidade materna (Opas/OMS). Portanto, trata-se de um grave problema de saúde pública e de um importante marcador da qualidade do sistema de saúde, reconhecidamente uma forma de injustiça social e uma violação dos direitos humanos das mulheres (Freitas-Júnior, 2020).

Para além disso, nos últimos anos, estudos têm demonstrado que as taxas de mortalidade materna tendem a ser mais elevadas entre migrantes e refugiadas do que entre as mulheres nascidas nos países anfitriões (Akker & Roosmalen, 2016, e Wahlberg et al., 2013), o que reforça a importância da interseccionalidade nas análises. Porém, especialmente no contexto europeu, a maioria dos países não faz a recolha dos dados étnico-raciais, apesar das recomendações de inúmeras organizações internacionais nas últimas duas décadas, a começar pela pioneira Recomendação Política Geral da Comissão Europeia contra o Racismo e Intolerância (ECRI, 1996).

De acordo com Cândido e Seabra (2023), o foco da recolha de dados nos países europeus é voltado para a cidadania e a naturalidade, enquanto a “raça” é o indicador menos frequente, seja nos Censos, registros administrativos ou inquéritos amostrais. Uma das explicações para esta opção é o fato de que, historicamente, dados como estes foram utilizados para excluir, discriminar e, por vezes, eliminar determinados grupos e indivíduos identificados como minorias indesejadas.

(...) [Sobre] a recolha de dados tendo por base a origem étnico-racial das populações persiste uma tensão entre (i) os que argumentam que estas estatísticas fomentarão a etnicização da sociedade e (ii) aqueles que evocam que as estatísticas atuais não têm a possibilidade de proporcionarem um retrato adequado da população, particularmente da população imigrante (Cândido e Seabra, pp. 6-7, 2023)

Contextos português e brasileiro

Brasil e Portugal possuem abordagens distintas quanto à recolha de dados étnico-raciais. País multirracial devido à sua formação histórica, o Brasil já no seu primeiro censo, em 1872,

27 Tradução da autora, a partir do original em inglês.

recolheu informações sobre raça e condição da população (15,2% da população de 10 milhões de habitantes era escravizada). Atualmente, são cinco as categorias de raça/cor: preto, pardo, branco, indígena e amarelo (oriental). Dessa forma, existem inúmeros estudos (artigos científicos, teses, dissertações, relatórios de organizações, do próprio Ministério da Saúde, etc) sobre o perfil sócio-demográfico das mortes maternas.

Por exemplo, um recente estudo realizado por pesquisadores da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) demonstrou que a taxa de mortalidade das mulheres pretas é o dobro de mulheres pardas e brancas: a taxa de mortalidade materna entre 2017 e 2022 foi 125,8 mortes para cada 100 mil nascidos vivos entre as mulheres pretas e de 64 entre brancas e pardas (Silva et al., 2024). Evidenciando o impacto das determinantes sociais de saúde, o Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra, lançado em 2023 pelos ministérios da Saúde e da Igualdade Racial, demonstra, por exemplo, que as indígenas apresentaram a maior mortalidade materna proporcional por hemorragia, 28% em 2020, o equivalente ao dobro do valor registrado em 2015.

Quadro 7.1 Comparação de indicadores demográficos em Portugal e no Brasil

Portugal	Brasil
10,53 milhões de habitantes	216,4 milhões de habitantes
Crescimento populacional: 1.1%	Crescimento populacional: 0.5%
Taxa de pobreza: 0.2% da população	Taxa de pobreza: 3.5% da população
Esperança de vida: 82 anos	Esperança de vida: 73 anos

Fonte: elaboração própria, com base em informações do World Bank Open Data.

Quadro 7.2 Evolução da taxa de mortalidade materna por 100 mil nados-vivos

	Portugal	Brasil
2018	17,2	60,4
2019	10,4	56
2020	20,1	72,7
2021	8,8	114,2
2022	13,1	54,5

Fonte: elaboração própria, com base em informações do INE — Instituto Nacional de Estatística e Observatório da Saúde Pública.

Já em Portugal, os relatórios estatísticos oficiais não fazem a recolha de dados étnico-raciais. Em 2018, após recomendações internacionais, foi criado um grupo de trabalho, que defendeu a inclusão de questões étnico-raciais. Entretanto, o INE não considerou a inclusão no Censo 2021 e realizou um inquérito específico: o Inquérito às Condições de Vida, Origem e Trajetórias da População Residente (ICOT). As estatísticas sobre mortalidade materna não incluem, portanto, a recolha dos dados étnico-raciais. O INE possui informações relativamente à nacionalidade (portuguesa, estrangeira, apátrida e ignorada), mas não divulga devido ao princípio do “segredo estatístico”.

Entretanto, um levantamento realizado pela Direção-Geral da Saúde considerando os anos de 2017 e 2018 e publicado em 2022, lançou, pela primeira vez, luzes sobre a questão. Conforme o documento, ocorreram 26 mortes maternas no período, sendo 18 portuguesas e 8 estrangeiras, o que corresponde, respectivamente, a uma taxa de mortalidade materna de 11,57 e

45,18 por cada 100 mil nascimentos. Ou seja, a partir desses dados, é possível afirmar que uma gestante/parturiente estrangeira tem quase quatro vezes mais chances de morrer do que uma portuguesa. O mesmo relatório indica que a maioria (6 das 8) destas mulheres estrangeiras que perderam a vida eram oriundas de Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP).

Quanto ao outro relatório mais recente, amplamente divulgado na imprensa²⁸, mas ainda não disponível para consulta no site da DGS, revela que 60 mulheres (75% portuguesas) — grávidas ou puérperas — morreram, sendo o rácio de mortalidade materna superior à média entre as estrangeiras. Apesar de a grande maioria (75%) das mulheres que morreram na sequência da gravidez serem portuguesas, a taxa de mortalidade materna de estrangeiras em Portugal é de 29,1 por 100 mil nados vivos, em oposição a 12 por 100 mil, quando se fala de portuguesas.

Reflexões sobre RMM e interseccionalidade

Em comparação com Portugal, Brasil possui taxas mais elevadas de mortalidade materna, reflexo de maiores desigualdades sociais, de acesso aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva — a legislação brasileira não permite a Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG), sendo que, conforme indica a literatura, as complicações decorrentes do aborto clandestino estão entre as principais causas da mortalidade materna no país. Salienta-se que o país sul-americano assumiu junto às Nações Unidas uma meta de redução da RMM para 30 mortes até 2030.

Contudo, quando as taxas são confrontadas internamente, Portugal apresenta uma disparidade maior entre portuguesas e estrangeiras/PALOP. Enquanto no contexto brasileiro a RMM de uma mulher negra é 84,2% superior à média nacional, no português a RMM de uma mulher estrangeira/PALOP é 390,5% superior ao de uma portuguesa. No país europeu, porém, o debate tem se concentrado nos fatores de risco individuais (idade materna, condições de saúde) e na falta de acompanhamento médico (“turismo obstétrico”).

Quadro 7.3 Análise interseccional da RMM(*)

RMM Portugal	RMM Brasil
11,57 portuguesas	54,5 média global
45,18 estrangeiras	100,38 negras
A RMM de uma mulher estrangeira/PALOP é 390,5% superior ao de uma portuguesa	A RMM de uma mulher negra é 84,2% superior à média nacional

(*) Utiliza-se RMM como sinónimo de taxa de mortalidade materna, ambos indicadores que se referem ao número de mulheres que morrem por causas relacionadas à gravidez, parto ou pós-parto, por 100.000 nascidos vivos.

Fonte: elaboração própria.

Mas, para além das estatísticas, talvez a diferença mais significativa diz respeito à abordagem dos países quanto ao recorte étnico-racial nos dados sociodemográficos. Tal recorte é fundamental para compreender as desigualdades estruturais presentes em uma sociedade e orientar políticas públicas, como demonstra o caso Alyne Pimentel, no Brasil. Grávida de seis

28 <https://rr.pt/especial/pais/2025/01/30/morreram-60-mulheres-na-sequencia-da-gravidez-em-cinco-anos-em-2021-71-tinham-mais-de-35-anos/411533/>

meses e mãe de uma criança de 5 anos, Alyne Pimentel morreu aos 28 anos, em 16/11/2002, vítima de negligência médica (Agência Brasil, 2024). A peregrinação: sentiu-se mal e buscou atendimento no dia 11/11/2002. Foi liberada sem qualquer exame laboratorial ou ultrassonografia. Dias depois, ela voltou a buscar atendimento e foi constatada a morte do feto. Ainda assim esperou mais de 7h para a indução do parto, que não foi bem-sucedido. Nova espera para curetagem, durante a qual a família foi proibida de visitá-la. Mais 8h de espera para transferência de hospital, pois não havia ambulâncias disponíveis, e Alyne acabou por falecer.

Em 2007, a família entrou com uma ação no Comitê pela Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) da Organização das Nações Unidas (ONU). Quatro anos depois, o Brasil tornou-se o primeiro país condenado por morte materna, e o caso Alyne Pimentel tornou-se um símbolo (Agência Brasil, 2024). Em 2011, foi criada a Rede Cego-nha, com estratégias e investimentos no combate à mortalidade materna, sendo que o atual governo rebatizou o programa para Rede Alyne.

Conforme Catoia et al. (2020), o caso Alyne Pimentel representa um marco na jurisprudência internacional de direitos humanos no que se refere ao uso da abordagem interseccional. Além disso, a decisão do CEDAW também é significativa no debate sobre violência e racismo institucional, “ao reconhecer que a morte materna evitável é uma violação do direito humano à saúde sexual e reprodutiva das mulheres e que a violência de gênero contra Alyne Pimentel resultou da discriminação interseccional (de raça, status, classe social e gênero) por ela sofrida” (Catoia et al., 2020, p.9).

Considerações finais

As lentes da interseccionalidade permitem a compreensão das múltiplas camadas de desigualdade que impactam diferentes grupos sociais. Ao considerar a interação entre fatores como raça, classe e origem/nacionalidade, tem-se a oportunidade de uma leitura mais aprofundada sobre as desigualdades estruturais que contribuem para taxas diferenciadas de mortalidade materna. Sem essa perspectiva, análises tradicionais podem obscurecer disparidades, resultando em políticas públicas genéricas que não atendem adequadamente grupos historicamente oprimidos, com dificuldades no acesso adequado à saúde.

Brasil e Portugal possuem diferenças significativas não apenas em termos de valores estatísticos da RMM, mas também de critérios de adoção de políticas públicas. Ainda que se trate de países de dimensões distintas, bem como de diferentes níveis de desenvolvimento e de direitos sexuais e reprodutivos, os dados demonstram que ambos partilham o desafio de avançar na proteção de populações vulneráveis. Nesse sentido, a incorporação da interseccionalidade na formulação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde materna é crucial para a construção de um sistema mais justo e inclusivo.

Financiamento

A autora é Bolseira de doutoramento no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES) do Iscte — Instituto Universitário de Lisboa, com financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (2023.03838.BD).

Referências bibliográficas

- Akker, T., & Roosmalen, J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 32, 26-38. <https://doi.org/gjnvj7>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <http://doi/10.2105/AJPH.2012.300750>
- Cândido, A. F., & Seabra, T. (2023). Processos de classificação e de categorização da diversidade cultural e migratória das populações no contexto europeu. *Observatório das Desigualdades E-Working Paper* 1/2023. <https://doi.org/10.15847/CIESODWP012023>
- Catoia, C. D. C., Severi, F. C., & Firmino, I. F. C. (2020). Caso “Alyne Pimentel”: Violência de gênero e interseccionalidades. *Revista Estudos Feministas*, 28(1), e60361. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2020v28n160361>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), Article 8. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). Relatório de mortes maternas em Portugal, 2017-2018. <https://www.dgs.pt/em-destaque/a-direcao-geral-da-saude-dgs-enviou-hoje-o-relatorio-bsp-mortes-maternas-portugal-2017-2018-a-comissao-parlamentar-de-saude-pdf.aspx>
- Freitas-Júnior, R. A. D. O. (2020). Mortalidade materna evitável enquanto injustiça social. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 607-614. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>
- Loudon, I. (1992) *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*. Clarendon Press.
- Reis, N. A. (2024). Rede Alyne: conheça a história da jovem negra que deu nome ao novo programa de cuidado integral à gestante e bebê. *Agência Gov*. Disponível em <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202409/rede-alyne-conheca-a-historia-da-jovem-negra-que-deu-nome-ao-novo-programa-de-cuidado-integral-a-gestante-e-bebe>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet. Global health*, 2(6), e323-e333. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Silva, A. D., Guida, J. P. S., Santos, D. D. S., Santiago, S. M., & Surita, F. G. (2024). Racial disparities and maternal mortality in Brazil: findings from a national database. *Revista de Saúde Pública*, 58(25), 1-10. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2024058005862>
- Wahlberg, A., Rööst, M., Haglund, B., & Essén, B. (2013). Increased risk of severe maternal morbidity (near-miss) among immigrant women in Sweden: A population register-based study. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(13), 1605-12. <https://doi.org/f22gdf>
- World Bank. (n.d.). *DataBank*. <https://data.bank.org/>
- World Health Organization. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
- Cleidi Pereira.** Jornalista, mestre em Ciência Política e Relações Internacionais e doutoranda em Sociologia pelo Iscte — Instituto Universitário de Lisboa, com bolsa da FCT — Fundação para a Ciência e a Tecnologia (BD.2023.03838).

Capítulo 8

Segurança do paciente em maternidades

Scoping review sobre ações para profissionais

Patrícia Figueiredo Marques

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Hellen Souza de Oliveira

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Joseneide dos Santos Queiroz

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Lilian Conceição Guimarães de Almeida

Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Conceição Rivemales

Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Michelle Araújo Moreira

Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Rosa Maria dos Santos Moreira

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra-UICISA:E, Portugal

Resumo: Objetivo — Mapear e identificar ações de segurança do paciente desenvolvidas por profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher em maternidades. Metodologia — Pesquisa bibliográfica do tipo scoping review de acordo com proposta do Joanna Briggs Institute (JBI). A pergunta norteadora foi: Qual a produção científica sobre ações de segurança do paciente desenvolvidas para profissionais de saúde na atenção à saúde da mulher em maternidades? As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PUBMED, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl), Scopus e o repositório digital Google Scholar. Foi utilizado o instrumento do JBI para a extração de dados e a análise dos dados foi temática. Resultados — Foram incluídos 31 estudos primários. As categorias construídas foram: “Estratégias e tecnologias para segurança do paciente” e “Avaliação da cultura de segurança do paciente em Maternidades”. Considerações Finais — As estratégias iniciais na construção da cultura de segurança do paciente em serviços de saúde, entre estes, as maternidades, caracteriza-se por substituir a cultura punitiva pela percepção de que os erros são pedagógicos e pelo estímulo à comunicação aberta entre os profissionais de saúde, gestão e comunidade (pacientes e acompanhantes).

Palavras-chave: segurança do paciente, atenção à saúde materna, pessoal de saúde, maternidades.

Introdução

A segurança do paciente avalia a qualidade da atenção, sendo facto globalmente imprescindível para que profissionais de saúde prestem cuidados seguros, fazendo com que os pacientes tenham mais dignidade e zelo desde o momento que são recepcionados, até a finalização de todo o atendimento nas unidades de saúde (Santana et al., 2020).

Entre os serviços de saúde estão as maternidades, espaços de cuidados nos quais a segurança da mulher e da díade mãe-filha/o, são tão ou mais indispensáveis que outros setores. Isto deve-se ao reconhecimento da vulnerabilidade das pessoas assistidas, especialmente durante momentos delicados e emocionalmente significativos. Além de que, relativamente a aspetos reprodutivos, os possíveis danos gerados tendem também a influenciar negativamente a saúde da/o recém-nascida/o e o futuro reprodutivo da população feminina assistida (Gomes, 2019).

Dados de 2017 da Organização Mundial da Saúde (OMS), revelam que cerca de 295.000 mulheres morreram de complicações relacionadas à gravidez e ao parto em todo o mundo. Isso representa uma média de 810 mortes maternas por dia (Maternal Mortality, 2020). Neste contexto, a integração de cuidados baseados em evidências e articulados com a cultura da segurança do paciente é crucial para reduzir a mortalidade materna (De Andrade et al., 2022).

Além disso, é essencial refletir sobre a relação da mortalidade materna com a vulnerabilidade interseccional, o racismo, o sexismo, as condições económicas, o acesso à educação, as desigualdades de género e etnia, que afetam a gestação, parto, puerpério e a maternidade.

Para alcançar a segurança do paciente na maternidade é fundamental adotar práticas baseadas em evidências e protocolos de cuidado. Isso inclui a implementação de diretrizes clínicas, como aquelas recomendadas pela OMS e outras instituições de saúde reconhecidas. A utilização de protocolos padronizados, a manutenção de registos precisos e a comunicação eficaz entre a equipa de saúde também são aspetos cruciais para a melhoria do serviço prestado e para a diminuição de fatalidades (Main et al., 2019).

Portanto, o papel da/o profissional de saúde consiste explicitamente na melhor forma de cuidar, implementando tanto a ciência, quanto executando uma boa prática de serviço (Dzomeku et al., 2021). A este respeito, numa pesquisa inicial, identificou-se um artigo de revisão integrativa, que caracteriza a cultura de segurança do paciente em maternidades e os instrumentos e métodos para medi-la (Queiroz et al., 2022). Todavia, não foram identificados protocolos ou revisões sistemáticas desenvolvidas nas bases de dados *PubMed*, *JB* *Evidence Synthesis*, *Cinahl* e *Open Science Framework* (OSF).

Desta forma, o desenvolvimento de uma revisão sistemática sobre a segurança do paciente, pessoa grávida, no contexto de maternidade, é importante, com o objetivo de mapear e identificar as ações de segurança do paciente, desenvolvidas pela/os profissionais de saúde, na atenção à saúde da pessoa em maternidades. Este mapeamento e esta sistematização resultam dos esforços da equipa do projeto multicêntrico “Cuidados de enfermagem ao pré-natal de alto risco na atenção primária e hospitalar — proposta de educação permanente”, coordenado pelo SSeR- grupo de pesquisa em Saúde Sexualidade e Reprodução, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Método

Uma *scoping review* foi realizada segundo metodologia do JBI: (1) estabelecimento da questão de pesquisa; (2) identificação de estudos relevantes; (3) seleção e inclusão de estudos; (4) organização dos dados; (5) compilação, síntese e descrição dos resultados. O protocolo da revisão foi registado na OSF (DOI 10.17605/OSF.IO/JFD43) (Peters et al., 2020).

Na primeira etapa formulou-se a pergunta norteadora utilizando a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto) (Peters et al., 2020), nomeadamente: P — Profissionais de saúde, pessoal de saúde ou equipa multiprofissional; C — Ações de segurança do paciente na atenção

à saúde da mulher; e C — Maternidades, definindo-se a questão “Qual a produção científica sobre ações de segurança do paciente, na atenção à saúde da mulher em maternidades, desenvolvidas por pessoal de saúde?”

Na segunda etapa definiram-se os critérios de elegibilidade. Critérios de inclusão: publicações disponíveis em veículo de publicação confiável; disponíveis para consulta em acervo na web; sem delimitação de idioma; realizadas no período 2015-2024; participantes que fossem pessoal de saúde que desenvolve ações de segurança do paciente na atenção à saúde das pessoas grávidas/gestantes em maternidades. Critérios de exclusão: estudos que não abordam a perspectiva do pessoal de saúde nas ações de segurança do paciente; desenvolvidos externamente a hospitais maternidade; que não abordam ações de segurança do paciente; qualquer tipo de revisão bibliográfica; literatura cinzenta. A exclusão da *gray literature* foi uma decisão estratégica para obter evidências científicas importantes, pelo fato de a avaliação das mesmas para divulgação não ocorrer de forma “cegada”, logo com maior risco de viés. Ao mesmo tempo reconhecida como limitante, pois podemos ter eliminado estudos que responderam a áreas temáticas pouco mapeadas.

As bases de dados utilizadas foram acedidas através do Portal de Periódicos Capes, através do acesso CAFe (Comunidade Acadêmica Federada), mediante o login institucional da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PUBMED, Web of Science, Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) e Scopus. Também foi utilizado o repositório de registros do Google Scholar. A estratégia de busca utilizou vocábulos controlados MeSH e AND como operador booleano: (Patient Safety) AND (Hospitals, Maternity).

Na terceira etapa, aplicou-se o processo orientado pelo fluxograma PRISMA (Page et al., 2023) e todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas no software de apoio à revisão sistemática Rayyan (Yu, Liu & Sharmin, 2022), onde foram removidas duplicações e incluídos estudos completos que atenderam aos critérios de elegibilidade.

Na quarta etapa, realizou-se a extração dos dados utilizando instrumento baseado no modelo do JBI (Peters et al., 2020). Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e achados-chave relevantes para a(s) questão(ões) de revisão.

Na quinta etapa, as evidências apresentadas responderam diretamente ao objetivo e à questão de revisão. Os dados foram apresentados em forma diagramática ou tabular, acompanhados de resumo descritivo, sendo identificados de forma alfanumérica para melhor estética de apresentação das referências (A1, A2, A3, etc.). Os aspectos éticos nesta revisão apoiam-se na integridade acadêmica e na responsabilidade de respeito aos direitos autorais dos trabalhos incluídos.

Resultados e discussão

Foi recuperado um total de 2.373 registros identificados nas bases de dados selecionadas e excluíram-se 871 duplicados. Após aplicação dos critérios de acordo com fluxograma PRISMA (figura 8.1), foram incluídos 1.502, sendo que 1.394 foram excluídos após leitura do título e resumo por não contemplarem os critérios de elegibilidade estabelecidos. Seguiu-se a leitura de texto completo de 108 artigos, tendo-se eliminado 77 por: abordar literatura do tipo cinzenta e revisão (17), não abordar a população do estudo (20), não abordar o tema da revisão (17), não foram desenvolvidos em hospitais maternidade (23). Foram incluídos na revisão 31 artigos.

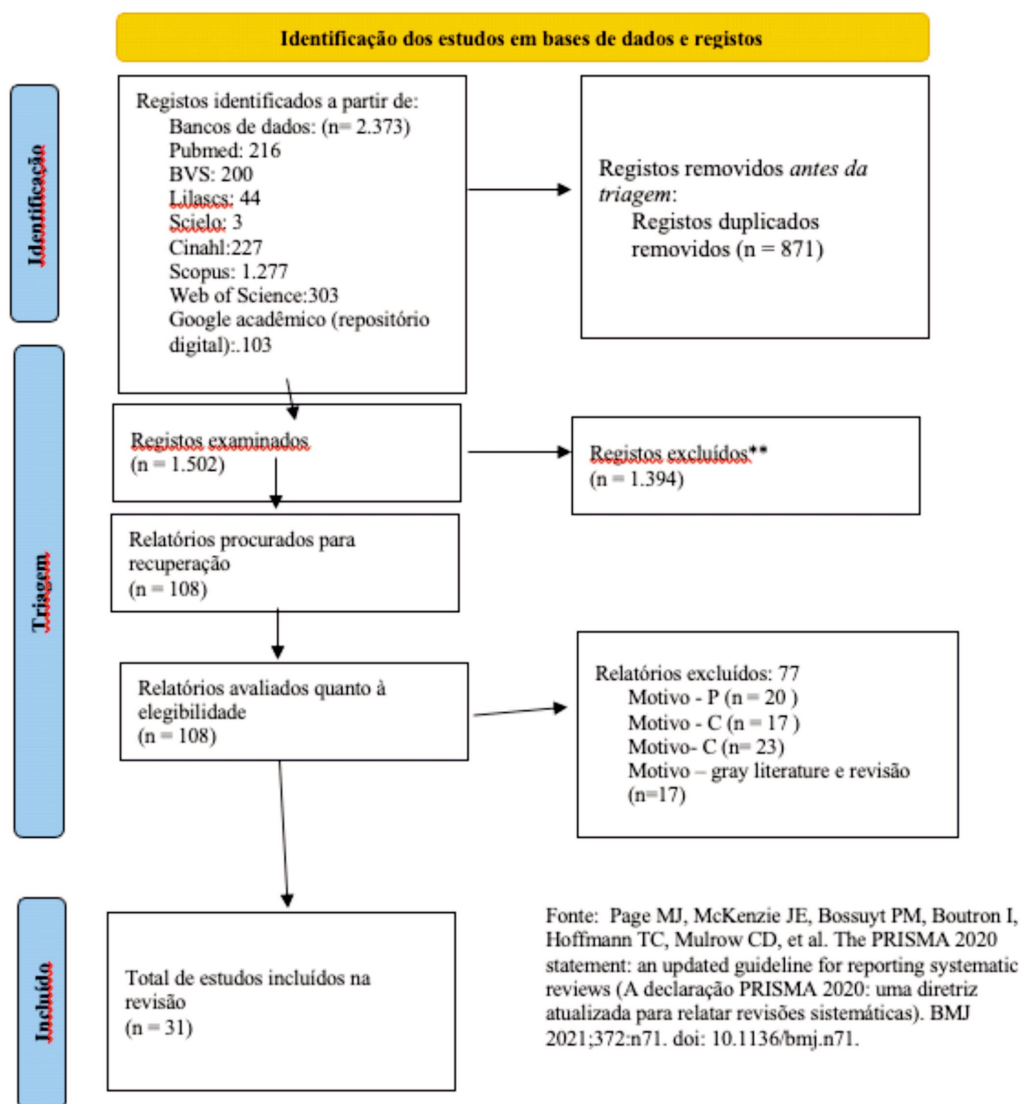


Figura 8.1 Diagrama de fluxo PRISMA 2020 para revisões sistemáticas atualizadas que incluíram pesquisas em bases de dados, registros e outras fontes

Em relação ao idioma: 17 manuscritos foram publicados em língua inglesa, 13 foram publicados em português e 1 em espanhol. Os estudos foram desenvolvidos nos países: Brasil (14), Reino Unido (3), África do Sul (2), Espanha (1), Gâmbia (1), Omã (1), Irão (1), Palestina (1), Suíça (1), China (1), Inglaterra (1), Estados Unidos da América (1), Turquia (1), Inglaterra (1) e Portugal (1). O fato de maior concentração de estudos brasileiros talvez se deva à mobilização promovida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), enquanto órgão regulador dos serviços de saúde no Brasil, com a publicação da Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013 (Brasil, 2014), sendo o marco regulatório do país para tratar do tema Segurança do Paciente, que foi estabelecido como prioridade pela Organização Mundial de Saúde. Este marco conceitual promoveu o escalonamento dos trabalhos científicos pela importância e adequações que todos os serviços de saúde precisavam implementar. Os/As profissionais participantes dos estudos incluídos foram parteiras/os, enfermeiras/os, médicas/os, obstetras, anestesistas, neonatologistas, e profissionais da gestão dos serviços.

Quadro 8.1 Síntese dos resultados (título, ano, país)

Id.	Categoria- Estratégias e tecnologias para segurança do paciente
Tema – Comunicação	
A1	The expected and actual communication of health care workers during the management of intrapartum: An interpretive multiple case study, 2015, África do Sul
A2	The impact of electronic records on patient safety: a qualitative study, 2016, Inglaterra
A3	Advancing perinatal patient safety through application of safety science principles using health IT, 2017, Estados Unidos da América
A4	A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro, 2017, Brasil.
A5	A Safety Evaluation of the Impact of Maternity-Orientated Human Factors Training on Safety Culture in a Tertiary Maternity Unit, 2020, Londres.
A6	How to be a very safe maternity unit: An ethnographic study, 2019, Reino Unido
A7	Patient safety improvement with the patient engagement in Iran: A best practice implementation project., 2022, Irã
A8	Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em busca da segurança do paciente na maternidade, 2022, Brasil.
A9	Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: a mixed-methods study, 2022, Gâmbia
A10	Effect of ISBAR Clinical handover application on Nurses' perception of communication and attitudes toward patient safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine, 2023, Faixa de Gaza, Palestina.
Tema – Cirurgia segura	
A11	The impact of a modified World Health Organization surgical safety checklist on maternal outcomes in a South African setting: A stratified cluster-randomised controlled trial, 2017, África do Sul
A12	Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar, 2020, Brasil.
Tema – Prevenção de infecções através da higienização adequada das mãos	
A13	Influencia del material promocional sobre higiene de manos en la cultura de seguridad de un hospital de tercer nivel, 2016, Espanha
Tema – Implantação do núcleo de segurança do paciente	
A14	Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde, 2016, Brasil.
Categoria – Avaliação da cultura de segurança do paciente em maternidades	
A15	A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China, 2017, China
A16	Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals, 2018, Turquia
A17	Diagnóstico de cultura de segurança do paciente, 2019, Brasil
A18	Cultura de segurança do paciente em uma maternidade de risco habitual, 2019, Brasil.
A19	Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward, 2020, Suíça
A20	Patient safety culture in Oman: A national study, 2020, Omã
A21	Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: estudo transversal, 2020, Brasil
A22	Cultura de segurança do paciente em uma maternidade, 2020, Brasil.
A23	Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de enfermagem em uma maternidade pública, 2020, Brasil.
A24	Cultura de segurança em uma maternidade pública de ensino: conhecer para intervir, 2021, Brasil.
A25	Seven features of safety in maternity units: a framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation, 2021, Reino Unido.
A26	Assessment of patient safety culture in the theatre unit of an Irish tertiary maternity hospital, 2021, Reino Unido.
A27	Gestão de riscos dos eventos adversos em uma maternidade, 2022, Brasil.
A28	Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva materna, 2022, Brasil
A29	Cultura de Segurança do paciente em maternidade da Amazônia Ocidental, 2022, Brasil.
A30	Safety culture in obstetric nurses' clinical practice, 2023, Portugal.
A31	Ergonomia e segurança do paciente na prevenção e mitigação de eventos adversos em uma maternidade de alta complexidade, 2024, Brasil.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2025.

Relativamente às características metodológicas, 16 estudos são de natureza quantitativa, 11 qualitativa e 4 quanti-qualitativa. Identificaram-se diferentes tipos de estudo: estudos transversais (10), abordagem multi-método (5), estudo de caso (1), convergente-assistencial (1), etnográfica (2), coorte observacional prospectivo (1), relato de experiência (2), estudo de coorte (2), Pesquisa-ação (1), survey (1), quatro dos estudos não indicam na descrição metodológica qual o desenho, mas apenas a abordagem adotada. As estratégias de colheita de dados foram desenvolvidas por meios digitais.

Após a sistematização dos temas emergentes, nos estudos incluídos, foram identificadas duas categorias: Estratégias e tecnologias para segurança do paciente, que aborda: Comunicação (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10), Cirurgia segura (A11, A12), Prevenção de infecções através da higienização adequada das mãos (A13), Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente (A14); e Avaliação da cultura de segurança do paciente em Maternidades (A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, A31).

As ações de segurança do paciente em maternidades caracterizam-se por estratégias para melhor implementar os princípios e metas de segurança, porém não basta apenas pôr em prática, é necessário serem verificadas para contínuo aperfeiçoamento e melhoria da qualidade da atenção à saúde.

As estratégias e tecnologias para segurança do paciente, nos estudos incluídos, abordam a Comunicação, a qual é implementada através de treino sobre fatores humanos necessários e envolvidos na melhoria da segurança (A5). Também, inclui o uso de tecnologia da informação para criar ou aperfeiçoar sistemas, como para segurança perinatal (A3), registo de cuidados e informações (A2) e implantação do programa ISBAR (Identificar, Situação, Histórico, Avaliação e Recomendação) (A10).

As auditorias também são estratégias quando, por exemplo, envolvem profissionais sobre a inclusão de pacientes nos processos de segurança, reconhecendo a necessidade antecipada de treino destas equipas (A4, A7). Também contribui para a efetividade comunicacional, estabelecer parâmetros sobre o que “é bom para segurança”, como competência coletiva, respeito mútuo, cuidados organizados, e autoridade sapiencial caracterizada pela deferência à experiência em vez de hierarquia (A6).

Ainda sobre comunicação, a criação de tecnologia para inclusão de pacientes e acompanhantes contribui no processo de informação e participação destes (A8). Também, no processo de transferência entre setores e procedimentos durante o intraparto, ações ligadas à sistematização do diálogo profissional e seguro precisam ser consideradas, pois podem ocorrer dificuldades devido à falta de instrumentos, sobrecarga de trabalho e responsabilização nos processos (A1, A9).

Além disso, na abordagem da Cirurgia segura as tecnologias leves também surgiram como estratégias, como a lista de verificação (A11) e o partograma, que contribuem para transformar e consolidar a cultura de segurança nos ambientes das maternidades (A12).

Outra estratégia é a Prevenção de infecções através da higienização adequada das mãos, mediante treino, exposição de lembretes e mensagens disseminadas pelo serviço (A13). A Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente foi mencionada como fundamental para a construção da cultura de segurança, pois este setor possibilita centralizar, organizar e avaliar todo o processo relacionado à segurança (A14).

No âmbito da segurança do paciente na área obstétrica, é imperativo alinhar as práticas clínicas com ações para a qualidade da saúde, para garantir cuidados maternos seguros e eficazes. É primordial a substituição de uma cultura punitiva por uma que promova a aprendizagem com os erros e fomente uma comunicação aberta entre os profissionais de saúde. Esta

mudança cultural é essencial para cultivar um ambiente onde os incidentes possam ser relatados sem medo de retaliação, permitindo a implementação efetiva de políticas de segurança do paciente.

A qualidade e segurança obstétrica dependem da capacidade de colaboração e comunicação entre prestadores de cuidados de saúde, incluindo serviços comunitários de parto, serviços hospitalares e serviços médicos de emergência. Estudos indicam uma correlação significativa entre a eficácia do trabalho em equipa em emergências perinatais e resultados positivos para mães e neonatos, embora a construção de equipas colaborativas é frequentemente desafiada pela fragmentação dos sistemas de saúde e pela escassez de interações regulares entre diferentes prestadores de cuidados de saúde fora de emergências (Baayd et al., 2023).

Assim, a comunicação efetiva durante os cuidados prestados durante a gravidez, parto, nascimento e puerpério, na perspectiva de pacientes e acompanhantes, está associada ao aumento da satisfação com o atendimento, redução da ansiedade e maior motivação para adotar comportamentos saudáveis. Grávidas que participam ativamente e defendem suas necessidades, em interações com profissionais de saúde, geralmente recebem informações mais detalhadas e se sentem mais respeitadas (Goh et al., 2024).

Na Avaliação da cultura de segurança do paciente em Maternidades, sobressaiu a verificação da situação da cultura de segurança, impacto de treinos, necessidades de melhores condições de trabalho de maqueiros e outros profissionais envolvidos no cuidado construindo um arcabouço de informações que funcionam como feedback e contribuem para o contínuo aperfeiçoamento. Ademais, possibilitam ajustar ou elaborar programas de treino adaptados às necessidades de cada unidade de saúde, para promover uma cultura de segurança eficaz. O estabelecimento do trabalho em equipa, através do programa de treino Team STEPPS (Estratégias e ferramentas de equipa para melhorar o desempenho e a segurança do paciente) também promove uma abordagem mais colaborativa e eficaz entre os profissionais de saúde, o que pode resultar em melhores resultados para mães e bebés (A15, A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29, A30, A31).

Logo, emergem recomendações para direcionar futuras investigações e intervenções no âmbito da segurança do paciente em contextos obstétricos. Torna-se essencial o desenvolvimento de intervenções específicas destinadas a aprimorar a segurança em áreas, como a identificação do paciente, a administração de medicamentos, e a prevenção de quedas e lesões. Também é fundamental melhorar a infraestrutura e o suporte humano nas maternidades, para garantir a qualidade dos cuidados de saúde. Isto inclui iniciativas como a “Maternidade Segura e Centrada na Família”, que buscam abordar desafios como a sobrecarga de trabalho e as falhas de comunicação, reconhecidas como fontes importantes de conflito e potenciais ameaças à segurança do paciente. Essa iniciativa abarca oito passos importantes para a redução da morbimortalidade materna e fetal, tais como: a garantia de informações seguras sobre saúde sexual e reprodutiva, ampliando a assistência no planeamento reprodutivo e no período gravídico-puerperal; o incentivo ao parto humanizado e natural; a educação permanente dos profissionais de saúde para a implementação de normas e rotinas nos serviços; a melhoria da estrutura para o atendimento ginecológico e obstétrico; e a manutenção de sistemas de informação para avaliar os indicadores de saúde materna perinatal (Versiani et al., 2008).

Considerações Finais

Em suma, ao abordar as metas de segurança do paciente de forma integrada e coordenada, é possível criar um ambiente mais seguro e centrado no paciente nas maternidades, garantindo cuidados maternos de alta qualidade e reduzindo os riscos para a díade mãe-bebê. Assegurar a integridade física e emocional da mulher e do neonato, durante o processo gestacional e parturitivo, é primordial para atenuar riscos e fomentar desfechos favoráveis.

Além disso, melhorar a infraestrutura e o suporte humano nos hospitais é fundamental para garantir a qualidade dos cuidados de saúde. Isto inclui iniciativas, como a “Maternidade Segura e Centrada na Família”, que buscam abordar desafios como a sobrecarga de trabalho e falhas de comunicação, reconhecidas como fontes importantes de conflito e potenciais ameaças à segurança do paciente.

Referências bibliográficas

- Ahmadi, S., Haghighoshayie, E., Arjmand, A., Hajebrabimi, S., & Hasanpoor, E. (2022). Patient safety improvement with the patient engagement in Iran: A best practice implementation project. *PloS One*, 17(5), e0267823. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267823>
- Al Nadabi, W., Faisal, M., & Mohammed, M. A. (2020). Patient safety culture in Oman: A national study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(5), 1406-1415. <https://doi.org/10.1111/jep.13322>
- Ansari, S. P., Ardesch, J., & van Driel, P. J. (2020). A safety evaluation of the impact of maternity-oriented human factors training on safety culture in a tertiary maternity unit. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e359-e366. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000609>
- Araújo, L. X., Santos, J. L., Alves, C. N. M., Costa, M. C. S., & Sousa, M. M. (2022). Cultura de Segurança do paciente em maternidade da Amazônia Ocidental. *Revista de Enfermagem UFPE*, 16(1), 1-16. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2022.252972>
- Azevedo, K. C. C., de Melo Alves, A. M. P., Félix, Z. C., & Viana, A. C. G. (2016). Implantação do núcleo de segurança do paciente em um serviço de saúde. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 10(12), 4692-4695. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i12a11540p4692-4695-2016>
- Baayd, J., Wylie, M., Farias, K., Smith, B., Burshnick, M., & Seaman, J. (2023). Catalyzing collaboration among interprofessional birth transfer teams through simulation. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(4), 458-465.
- Baggio, M. E., Costa, A. C. L., Brandão, L. G. V. A., Andrade, V. A. A., Matozinhos, F. P., Corrêa, A. dos R., & Manzo, B. F. (2022). Desenvolvimento participativo de tecnologia educacional em busca da segurança do paciente na maternidade. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 75(5), e20210701. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0701>
- Barillas, C. C. H., Viana, D. L., & Sales, E. B. (2021). Cultura de segurança em uma maternidade pública de ensino: Conhecer para intervir. *Cultura de Los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*, 61(1), 1-8. <https://doi.org/10.20513/2447-6595.2021v61n1e41186p1-8>
- Brás, C. P. da C., Figueiredo, M. do C. A. B. de., & Ferreira, M. M. C. (2023). Safety culture in obstetric nurses' clinical practice. *Texto & Contexto — Enfermagem*, 32, e20220330. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0330en>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2014). *Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente*. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- Carmo, J. M. A. do., Almeida, A. N. D., & Lima, A. K. A. (2020). Cultura de segurança do paciente em unidades hospitalares de ginecologia e obstetrícia: Estudo transversal. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 73(5), e20190576. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0576>
- Cassidy, S., O'Donoghue, A., & Hayes, N. (2021). P. 116 Assessment of patient safety culture in the theatre unit of an Irish tertiary maternity hospital. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 46(1), 103-114.

- Clarke, A., Johnson, D., & Coleman, J. J. (2016). The impact of electronic records on patient safety: A qualitative study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 16, 62. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0299-y>
- Fahajan, Y., El Haddad, M., & Khaleel, M. (2023). Effect of ISBAR clinical handover application on nurses' perception of communication and attitudes toward patient safety at Emirates Maternity Hospital in Gaza Strip, Palestine. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 33(5), 769-780.
- Félix, R. dos S., & Filippin, N. T. (2020). Cultura de segurança do paciente em uma maternidade. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 10, e73. <https://doi.org/10.5902/2179769240280>
- Ferreira, E. C. de S., & Melo, N. S. (2019). Diagnóstico de cultura de segurança do paciente. *Revista De Enfermagem UFPE online*, 13. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242490>
- Goh, A. H., Rattray, J., & Hunter, A. (2024). Communication between pregnant people of color and prenatal care providers in the United States: An integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 69(2), 202-223.
- Liberati, E. G., Brazier, J. E., & Green, J. (2019). How to be a very safe maternity unit: An ethnographic study. *Social Science & Medicine*, 223, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.035>
- Liberati, E. G., Brazier, J. E., & Green, J. (2021). Seven features of safety in maternity units: A framework based on multisite ethnography and stakeholder consultation. *BMJ Quality & Safety*, 30(6), 444-456. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010988>
- Listyowardojo, T. A., Xu, Y., & Wei, R. (2017). A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 10, 253-262. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S136943>
- M'Rithaa, D. K., Fawcus, S., Korpela, M., & De la Harpe, R. (2015). The expected and actual communication of health care workers during the management of intrapartum: An interpretive multiple case study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7(1), 911. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v7i1.911>
- Medeiros, A. B. de., Gimenes, K. A. R., & Sales, E. M. (2020). Partograma: Instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
- Molina-Cabrillana, J., del Rio-Barquero, A., & Toledo-Pérez, N. J. (2016). Influencia del material promocional sobre higiene de manos en la cultura de seguridad de un hospital de tercer nivel. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(1), 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.01.002>
- Moura, M. E. S., Maria, R. C. de., Silva, M. C. S. da., & Silva, M. M. da. (2022). Gestão de riscos dos eventos adversos em uma maternidade. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 43, e20210255. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210255.en>
- Naidoo, M., Moodley, J., Gathiram, P., & Sartorius, B. (2017). The impact of a modified World Health Organization surgical safety checklist on maternal outcomes in a South African setting: A stratified cluster-randomised controlled trial. *South African Medical Journal*, 107(3), 248-257. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i3.11320>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, C., & Moher, D. (2023). A declaração PRISMA 2020: Diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e112.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris, C. Lockwood, K. Porritt, B. Pilla, & Z. Jordan (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-09>
- Rickard, F., Kalu, S., Munkel, N., & O'Connor, M. (2022). Clinical handover communication at maternity shift changes and women's safety in Banjul, the Gambia: A mixed-methods study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 784. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05052-9>
- Santos, F. de J., Santana, S. A., & Silva, R. A. S. (2019). Cultura de segurança do paciente em maternidade de baixo risco. *ABCS Ciências da Saúde*, 44(1). <https://doi.org/10.7322/abcsbs.v44i1.1066>
- Santos, J. A. M., Medeiros, A. B. de., & Leite, S. S. (2022). Cultura de segurança em unidade de terapia intensiva materna. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e62230. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.62230>
- Silva, A. R. M. V. e, Carvalho, R. J. M. de, Saldanha, M. C. W., & Sousa, C. R. de C. (2024). Ergonomia e segurança do paciente na prevenção e mitigação de eventos adversos em uma maternidade de alta

complexidade. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 17(4), e6264.

<https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-235>

Silva, P. L., Rodrigues, C. C. M., & Almeida, P. C. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*, 19(4), 427-462.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>

Sousa, F. C. P. de., Vieira, R. C. A., & Sousa, M. R. (2017). A participação da família na segurança do paciente em unidades neonatais na perspectiva do enfermeiro. *Texto & Contexto — Enfermagem*, 26(3), e1180016.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072017001180016>

Staines, A., Lécureux, E., Rubin, P., Baralon, C., & Farin, A. (2020). Impact of TeamSTEPPS on patient safety culture in a Swiss maternity ward. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(9), 618-624.

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz062>

Tunçer Ünver, G., & Harmanci Seren, A. K. (2018). Defining the patient safety attitudes and influencing factors of health professionals working at maternity hospitals. *Journal of Nursing Management*, 26(5), 579-586.

<https://doi.org/10.1111/jonm.12585>

Versiani, C. de C., Oliveira, A. C. S., & Lima, E. M. S. (2008). Maternidade Segura: Relato de experiência. *Rev. APS*, 11(1), 109-114. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14182/7679>

Webb, J., Al-Jumeily, D., & Al-Rahim, R. (2017). Advancing perinatal patient safety through application of safety science principles using health IT. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 176.

<https://doi.org/10.1186/s12911-017-0572-8>

Yu, F., Liu, C., & Sharmin, S. (2022). Performance, usability, and user experience of Rayyan for systematic reviews. *Proceedings of the Association for Information Science and Technology*, 59(1), 843-844.

Patrícia Figueiredo Marques. Graduada em Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade de Educação da Bahia, e em Bacharelado em Enfermagem, mestrado e Doutorado em Enfermagem, todos Universidade Federal da Bahia. Atualmente, está a realizar formação avançada pós-doutorado na UICISA: E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra da Universidade de Coimbra. Docente associada no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (CCS/UFRB) e como pesquisadora fundadora do SSeR — Grupo de Pesquisa em Saúde Sexualidade e Reprodução.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0242-5024>

Hellen Souza de Oliveira, 25 anos, é natural de Amargosa, Bahia, Brasil. Bacharela em Saúde e Enfermeira formada pela Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Possui pós-graduação em Gerenciamento Hospitalar, Docência em Enfermagem e Gerenciamento em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade Unimininas. Tem interesse especial pela segurança do paciente, com foco no contexto da maternidade. Comprometida com a humanização e a qualidade do cuidado, dedica-se à pesquisa, qualificação contínua e ao fortalecimento da saúde pública.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5193-3204>

Joseneide dos Santos Queiroz. Pós-doutora em Engenharia de Produção e Sistemas no Mestrado do Instituto Federal da Bahia, Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Mestrado em Enfermagem no Cuidar do Adulto e Idoso pela Universidade Federal da Bahia. Especialização em Nefrologia pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia. Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador. Professora Adjunta da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, líder do Grupo de Pesquisa CRIAI-CNPq/UFRB.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9938-5067>

Lilian Conceição Guimarães de Almeida. Graduação em Enfermagem, mestrado em Enfermagem e doutorado em Saúde Coletiva, todos pela Universidade Federal da Bahia. Docente do Curso de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde, do curso graduação de Enfermagem, coordenadora do curso de Residência em Enfermagem Obstétrica e vice-coordenadora do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, coordenadora do Projeto de Extensão Bonde Universitário: jovens em ações de prevenção em IST/HIV/Aids, todos os vínculos relacionados a Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6940-9187>

Maria Conceição Rivemales. Professora Associada da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Pós-doutora em Educação pela Universidade de Montpellier — França. Doutora em Enfermagem pela UFBA. Especialista em Gestão em Saúde (UNIFESP), Cuidado Pré-natal (UNIFESP) e Docência na Saúde (UFRGS). Docente do Programa de Pós-graduação em Saúde da População Negra e Indígena da UFRB. Pesquisadora do Núcleo de estudos e pesquisas em gênero, raça e saúde (NEGRAS) e Grupo de Estudos em Saúde da Mulher (GESAM).

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7773-4772>

Michelle Araújo Moreira. Professora Plena do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Pós-doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), Doutora em Enfermagem/UFBA, Mestra em Enfermagem/UFBA, Especialista em Saúde Pública pela UNESA, Especialista em Cuidado pré-natal pela UNIFESP e Especialista em Enfermagem Obstétrica pela EESPBA. Docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC, Docente do Programa de Pós-graduação, Mestrado Profissional da UESC. Pesquisadora fundadora do grupo de pesquisa SSeR.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6998-8665>

Rosa Maria dos Santos Moreira. Professora adjunta. Vice-coordenadora da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Investigadora principal do projeto estruturante Prática de Enfermagem Avançada em Saúde Reprodutiva e Perinatal (UICISA:E). Coordenadora do Gabinete de Relações Nacionais e Internacionais. Autora de vários artigos publicados em periódicos indexados, comunicações em eventos científicos, capítulos de livro. Arguente e orientadora de teses de mestrado e doutoramento na área da saúde materna, obstétrica e ginecológica.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7512-0582>

**Parte III | Igualdade de género, equidade e empoderamento
das mulheres**

*Igualdad de género, equidad y empoderamiento
de las mujeres*

Violência de gênero e saúde mental no Brasil

Uma análise crítica e reflexiva sobre impactos e estratégias de cuidado

Meyrielle Belotti

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Brasil

Sabrina Helena Ferigato

Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Resumo: Este estudo tem como objetivo realizar uma análise crítica e reflexiva acerca das inter-relações entre violência de gênero e saúde mental no contexto brasileiro. Para tanto, foi conduzida uma pesquisa descritiva de natureza reflexiva, baseada na análise e interpretação de literatura científica, incluindo artigos, teses e dissertações. A organização dos resultados ocorreu a partir de dois eixos temáticos: (1) os impactos da violência de gênero na saúde mental das mulheres e (2) as estratégias de cuidado em saúde mental para mulheres em situação de violência de gênero. Os resultados evidenciam que a exposição à violência de gênero está associada ao aumento da prevalência de agravos de saúde mental, tais como depressão, transtornos de ansiedade, síndrome do pânico, transtornos alimentares, transtornos psicossomáticos, transtorno de estresse pós-traumático, ideação suicida e uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas. A educação contínua dos profissionais de saúde é identificada como uma necessidade urgente para a implementação de um cuidado integral e qualificado. Enfatiza-se a necessidade da compreensão da violência de gênero contra a mulher como um fenômeno interligado ao campo da saúde coletiva e da saúde mental, bem como a incorporação de uma perspectiva interseccional, que leve em consideração as diferentes dimensões da singularidade e das experiências familiares e socioculturais das mulheres.

Palavras-chave: violência de gênero, violência contra mulheres, saúde mental, saúde coletiva, políticas públicas.

Introdução

A violência de gênero contra as mulheres refere-se a qualquer ato violento motivado pela condição de pertencimento ao sexo feminino, podendo resultar em danos físicos, sexuais ou psicológicos, além de ameaças, coerção ou privação arbitrária de liberdade, seja em âmbito público ou privado (Krug et al., 2002). Embora esse fenômeno seja reconhecido como universal, sua manifestação e impacto variam de acordo com fatores como classe social, cultura e etnia, atingindo de forma mais severa grupos socialmente vulneráveis, em especial mulheres negras e de classes sociais socioeconomicamente desfavorecidas (Kamimura, 2019).

Historicamente, a violência de gênero contra as mulheres tem sido uma pauta central do movimento feminista, que se consolidou como um movimento libertário, que tem como objetivo a construção de relações igualitárias entre homens e mulheres, garantindo liberdade e autonomia feminina sobre suas vidas e corpos (Beauvoir, 2019). Ao longo das décadas, essa luta se fortaleceu com a incorporação de novas perspectivas teóricas e reivindicações, como os debates sobre interseccionalidade e a necessidade de políticas públicas eficazes para o enfrentamento da violência (Crenshaw, 1989; Hooks, 2000).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) revelam que, aproximadamente, 35% das mulheres em todo o mundo já experienciaram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas, com variações que podem atingir a ordem de 70% em determinados

contextos socioculturais. De acordo com essa estatística, três em cada grupo de cinco mulheres foram ou serão vítimas de violência, classificando o fenômeno como uma epidemia (OMS, 2005; OMS, 2013). Apesar da magnitude da problemática, a maioria dos casos ainda não é identificada. Estudo realizado na União Europeia evidenciou que apenas 14% das mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo acionaram serviços oficiais (European Union Agency for Fundamental Rights, 2014).

Segundo o Mapa da Violência de 2015 (DataSenado, 2015), o Brasil passou da 7ª posição em 2012 (em uma amostra de 84 países) para a 5ª posição em 2015 (considerando 83 países) no que se refere às taxas de feminicídio. Além disso, o estudo revelou que, dos 4.762 casos de feminicídio registrados em 2013, 50,3% foram cometidos por familiares, e dentro desse percentual, 33,2% tiveram como autores parceiros ou ex-parceiros das vítimas. Dados mais recentes indicam que a violência contra a mulher se agravou durante a pandemia de COVID-19, resultando em um aumento significativo nos casos de feminicídio e violência de gênero. Esse cenário pode estar relacionado a fatores como o isolamento social, a convivência forçada com agressores, dificuldades financeiras e o acesso limitado a serviços de proteção e denúncia (Pontes et al., 2022).

A Lei nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, representa um marco no enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil. Inspirada nas diretrizes de organismos internacionais de direitos humanos, a legislação estabelece medidas protetivas de urgência, mecanismos de prevenção e assistência às vítimas, além de prever punições mais severas para os agressores. A lei tipifica diferentes formas de violência contra a mulher, incluindo a física, psicológica, sexual, patrimonial e moral, apoiando a complexidade das especificidades e a necessidade de abordagens multidimensionais para sua erradicação (Brasil, 2006).

Ainda sobre o contexto brasileiro, a Política Nacional para as Mulheres, em consonância com o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2013), vigente desde 2013, reflete uma tendência global de aprimoramento das políticas públicas voltadas à equidade de gênero. O plano em questão aperfeiçoou políticas preexistentes e incorporou ações voltadas à promoção da igualdade no mercado de trabalho, educação para a cidadania, saúde integral das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos, combate à violência de gênero, participação feminina nos espaços de poder e decisão, desenvolvimento sustentável com igualdade social e econômica, e acesso à terra para mulheres do campo e da floresta, além do enfrentamento ao racismo, sexismo e lesbofobia.

Paralelamente aos avanços na promoção dos direitos das mulheres, no contexto da redemocratização brasileira, emergiu, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que desempenhou um papel crucial na reforma da saúde mental no país (Yasui, 2010). Contudo, Medeiros e Zanello (2018) apontam para a falta de diálogo entre as políticas direcionadas à saúde mental e aquelas voltadas aos direitos das mulheres. As autoras apontam que essa desarticulação entre as políticas públicas, por sua vez, produz efeitos negativos na rede de cuidado e proteção, dificultando a oferta de um cuidado integral e resolutivo às mulheres em situação de violência que sofrem com problemas de saúde mental.

Um mapeamento realizado sobre a produção científica brasileira no campo dos estudos de gênero e saúde, revelou que as pesquisas em torno dessa temática têm se concentrado principalmente em temas como reprodução e contracepção; violência de gênero e suas diferentes manifestações, incluindo violência doméstica, conjugal, familiar e sexual; sexualidade e saúde, além da relação entre trabalho e saúde (Corrêa, 2002). Observe-se, no entanto, que a abordagem dos estudos de gênero no contexto da saúde mental ainda é pouco explorada.

Este estudo tem como objetivo realizar uma análise crítica e reflexiva acerca das inter-relações entre violência de gênero e saúde mental no contexto brasileiro. Para isso, foi realizada uma pesquisa descritiva de natureza reflexiva, baseada na análise e interpretação de literatura científica, incluindo artigos, teses e dissertações. Essa abordagem metodológica permite uma compreensão mais aprofundada dos impactos da violência de gênero na saúde mental das mulheres, contribuindo para o aprimoramento das estratégias de enfrentamento e para a formulação de políticas públicas mais eficazes.

Para a realização desta pesquisa, foram utilizadas as bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), considerando que essas plataformas reúnem uma expressiva quantidade de periódicos brasileiros com acesso gratuito. As buscas foram realizadas entre os meses de abril e maio de 2024, utilizando-se os descritores sugeridos pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR: “saúde mental”, “violência de gênero”, “violência doméstica” e “violência contra a mulher”.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos foram: artigos científicos originais, redigidos em língua portuguesa, com texto completo disponível on-line, publicados entre os anos de 2019 e 2022, e que abordassem a temática da violência de gênero e suas interfaces com a saúde mental. Por outro lado, foram excluídos dissertações, ensaios, monografias, cartas, cartilhas, revisões bibliográficas, estudos de caso, artigos em língua estrangeira, duplicados, sem acesso ao texto completo e aqueles que, embora apresentassem os descritores mencionados, não se mostraram pertinentes à proposta da pesquisa por não focarem na temática central.

Ao todo, foram identificados 910 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 757 foram descartados, restando 153 para a leitura dos títulos e resumos. Desses, 39 foram selecionados para leitura na íntegra, resultando em 13 artigos que atenderam plenamente aos objetivos do estudo.

Os resultados foram organizados em dois eixos temáticos: (1) A violência de gênero e seus impactos na saúde mental das mulheres e (2) Cuidado em saúde mental para mulheres em situação de violência de gênero. Após a apresentação dos resultados, foi realizada uma análise reflexiva dos achados, possibilitando uma discussão crítica sobre os desafios e as lacunas existentes no enfrentamento da violência de gênero e suas repercussões na saúde mental.

A violência de gênero e seus impactos na saúde mental de mulheres

Diversos estudos científicos brasileiros corroboram a relação entre a violência de gênero e os impactos na saúde mental das mulheres. De acordo com Ferreira et al. (2024) violência de gênero contra mulheres tem sido apontada como um fator determinante para o desenvolvimento de transtornos depressivos e de ansiedade. Além desses agravos, a exposição a situações de violência está associada a um aumento significativo na prevalência de síndrome de pânico, distúrbios alimentares, transtornos psicossomáticos, transtorno de estresse pós-traumático e ao uso abusivo de álcool e outras substâncias psicoativas (Teixeira & Paiva, 2021; Silva Júnior et al., 2021; Furtado et al., 2019; Frazão et al., 2019; Cunha et al., 2022). Outros estudos indicam que fatores de risco presentes em contextos de violência do gênero potencializam o desenvolvimento de distúrbios alimentares e manifestações psicossomáticas (Frazão et al., 2019; Cunha et al., 2022). Além disso, os comprometimentos na qualidade do sono também foram identificados como um efeito da violência, podendo agravar outras condições de saúde mental (Leite et al., 2022).

A violência de gênero contra mulheres também aparece como um preditor para o desenvolvimento de comportamento suicida, sendo essas características associadas à intensificação do sofrimento psíquico (Teixeira & Paiva, 2021; Dantas et al., 2023). Além disso, observa-se uma correlação expressiva entre a vivência de violência sexual e o risco de ideação e comportamento suicida (Parentes et al., 2019; Dantas et al., 2023).

Os dados também evidenciam que a sintomatologia observada inclui fadiga persistente, irritabilidade exacerbada, crises de choro recorrentes, hipervigilância e pensamentos persecutórios (Furtado et al., 2019; Cunha et al., 2022; Santos & Irineu, 2019). Adicionalmente, o sofrimento psíquico decorrente da violência de gênero contra mulheres é frequentemente relacionado ao surgimento de sentimentos de medo, vergonha, tristeza profunda, raiva, isolamento social e culpa (Cunha et al., 2022; Santos & Irineu, 2019). Os estudos demonstraram que mulheres vítimas desse tipo de violência frequentemente relatam sensações de humilhação, impotência, insegurança, solidão e exclusão, solidão, exclusão, angústia, revolta, insatisfação com a própria imagem, baixa autoestima, perda da identidade, piora na qualidade de vida, hipervigilância e afastamento do trabalho (Brito et al., 2022; Cunha et al., 2022).

Cuidado em saúde mental para mulheres em situação de violência de gênero

Os estudos demonstraram que mulheres que sofrem violência de gênero buscam mais os serviços de saúde mental do que aquelas que não vivenciam essa situação (Teixeira & Paiva, 2021). Contudo, essa procura não é uniforme, sendo que mulheres trans, por exemplo, devido a experiências de discriminação em serviços de saúde, evitam buscar ajuda nesses espaços (Borgert et al., 2023). Apesar de mulheres cisgênero e heterossexuais buscarem mais os serviços de saúde, há relatos de negligência por parte dos profissionais, resultando na invisibilidade da violência de gênero (Borgert et al., 2023) ou revitimização da mulher. Além disso, observa-se que o foco do cuidado em saúde está nas consequências da violência de forma individual, e não nas questões sociais e estruturais que a envolvem (Teixeira & Paiva, 2021). Além disso, os resultados apontam que a violência física é o tipo mais identificado pelos profissionais de saúde, uma vez que deixa marcas visíveis no corpo das vítimas. Ainda há uma lacuna na identificação de outras formas de violência como a violência psicológica e moral. (Teixeira & Paiva, 2021; Lira & Castro, 2022).

No que se refere às práticas adotadas pelos serviços de saúde, constatou-se que os profissionais realizam ações de apoio para a denúncias, orientações sobre possíveis estratégias para lidar com a violência e realização de encaminhamentos para outras instâncias, como a rede de assistência social e jurídica (Lira & Castro, 2022; Teixeira & Paiva, 2021). No entanto, verificou-se que tais ações são predominantemente reativas, ou seja, ocorrem apenas quando a violência é explicitamente relatada ou identificada, sem uma abordagem sistemática e contínua dentro dos serviços de saúde (Teixeira & Paiva, 2021).

Outro achado relevante refere-se à tendência crescente da medicalização do sofrimento psíquico das mulheres em situação de violência. A prescrição de psicofármacos, especialmente antidepressivos, tem sido uma prática recorrente, seguida pelo uso de ansiolíticos, como os benzodiazepínicos (Brito et al., 2022).

Por fim, os estudos ressaltam a persistência da subnotificação dos casos de violência contra a mulher, apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, da obrigatoriedade da notificação. Esse fenômeno decorre de múltiplos fatores, incluindo o desconhecimento sobre os procedimentos de notificação compulsória, a ausência dos formulários nos serviços, o receio

dos profissionais em abordar o tema com as mulheres atendidas, a percepção de impotência diante das situações vivenciadas pelas vítimas e a confusão entre a notificação e uma possível denúncia formal (Teixeira & Paiva, 2021; Lira & Castro, 2022).

Reflexões críticas sobre os impactos da violência de gênero na saúde mental e os caminhos para o cuidado

A violência de gênero contra a mulher se configura como um fenômeno estrutural multifacetado, intrinsecamente ligado a desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais historicamente enraizadas (Lucena et al., 2017). Embora haja crescente reconhecimento de sua relevância como problema de saúde pública e da necessidade de intervenções, a complexidade do fenômeno demanda investigações mais aprofundadas para o desenvolvimento de estratégias eficazes de enfrentamento, incluindo ações que assumam a indissociabilidade entre a Clínica e a Política quando falamos sobre sofrimento psíquico de mulheres.

Os dados analisados evidenciam que a violência de gênero contra mulheres produz impactos significativos na saúde mental, ocasionando e/ou intensificando quadros de transtornos mentais, corroborando com a literatura feminista e os estudos de gênero (Heise, 1993; Krug et al., 2002).

Destacamos que o Sistema Único de Saúde cumpre um papel fundamental no enfrentamento das violências e no cuidado à saúde mental das mulheres, da Atenção Básica até a Atenção Especializada e Hospitalar e que muitos avanços foram atingidos nos últimos anos, inclusive, de forma muito mais implicada do que no sistema privado de saúde, que tem uma política praticamente inexpressiva de prevenção às violências. Mas ainda temos muito a avançar para que as Políticas de enfrentamento à violência de gênero avancem de forma estruturante das práticas de cuidado, tanto na saúde geral quanto na saúde mental em específico.

Cabe ressaltar que historicamente, a compreensão da violência de gênero como fator de risco para o sofrimento psíquico tem sido obscurecida por explicações biologizantes, ou misóginas, como o conceito de histeria (do grego, *hystéra*, que significa útero) que patologizavam as experiências sociais das mulheres. A desvinculação da ideia de “loucura” ao feminino percorreu uma longa trajetória, desde a compreensão da histeria como produto da biologia feminina até sua associação a inadequações como resultante de repressão sexual ou masoquismo (Barbosa et al., 2014). A compreensão da violência de gênero como fator de risco para o sofrimento psíquico é uma discussão recente (Bandeira, 2019), sendo fundamental aprofundar a análise desse fenômeno como um processo contínuo de opressão e violação de direitos, demandando respostas sistêmicas e políticas públicas intersetoriais e interseccionais que promovam a equidade de gênero, a autonomia das mulheres e o acesso a serviços de saúde integral e de qualidade.

Observou-se também, por meio dos resultados, um paradoxo na análise dos estudos: mulheres cisgênero heterossexuais em situação de violência de gênero buscam mais frequentemente os serviços de saúde; entretanto, verifica-se uma “invisibilidade” do fenômeno, uma vez que os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para identificar e acolher essas mulheres adequadamente. A exposição às violências estruturais e institucionais são ainda mais comuns e avassaladoras quando soma-se ao gênero outras camadas de vulnerabilização, como raça, etnia ou a presença de deficiências (Crenshaw, 1991). Esse desafio ressalta a necessidade de capacitação dos profissionais para lidar de forma sensível e eficaz com usuárias dos

serviços de saúde cujas demandas estão relacionadas à violência de gênero. Nesse contexto, a educação permanente, que tem como objetivo nortear a formação dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde, visando transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho a partir das necessidades e dificuldades do sistema (Cardoso et al., 2017), configura-se como um recurso indispensável para a qualificação profissional, proporcionando conhecimento sobre legislação específica e contribuindo para a compreensão da violência de gênero como uma questão de saúde coletiva. Compreendemos que a Educação Profissional, neste caso, é um dispositivo potente para ampliar as condições profissionais de percepção, sensibilização e ação contra a violência de forma preventiva e curativa.

A subnotificação dos casos de violência de gênero contra mulheres também compareceu nos estudos como um emergente obstáculo crítico no enfrentamento dessa problemática, ocultando a real magnitude do problema e dificultando a implementação de intervenções eficazes. Apesar da inclusão na lista de notificação compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) desde 2011, a notificação compulsória da violência contra a mulher ainda enfrenta desafios (Brasil, 2016). A ausência de protocolos eficazes para a notificação da violência nos serviços de saúde, aliada à falta de preparo dos profissionais, contribui para a perpetuação da invisibilidade da violência de gênero. Pondera-se que a realidade da subnotificação dificulta a compreensão da real dimensão do fenômeno, a análise do perfil da violência no Brasil e avaliação do impacto das ações de enfrentamento e, conseqüentemente, o planejamento de políticas públicas eficazes (Vasconcelos et al., 2024).

Por fim, enfatiza-se a necessidade de que as ações voltadas ao enfrentamento da violência de gênero não sejam centradas na supressão dos sintomas, na medicalização da vida e no controle da experiência das mulheres, mas fundamentalmente na construção de uma rede de atenção, cuidado e proteção intersetoriais. Estratégias eficazes de prevenção e promoção da saúde devem ser incorporadas de forma estruturada, reconhecendo o fomento à cultura de paz e o combate à violência de gênero como um fenômeno interligado ao campo da saúde coletiva e da saúde mental. Ademais, a perspectiva interseccional deve ser incorporada nas análises sobre violência de gênero, evitando a homogeneização das questões que envolvem as diferentes experiências de mulheres, especialmente aquelas pertencentes a grupos historicamente marginalizados, como mulheres negras, indígenas, mulheres com deficiência, periféricas, LGBTQIA+, que ainda são pouco abordadas nos estudos existentes.

Os desafios identificados na pesquisa reforçam a urgência de intervenções integradas e multidimensionais que garantam a efetividade das políticas públicas e assegurem às mulheres o direito a uma vida cotidiana livre de violência, com acesso pleno a serviços de saúde, segurança e assistência, em consonância com os princípios dos direitos humanos e da equidade social. Pondera-se a necessidade da realização de estudos que questionem os “mitos sociais” que permeiam a prática dos profissionais de saúde, pois tais crenças podem perpetuar a invisibilização da violência de gênero contra a mulher, configurando-se como uma violência institucional contra as mulheres em situação de vulnerabilidade. A superação de estereótipos e a promoção da cultura de respeito e igualdade de gênero são imperativos para a construção de uma sociedade mais justa e equitativa.

Referências bibliográficas

- Bandeira, L. M. (2019). Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. In H. B. Hollanda (Org.), *Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto* (pp. 292-313). Bazar do Tempo.

- Barbosa, L. B., Dimenstein, M., & Leite, J. F. (2014). Mulheres em situação de violência e seus itinerários em busca de ajuda: um estudo no município de Natal/RN. In V. Zanello & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero, diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Appris.
- Beauvoir, S. de. (2019). *O segundo sexo* (Edição comemorativa de 70 anos). Nova Fronteira.
- Borgert, V., et al. (2023). “A gente só quer ser atendida com profissionalismo”: experiências de pessoas trans sobre atendimentos de saúde em Curitiba-PR, Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 33(8), 327-348. <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333036>
- Brasil. (2006). *Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece outras providências*. Diário Oficial da União. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm
- Brasil. (2013). *Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Secretaria de Políticas para as Mulheres, Presidência da República. <https://www.gov.br/mulheres/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/plano-nacional-de-politicas-para-mulheres>
- Brasil. (2016). *Viva instrutivo 2016: notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/inqueritos-de-saude/viva-sinan>
- Brito, J. C. S., Silva Júnior, E. G., & Eulalio, M. C. (2022). Agravos à saúde mental de mulheres em situação de violência doméstica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 24(3), 113-129. <https://doi.org/10.5935/2318-0404.20220027>
- Cardoso, M. L., et al. (2017). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1489-1500. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33222016>
- Corrêa, S. (2002). Gênero e saúde: campo em transição. In C. Bruschini & S. Unbehaun (Orgs.), *Gênero, democracia e sociedade brasileira* (pp. 375-400). Fundação Carlos Chagas/Editora 34.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Cunha, M. L. C., et al. (2022). Violência e qualidade de vida de mulheres isoladas socialmente por COVID-19: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 22(2), e20226570. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226570>
- Dantas, E. S. O., et al. (2023). Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1469-1477. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>
- DataSenado. (2015). *Violência doméstica e familiar contra a mulher*. <http://www12.senado.gov.br/noticias/arquivos/2015/08/10/violencia-domestica-e-familiar-contra-a-mulher>
- European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey*. <https://fra.europa.eu/en/content/violence-against-women-survey-information>
- Ferreira, M. W., et al. (2024). A violência contra as mulheres como determinante de saúde: estudo de casos (síndromes depressivas e ansiosas). *Revista de Gestão e Secretariado — GeSec*, 15(5), 1-14. <http://doi.org/10.7769/gesec.v15i5.3713>
- Frazão, M. C. L. O., et al. (2019). Violence in women with a diagnosis of depression. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 23(1), e1174. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190022>
- Furtado, F. M. de S. F., et al. (2019). Transtornos mentais comuns em cidades rurais: prevalência e variáveis correlatas. *Saúde e Pesquisa*, 12(1), 129-140. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n1p129-140>
- Heise, L. (1993). Violence against women: The hidden health burden. *World Health Statistics Quarterly*, 46(1), 78-85.
- Hooks, B. (2000). *Feminism is for everybody: Passionate politics*. South End Press.
- Kamimura, A. (2019). *A cor da violência*. Editora Perspectiva.
- Krug, E. G., et al. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization.
- Leite, F. M. C., et al. (2022). Prevalência e fatores associados ao uso de medicamento indutor do sono entre mulheres assistidas na Atenção Primária à Saúde: Estudo transversal em Vitória, Espírito Santo, 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 31(1), e2021347. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742022000100016>

- Lira, K. F. S., & Castro, R. V. de. (2022). Percepções de profissionais da saúde sobre violência contra as mulheres. *Revista Psicologia e Saúde*, 14(1), 107-122. <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v14i1.1524>
- Lucena, K. D. T., et al. (2017). Associação entre violência doméstica e qualidade de vida de mulheres. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(1), e2901. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1535.2901>
- Medeiros, M. P. de, & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: Análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 18(1), 384-403. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180842812018000100021&script=sci_abstract
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summary_report_English2.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/>
- Parentes, J. de B., et al. (2019). Fatores relacionados ao comportamento suicidário em mulheres. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 4(8), 47-54. <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/8542/pdf>
- Pontes, J. A. S., Feio, T. A., & Fernandes, M. P. R. (2022). A mulher sofre em dobro: A violência doméstica no Brasil contra as mulheres e a repercussão do isolamento social decorrente da pandemia da covid-19 no aumento dos índices de tal violência. *Revista Brasileira de Segurança Pública*, 16(3), 10-31. <https://doi.org/10.31060/rbsp.2022.v16.n3.1410>
- Santos, C. V. M., & Irineu, B. A. (2019). Violência contra mulheres e promoção de saúde mental na comunidade. *Revista do NUFEN*, 1(11), 232-245. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n%C2%BA01rex27>
- Silva Júnior, F. J. G., et al. (2021). Ideação suicida em mulheres e violência por parceiro íntimo. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, e54288. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.54288>
- Teixeira, J. M. da S., & Paiva, S. P. (2021). Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um centro de atenção psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(2), e310214. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>
- Vasconcelos, N. M., et al. (2024). Subnotificação de violência contra as mulheres: Uma análise de duas fontes de dados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(10), e07732023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242910.07732023>
- Yasui, S. (2010). O movimento da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 13(3), 431-445.

Meyrielle Belotti. Doutora em Psicologia na UFES e pós-doutorada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Mestre em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade Integrada São Pedro. Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da UFES e credenciada junto ao mestrado profissional — ProfSaúde.

E-mail: : meyrille.belotti@ufes.br | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3901-4656>

Sabrina Helena Ferigato. Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP) e pós-doutora em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP); Mestra em Filosofia Social (PUC-Campinas); Graduada em Terapia Ocupacional (PUC-Campinas). Atualmente é docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), credenciada junto ao Programa de pós-graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar e ao programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP.

E-mail: sabrinaferigato@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7567-7225>

Educación menstrual emancipadora en América Latina

Carolina Ramírez

Escuela de Educación Menstrual Emancipadas, Colombia

Resumen: En los últimos años, la menstruación ha sido un tema importante en las agendas globales. Específicamente, los esfuerzos se han centrado en la erradicación de la pobreza menstrual. Sin embargo, en Abya Yala, desde hace más de una década, se trabaja colectivamente en la construcción de una educación menstrual crítica y emancipadora. En este texto se enuncian algunos de los avances y retos en esta materia en el territorio latinoamericano.

Palabras clave: menstruación, educación menstrual, dignidad menstrual, pobreza menstrual, higiene menstrual.

El programa Princesas Menstruantes — Narrativas Emancipadoras

Es el programa social pionero en la construcción de metodologías y didácticas para la enseñanza de la educación menstrual en América Latina. Desde 2014, se ha desarrollado una acción descentralizada, impactando directamente a más de 22,000 niñas y adolescentes de 12 países de la región, a través de laboratorios sociales. Precisamente, estos han dado origen al concepto de “educación menstrual emancipadora”.

Esta trayectoria ha permitido recoger diversas narrativas en torno a la menstruación, como las siguientes²⁹:

¿Qué saben las niñas de la menstruación?

Que es un cólico con mucha sangre, algo con dolor es horrible mucha comezón y es algo normal para las mujeres.

Es una cosa que viene cada mes a las chicas y es sangre mala.

Es una sangre sucia que limpia el cuerpo.

Que es una enfermedad.

Es algo que le llega a las mujeres e indica que las niñas se convierten en mujeres.

Es lo que llega para indicar que el cuerpo está listo para el embarazo

Que sale de las partes íntimas y que las mujeres tienen tanta maldad en la sangre que le sale una vez al mes.

Mediante encuestas y diagnósticos rápidos participativos, utilizando mapeos y cartografías aplicadas en diversos territorios de América Latina (Colombia, Brasil, México, El Salvador entre otros), se identificó que el 100% de las niñas en etapa de pubertad o recién iniciando su menstruación tenían informaciones basadas en falsas creencias y/o discursos reproductivistas que perpetúan las violencias asociadas a la menstruación³⁰. Entre ellas se encuentra el mal llamado matrimonio “infantil”; y decimos mal llamado porque generalmente no es una pareja de niños la que se casa, sino un adulto con una niña.

²⁹ Respuestas recogidas a través de formularios pretest en los espacios educativos.

³⁰ Término que venimos desarrollando desde la Escuela de Educación Menstrual Emancipada, específicamente en las Cátedras de epistemologías menstruales.

La educación menstrual emancipadora surge como una respuesta a la información menstrual reproductivista, asistencialista, colonialista, neoliberal y capitalista, que centra su acción en la “pobreza y la higiene menstrual”, priorizando el acceso a productos por encima del acceso a educación transformadora y autoconocimiento. Suele ser impulsada desde el norte global para intervenir el sur global bajo banderas humanitarias que, en muchos casos, son meras cortinas de humo dentro de sociedades capitalistas y mercantilistas que no hacen esfuerzos reales por erradicar la feminización de la pobreza, redistribuir los cuidados o frenar el extractivismo. A esto lo denominamos “educación” menstrual neoliberal y colonialista con fines mercantilistas, no feministas. Aurora Macías en el libro *Marco Conceptual para la salud y la educación menstrual emancipadora* (Macías y Ramírez, 2025) lo enuncia como asistencialismo menstrual.

Que se está haciendo en América Latina

El Sur Global es sin duda autor y protagonista de la educación menstrual crítica y emancipadora, a través del programa Princesas Menstruantes. Específicamente, América Latina es el epicentro de grandes avances en la construcción de una episteme menstrual³¹ a partir de la investigación situada, la implementación de laboratorios sociales y prácticas generadoras de saberes.

Se ha desarrollado un concepto y modelo metodológico que permite la acción y transformación de los estigmas, imaginarios y narrativas menstruales que condicionan negativamente la experiencia corporal, emocional y psíquica de niñas, mujeres y otras personas que menstrúan, principalmente aplicada en contextos escolares y comunitarios. La educación menstrual emancipadora reconoce el carácter multidimensional de la menstruación y propone una experiencia educativa que posibilita cambios conductuales individuales y colectivos. Esta acción aborda cinco dimensiones vertebrales en torno a la menstruación: la histórica-social, biológica, psicoemocional, política y espiritual.

Este desarrollo conceptual se sistematizó en el libro *Educación Menstrual Emancipadora: una vía para interpelar la misoginia expresada en el tabú menstrual*, ganador del primer puesto en la categoría Investigación para la Transformación (2022)³². Una propuesta metodológica simple, con resultados impactantes, adaptable a diversos territorios y grupos poblacionales, que trabaja en dos vías: prevención y acción/transformación.

También se han construido guías y rutas de acción desde las bases para promover la dignidad menstrual en escenarios migratorios, carcelarios, rurales, entre otros. Se han creado redes de educadoras, equipos multiterritoriales, expresiones artísticas y activismos menstruales contundentes, como el Bloque Rojo, una movilización global por la dignidad menstrual enmarcada en el 8 de marzo, convocada desde 2023.

En 2020 se creó la Escuela de Educación Menstrual Emancipadas³³, un espacio que se proclama como academia sin permiso de la academia. En ella convergen proyectos y profesionales de múltiples territorios con el propósito de construir epistemologías menstruales. Como forma de autosostenimiento, se realizan consultorías, formaciones y capacitaciones basadas en la experiencia en campo.

31 La episteme menstrual es un concepto de Aurora Macías que refiere el conjunto de estudios y prácticas que nos permiten construir conocimiento y posicionar tanto a las personas que menstrúan como a las educadoras menstruales, promotoras de salud menstrual y activistas menstruales como poseedoras y productoras legítimas de conocimiento y de sentido, en torno a la menstruación y desde la experiencia propia (Macías Rea y Ramírez, 2025).

32 <https://escueladeeducacionmenstrual.com/>

33 <https://www.instagram.com/emancipadas.educacionmenstrual>

Además, en América Latina se creó la primera revista especializada en temas de educación y salud menstrual: *La Revista Menstrua*³⁴, actualmente con dos ediciones, que busca visibilizar los avances y desafíos del sur global en esta temática.

Se ha consolidado también el Encuentro Latinoamericano de Educación, Salud y Activismos Menstruales³⁵, que en 2025 celebra su sexta versión y reúne a más de un centenar de educadoras, activistas e investigadoras de la región.

Finalmente, se ha inaugurado la primera Cátedra de Epistemologías Menstruales, un espacio online convocado mensualmente por la Escuela Emancipadas, cuyo objetivo es construir rutas plurales y situadas hacia la garantía de la dignidad menstrual.

Retos de la educación menstrual emancipadora

La educación menstrual emancipadora, construida desde las bases y enunciada como saber específico y disciplina emergente, enfrenta actualmente el riesgo de ser tergiversada, silenciada y sustituida por enfoques asistencialistas, carentes de contenido crítico y educativo. Entre los principales retos se encuentran:

1. Reconocimiento: Urge el reconocimiento de la educación menstrual como un saber específico, que integre una comprensión profunda de la menstruación en su multidimensionalidad y de las pedagogías necesarias para enseñarla.
2. Dignificación laboral: La precarización de quienes se dedican a esta labor es alarmante. La mayoría no recibe un pago justo, por lo que es fundamental profesionalizar y remunerar adecuadamente este trabajo educativo.
3. Protagonismo epistémico: Persiste el extractivismo epistémico. El movimiento busca construir marcos conceptuales propios y conformar un comité de ética que defina claramente los límites entre salud, educación y activismo menstrual.
4. Medicalización de la menarquía: Se denuncian casos en los que niñas son intervenidas con implantes subdérmicos al primer signo de menstruación, bajo el argumento de prevenir embarazos adolescentes. Esto refleja un enfoque medicalizante y misógino que debe ser urgentemente revisado.
5. Incidencia en políticas públicas: Es imperativo influir en la formulación de leyes y políticas públicas desde un enfoque emancipador, crítico y situado.

Conclusión

La educación menstrual emancipadora en América Latina busca transformar la percepción de la menstruación como un accesorio reproductivo o un problema higiénico, para comprenderla como una experiencia humana, compleja y multidimensional, que construye subjetividades y genera conocimiento.

34 <https://escueladeeducacionmenstrual.com/revista-menstrua/>

35 <https://escueladeeducacionmenstrual.com/encuentro-latinoamericano/>

Referencias bibliográficas

Macías Rea, A., & Ramírez, C. (Eds.). (2025). *Marco conceptual para la salud y la educación menstrual emancipadora*. Fondo Editorial Escuela de Educación Emancipadas.

Carolina Ramírez. Psicóloga social, especialista en cultura de paz y DIH, psicoeducadora menstrual y consultora internacional. Lleva una década dedicada exclusivamente a la creación de metodologías y didácticas y al desarrollo de conceptos en torno a la educación menstrual con enfoque emancipador. Ha trabajado la educación menstrual con más de 20,000 niñas y adolescentes en 11 países de América Latina. Profesora del Diplomado en Educación Menstrual Emancipadora y de cursos y seminarios universitarios.
E-mail: emancipadas@escueladeeducacionmenstrual.com

Os Diálogos da Vulva

A experiência corporal-sexuada de mulheres cisgênero portuguesas

Adriana Maria Penna Quintão

Iscte — Instituto Universitário de Lisboa

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte), Portugal

Resumo: Este artigo tem como base meu trabalho de campo do doutorado acerca da experiência corporal-sexuada de mulheres cisgênero portuguesas, com foco na vulva, no clitóris e no prazer sexual. O trabalho de campo está sendo realizado por métodos qualitativos, em três etapas: 1) 15 entrevistas em profundidade semiestruturadas com profissionais de saúde atuantes em Portugal; 2) 15 entrevistas em profundidade via Método Interpretativo Biográfico-Narrativo (BNIM) com mulheres cisgênero portuguesas; e 3) uma análise documental de como a genitália feminina, em especial a neurovascularização do clitóris, é retratada em livros de anatomia usados nas principais faculdades de medicina de Portugal. Os dados preliminares indicam que a desinformação, o tabu e o estigma continuam a mediar o contato das mulheres com os seus próprios corpos. A vulva permanece socialmente silenciada, sendo confundida com a vagina e raramente nomeada. A ausência de informação sobre a anatomia neurovascular do clitóris — mas não do pênis — nos manuais de anatomia reforça uma hegemonia falocêntrica que subordina a saúde sexual e o prazer sexual feminino ao pênis e ao sexo heteronormativo. Ao combinar entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, narrativas biográficas de mulheres e a análise documental, minha pesquisa tem desvelado os mecanismos simbólicos e institucionais que mantêm a sexualidade feminina subalternizada. Desta forma, este artigo pretende contribuir para uma reflexão crítica sobre o silenciamento da vulva e do clitóris e dialogar sobre a experiência corporal-sexuada feminina enquanto dimensão central da agência sexual da mulher cisgênero.

Palavras-chave: clitóris, experiência corporal-sexuada da mulher cisgênero, prazer sexual feminino, vagina, vulva.

A experiência corporal-sexuada da mulher cisgênero

Marcamos nossa presença, nos distinguimos como indivíduos, construímos e expressamos nossas identidades sociais idealizadas ou desejadas por meio de nossos corpos (Goffman, 2009; Turner, 2008), que são o objeto de nossas concepções, apreensões e contemplações (Crossley, 2001). Nossa sexualidade é uma construção mediada pela criação de significado entre nossos corpos, os signos que associamos ao prazer e o nosso outro. Ela nos fornece nossa história: por mais privada e íntima que seja, ela reflete o tempo e a sociedade em que vivemos (Merleau-Ponty, 1999; Young, 2005). Portanto, a experiência corporal-sexuada da mulher cisgênero diz respeito às suas experiências de vida resultantes de suas interações com o mundo por meio de seu corpo (Young, 2005).

A vulva é um dos aspectos mais importantes da experiência corporal-sexuada da mulher. Como muitas outras partes do seu corpo, ela também muda ao longo da vida (Farage & Maibach, 2005). Essas mudanças são percebidas por sua funcionalidade médica (Martin, 2001) e são socialmente tratadas como tabu; pouco é dito e compreendido sobre elas (Braun, 2005; Enright, 2019; Martin, 2001).

A palavra ‘vulva’ parece ser estigmatizada — raramente sendo usada — em relação a ‘vagina’, frequentemente usada incorretamente em referência à vulva. Além disso, não é comum encontrar uma associação direta entre vulva, vagina e sexualidade, embora vulva e vagina

sejam órgãos sexuais femininos. Mesmo em dicionários médicos, como o da Associação Médica Britânica³⁶ (BMA, 2018), a palavra ‘vulva’ aparece apenas com uma descrição fisiológica — seguida de uma explicação sobre coceira, dermatite e outras infecções que podem afetar a vulva — sem nenhuma referência à sexualidade feminina. Porém, no mesmo dicionário, a palavra ‘pênis’ tem uma clara associação sexual, não fazendo menção a quaisquer sintomas físicos que possam afetar o órgão sexual masculino, apesar destes também serem passíveis de ocorrer no pênis. Tal descrição assexuada da genitália feminina também aparece em dicionários de português e inglês: no popular Dicionário Priberam (2025) e no dicionário da Porto Editora (2025), que não fazem tal referência em suas definições de ‘vulva’ e definem ‘clitóris’ como se sua *glând* fosse seu *corpo inteiro*, algo também feito por dicionários populares de inglês, como Oxford (2025) e Cambridge (2025).

As Ciências Sociais também divulgam desinformação sobre a genitália feminina: em 2020, uma busca no EBSCOhost³⁷ por artigos publicados entre 2010 e 2020 que mencionavam a palavra ‘vulva’ revelou que dos quase 8.000 artigos encontrados, apenas três eram das Ciências Sociais. Contudo, a mesma busca por ‘vagina’ encontrou quase 19.000 artigos, dos quais 51 das Ciências Sociais, mas a maioria deles usava a palavra ‘vagina’ *em referência à vulva*. Assim, pode-se argumentar que *chamar a vulva de vagina é uma escolha* — consciente ou não — de focar exclusivamente no aspecto reprodutivo do corpo da mulher (parto vaginal) e/ou no prazer heterossexual masculino (penetração vaginal), em detrimento de uma visão mais ampla sobre a sexualidade feminina.

Tal confusão e desinformação sobre a vulva e o clitóris também são comuns a muitas mulheres. A *Eve Appeal*, uma instituição de caridade de pesquisa sobre câncer ginecológico sediada no Reino Unido, realizou um estudo em 2016 com 1.000 mulheres britânicas (O’Malley, 2018) entre 16 e 75 anos (The Eve Appeal, 2016). Parte do estudo consistiu em pedir a essas mulheres que identificassem as partes da genitália feminina e dos órgãos reprodutivos. Quarenta e quatro por cento delas “não conseguiram identificar a vagina” (O’Malley, 2018, p. 1) e 60% não conseguiram identificar a vulva nas ilustrações. Além disso, 65% alegaram “ter um problema em usar as palavras vagina ou vulva, e quase 40% das pessoas de 16 a 25 anos recorrem ao uso de codinomes como ‘partes femininas’ para discutir saúde ginecológica” (The Eve Appeal, 2016, p. 1). Ou seja, o relacionamento dessas mulheres com suas vulvas parece ser mediado pela vergonha. O mesmo pode ser dito de muitas mulheres portuguesas. De acordo com Tânia Graça (2021), sexóloga portuguesa, “há mulheres com 25, 30 ou 35 anos que nunca viram sua vulva” (Cerqueira, 2021, p. 1). Os profissionais de saúde que entrevistei confirmam essas declarações; muitas de suas pacientes/clientes não tinham visto suas vulvas anteriormente e não usam a palavra ‘vulva’ se referindo à sua genitália em seus atendimentos.

A vulva é alvo de escrutínio por sua aparência, o que impacta na aceitação de seu próprio corpo pelas mulheres, levando-as a uma “alienação genital” (Labuski, 2015, p. 29): por um lado, algumas nunca viram seus órgãos genitais (Cerqueira, 2021) ou conseguem nomear suas partes (The Eve Appeal, 2016); por outro, algumas perseguem ideais estéticos infantis da vulva (Plowman, 2010), recorrendo à depilação permanente, ao clareamento e à labioplastia, um procedimento cirúrgico que remove parcial ou completamente os lábios internos, e é análogo à Mutilação Genital Feminina (Shahvisi, 2021). A labioplastia, como qualquer cirurgia, envolve riscos, “incluindo infecção, dor durante o sexo, cicatrizes e falta de sensibilidade” (Enright, 2019, p. 84), especialmente se o cirurgião *não tiver tido acesso às informações corretas* sobre a anatomia neurovascular da região (Pin, 2018).

36 British Medical Association. Tradução própria.

37 Um dos maiores bancos de dados de periódicos científicos.

De acordo com a Sociedade Internacional de Cirurgia Plástica Estética³⁸ (ISAPS, 2023), 194.086 labioplastias foram realizadas mundialmente em 2022. Na Europa, a Alemanha foi o país com o maior número relatado de labioplastias: 10.528. Contudo, a pesquisa da ISAPS abrange apenas 16 países, nem todos os cirurgiões plásticos nesses países são membros da organização e sua participação na pesquisa é voluntária. Adicionalmente, labioplastias também são realizadas por outras especialidades médicas, como a ginecologia e até a dermatologia. Portanto, o número real de labioplastias realizadas no mundo a cada ano é provavelmente muito maior do que o mostrado no relatório da ISAPS. No Reino Unido, médicos relataram que suas pacientes de nove anos estavam incomodadas com a aparência de suas vulvas (Enright, 2019) e “em 2015-16, mais de 200 meninas menores de 18 anos fizeram labioplastia pelo Sistema Nacional de Saúde³⁹; mais de 150 delas tinham menos de quinze anos” (Enright, 2019, p. 84).

Algumas pessoas defendem que a labioplastia pode oferecer às mulheres o empoderamento de seus corpos e a melhora de sua agência sexual se sua vulva é uma fonte de trauma e insegurança (Dodsworth, 2019). Todavia, devemos considerar as razões que causam tais traumas e inseguranças. Associações negativas à genitália feminina devem ser contempladas como um fator contribuinte no aumento de Cirurgias Estéticas Genitais Femininas⁴⁰ (Braun, 2005). A desinformação, os tabus e o estigma que ainda cercam a vulva, o clitóris e o prazer sexual das mulheres têm um impacto negativo na sua vida sexual. Uma pesquisa estadunidense (Frederick et al, 2017) constatou que 95% dos homens heterossexuais daquele país atingem o orgasmo em todas ou quase todas as suas experiências sexuais, contra 65% das mulheres heterossexuais. Os pesquisadores entrevistaram aproximadamente 53.000 adultos de 18 a 65 anos. Seria possível questionar como a política sexual (Millett, 2000) do corpo feminino acontece para tais mulheres no sexo heterossexual, como elas percebem o papel sexual esperado delas, se o sexo heterossexual é socialmente percebido — e vivenciado — de uma perspectiva falocêntrica, o que tais mulheres entendem por prazer, como elas materializam seu desejo sexual e qual modelo de agência sexual vivenciam.

Outro aspecto da sexualidade feminina que ainda é pouco compreendido e problematizado (O’Connell et al., 2005; Pin, 2018) é o clitóris, a principal fonte de prazer sexual para as mulheres (Strömquist, 2018). Embora a existência do clitóris seja conhecida desde o século XVI e sua forma real desde o século XVII, o estudo de sua anatomia sempre foi submetido a questões sociais e cercado de controvérsias (O’Connell et al., 2005). A fisiologia correta do clitóris — informações sobre sua forma, tamanho e anatomia neurovascular — ainda está ausente da maioria dos livros de anatomia renomados (Pin, 2018). Os livros de anatomia que analisei até agora⁴¹ também não têm informações detalhadas sobre a neurovascularização do clitóris, mas têm do pênis. A desinformação sobre o clitóris coloca o prazer sexual e a saúde física das mulheres em cheque: cirurgias plásticas, ginecológicas e urológicas são realizadas por médicos que geralmente não têm conhecimento completo do clitóris (Enright, 2019; O’Connell et al., 2005; Pin, 2018), especialmente em relação aos seus nervos (Pin, 2018). Consequentemente, um leigo também desconhece o tamanho real, a localização e o formato do clitóris, especialmente porque apenas a glândula — aproximadamente 10% de seu comprimento — é visível a olho nu (Gross, 2020).

38 *International Society of Aesthetic Plastic Surgery — ISAPS*. Tradução própria.

39 *National Health System — NHS*. Tradução própria.

40 *Female Genital Cosmetic Surgeries — FGCS*. Tradução própria.

41 “Anatomia e Fisiologia de Seeley” (VanPutte et al., 2016), “Gray’s Anatomy for Students” (Drake et al., 2020), “Thieme Atlas of Anatomy” (Schuenke et al., 2020), “Rutherford’s Vascular Surgery and Endovascular Therapy” (Sidawy & Perler, 2020) e a primeira edição portuguesa de um livro de anatomia, “Anatomia Humana: Manual para Estudantes” (Ferreira et al., 2020).

Apesar de todo o progresso que as mulheres fizeram em sua experiência corporal-sexuada, é preciso perceber que o prazer das mulheres heterossexuais ainda é condicionado por uma hegemonia falocêntrica: o papel das mulheres é percebido como coadjuvante ao dos homens e é frequentemente descrito como disfuncional (Alarcão et al., 2016). Portanto, há uma tendência de muito mais homens do que mulheres atingirem o orgasmo no sexo heterossexual (Frederick et al., 2017). Quando os fatores sociais são desconsiderados e a sexualidade é percebida em uma dicotomia saúde-doença, as mulheres têm sua suposta disfunção medicalizada, para a qual há “tratamento” disponível (Alarcão et al., 2016).

Objetivos e metodologia

Conforme já explicitado, desejo compreender a realidade de mulheres que foram socializadas e sempre viveram em corpos cisgêneros, devido à repressão e silenciamento que estes corpos sofreram ao longo da história ocidental (Strömquist, 2018). Assim, meus objetivos gerais são pesquisar:

1. a percepção de profissionais de saúde sobre as relações de mulheres portuguesas com seus genitais e sexualidade,
2. a experiência corporal-sexuada dessas mulheres, especialmente sua relação com seus genitais e prazer sexual,
3. a genitália feminina, especialmente a anatomia neurovascular do clitóris, em livros de anatomia usados nas principais escolas médicas de Portugal.

A minha pergunta de partida é: como é a experiência corporal-sexuada de mulheres cisgênero portuguesas e quais as possíveis influências dos profissionais de saúde na percepção destas mulheres sobre os seus órgãos genitais e o seu prazer?

A pesquisa está sendo realizada por métodos qualitativos divididos em três etapas. Primeiramente, conduzi entrevistas semiestruturadas em profundidade com 15 profissionais de saúde que atuam em Portugal, usando roteiros específicos por especialidade: cirurgiãs plásticas, sexólogas (médicas), ginecologistas, enfermeiras parteiras, fisioterapeutas e terapeutas sexuais (psicólogas). O uso de roteiros semiestruturados me permite comparar entrevistas na análise, assim como facilitou no melhor controle do tempo de entrevista, respeitando a agenda exigente das entrevistadas. Os profissionais foram recrutados com base na visibilidade e escopo de seu trabalho: seu potencial impacto social, de acordo com seus locais de trabalho e possível presença na mídia (jornais, revistas, rádio, TV, podcasts e mídias sociais). O material das entrevistas está sendo analisado no momento, juntamente à análise dos livros de anatomia (vide mais detalhes adiante).

Em seguida, conduzirei entrevistas narrativas biográficas, usando o Método Interpretativo Narrativo Biográfico (BNIM) com pelo menos 15 mulheres portuguesas residentes na Área Metropolitana de Lisboa (AML). Para recrutar as mulheres, aproveitarei vários eventos focados em tópicos femininos para abordar potenciais entrevistadas, recorrerei a recomendações dos profissionais de saúde que entrevistei e da minha rede. Além disso, criei um site (www.thevulvadialogues.com) para tornar o projeto publicamente disponível para um público mais amplo, aumentar as oportunidades de recrutamento e, mais tarde, carregar minha tese/os resultados da minha pesquisa, dando feedback a todas as entrevistadas e quaisquer outras partes que tenham contribuído para minha pesquisa, promovendo um debate mais amplo e inclusivo sobre este assunto.

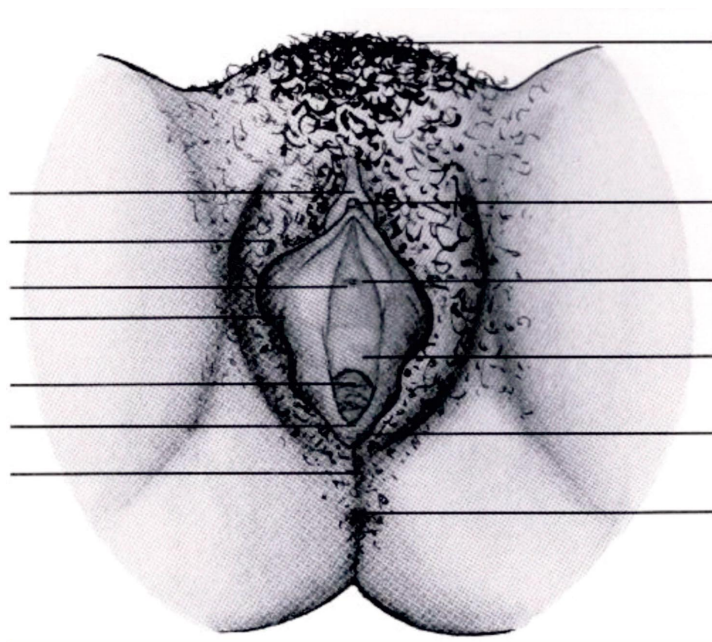


Figura 11.1 Vulva sem identificações (Atlanta, 2023)

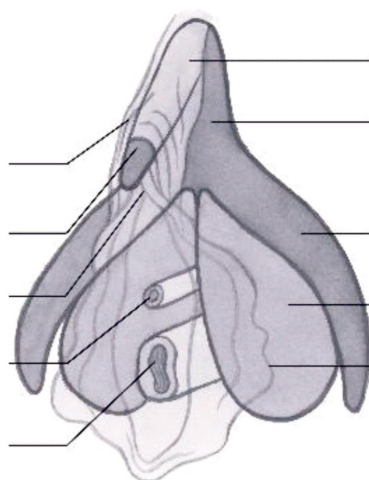


Ilustração de Hilde Som Atlanta © The Vulvo Gallery

Figura 11.2 Clitóris ereto sem identificação (Atlanta, 2023)

Aplicarei o BNIM (Wengraf, 2001) associado à técnica de entrevista semiestruturada. Enquanto o BNIM me permitirá obter um relato mais espontâneo da experiência corporal-sexuada das entrevistadas, a abordagem semiestruturada me permitirá coletar dados sociodemográficos e aplicar um teste visual sobre seu conhecimento da genitália feminina.

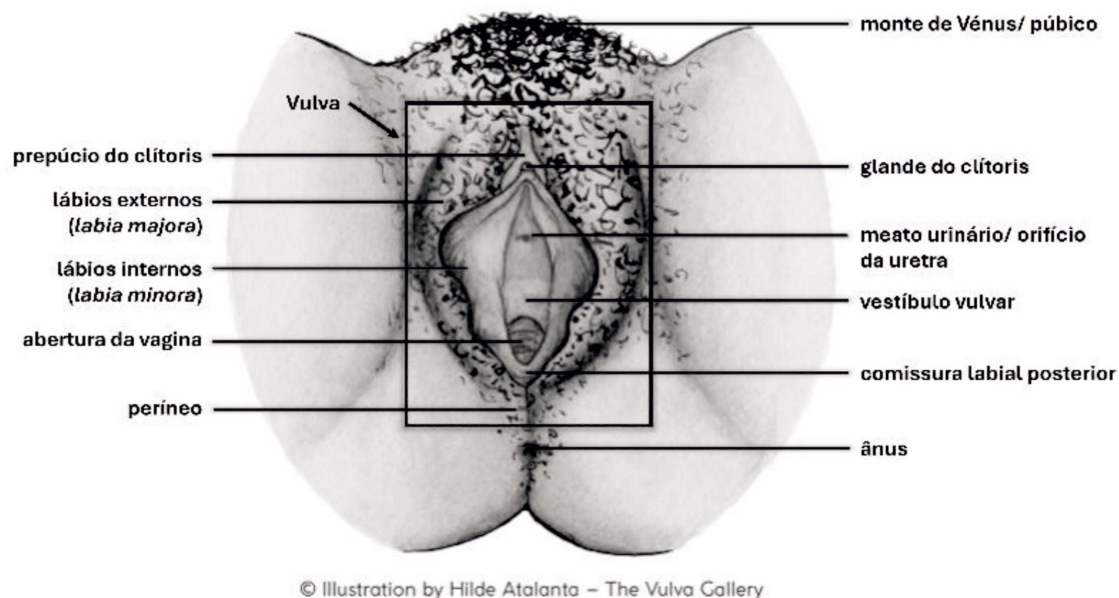


Figura 11.3 Vulva com todas as identificações (Atlanta, 2023).



Figura 11.4 Clítoris ereto com todas as partes identificadas (Atlanta, 2023)

O BNIM envolve fazer uma pergunta aberta e deixar a entrevistada responder livremente, sem interrupções. Os insights que obtive dos profissionais de saúde me ajudarão a elaborar essa pergunta. No final da narrativa da entrevistada, farei perguntas de acompanhamento, com palavras-chave usadas pelas mulheres. No meu caso, como também quero testar seu conhecimento

da genitália feminina, após aplicar a BNIM, fornecerei às mulheres ilustrações de uma vulva (figura 11.1) e um clitóris (figura 11.2) e pedirei que nomeiem o máximo de partes que puderem. As mesmas ilustrações serão mostradas a elas depois, mas com todas as partes identificadas (figuras 11.3 e 11.4), para oferecer reciprocidade e criar uma oportunidade para as entrevistadas se informarem ou confirmarem sua compreensão de seus genitais. Em seguida, farei as perguntas sociodemográficas. Enquanto o BNIM permitirá que as mulheres compartilhem espontaneamente o que consideram mais significativo (Wengraf, 2001) para sua experiência corporal-sexuada e seu relacionamento com sua vulva, clitóris e prazer, a parte semiestruturada da entrevista permitirá uma análise comparativa entre os perfis. Portanto, pretendo que essa associação de duas técnicas diferentes gere material de pesquisa mais rico e abrangente. O próximo passo do BNIM envolve uma entrevista de acompanhamento após uma análise preliminar.

Ao final de cada entrevista, estarei disponível às mulheres para conversas adicionais, caso sintam necessidade. Com os profissionais de saúde, pedi permissão para contato futuro para qualquer esclarecimento que se faça necessário. Quanto às mulheres, as informarei sobre o acompanhamento necessário para concluir a técnica de entrevista BNIM, bem como me colocarei à disposição para ouvi-las novamente entre a primeira entrevista e a próxima, caso sintam necessidade de contato adicional. Todas as entrevistadas também serão informadas sobre a opção de ter sua participação excluída do estudo a qualquer momento entre suas entrevistas e a submissão da tese.

Todas as entrevistas em profundidade são conduzidas em locais privados escolhidos pela entrevistada para garantir seu conforto, privacidade e conveniência. As narrativas dos profissionais de saúde usadas na tese serão sempre contextualizadas e devidamente creditadas, para evitar deturpação de suas palavras e intenções em minha interpretação. No caso das mulheres, embora seus depoimentos sejam anônimos, darei a elas a opção de escolher pseudônimos, para que, apesar do anonimato, consigam se identificar na minha tese, caso a leiam. Suas narrativas também serão contextualizadas.

A terceira etapa, que vem sendo conduzida ao longo das demais trata-se de uma análise dos livros de anatomia usados nas principais faculdades de Medicina de Portugal para verificar como a genitália feminina — especialmente a anatomia neurovascular do clitóris — é retratada nesses livros em comparação com os desenhos contratados por Jessica Pin (figura 11.5), que contém detalhes desta anatomia (Kelling et al, 2020). Esta parte da pesquisa visa entender que tipo de conhecimento está sendo passado aos atuais estudantes de medicina, destinados a realizar cirurgias na genitália feminina no futuro. A minha pesquisa segue o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD) de 27 de abril de 2016 e o Código de Conduta Ética em Investigação do Iscte (Iscte-IUL, 2022), bem como as melhores e atuais práticas para conduzir pesquisas sociológicas e reportar resultados. Os depoimentos das entrevistadas serão utilizados exclusivamente para esta pesquisa e quaisquer trabalhos acadêmicos dela derivados. Estas garantias têm sido formalizadas por um consentimento informado assinado por todas as partes envolvidas. Todo o material relacionado com o estudo — os formulários assinados, as minhas notas, as gravações, as transcrições e a análise dos dados — está sendo armazenado num disco rígido externo, sem qualquer cópia de segurança na nuvem, para garantir que apenas eu tenho acesso aos mesmos.

Por fim, é importante realçar a minha posição enquanto pesquisadora: sou uma mulher cisgênero, heterossexual, feminista e socialista, o que trará certamente uma perspectiva mais crítica na observação e análise dos dados. Portanto, pretendo também sensibilizar o público para os órgãos genitais femininos — especialmente o seu nome correto e a forma e posição reais do clitóris — e defender a sua correta representação nas universidades de Portugal. Assim, a

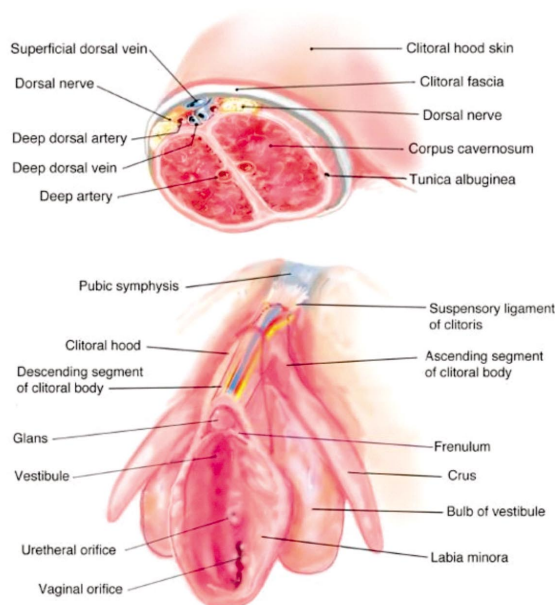


Figura 11.5 Detalhamento da anatomia neurovascular do clitóris atualmente ausente na maioria dos livros de anatomia (Pin, 2020)

minha investigação visa oferecer algum contributo para a compreensão contemporânea da experiência corporal-sexuada das mulheres, bem como abordar aspetos que são centrais para este tema e merecem maior destaque nos debates das Ciências Sociais e da sociedade portuguesa.

Conclusão

Como foi dito até agora, o corpo feminino foi oprimido e silenciado durante muito tempo. Parte deste silenciamento passa pela desinformação nos campos educativo e médico, sendo reforçada no campo simbólico, através do nosso discurso social. Tal opressão, silenciamento e desinformação colocam em risco a saúde e a experiência corporal-sexuada das mulheres portuguesas. Embora o meu trabalho de campo ainda esteja em curso, os dados recolhidos até o momento parecem corroborar a ideia de que Portugal segue algumas das mesmas tendências observadas noutros países europeus e nos Estados Unidos. Por exemplo, os manuais de anatomia utilizados nas principais faculdades de medicina em Portugal são todos estrangeiros. Ainda, fiz uma análise documental de quatro manuais de anatomia e um livro de neurovascularização que fazem parte da bibliografia da principal faculdade de medicina de Portugal (Faculdade de Medicina da Universidade do Porto)⁴² e pude observar que, enquanto as informações sobre a neurovascularização do pênis estão presentes em todos os livros, não há informação sobre a neurovascularização do clitóris, nem mesmo no livro sobre neurovascularização. Neste, inclusive, se encontram apenas menções no texto sobre a região do clitóris, mas sem explicações detalhadas, tampouco um diagrama. Da mesma forma, a maior parte dos profissionais de saúde entrevistados afirmaram que nas suas formações não aprenderam sobre a

⁴² Segundo consulta realizada no site EduRank em 2023.

neurovascularização do clitóris, sendo este um conhecimento adquirido posteriormente, ao passo que tais informações lhes foram fornecidas acerca do pênis. Estes profissionais também relataram que a maioria de suas pacientes nunca viu sua vulva no espelho. Assim, pretendo utilizar os resultados da minha investigação para lançar mais luz sobre a alienação genital feminina em Portugal de forma a contribuir para discussões e a compreensão mais profundas da experiência corporal-sexuada das mulheres portuguesas.

Financiamento

Bolseira de Doutoramento FCT 2023.03075.BD.

Referências bibliográficas

- Alarcão, V., Machado, F.L., & Giami, A. (2016). Traditions and contradictions of sexual function definitions for Portuguese heterosexual men and women: medicalization and socially constructed gender effects, *Sexual and Relationship Therapy*, 31(3), 271-288. DOI: 10.1080/14681994.2015.1088643
- Braun, V. (2005). In search of (better) sexual pleasure: female genital 'cosmetic' surgery. *Sexualities*, 8(40), 407-424. DOI: 10.1177/1363460705056625
- British Medical Association. (2018). *Illustrated Medical Dictionary* (4th Edition). Dorling Kindersley Limited; Penguin Random House.
- Cambridge Dictionary. (2025, April). *Clitoris*. <http://www.dictionary.cambridge.org/dictionary/english/clitoris>
- Cerqueira, M. (2021, fevereiro). *Tânia Graça: "Há mulheres com 25, 30 ou 35 anos que nunca viram a sua vulva"*. <https://magg.sapo.pt/atualidade/atualidade-nacional/artigos/tania-graca-mulheres-nunca-viram-vulva>
- Crossley, N. (2001). Reflexive embodiment: being, having and difference. Em Crossley, N. *The social body: habit, identity and desire* (1st Edition, pp 140-160). Sage Publications.
- Dicionários Priberam. (2025, abril). *Clitóris*. <https://dicionario.priberam.org/clit%C3%B3ris>
- Dicionários Priberam. (2025, abril). *Vulva*. <https://dicionario.priberam.org/vulva>
- Dodsworth, L. (2019, February). *Me and my vulva: 100 women reveal all*. <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2019/feb/09/me-and-my-vulva-100-women-reveal-all-photographs>
- Drake, R., Vogl, A. W., & Mitchell, A. W. M. (2020). *Gray's Anatomy for Students* (4th Edition). Elsevier.
- Enright, L. (2019). *Vagina: A Re-education* (1st Edition). Allen & Unwin.
- Farage, M., & Maibach, H. (2005). Lifetime changes in the vulva and vagina. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 273, 195-202. DOI 10.1007/s00404-005-0079-x
- Ferreira, A., Furtado, I., & Neto, L. (2020). *Anatomia Humana: Manual para Estudantes* (1^a Edição). Prime Books.
- Frederick, D., St. John, H. K., Garcia, J., & Lloyd, E. (2017). Differences in orgasm frequency among gay, lesbian, bisexual, and heterosexual men and women in a U.S. national sample. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 273-288. DOI 10.1007/s10508-017-0939-z
- Goffman, E. (2009). *A representação do eu na vida cotidiana* (17^a Edição). Vozes.
- Gross, R. (2020, March). *The clitoris, uncovered: an intimate history*. <https://www.scientificamerican.com/article/the-clitoris-uncovered-an-intimate-history/>
- Infopédia. (2025, abril). *Clitóris*. <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/clitoris>
- Infopédia. (2025, abril). *Vulva*. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/vulva>
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (2023, May). *Global survey 2022: Full report and press release in English*. <https://www.isaps.org/discover/about-isaps/global-statistics/reports-and-press-releases/global-survey-2022-full-report-and-press-releases/>

- Iscte-Instituto Universitário de Lisboa. (2022, julho). *Código de conduta ética na investigação*.
https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2022/01/24/1643044824553_Co_digo_de_Conduta_E_tica_na_Investigacao_o-ISCTE.pdf
- Kelling, J. A., Erickson, C. R., Pin, J. A., & Pin, P. G. (2020). Anatomical dissection of the dorsal nerve of the clitoris. *Aesthetic Surgery Journal*, 40(5), 541-547. DOI: 10.1093/asj/sjz330
- Labuski, C. (2015). *It hurts down there: the bodily imaginaries of female genital pain* (1st Edition). State University of New York Press.
- Martin, E. (2001). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction* (3rd Edition). Beacon Press.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2^a Edição). Martins Fontes.
- Millett, K. (2000). *Sexual politics* (4th Edition). University of Illinois Press.
- O'Connell, H. E., Sanjeevan, K. V., & Hutson, J. M. (2005). Anatomy of the clitoris. *The Journal of Urology*, 174(4 Pt 1), 1189-1195. DOI: 10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd
- O'Malley, K. (2018, March). *Sexual health charity releases guide to what a 'normal' vulva looks like*.
<https://www.elle.com/uk/life-and-culture/culture/news/a42317/sexual-health-charity-brooke-guide-normal-vulva/>
- Oxford Learner's Dictionaries. (2025, April). *Clitoris*.
http://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/american_english/clitoris
- Pin, J. A. (2018, March, 23). The nerves and vasculature of the clitoris are absent from OB/GYN literature. *Medium*.
<https://medium.com/@jessica86/ob-gyns-dont-learn-the-nerves-and-vasculature-of-the-clitoris-ccc56e55ac90>
- Pin, J. A. [@jess_ann_pin]. (2020, June, 17). *Hi! Whether you're a doctor or layperson, please share this message. 1. #Anatomy of the clitoris should be covered in* [Post of two drawings of the correct anatomy of the clitoris]. [Tweet]. Twitter/X. https://x.com/jess_ann_pin
- Plowman, T. (2010). The perfect vagina. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 111-114.
 DOI: 10.1016/S0968-8080(10)35494-2
- Schuenke, M., Schulte, E., & Schumacher, U. (2020). *Thieme Atlas of Anatomy: General Anatomy and Musculoskeletal System* (3rd Edition). Thieme.
- Shahvisi, A. (2021). 'FGM' vs. female 'cosmetic' surgeries: why do they continue to be treated separately? *Int J Impot Res*, 35, 187-191. DOI: 10.1038/s41443-021-00514-8
- Strömquist, L. (2018). *Fruit of knowledge: the vulva vs. the patriarchy* (1st Edition). Virago.
- The Eve Appeal. (2016, January). *Why 'vagina' should be part of every young woman's vocabulary*.
<https://eveappeal.org.uk/wp-content/uploads/2016/07/The-Eve-Appeal-Vagina-Dialogues.pdf>
- The Vulva Gallery. (2023, April). *Anatomy*. <https://www.thevulgagallery.com/anatomy>
- Turner, B. (2008). *The body & society: explorations in social theory* (3rd Edition). Sage Publications.
- VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10^a Edição). AMGH.
- Wengraf, T. (2001). *Qualitative research interviewing: biographic narrative and semi-structured methods* (1st Edition). Sage Publications.
- Young, I. M. (2005). *On female body experience: 'throwing like a girl' and other essays* (1st Edition). Oxford University Press.

Adriana Quintão. Doutoranda em Sociologia (CIES-Iscte), Mestre em Antropologia Social (UFF-RJ, Brasil) e Licenciada em Ciências Sociais (UCAM-RJ, Brasil). Minha dissertação de mestrado sobre o cabelo como performance identitária me rendeu mais de 30 citações (em livros, artigos em revistas indexadas, teses, trabalhos apresentados em congressos, trabalhos de conclusão de licenciaturas e na mídia). Minha pesquisa atual tem como foco o silenciamento social e médico do clitóris, assim como o silenciamento social da vulva e a medicalização do prazer sexual feminino.

Mulheres negras e os desafios para a garantia da justiça sexual e reprodutiva no Brasil

Deise Queiroz da Silva

Centro de Ciências da Saúde

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

Resumo: Os países da América Latina ainda enfrentam muitos desafios para consolidar direitos e justiça, sobretudo para inserir o conjunto de direitos pactuados na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento — CIPD e que são necessários para garantir justiça social, especialmente para as mulheres negras. Assim sendo, a justiça social para as mulheres negras está intimamente imbricada à justiça reprodutiva, visto que o modelo de exploração na colonialidade estabelecida através da escravização da população negra se deu a partir da comercialização de pessoas e, conseqüentemente, da exploração da vida reprodutiva, sexual e afetiva das mulheres negras. Nos últimos anos, as mulheres negras ampliaram o debate acerca dos direitos reprodutivos, compreendendo que é fundamental exigir a reparação das injustiças de ordem sexual e reprodutiva, trazendo para a agenda política o conceito de justiça reprodutiva e bem viver. Inspiradas pelas lutas das populações ameríndias, as mulheres negras compreendem que não é possível fazer o enfrentamento ao racismo, a discriminação de gênero e classe sem garantir a soberania das nações e a consolidação das democracias, bem como a sustentabilidade, a relação entre territórios e o meio ambiente. Há um entendimento na atualidade de que a justiça se materializa quando as pessoas acessam um conjunto de direitos simultaneamente, com respeito a dignidade e diversas cosmovisões, inclusive reparando o discurso único de empoderamento das mulheres acontecer pura e simplesmente através da redução do número de filhos ou até mesmo sem tê-los. É importante discutir a justiça reprodutiva a partir do eixo também de decidir ter filhos e criá-los em condições saudáveis e dignas.

Palavras-chave: mulheres negras, justiça reprodutiva, justiça sexual, colonialidade, racismo.

Violência e brutalidade durante a escravização: desumanização da maternidade negra

O tráfico de pessoas negras foi um crime repugnante contra a humanidade. É necessário remontar aos tempos em que o estupro, além de uma tecnologia de terror contra negras, também foi uma tática de multiplicação do lucro dentro do sistema escravagista. Dessa forma, para analisar desigualdades e o modo como as políticas reprodutivas estão sendo implementadas atualmente, é necessário compreender como foram sendo construídas na história.

O primeiro capítulo do livro *E eu não sou uma mulher?*, de bell hooks (2019), apresenta detalhes do sofrimento e violências que marcaram a experiência da travessia de mulheres negras em direção ao continente americano, comparando o tratamento direcionado às mulheres em relação aos homens africanos, durante o tráfico, a partir da humilhação imposta a todos pela nudez obrigatória, mas que para as mulheres também versava sobre a vulnerabilidade sexual, uma tática de guerra e tortura utilizada tantas vezes contra nós mulheres.

Além dos horrores imputados às mulheres grávidas, a experiência dos partos para as africanas durante a travessia e mesmo após também foi utilizada como momento para produzir dor e sofrimento, transformando o parto numa verdadeira tortura. As brutalidades e violências experimentadas pela população negra durante a escravização são cruéis e deixaram marcas nas sociabilidades, bem como conseqüências psíquicas numa sociedade erguida a partir da escravização. Algumas questões são especificamente da história das mulheres negras e a sua

condição. Como hooks chamou a atenção da dificuldade que tivemos em reconhecer os atravessamentos produzidos pelo sexismo, pois estávamos tão ocupadas tentando sobreviver ao racismo que, de forma rápida, acreditamos num dado momento que a discriminação de gênero não nos oferecia uma opressão que merecesse nossa problematização (hooks, 2019).

No Brasil, temos incessantemente buscado compreender os horrores que este crime deixou de herança no legado das relações sociais e institucionais brasileiras, destacadamente o país que utilizou a escravização como um negócio em si, desde o comércio, quando era legalizado pelos tratados internacionais, até após a proibição com as rotas de tráfico. Dessa maneira, conforme afirma Alencastro, o número de pessoas africanas capturadas para o país nos 300 anos de escravização é mais confiável do que o número de imigrantes europeus, contrastando com o que se afirma corriqueiramente. Além disso, ele afirma que a cada 100 pessoas desembarcadas no período 86 eram pessoas africanas que seriam transformadas em escravas, ou seja, mais de 80% da população (Alencastro, 2018).

Angela Davis (2016) discorreu sobre o entendimento da interseccionalidade no modo dos senhores de engenho se relacionarem com essa dupla opressão imputada às mulheres negras, ao mostrar como a dupla exploração ocasionada pelo gênero e pela raça se apresentou através da exploração da força de trabalho das mulheres negras, seja nos campos de plantação dos produtos cultivados, bem como nos ambientes domésticos para os serviços de casa e também para os serviços de ordem sexual e reprodutiva, com a iniciação dos homens jovens e diversas violências sexuais impostas às mulheres.

Werneck et. al. (2000) explicam como era a organização para garantir uma maior produção de pessoas escravizadas para a comercialização e para o trabalho: a tecnologia utilizada era a definição de um homem negro como pessoa a se relacionar sexualmente com várias mulheres negras com o objetivo de procriação, sendo rotulado de reprodutor, tal qual os animais, evidenciando a desumanização das pessoas negras. Além disso, o estupro de pessoas escravizadas cometido por esses senhores também era uma prática muito comum. Mesmo com o nascimento de filhos cuja origem era compartilhada por eles, não havia qualquer tipo de consideração no que tange ao reconhecimento da parentalidade, destinando essas crianças muitas vezes para o trabalho forçado ou mesmo o comércio (Werneck et. al, 2000).

A violência sexual e exploração da vida reprodutiva das mulheres negras também foram vilipendiadas pelo sistema escravocrata como uma das principais máquinas de produção e reprodução do capitalismo no Brasil, assim como aconteceu nos Estados Unidos. Sobre este assunto, Patrícia Barreto (2021), em sua monografia, fez um apanhado interessante em que revisou historiadoras importantes nos estudos sobre mulheres negras no período de escravização e suas condições de maternidade. Trazendo a questão da continuidade da escravização após o fim do tráfico internacional, no Brasil o ventre das mulheres negras também atizou a ganância da elite escravocrata, iniciando a reprodução das escravizadas ainda na adolescência, mesmo assumindo que havia variações entre as regiões do país para esta iniciação. Barreto também aponta que mesmo com a necessidade surgida a partir da conjuntura internacional em investir na produção interna, as condições fadadas a mulheres negras para a gestação continuavam insalubres, ocasionando riscos à própria gravidez, maternidade, lactação e até mesmo sobrevivência da criança. Era comum ver mulheres nas roças e plantações logo após o parto carregando seus filhos muito pequenos, amarrados nas costas das mães, em que essas mulheres amamentavam nas condições mais degradantes que já pude ler (Barreto, 2021).

Uma informação importante para que tenhamos uma visão ampliada sobre as brutalidades impostas à maternagem das mulheres negras é que pesquisas chegaram a relatar a existência de fazendas cujo objetivo seria a reprodução de mulheres negras em que o destino dos

filhos seria a comercialização de seus corpos. No entanto, é importante também destacar como as mulheres negras agiram, se organizando e formulando diversas formas de resistência miando o sistema escravista, mesmo enquanto se encontravam na condição de escravização. São inúmeros os registros científicos em que se aponta a realização de procedimentos abortivos, bem como o próprio infanticídio a fim de libertar seus filhos de condições de vida tão degradantes quanto aquelas às quais essas mulheres estavam submetidas (Rezende & Tárrega, 2021).

Assim, vivenciamos um período de 300 anos em que a violência sexual contra as mulheres negras não ofendia a moralidade e a legalidade em nosso país, além da reprodução ocupar a mesma esfera da produção em série de qualquer produto, cujo objetivo está assentado no lucro. Assim, a reprodução de pessoas negras no início do capitalismo brasileiro não foi um problema que merecia atenção para ser freado, mas sim uma demanda dentro da estrutura capitalista que construiu estratégias para o aumento de pessoas negras presentes nesse continente. O controle de natalidade nesse momento se apresentava a partir de uma compulsoriedade sobre a reprodução das mulheres negras e que estava atrelado ao domínio da classe dominante escravista.

A letargia do Estado brasileiro e a manutenção das violências: as atuais injustiças sexual e reprodutiva contra as mulheres negras

Com o final da escravização das pessoas negras, não houve um processo de integração dessas pessoas no modo de vida e construção de uma cidadania digna. Pelo contrário, a marginalização da existência negra se traduziu no desamparo total do Estado brasileiro, sem uma reparação do ponto de vista material, tampouco uma preparação para ocupar os novos postos de trabalho que surgiam no país através da industrialização. O que se instaurou foi um modelo de imigração que incentivava pessoas brancas de alguns países europeus que desejassem vir trabalhar, seja nas plantações de café que se maximizavam pelo sudeste e sul ou nas novas indústrias que começavam a surgir no Brasil (Fernandes, 2023).

O ranço que a elite branca nutria pela população negra ex-escravizada pode ser revisitado nas diversas expressões que afirmavam uma incapacidade para fazer parte desse país que estava por nascer, ou seja, um país “moderno, industrializado”. A presença negra representava nas formulações intelectuais a herança do atraso escravocrata, de um país cuja população não era alfabetizada e todas as mazelas ocasionadas pelo próprio sistema criado pelas elites e que agora desejavam esconder embaixo do tapete (Lacerda, 2021).

O chamado branqueamento enquanto propósito de prosperidade para a nação surgiu nos discursos, estabelecendo que o problema do negro no Brasil seria superado com o embranquecimento da população. Este discurso dos intelectuais do início da República e pós-escravização era a resposta formulada para as desigualdades e pobreza que solapava o país. Portanto, a solução estaria no processo de embranquecimento da nação, seja por vias de aniquilamento ou a partir de um processo de mestiçagem, com vistas a clarear a população brasileira. Essa narrativa esteve presente em estudos pseudocientíficos de Oliveira Viana em *Evolução do Povo Brasileiro*, bem como na literatura brasileira, por Monteiro Lobato em seu *O presidente negro*, além dos discursos proferidos publicamente pelos políticos da época (Lacerda, 2021).

O fato é que a chegada dos europeus por si só não dava conta do projeto de nação formulado pelas elites: um Brasil branco, sem a presença marcante de pessoas negras nas ruas das cidades. No entanto, nós pessoas negras continuamos resistindo e existindo. A solução para isso,

segundo Bento, se dá a partir da retórica da assimilação da população negra, ideia que imperou durante o final do século XIX, que a autora traduz a partir do pensamento de Freud como a perspectiva de incorporar ou devorar o outro (Bento, 2003). A solução da assimilação a partir da perspectiva desse devoramento pode ser traduzida na construção do imaginário coletivo da figura da criança mestiça (mulata, cafuza e tantas outras tipologias criadas para classificar pessoas negras que fossem descendentes de relacionamentos com pessoas brancas). Toda essa movimentação em torno de resolver o problema do Brasil, a partir do embranquecimento da nação, repousava principalmente a partir da dominação sobre o corpo da mulher negra, através de uma quase que compulsoriedade na busca por relacionamentos interraciais, com o objetivo de ter filhos mais claros.

A experiência das mulheres negras norte-americanas com o tema controle de natalidade despertou entre nós o estado de vigilância, pois os sinais de eugenia em sua implementação estavam latentes por lá. Angela Davis (2016) foi perspicaz ao descrever detalhadamente como as propagandas para a difusão do uso de métodos contraceptivos estavam direcionadas às mulheres negras e imigrantes, desnudando o viés eugenista da campanha para tal controle. Logo, 26 estados norte-americanos haviam aprovado leis de esterilização compulsória direcionadas às pessoas classificadas como inaptas, quais sejam com atraso e deficiência mental, epiléticas, analfabetas, miseráveis, que não têm condições de obter um emprego, criminosas, prostitutas e viciadas (Davis, 2016, p. 205).

O fato é que as mulheres negras brasileiras, organizadas enquanto feministas negras, estavam atentas ao que estava acontecendo nos Estados Unidos e cientes de uma série de denúncias sobre as políticas de controle de natalidade, quando o deputado Luiz Carlos Santos (Partido do Movimento Democrático Brasileiro) assume sua posição racista publicamente e faz uma análise pseudocientífica numa audiência na Assembleia Legislativa de São Paulo, no dia 5 de agosto de 1982, sobre a taxa de fecundidade da população negra, comparando com a população branca, o que colocaria em risco o projeto racista em curso e tão bem sucedido no Brasil de domínio da branquitude (Damasco et. al, 2012).

Neste mesmo íterim, no ano de 1986, na cidade de Salvador — BA, ao inaugurar o CEPARH (Centro de Pesquisa e Assistência em Reprodução Humana) o médico Elsimar Coutinho construía uma narrativa racista para incentivar o controle de natalidade, através de métodos contraceptivos comercializados pela sua organização. Não era pura e simplesmente uma posição ideológica individual de um médico racista. Era a resposta para a sociedade de todo um investimento feito para a formação e criação de um espaço a partir do investimento de fundações internacionais, especialmente a Fundação Rockefeller. Numa das peças publicitárias estampada num jornal de grande circulação na época, essa afirmação se evidencia, conforme Daniela Manica transcreve em sua tese, a campanha publicitária do CEPARH, em 1986 “Tem filho que nasce pra ser artista. Tem filho que nasce pra ser advogado. Tem filho que nasce pra ser embaixador. Infelizmente, tem filho que já nasce marginal” (Manica, 2009, p. 167).

Tais políticas eugenistas e violentas foram alvo de diversas denúncias dos movimentos de mulheres negras e como enfrentamento a essa violação de direitos, elas criaram, a *Campanha Nacional contra a Esterilização de Mulheres Negras*, cujo tema foi: “*Esterilização: Do controle da natalidade ao genocídio do povo negro!*”, iniciada em novembro de 1990 e liderada pela médica e ativista negra Jurema Werneck, em parceria com Luiza Bairos, Edna Roland e outros expoentes do movimento feminista negro. O impacto dessa mobilização foi a criação de uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) em 1993, proposta pela deputada federal Benedita da Silva, com o objetivo de apurar as denúncias feitas pelas organizações. Incrivelmente, a CPMI concluiu que não se podia afirmar que houve a prática de esterilizações com viés racista

porque os dados apresentados oficialmente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, não confirmaram a denúncia, mas acatou que havia dificuldade de apurar devido à inconsistência dos dados relativos à raça/cor na saúde (Damasco et. al, 2012).

Um Estado para bem viver com justiça reprodutiva

A crença presente no imaginário coletivo de que nós mulheres escolhemos livremente sobre a quantidade de filhos, se os teremos e quando deverá acontecer é resposta de uma sociedade que ainda não compreendeu que a reprodução é reflexo de um conjunto de oportunidades ou falta delas produzidas pelas desigualdades. Mesmo diante dos avanços a partir da CIPD em 1994, nós mulheres sabemos que muito ainda há a se fazer para que possamos exercer nosso direito reprodutivo de forma justa, principalmente as mulheres racializadas pelo mundo. Conforme assinala Loreta Ross (2017), a tomada do conceito de Justiça reprodutiva se deu principalmente pelas organizações e pessoas na luta por justiça social, pois é um conceito que transborda às expectativas e reivindicações dos chamados movimentos pró-escolha⁴³, que têm foco na garantia do direito ao aborto. Mesmo reconhecendo que ele seja uma questão de saúde importante, a defesa que só aborda essa questão é inadequada do ponto de vista interseccional. Também é uma opção para quem compreende que trabalhar com questões de gênero está para além de uma visão heteronormativa (Ross, 2017).

Loreta Ross, uma das idealizadoras do conceito, esteve preocupada para que não houvesse uma compreensão simplista de que essa justiça reprodutiva tivesse surgido com o propósito de apenas substituir o conceito de direitos reprodutivos, tampouco direitos sexuais. Assim, ela se ocupou em definir, mostrando inclusive a importância da interseccionalidade para a compreensão do conceito, apontando que este apresenta uma mudança de paradigma, pois além de exigir a igualdade de gênero, o direito ao aborto, se debruça também sobre uma agenda mais ampla sobre saúde reprodutiva. O conceito parte do entendimento de que os impactos produzidos nas comunidades negras pelas opressões de raça, classe, gênero e identidade sexual são interseccionais e, assim sendo, os efeitos serão diferentes para cada indivíduo e comunidade (Ross, 2017).

Somos convocadas a pensar como uma mulher poderá tomar uma decisão sobre o seu próprio corpo, se ela pertence a um grupo em que seus direitos são constantemente violados ou não consegue ter acesso aos cuidados em saúde necessários que ofereçam o suporte adequado? Dessa forma, as opressões que incidem sobre um grupo do qual essa mulher faz parte, irão automaticamente cercear seus direitos também. Por ser um conceito que surge a partir das experiências de mulheres negras ao se debruçar sobre os movimentos que se dedicam principalmente às questões relacionadas ao direito ao aborto e à contracepção, foi possível notar as lacunas presentes e assim propor um conceito que de fato refletisse a necessidade de suas comunidades.

Patrícia Hill Collins e Sirma Bilge (2021), ao discorrerem sobre a relação entre interseccionalidade e justiça reprodutiva, alertam que muitas vezes o conceito de justiça reprodutiva, saúde reprodutiva e direitos reprodutivos são usados como sinônimos, no entanto, possuem significados diferentes, além de refletir sobre diferentes públicos, estratégias e também análises. A saúde reprodutiva versa sobre o direito que as pessoas devem ter para acessar informações e assim decidir sobre se terão e quando terão filhos. Deverá também disponibilizar

43 Os movimentos pró escolha nos Estados Unidos.

contracepção segura e adequada e garantir acesso ao pré e pós natal, quando decidido pela gestação. Como os serviços de saúde são mais escassos em locais de maior pobreza ou com maior contingente de pessoas negras, logo estes serviços serão mais precarizados para esta população. Sobre direitos reprodutivos, estes versam sobre a garantia que as pessoas possuam a capacidade legal e política para tomar decisões sobre a vida sexual e também a reprodutiva. Assim, tal conceito se relaciona diretamente ao modo como as políticas são desenhadas e implementadas, considerando as unidades subnacionais.

Loretta Ross também faz uma diferenciação entre os conceitos, mostrando que não são excludentes e sim, complementares, pois o próprio conceito de justiça reprodutiva exige uma ação integrada, uma visão holística e estratégias abrangentes que vão contra as condições estruturais e sociais que controlam nossas comunidades, regulando nossos corpos, sexualidade, trabalho e reprodução. Assim sendo, a estratégia é a atuação em várias frentes e que esteja presente em todos os movimentos que estão em busca da justiça social que ela definiu “como um completo bem-estar social, articulando bem-estar físico, mental, espiritual, político, econômico e social” (Ross, 2017).

A grande contribuição, a meu ver, posta pelo conceito, é enfrentar a crença de que as pessoas conseguem escolher sobre a sua reprodução de forma livre, pois todas acessam as mesmas condições e informações sobre planejamento, bem como cuidados e outras necessidades para fazê-lo. A justiça reprodutiva nos mostra as desigualdades existentes entre as pessoas e que tais desigualdades repercutem sobre as escolhas. À vista disso, não são escolhas para todas as pessoas. Na verdade, a maioria das pessoas, especialmente as que se encontram em vulnerabilidades, tomam decisões mediante as situações e contextos em que estão inseridas.

Bem viver para as mulheres negras: um sonho que desejamos realizar!

Quando o capitalismo enfrentou a sua primeira grande crise nos anos de 1930, atingindo os ditos países desenvolvidos, vivemos uma catarse ao receber um modelo de Estado que proveria condições dignas aos seus cidadãos mesmo dentro de um sistema que por natureza opera a partir das desigualdades. O chamado Estado de bem estar social foi e ainda serve de modelo ou inspiração para muitas organizações de esquerda, quando desacreditaram na possibilidade da superação do capitalismo, tampouco enxerga condições para vivenciar uma experiência socialista ou comunista. Este Estado robusto que concentra em si as responsabilidades sociais de alguma forma é o que inspira muitas políticas sociais e previdenciárias no Brasil e, de alguma forma, tem criado condições de menos miserabilidade para alguns segmentos populacionais. No entanto, já compreendemos que em Estados cujo processo de fortalecimento econômico está completamente dependente de nações internacionais e, na atualidade, de forma ainda mais perversa, capturada nas mãos de multimilionários para definir regras sobre distribuição de riqueza, esta não será a nossa saída (Krenak, 2020).

Alguns anos depois, o processo de redemocratização e a universalidade de direitos como paradigma máximo para a Constituição, alentou os movimentos negros que vinham de uma árdua batalha para enfrentar o mito da democracia racial. No entanto, logo percebemos que a universalidade diz respeito a quem tem sua humanidade reconhecida e, infelizmente, numa sociedade pautada pela desumanização de um povo não haverá igualdade para grupos vistos como inferiores. Chegamos assim em um momento político, aonde o aliado tradicional das organizações de movimentos negros chega à esfera máxima do poder, no entanto, percebe-se que há abismos do ponto de vista ideológico sobre modos de vida e garantia de direitos.

Portanto, as mulheres negras que têm historicamente sido vitimadas pelas violações, violências e injustiças praticadas pelo Estado brasileiro estão propondo uma alternativa de sociedade, cujos paradigmas assentam em outras cosmovisões e práticas que estão em consonância com concepções milenares de povos indígenas e de religiões de matrizes africanas. Essa alternativa é o bem viver.

E por que o conceito de bem viver deve ser acionado em intersecção ao conceito de justiça reprodutiva? Porque percebemos que o conceito de estado de bem estar que tanto buscamos perante o Estado de direito não foi suficiente. Nos últimos anos, tratados internacionais têm produzido marcos importantes para que países subalternizados através das desigualdades possam construir estratégias para que populações acessem direitos que foram historicamente negados ou violados. No entanto, temos evidenciado que têm sido insuficientes. Assim, acionar o conceito de bem viver é apresentar para a sociedade outra perspectiva para se viver, para além das relações de exploração que subalterniza tantos grupos racializados e generificados, especialmente as mulheres negras.

Referências bibliográficas

- Alencastro, L. F. (2018). África, números do tráfico atlântico. In L. M. Schwarcz & F. Gomes (Orgs.), *Dicionário da escravidão e liberdade* (pp. 57-63). Companhia das Letras.
- Bento, M. A. S. (2003). *Cidadania em preto e branco: discutindo as relações raciais* (3ª ed.). Ática Editora.
- Barreto, P. de S. (2021). *Mulheres escravizadas: Gravidez, maternidade e as questões do trabalho no Brasil — século XIX (1830-1888)* [Monografia de graduação, Universidade Federal de Ouro Preto].
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2021). *Interseccionalidade* (R. Souza, Trad.). Boitempo.
- Damasco, M. S., Maio, M. C., & Monteiro, S. (2012). Feminismo negro: Raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). *Revista Estudos Feministas*, 20(1), 133-151.
<https://www.scielo.br/j/ref/a/NLv5Bs6zRGHhZCZ8859x9dS/abstract/?lang=pt>
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo Editorial.
- Fernandes, F. (2023). *A integração do negro na sociedade de classes*. Contracorrente.
- hooks, b. (2019). *E eu não sou uma mulher?: Mulheres negras e feminismo*. Rosa dos Tempos.
- Krenak, A. (2020). *A vida não é útil*. Companhia das Letras.
- Lacerda, N. F. (2021). Pensamento racialista no Brasil pós abolição: breve reflexão sobre racismo estrutural. *Mosaico*, 13(21). <https://doi.org/10.12660/rm.v13n21.2021.83524>
- Manica, D. T. (2009). *Contracepção, natureza e cultura: Embates e sentidos na etnografia de uma trajetória* [Tese de doutorado não publicada.], Universidade Estadual de Campinas.
- Rezende, D. T. de, & Tárrega, M. C. V. B. (2021). Colonialidade do corpo feminino negro: Trabalho reprodutivo no período escravocrata brasileiro e justiça racial. *Revista Videre*, 13(27), 227-243.
<https://doi.org/10.30612/videre.v13i27.14416>
- Ross, L. J. (2017). Reproductive justice as intersectional feminist activism. *Souls*, 19(3), 286-314.
<https://doi.org/10.1080/10999949.2017.1389634>
- Werneck, J., Mendonça, M., & White, E. (2000). *O livro da saúde das mulheres negras: Nossos passos vêm de longe*. Pallas-Criola.
- Deise Queiroz da Silva.** Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (2025), mestrado em Ciências Sociais, pela Universidade Federal da Bahia (2015), licenciatura e bacharelado em Ciências Sociais, com concentração em Ciência Política pela Universidade Federal da Bahia. Atualmente docente e pesquisadora em dedicação exclusiva da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Justiça reprodutiva, democracia, mulheres negras, quilombos, saúde sexual e reprodutiva, desigualdades raciais e de gêneros.

Capítulo 13

Partería ancestral y políticas públicas

Caminos hacia la equidad en la salud de mujeres indígenas, afrodescendientes y rurales

Claudia Álvarez-Franco

Universidad de Antioquia

Grupo de Investigación Salud de las Mujeres, Colombia

Erika Paulina Uribe-Cardona

Universidad de Antioquia

Grupo de Investigación Estudios Culturales y Decoloniales, Colombia

María Laura Sierra-Villa

Universidad de Antioquia, Colombia

Resumen: El conocimiento ancestral de las parteras ha sido históricamente deslegitimado por el modelo biomédico dominante, el cual opera bajo estructuras de exclusión epistémica que desacreditan otras formas de saber. Las voces de estas mujeres, portadoras de conocimientos transmitidos oralmente, sostenidos en la experiencia, la espiritualidad y el vínculo con el territorio, han sido desestimadas por prejuicios que les restan credibilidad como sujetas de conocimiento. Esta desautorización no solo silencia sus aportes, sino que vulnera su dignidad y limita su participación en los sistemas de salud. En diferentes contextos, ya sean rurales y étnicos, donde la partería constituye la única forma real de atención, la omisión institucional equivale a la negación del derecho a una vida digna y culturalmente pertinente.

Palabras claves: parteras tradicionales, derechos de la mujer, intervenciones basadas en la equidad, equidad de género en salud, políticas inclusivas.

Introducción

Colombia es un país caracterizado por una amplia diversidad étnica, cultural y geográfica, la cual se hace también manifiesta en las distintas formas de cuidar la salud a lo largo de la vida, en especial durante el proceso reproductivo; pese a esta particularidad, el sistema de salud colombiano reconoce únicamente, desde el ámbito legislativo, la atención institucional brindada por profesionales del área, centrando su accionar en el paradigma biomédico como única vía válida de intervención; ello implica el desconocimiento de saberes ancestrales que, históricamente, han acompañado la vida y la salud de muchas comunidades.

En este escenario, la partería tradicional hace parte de los saberes ancestrales y se orienta hacia la atención del parto que realizan mujeres con experiencia en el arte de asistir la vida, cuyas trayectorias están profundamente arraigadas en los saberes transmitidos por generaciones dentro de sus comunidades, por lo general se ubican en zonas rurales y hacen parte de poblaciones mestizas, indígenas y afrodescendientes, con escasos recursos económicos.

Por lo general, las labores de las parteras tradicionales se desarrollan en contextos de cercanía afectiva, confianza relacional y conocimiento situado, integrando técnicas, espiritualidades, rituales, plantas medicinales y formas de relación con el cuerpo, el alma y el territorio; por ello, su práctica constituye una forma integral de cuidado que trasciende lo biomédico y reconoce la dimensión simbólica, social y espiritual del nacimiento. Sin embargo, la relación con las

instituciones de salud se ha visto históricamente atravesada por la imposición del saber científico sobre el tradicional y, en la actualidad, persisten tensiones estructurales debido a un marco legislativo construido desde parámetros técnico-normativos homogéneos que, en gran medida, desconocen la diversidad cultural del país.

En Colombia, el marco normativo en salud — como el Plan Decenal, la Resolución 3280 de 2018 y la Ley 1164 de 2007 — reconoce en teoría la atención diferencial y los saberes ancestrales; sin embargo, su implementación reproduce esquemas centralizados que limitan la inclusión real de las parteras tradicionales. El cumplimiento estricto de estas normas impone protocolos que desconocen las prácticas comunitarias y niega el reconocimiento formal de las parteras como agentes válidos de cuidado, ejerciendo control mediante exigencias institucionales y remisiones obligatorias al sistema hospitalario. Además, la falta de un enfoque intercultural genuino perpetúa la desvalorización de los saberes tradicionales, restringe el acceso a servicios culturalmente pertinentes y profundiza las desigualdades que enfrentan especialmente las mujeres rurales y étnicas.

Reconocer y dignificar la partería tradicional implica más que integrarla de forma instrumental al sistema de salud; exige un giro epistemológico y político que legitime otros modos de saber, nacer y cuidar. Este escrito surge de una investigación cualitativa hermenéutica en Antioquia, centrada en mujeres parteras que median entre tradición y modernidad, evidenciando las tensiones provocadas por la falta de reconocimiento estatal y sus efectos en la legitimidad y autonomía de estas prácticas.

En contextos rurales y étnicos, donde muchas veces no hay presencia institucional, la partería ancestral es una necesidad vital que asegura el acompañamiento durante el embarazo, parto y posparto, desde una ética del cuidado basada en los vínculos comunitarios y en una comprensión integral del cuerpo y el territorio. Estas mujeres, con saberes transmitidos oralmente, integran técnicas, espiritualidad y afecto en prácticas que trascienden lo físico, como limpias, baños rituales y uso de plantas, configurando un conocimiento complejo y vivo que ha sido históricamente marginado por el paradigma biomédico y una legislación que ignora la diversidad cultural del país.

Esta situación genera contradicciones persistentes: se exige a las parteras cumplir requisitos institucionales ajenos a sus contextos — como portar carnés, uniformes o remitir partos al hospital — mientras sus saberes no son reconocidos ni integrados equitativamente en las políticas públicas, lo cual perpetúa la desvalorización de los conocimientos ancestrales, limita la autonomía de las gestantes y profundiza las desigualdades en el acceso a una atención materna respetuosa y culturalmente pertinente.

Metodología

Esta investigación fue aprobada según Acta N° CEI-FE 2021-18 del Comité de Ética de la Universidad de Antioquia, la misma se desarrolló con la participación voluntaria de mujeres indígenas del suroeste de Antioquia (Colombia) desde un enfoque cualitativo, hermenéutico, con acercamientos individuales y grupales, mediados por entrevistas semiestructuradas, observación participante y encuentros grupales hasta que se consiguió la saturación o comprensión del fenómeno, con datos que fueron analizados desde una perspectiva interseccional y decolonial, para poder comprender los saberes y prácticas de las mujeres indígenas y de zonas rurales sobre la atención de la gestación y el parto, lo cual permite comprender los sentidos que las parteras atribuyen a sus prácticas, así como las tensiones que enfrentan frente al saber médico

hegemónico. Se analizan los múltiples ejes de opresión —como género, etnicidad, clase social y localización territorial— que configuran su exclusión estructural y epistémica. Al mismo tiempo, se interpretan sus prácticas como actos de resistencia y re-existencia, orientados al cuidado integral de la vida desde una perspectiva colectiva, espiritual y encarnada.

Reconocer estos saberes implica no solo validarlos, sino transformar de manera estructural los sistemas de salud y las políticas públicas, afirmando el derecho a otras formas de nacer, cuidar y sanar, basadas en la pluralidad cultural y epistémica.

Resultados

Este escrito producto del proceso investigativo busca fortalecer una atención inclusiva que reconozca el valor epistémico, cultural y político de la partería tradicional, entendida no como una práctica del pasado, sino como una forma vigente de resistencia, cuidado y soberanía territorial. Su reconocimiento, más allá de la formalización institucional, debe asumirse como un acto de justicia intercultural que valore la diversidad de formas de nacer y cuidar; en muchos casos, este ejercicio también integra rituales de protección espiritual realizados por figuras como los *jaibanás*, quienes armonizan el cuerpo y el entorno antes y después del parto.

Como señala una participante⁴⁴, “ellos hacen ese rito de armonización... para evitar de pronto los espíritus malos que entren o que enfermen a la mujer o al bebé” (X, p32, E1); en estos contextos, la espiritualidad es un eje central del cuidado, pues parir implica cuerpo, alma y energía vital. Las parteras se santiguan, rezan, invocan a Dios y a la Virgen, y confían en que no están solas “uno está en la boca con Dios y la virgencita santísima” (O, p25, E1).

Su saber combina el cristianismo colonial con tradiciones afro e indígenas, y se transmite oralmente a través de prácticas como sobadas, baños, uso de plantas y recomendaciones simbólicas como no comer en vasijas grandes o evitar alimentos pegajosos. “Chocolate con leche y tres huevos, una caspiroleta, *pa* que ya entonces tenga la fuerza *pa* tenerlos” (H, p5, E1). El cuidado se da en espacios cotidianos, con afecto y respeto, a diferencia de la atención hospitalaria, muchas veces distante: “uno se siente como que se va ahogar... las enfermeras vienen un ratico y ya” (O, p20, E1); “uno está pendiente, aunque lleve uno o dos días *pa* tener el bebé” (O, p21, E1).

Aprenden con otras mujeres “yo aprendí con la que me atendía los partos a mí...” (H, p3, E1); “yo aprendí al lado de mamá...” (O, p6-7, E1); aun así, enfrentan control institucional “nos ponían a atender un parto” (H, p3, E1); “por eso le dan a uno ese carnet” (H, p10, E1). El sistema desconfía “si uno ve que no tienen capacidad, échela *pal* hospital” (H, p19, E1) y muchas veces maltrata o desconoce sus condiciones “las indígenas van al hospital y les va muy mal porque las montan en una camilla” (O, p9, E1); “uno quiere levantarse, hacer fuerza... pero no lo dejan” (O, p20, E1). Frente a esto, las parteras se organizan, crean redes y defienden su autonomía. Como dicen algunas “yo le dije: Eliza, quiero que usted me enseñe...” (H, p3, E1); “ella me explicaba, me decía cómo hacerlo” (O, p6-7, E1).

Estas experiencias, atravesadas por el cuidado, la resistencia y la transmisión entre mujeres, permiten comprender que la partería no solo es una práctica sanitaria, sino también un acto de profundo sentido comunitario y político; más que limitarse al momento del parto, implica un proceso formativo continuo, en el que se entretejen saberes, memorias y afectos que dan sentido a la vida colectiva; es claro que desde allí, se gesta una pedagogía del cuidado que

44 Cada uno de los códigos corresponde a los testimonios de mujeres parteras y parturientes que fueron entrevistadas durante la investigación sobre saberes y prácticas para la atención de parto en mujeres indígenas, afrodescendientes y mestizas en Antioquia. Financiado por convocatoria de investigación de la Universidad de Antioquia.

resiste al olvido y al silenciamiento, y que mantiene viva una manera propia de habitar el mundo.

En este contexto, la transmisión del conocimiento es también un acto político y afectivo, es un espacio de memoria viva donde se canta, se recuerda, se lucha y se reivindica; allí se fortalecen los vínculos intergeneracionales, se recupera la dignidad del saber encarnado y se proyecta una forma alternativa de futuro. A este respecto puede afirmarse que la partería ancestral constituye un camino vigente y necesario para alcanzar la equidad en salud materna.

Es importante tener en cuenta que su legitimación no se logra únicamente permitiendo su existencia, sino reconociendo sus prácticas, sus condiciones de ejercicio y los territorios donde cobran sentido; una verdadera atención intercultural debe estar basada en el respeto mutuo, la complementariedad y el diálogo de saberes, lo que implica transformar el sistema de salud para que deje de imponer y comience a acoger.

Además, para que reconozca que el futuro de la salud materna en lugares diversos no puede construirse sin las manos, las voces y los corazones de quienes han cuidado la vida desde hace siglos: las parteras. De manera final se puede decir que la partería tradicional, lejos de ser una práctica marginal o anecdótica, constituye un saber situado que articula cuerpo, territorio, espiritualidad y memoria colectiva.

Estas experiencias, atravesadas por el cuidado, la resistencia y la transmisión entre mujeres, permiten comprender que la partería no solo es una práctica sanitaria, sino también un acto de profundo sentido comunitario y político; más allá de limitarse al momento del parto, implica un proceso formativo continuo, en el que se entretienen saberes, memorias y afectos que dan sentido a la vida colectiva. Desde allí, se gesta una pedagogía del cuidado que resiste al olvido y al silenciamiento, y que mantiene viva una manera propia de habitar el mundo.

Discusión

A pesar del profundo valor que encierra la partería tradicional como práctica de cuidado; saber ancestral y forma de resistencia; su legitimidad ha sido constantemente cuestionada por los marcos institucionales dominantes. En contextos donde la salud se concibe desde parámetros técnico-normativos, los conocimientos encarnados en las parteras han sido relegados a la periferia del saber válido; ignorando su eficacia, pertinencia cultural y dimensión ética. Esta exclusión responde a una estructura de poder que privilegia ciertos discursos y actores; invisibilizando otros que, históricamente, han sostenido la vida en condiciones adversas.

Desde la perspectiva de la *colonialidad del poder*, planteada por Quijano (2014), esta deslegitimación forma parte de un orden epistémico que jerarquiza los saberes y subordina aquellos provenientes de pueblos colonizados, especialmente los encarnados en mujeres racializadas. Como lo denuncia Cumes (2021), la negación de estos conocimientos responde también a una racionalidad patriarcal y racista que impone el pensamiento blanco como universal, desconociendo los modos indígenas y populares de entender, cuidar y sostener la vida.

Sin embargo, este conocimiento ha sido históricamente deslegitimado por un modelo biomédico que opera bajo lógicas de exclusión epistémica; en este sentido, como lo plantea Fricker (2007), se configura aquí una *injusticia testimonial*, en tanto las voces de las parteras son sistemáticamente desacreditadas por prejuicios identitarios que les restan credibilidad, afectando su condición como sujetos de conocimiento.

Esta forma de injusticia no solo silencia sus aportes, sino que lesiona su dignidad y obstaculiza la posibilidad de ser reconocidas como interlocutoras válidas en el campo de la salud; esta

práctica se hace presente en regiones donde la única opción real de atención es la partera, y la omisión institucional se convierte en una negación del derecho a una vida digna y culturalmente pertinente, profundizando la brecha entre saberes tradicionales y sistemas hegemónicos.

Desde una perspectiva interseccional, como la desarrollada por Hill Collins y Bilge (2016), esta exclusión no puede entenderse de manera aislada; por el contrario, responde a la imbricación de múltiples ejes de opresión como el género, la raza, la clase y la localización territorial; es aquí donde las parteras afrodescendientes e indígenas son posicionadas en los márgenes del conocimiento legítimo precisamente porque encarnan formas de existencia que desafían las jerarquías impuestas por el sistema biomédico y la racionalidad moderna.

También porque sus prácticas — transmitidas por vía oral, basadas en la experiencia y mediadas por la espiritualidad — confrontan las pretensiones universales de la ciencia dominante, visibilizando la necesidad de reconocer múltiples epistemologías; desde una lectura interseccional se permite comprender que el saber de la partería no es simplemente alternativo, sino que forma parte de una lucha por la justicia social y epistémica que exige transformaciones estructurales en los sistemas de salud, educación y políticas públicas.

En este sentido, retomar la propuesta de Viveros Vigoya (2023) sobre la interseccionalidad con giro decolonial y comunitario resulta clave para situar las prácticas de partería como actos de resistencia y re-existencia frente al colonialismo epistémico; el saber de las parteras no solo responde a necesidades sanitarias, sino que constituye una forma de habitar el mundo que recupera el vínculo con la tierra, la memoria y el cuerpo colectivo.

Además, configura una alternativa ética, política y ontológica a los modelos extractivistas y patriarcales de atención en salud; cuando se hacen visibles sus voces, se afirma que no hay una única manera de cuidar la vida ni un único conocimiento válido sobre el nacimiento, sino que se reivindica así el derecho de los pueblos a cuidar desde su cultura, a decidir sobre sus cuerpos y a defender sus territorios desde una sabiduría encarnada en mujeres que, generación tras generación, han sostenido la vida a pesar de la exclusión sistemática de los sistemas dominantes.

Reconocer la partería tradicional como una forma legítima de conocimiento implica desmontar estructuras históricas de exclusión epistémica que, como plantea Fricker (2007), se manifiestan tanto en el silenciamiento hermenéutico como en la desvalorización testimonial de quienes ejercen estos saberes; las parteras, portadoras de una sabiduría ancestral ligada al territorio, el cuerpo y la espiritualidad, han sido desautorizadas por un sistema biomédico que desconoce las múltiples formas de comprender, cuidar y acompañar la vida.

Esta exclusión no solo limita la participación de estas mujeres en los escenarios institucionales, sino que perpetúa desigualdades estructurales que atraviesan el género, la raza, la clase y la ruralidad; en este contexto, la justicia epistémica no se reduce a la inclusión simbólica, sino que exige el reconocimiento efectivo de otras formas de saber y de existir, así como la redistribución del poder dentro de los sistemas de atención en salud.

A la luz de los aportes de Hill Collins y Bilge (2016), la interseccionalidad emerge como una herramienta imprescindible para comprender cómo se entretejen múltiples formas de opresión en la experiencia de las parteras; sus saberes, deslegitimados por una racionalidad científica colonial, constituyen una forma de resistencia encarnada que articula lo comunitario, lo espiritual y lo político.

Reivindicar estos conocimientos desde un enfoque decolonial implica no solo transformar las relaciones entre estado, instituciones y comunidades, sino también reconfigurar las bases epistémicas desde las cuales se define qué es salud, quién la produce y cómo se garantiza; en este sentido, el fortalecimiento de una atención inclusiva, segura y culturalmente pertinente exige abrir caminos para la articulación entre saberes, el reconocimiento de otras racionalidades y la

reparación de las violencias epistémicas que han silenciado, durante siglos, la voz de quienes han sostenido la vida desde los márgenes.

Como afirma Viveros Vigoya (2023), el racismo, el clasismo y el sexismo no operan por separado, sino que sostienen estructuras sociales que colocan a las mujeres racializadas en posiciones de profunda desventaja, incluso en el ámbito del conocimiento; por ello, es imprescindible analizar las prácticas de cuidado y los saberes tradicionales como expresiones de agencia situada que desafían las jerarquías coloniales del saber.

El giro decolonial y comunitario propuesto por la autora invita a reconocer que estos conocimientos no solo tienen valor cultural, sino que son claves para imaginar formas de vida más justas, autónomas y sostenibles; así, una política de salud que integre la partería ancestral debe partir del reconocimiento de estas mujeres como sujetas epistémicas plenas y del territorio como un espacio de saber encarnado.

En este panorama, resulta urgente transformar no solo los marcos institucionales, sino también los imaginarios sociales que desvalorizan los saberes femeninos y territoriales; es necesario cuestionar las lógicas de homogeneización y control que han intentado disciplinar el nacimiento y el cuidado, e impulsar un diálogo intercultural donde las voces de las parteras no sean instrumentalizadas, sino verdaderamente escuchadas.

La construcción de políticas públicas debe partir del respeto a los contextos y a las prácticas locales; solo así será posible avanzar hacia una atención en salud que reconozca la pluralidad epistémica, que legitime la espiritualidad como dimensión del cuidado y que valore la oralidad, la experiencia y el vínculo como fuentes legítimas de conocimiento.

Así, recuperar y dignificar la partería ancestral no es únicamente una acción de reparación simbólica; es una apuesta política por una sociedad más justa, donde los saberes silenciados ocupen el lugar que históricamente se les ha negado. Las parteras indígenas no solo cuidan cuerpos; sostienen territorios, alimentan memorias y siembran futuros posibles. Defender su saber es, en esencia, defender la vida.

Conclusión

La partería tradicional, ejercida por mujeres indígenas en el suroeste antioqueño, constituye una práctica legítima, vigente y profundamente ética de cuidado; su exclusión por parte del modelo biomédico y de las políticas públicas uniformes ha limitado el reconocimiento de un saber situado que articula cuerpo, territorio, espiritualidad y comunidad. Reconocer su valor no implica solamente una reparación cultural, sino también un giro epistemológico que abra paso a formas más justas, plurales e interculturales de atención en salud; en este sentido, la investigación permitió comprender que dignificar estos saberes exige escuchar las voces de las parteras como sujetas epistémicas, valorar sus pedagogías afectivas y defender su autonomía frente a estructuras históricamente coloniales. Apostarle a su inclusión real no es solo una cuestión técnica o legal; es un acto de justicia territorial, epistémica y de género que honra a quienes, desde los márgenes, han sostenido la vida por generaciones.

Referencias bibliográficas

Cumes, A. (2021). *El presente nos escupe: Feminismo comunitario, pensamiento maya y colonialismo*. Buenos Aires: Tinta Limón.

- Fricker, M. (2007). *Injusticia epistémica: el poder y la ética del conocimiento* (R. García Pérez, Trad.). Herder Editorial. (Obra original publicada en 2007).
- Hill Collins, P., & Bilge, S. (2016). *Interseccionalidad* (R. Filella, Trad.). Ediciones Morata.
- Quijano, A. (2000). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En E. Lander (Comp.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 201-246). Buenos Aires: CLACSO.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 2 de agosto). *Resolución número 3280 de 2018: Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal* (Resolución 3280). Diario Oficial No. 507674.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Viveros Vigoya, M. (2023). *Interseccionalidad: Giro decolonial y comunitario*. CLACSO.
- Claudia Alvarez Franco.** PhD en Enfermería. Profesora titular. Mujer que asume con amor y compromiso su maternidad y vida familiar, además como una apuesta personal y profesional impulsa el trabajo conjunto entre mujeres desde el cuidado como fuerza transformadora, teje lazos en comunidad, celebra las diversidades y promueve acciones colectivas en defensa de los derechos y la vida digna para todos los seres vivientes.
E-mail: Claudia.alvarez@udea.edu.co | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-4662-9870>
- Erika Paulina Uribe Cardona.** Trabajadora Social y Magíster en estudios de la Cultura. Docente e investigadora de la Universidad de Antioquia e integrante del grupo de investigación en estudios interculturales y decoloniales de la Facultad de Ciencias sociales y humanas de la misma Universidad. En el área de las ciencias sociales y el trabajo social me han interesado el estudio de las epistemologías y feminismos decoloniales y la interculturalidad.
E-mail: erica.uribe@udea.edu.co
- María Laura Sierra Villa.** Mujer de descendencia campesina y trabajadora social, ha forjado su camino inspirada en la sabiduría, resistencia y ternura de las mujeres que la han acompañado a lo largo de su vida. Defensora de los Derechos Humanos y sociales, comprometida con la promoción del desarrollo comunitario, la equidad de género y el fortalecimiento del tejido social, guiada por sus raíces y por valores profundos de solidaridad, justicia, dignidad y cuidado colectivo.
E-mail: laura.sierra1@udea.edu.co | *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0001-3023-2895>

Parte IV | Diversidade, inclusão e interseccionalidade
Diversidad, inclusión e interseccionalidad

Capítulo 14

Masculinidades migrantes

Un enfoque desde la salud global en clave interseccional

Eduardo Leiva Pinto

Universidad Bernardo O'Higgins

Centro de Estudios Históricos y Humanidades, Facultad de Ciencias Humanas, Chile

Resumen: La migración internacional se ha convertido en un desafío crucial para la salud global, afectando las vidas y el bienestar de millones de personas. En América Latina, y particularmente en Chile, el crecimiento sostenido de las poblaciones migrantes ha revelado brechas significativas en la atención de salud sexual y reproductiva (SSR) de los hombres migrantes. Este artículo explora el papel de las masculinidades migrantes en contextos de SSR con una perspectiva interseccional. Se argumenta que las construcciones culturales de la masculinidad, sumadas a barreras estructurales y socioeconómicas, condicionan el acceso equitativo a servicios de SSR para los hombres migrantes. A través de una revisión crítica de la literatura actual y ejemplos de políticas públicas y estrategias comunitarias, se abordan los obstáculos que enfrentan estos hombres -desde la estigmatización y la discriminación hasta las limitaciones legales y administrativas-, así como las formas en que ejercen agencia para cuidar de su salud. El texto destaca la necesidad de marcos teóricos integradores desde la antropología médica, los estudios de género y la salud global para comprender las experiencias de los hombres migrantes en su pluralidad, e insta a la formulación de políticas inclusivas y culturalmente competentes. En suma, se proponen recomendaciones para avanzar hacia sistemas de salud más equitativos que consideren las diversas masculinidades y promuevan la equidad en SSR en contextos migratorios.

Palabras clave: migración, masculinidad, salud sexual y reproductiva, interseccionalidad, salud global.

Introducción

Las dinámicas migratorias contemporáneas plantean importantes retos para los sistemas de salud a nivel mundial. En América Latina, Chile se ha transformado de país emisor a receptor de migración, albergando aproximadamente 1.625.000 personas extranjeras residentes -cerca del 8,5% de su población- para 2022 (Instituto Nacional de Estadísticas de Chile [INE], 2023). La migración, además, se reconoce como determinante social de la salud? (Reinoso-Cataldo et al., 2025), pues con frecuencia conlleva condiciones de vida y trabajo precarias que impactan el bienestar de quienes migran.

En este contexto, la salud sexual y reproductiva (SSR) de las poblaciones migrantes ha emergido como una preocupación prioritaria dentro de la salud global. No obstante, la mayor parte de la investigación e intervenciones en SSR se ha centrado en las mujeres migrantes, dejando de lado las necesidades específicas de los hombres (García, 2024; Parra, 2024). Esta omisión invisibiliza las vulnerabilidades y desafíos que enfrentan los varones en materia de salud sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), acceso y calidad de servicios sanitarios, y continuidad de tratamientos. Abordar los derechos sexuales y reproductivos de las personas migrantes -hombres incluidos- es esencial para avanzar hacia la equidad sanitaria en la región.

Este artículo explora el rol de las masculinidades migrantes en contextos de SSR, entendiendo por ello las diversas formas en que los varones que migran construyen y viven su identidad de género en interacción con nuevas realidades socioculturales. Adoptamos una perspectiva

interseccional (Crenshaw, 1989), reconociendo que la posición de los hombres migrantes se entrecruza con factores de clase, etnia/raza, orientación sexual y estatus migratorio, dando lugar a experiencias particulares de salud. Mediante una revisión crítica de la literatura interdisciplinaria, analizamos las principales barreras de acceso, los factores socioculturales (en especial los mandatos de masculinidad), el impacto de las políticas públicas y las estrategias comunitarias de cuidado que inciden en la SSR de estos hombres migrantes. A partir de esta reflexión, se esbozan recomendaciones para políticas y prácticas de salud más inclusivas.

Enfoque teórico: salud global, género e interseccionalidad

La salud global ofrece un marco conceptual integrador para analizar la salud de las poblaciones migrantes más allá de las fronteras nacionales, enfatizando la equidad y los derechos humanos?. Este enfoque remarca que los determinantes sociales moldean las oportunidades de bienestar de las personas en movilidad (Obach, 2024; Cabieses et al., 2023). Por ejemplo, el hacinamiento habitacional y la inestabilidad laboral pueden elevar el riesgo de ITS como el VIH entre varones migrantes (Parra et al., 2024). La perspectiva de antropología médica complementa este panorama al explorar los significados socioculturales de la salud, la sexualidad y la masculinidad. En lugar de concebir el “riesgo” solo en términos epidemiológicos, es necesario entender cómo las poblaciones migrantes significan y gestionan ese riesgo en sus propias vidas, evitando enfoques reduccionistas o estigmatizantes.

El concepto de masculinidad utilizado aquí se aparta de visiones monolíticas para reconocer una pluralidad de *masculinidades*. Si bien persiste un modelo hegemónico de masculinidad -caracterizado por la autosuficiencia, la fortaleza y la resistencia a mostrar vulnerabilidad-, los hombres migrantes pueden reconfigurar estas normas en respuesta a las nuevas condiciones que enfrentan. Estudios latinoamericanos evidencian que la masculinidad es una construcción histórico-social dinámica, influida por contextos de desigualdad social, racismo y xenofobia (Cesaro, Santos & Silva, 2018). En Brasil, por ejemplo, la falta de un enfoque interseccional en la política nacional de salud del hombre ha invisibilizado a ciertos varones (jóvenes, pobres y negros), reflejándose en altas tasas de enfermedad y mortalidad en ese grupo (Cesaro et al., 2018). La interseccionalidad revela, por ejemplo, que un migrante varón perteneciente a un grupo étnico, de bajo nivel socioeconómico y homosexual enfrentará barreras sanitarias particulares por la suma de discriminaciones (Ortiz, 2023; García, 2024).

Las experiencias de los hombres migrantes en salud sexual y reproductiva revelan las múltiples intersecciones entre género, migración, exclusión y agencia, subrayando la importancia de comprender las masculinidades desde una clave interseccional (Leiva-Pinto, 2025). Esta mirada integral evita explicaciones simplistas y orienta intervenciones más equitativas.

Barreras de acceso a la salud sexual y reproductiva

Diversos estudios documentan que los hombres migrantes encaran barreras multidimensionales para acceder a los servicios de SSR en los países receptores (Obach, 2022). Entre las barreras estructurales destacan las restricciones legales y administrativas vinculadas al estatus migratorio. En muchos países latinoamericanos, la capacidad de afiliarse al sistema de salud pública o de recibir atención gratuita depende de contar con residencia regular o documentación vigente. Esto excluye de hecho a migrantes en situación irregular o con trámites

pendientes, quienes postergan la búsqueda de atención por temor a ser denunciados o deportados (Parra, 2024). Incluso en Chile -donde existen políticas de acceso en atención primaria para migrantes independientemente de su situación migratoria- se observan obstáculos como la falta de información sobre el derecho a la salud y los trámites para obtener un Número de Identificación Provisorio de Salud? (Reinoso-Cataldo et al., 2025). La burocracia y la complejidad del sistema de salud local pueden desanimar a los recién llegados. Asimismo, barreras geográficas y económicas afectan la accesibilidad: poblaciones migrantes asentadas en zonas periféricas o campamentos informales pueden quedar lejos de los centros de salud, sin medios de transporte adecuados (Ibíd.). Muchos hombres migrantes trabajan en el sector informal, con jornadas extensas y escasa estabilidad laboral, lo que dificulta dedicar tiempo a consultas médicas o costear servicios particulares (Da Cruz, 2023).

A las barreras mencionadas se suman las de carácter sociocultural. La barrera idiomática es patente en contextos como Chile y Argentina, que han recibido migración haitiana de habla francesa/creole: la falta de intérpretes o personal bilingüe limita la comunicación eficaz, generando malentendidos y experiencias negativas que disuaden a los usuarios. Del mismo modo, las diferencias culturales en la forma de entender la salud y la sexualidad pueden crear desconfianza. Profesionales de salud sin formación en competencia cultural pueden exhibir prejuicios o actitudes discriminatorias hacia los migrantes, lo cual constituye otra barrera importante. La evidencia regional señala que muchos hombres migrantes con frecuencia perciben estigma y discriminación en los servicios de SSR (Da Cruz, 2023), manifestados en actitudes frías o hostiles por parte del personal y en suposiciones estereotipadas; por ejemplo, considerar a los migrantes como portadores de ITS o como usuarios “abusivos” del sistema. Dichas experiencias negativas refuerzan la desconfianza y llevan a muchos a evitar el contacto con los servicios formales de salud, especialmente para temas sensibles como la salud sexual.

Otro obstáculo es la falta de información y educación sexual integral adaptada a la realidad migrante. En los países receptores, los programas de SSR suelen no contemplar material multilingüe ni estrategias de difusión dirigidas a comunidades migrantes (García, 2024). Como resultado, los varones recién llegados pueden desconocer la ubicación de centros de salud, los servicios disponibles (por ejemplo, pruebas de ITS/VIH, asesoría en anticoncepción) o asumir erróneamente que no califican para utilizarlos. La literatura sugiere que este déficit informativo es un eje central de la brecha de acceso en SSR? (Reinoso-Cataldo et al., 2025). Un estudio en el norte de Chile concluyó que muchos migrantes desconocían sus derechos sanitarios y cómo funciona el sistema local, lo que les impedía buscar prestaciones oportunamente? (Silva, 2009: 3). Frente a esta situación, intervenciones comunitarias de orientación sobre el sistema de salud han demostrado ser eficaces para mejorar la utilización de servicios por parte de la población migrante? (Majid et al., 2016). Estas barreras se reflejan en un menor uso de servicios preventivos de SSR por parte de los hombres migrantes y en una mayor incidencia de ITS en estos colectivos (Toller, 2022). La demora en la búsqueda de atención para problemas que serían prevenibles o tratables en etapas tempranas implica un costo humano elevado y agrava las desigualdades sanitarias.

Mandatos de masculinidad, migración y salud

Las normas y mandatos de masculinidad influyen de manera decisiva en cómo los hombres migrantes perciben su propia salud sexual y en las conductas que adoptan frente a la enfermedad. En diversas culturas latinoamericanas persiste la expectativa de que el “hombre de verdad” sea fuerte, autosuficiente y exhiba una sexualidad activa y heteronormativa. Este ideal

hegemónico conlleva la noción de que buscar ayuda o mostrar preocupación por la salud -especialmente en lo relativo a la sexualidad- puede interpretarse como signo de debilidad o falta de virilidad. Consecuentemente, muchos varones migrantes evitan acudir a controles preventivos, no se realizan pruebas de ITS de manera regular y tienden a minimizar síntomas hasta que se vuelven severos (Obach, 2020; Cesaro et al., 2018). Esta reticencia arraigada en la socialización masculina se ve reforzada en el contexto migratorio, donde con frecuencia los hombres asumen además el rol de proveedores económicos para sus familias. La presión por cumplir con ese rol tradicional puede llevarlos a anteponer el trabajo y la generación de ingresos por sobre su propio cuidado, en ocasiones ignorando signos de alerta.

Las construcciones culturales de la masculinidad también impactan en las prácticas sexuales de los migrantes y en sus riesgos asociados. Por ejemplo, ciertos patrones culturales valoran la demostración de la virilidad a través de múltiples parejas sexuales o de la procreación. En contextos de migración laboral, donde hombres jóvenes se desplazan sin sus parejas estables, pueden incrementarse las relaciones sexuales ocasionales sin protección, motivadas por soledad, estrés o la búsqueda de afirmación de la masculinidad (García, 2024). Sin intervenciones de educación sexual adecuadas, estos comportamientos elevan la vulnerabilidad a las ITS. Además, la migración puede significar una “liberación” parcial de controles sociales previos, permitiendo a algunos varones explorar prácticas sexuales que ocultaban en sus comunidades de origen; esto ocurre, por ejemplo, con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que migran desde entornos altamente conservadores. No obstante, al hacerlo en un ambiente nuevo y sin redes de apoyo, pueden estar expuestos a mayores riesgos si carecen de información y servicios amigables (Leal Fuentes, 2024).

Por otro lado, las masculinidades disidentes -como la homosexual, bisexual o transmasculina- enfrentan desafíos particulares en la migración. Un hombre migrante homosexual o bisexual puede sufrir doble discriminación: por su orientación en entornos donde la homofobia persiste, y por su condición de extranjero (Obach, 2020; Cabieses et al., 2023). Esto puede empujarlo aún más a la invisibilidad, evitando acudir a servicios por temor a malos tratos. La intersección de homofobia, xenofobia y machismo constituye un impedimento grave para que migrantes LGBTIQ+ accedan a consejerías en salud sexual, profilaxis de VIH u otros recursos, traduciéndose en mayor incidencia de infecciones y problemas de salud mental en este grupo (Brizuela et al., 2023).

Es evidente entonces que las concepciones de masculinidad median la relación de los migrantes con su salud sexual. Cualquier iniciativa de mejora en la atención debe tomar en cuenta estos imaginarios de género. La sensibilización de los profesionales de salud respecto de cómo el machismo y las expectativas sociales impactan las conductas de sus pacientes migrantes masculinos podría facilitar un trato más empático y eficaz. Asimismo, promover modelos positivos de masculinidad -que incorporen el autocuidado, la responsabilidad compartida en la reproducción y el respeto por la diversidad sexual- resulta estratégico para cambiar gradualmente patrones nocivos en este grupo.

Políticas públicas, derechos y exclusión

El marco normativo y las políticas públicas de los países receptores desempeñan un papel determinante en la salud sexual y reproductiva de las personas migrantes. Una aproximación desde los derechos humanos sostiene que el derecho a la salud es universal y no debe restringirse por la nacionalidad o situación migratoria. Sin embargo, en la práctica las legislaciones nacionales en América Latina exhiben heterogeneidad. Algunos países, como Argentina y

Uruguay, han adoptado leyes de cobertura universal que garantizan la atención sanitaria a todos los residentes, sin importar su estatus migratorio (Ortiz, 2023). En otros, por el contrario, se exigen documentos de residencia para acceder a la salud pública, lo que deja fuera a quienes están en situación irregular (Parra, 2024). Chile ha implementado medidas para incluir a migrantes en la atención primaria (como la entrega de identificadores de salud provisorios), pero persisten trabas administrativas y costos que dificultan el acceso pleno de esta población (Obach, 2022; Cabieses et al., 2023).

Aunque existen programas de SSR dirigidos a migrantes, a menudo están enfocados principalmente en mujeres y niñez, dejando de lado a los varones. Brasil, por ejemplo, cuenta con una Política Nacional de Salud del Hombre que incorpora la equidad social y étnica, lo cual podría beneficiar indirectamente a migrantes vulnerables (Cesaro et al., 2018). Chile ha desarrollado un programa de salud para migrantes con lineamientos en SSR, aunque su implementación enfrenta desafíos prácticos (Cabieses et al., 2023). La falta de enfoque intercultural y de género en la mayoría de estas políticas ha sido señalado por autoras/es incidiendo la baja participación de los hombres migrantes en los servicios de SSR (García, 2024).

Por otra parte, las políticas migratorias generales — ajenas al sector salud — inciden indirectamente en la SSR de los migrantes. En contextos de políticas restrictivas, con criminalización de la migración irregular, los individuos tienden a permanecer ocultos y evitan interactuar con cualquier institución pública por miedo a ser detectados. Esto tiene un efecto disuasivo sobre la utilización de servicios de salud, incluso cuando por ley podrían acceder a ellos (Da Cruz, 2023). Contrariamente, políticas integradoras que facilitan la regularización migratoria y la inclusión social (por ejemplo, programas de empleo formal, enseñanza del idioma local, etc.) contribuyen a reducir las brechas de acceso sanitario al mejorar las condiciones de vida y la confianza de la población migrante hacia las instituciones. La coordinación intersectorial se revela fundamental: políticas de vivienda, trabajo, educación y seguridad ciudadana, si ignoran la dimensión sanitaria, pueden socavar los logros del sector salud en la atención a migrantes. Por ello, una visión de salud en todas las políticas cobra relevancia para abordar de forma comprehensiva las necesidades de SSR de este grupo.

A nivel internacional, organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) han instado a los Estados a adoptar un enfoque de salud universal para migrantes. Iniciativas regionales, como el plan de la Organización Panamericana de la Salud para la salud de las personas migrantes, buscan armonizar estándares mínimos de atención. Sin embargo, la traducción de estas recomendaciones a políticas concretas aún es desigual. De este modo, es cada vez más evidente la necesidad de integrar la perspectiva de género en la salud migrante para no reproducir exclusiones. En esos términos, un enfoque de salud global con perspectiva interseccional aboga por políticas públicas informadas por las experiencias vividas de los migrantes y por la participación activa de estos en el diseño e implementación de soluciones.

Estrategias comunitarias de cuidado y agencia

Frente a las barreras y exclusiones descritas, las comunidades migrantes y las organizaciones civiles han desarrollado diversas estrategias de cuidado colectivo y autoagencia para atender las necesidades de SSR de los hombres en contextos de migración. Estas iniciativas de base comunitaria son fundamentales para llenar los vacíos dejados por las políticas formales y para empoderar a la población migrante en la defensa de su derecho a la salud.

Una estrategia destacada es la creación de redes comunitarias de información y apoyo. A falta de canales institucionales claros, los migrantes suelen recurrir a sus pares para orientarse sobre dónde y cómo acceder a atención médica. En muchas ciudades latinoamericanas, se han conformado grupos comunitarios -a veces informales, a veces con apoyo de ONG- que difunden información sobre clínicas acogedoras, jornadas de salud gratuitas y recursos de SSR (Da Cruz, 2023). Por ejemplo, en comunidades de migrantes venezolanos en Santiago de Chile se utiliza el *whatsapp* y las redes sociales para compartir datos sobre operativos de pruebas de VIH, campañas de vacunación o distribución de preservativos gratuitos. Asimismo, las organizaciones de migrantes suelen actuar como mediadoras culturales y defensoras, acompañando a las personas a las consultas, brindando traducción cuando es necesario y abogando ante las autoridades sanitarias locales para mejorar la atención (Da Cruz, 2023).

Otra forma de agencia comunitaria es la implementación de servicios alternativos o complementarios de salud gestionados por ONG y asociaciones especializadas. En Chile, la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) lanzó en 2024 una campaña de consultas gratuitas de SSR para personas migrantes, independientemente de su estatus legal (El Mostrador, 2024). Asimismo, en zonas con alta población migrante se han establecido clínicas móviles y operativos de salud en terreno que llevan la atención directamente a las comunidades (Parra, 2024). Estas estrategias acercan la oferta sanitaria, eliminando barreras de desplazamiento, y suelen tener mejores resultados en ganar la confianza de la gente, pues son percibidas como entornos más seguros y acogedores.

La educación de pares es otra estrategia clave: formar promotores de salud entre la propia población migrante. Varios proyectos en salud global han entrenado a migrantes voluntarios como educadores en SSR, quienes luego replican talleres en sus comunidades (García, 2024). Este método se ha utilizado con éxito en la prevención de VIH/ITS, en especial con HSH migrantes, al brindar información en la lengua y contexto cultural de la comunidad y generar mayor confianza. Además, los promotores actúan como puente, derivando a sus pares a los servicios de salud cuando se requiere atención médica.

Un ámbito incipiente pero prometedor es el de las intervenciones psicosociales orientadas a repensar la masculinidad y promover el bienestar integral de los hombres migrantes. En Boa Vista, Brasil, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) facilitó en 2022 grupos reflexivos con hombres migrantes venezolanos y brasileños locales para dialogar sobre las presiones del rol masculino, la violencia de género y la salud (UNFPA Brasil, 2022). Estos espacios, de carácter terapéutico, permiten a los hombres explorar formas alternativas de vivir su masculinidad, enfatizando el autocuidado, la expresión emocional y las relaciones respetuosas. Si bien su objetivo principal es la prevención de la violencia, tienen efectos positivos secundarios en la salud sexual, al animar a los participantes a responsabilizarse de su propio bienestar y a desafiar normas de género que les impedían buscar ayuda médica. Enfoques comunitarios holísticos como este abordan de raíz patrones culturales y fortalecen la agencia de los hombres migrantes para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva.

Conclusiones

Las masculinidades migrantes representan una dimensión crucial y a menudo descuidada en el debate sobre salud sexual y reproductiva en América Latina. Hemos argumentado que los hombres migrantes enfrentan múltiples barreras estructurales, socioculturales y simbólicas entrelazadas que limitan su acceso a la SSR. No obstante, también destacamos las estrategias

colectivas de cuidado y la agencia que este grupo despliega para sobreponerse a dichas dificultades.

Es imperativo avanzar hacia políticas públicas interseccionales e integrales que reconozcan a la población migrante masculina como sujeto de derechos con necesidades específicas en SSR. Esto implica reformar los marcos normativos para asegurar la cobertura universal -eliminando requisitos que excluyen a los migrantes- y diseñar intervenciones de SSR sensibles al género y la cultura. La capacitación del personal de salud en enfoques interculturales y de género es prioritaria para erradicar la discriminación y ofrecer una atención humanizada. Asimismo, incluir a los propios migrantes en la planificación y evaluación de programas contribuirá a que las soluciones respondan a sus realidades.

Desde la salud global, la cooperación internacional y el intercambio de buenas prácticas son esenciales, con el apoyo de organismos como la OPS/OMS. Asimismo, es crucial escuchar las narrativas de los propios migrantes -cómo conciben su sexualidad y la atención ideal- para evitar visiones parciales e implementar cuidados pertinentes.

Atender a las masculinidades migrantes en clave interseccional significa avanzar hacia sistemas de salud más justos, donde ninguna persona migrante vea vulnerado su derecho a la salud.

Recomendaciones para promover equidad en SSR en contextos migratorios:

1. Incorporar enfoque interseccional en políticas de salud pública, considerando las múltiples dimensiones que afectan a los hombres migrantes (género, etnicidad, situación migratoria, clase, orientación sexual, etc.).
2. Garantizar el acceso universal e igualitario a servicios de SSR, eliminando restricciones asociadas a la situación migratoria o documental.
3. Capacitar al personal de salud en competencias culturales, incluyendo conocimientos sobre masculinidades diversas y prácticas culturales sobre la sexualidad y la salud sexual y reproductiva.
4. Desarrollar protocolos de atención en salud intercultural, que reconozcan los saberes y prácticas propias de los migrantes sin imponer visiones biomédicas únicas.
5. Incluir la salud de los hombres migrantes en los planes nacionales de salud, superando su histórica exclusión en el diseño de políticas de SSR.
6. Implementar estrategias comunitarias de prevención y promoción en SSR, que utilicen lenguas y formatos accesibles para las poblaciones migrantes.
7. Fomentar modelos de atención centrados en el usuario, que respeten la agencia y autonomía de los hombres migrantes en sus decisiones sobre SSR.
8. Crear espacios seguros y confidenciales de atención, donde los hombres migrantes puedan hablar sin temor a ser estigmatizados.
9. Combatir la estigmatización y patologización de los cuerpos migrantes, desmontando discursos que los asocian a riesgos sanitarios.
10. Promover investigaciones interdisciplinarias que profundicen en las experiencias de los hombres migrantes, especialmente desde la salud global, antropología médica y los estudios de género.
11. Incorporar voces migrantes en el diseño y evaluación de políticas públicas, para asegurar la pertinencia cultural y material de las intervenciones.
12. Reconocer la violencia institucional como factor estructural que deteriora la salud de los migrantes.

13. Ampliar los derechos reproductivos de los masculinos, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos, asesoría en fertilidad y servicios de salud reproductiva.
14. Generar campañas públicas de sensibilización, que visibilicen masculinidades cuidadosas y promuevan nuevas formas de relacionamiento afectivo y sexual.
15. Superar la medicalización unilateral, promoviendo la integralidad en la atención: bienestar emocional, vínculos sociales, prácticas de cuidado.
16. Asegurar la confidencialidad del estatus migratorio en atención médica, evitando denuncias o derivaciones a extranjería que inhiben la demanda de atención.
17. Desarrollar dispositivos móviles y comunitarios de salud, que acerquen servicios de SSR a lugares donde viven y trabajan los migrantes.
18. Incentivar alianzas entre organismos públicos y organizaciones migrantes, para crear programas participativos y sostenibles.
19. Incluir contenidos sobre salud global en la formación de profesionales de la salud.
20. Monitorear y evaluar permanentemente las brechas en salud SSR para ajustar las intervenciones.

Referencias bibliográficas

- Cabieses, B., Tunstall, H., Bernales, M., & McIntyre, A. (2023). *Intersections between gender approaches, migration and health in Latin America and the Caribbean: A discussion based on a scoping review*. The Lancet Regional Health — Americas, 17, 100538. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100538>
- Cesaro, B. C., Santos, H. B., & Silva, F. N. M. (2018). Masculinidades inherentes à política brasileira de saúde do homem. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167.
- Da Cruz, J. (2023). Addressing health inequities among Latin American migrants: Lessons from the field. *Journal of Migrant Health*, 5(2), 67-81. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100067>
- El Mostrador. (2024, Abril 18). ¿Eres migrante en Chile?: Accede a una consulta de salud sexual y reproductiva gratuita. El Mostrador Braga. <https://www.elmostrador.cl/braga/2024/04/18/eres-migrante-en-chile-accede-a-una-consulta-de-salud-sexual-y-reproductiva-gratuita/>
- García, M. (2024). Barriers to sexual health services among male migrants: A Latin American perspective. *Global Public Health*, 19(1), 110-129. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2264769>
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (INE). (2023). *Estimación de personas extranjeras residentes en Chile 2022*. <https://www.ine.cl>
- Leal Fuentes, P. (2024). Masculinidades migrantes y salud sexual: Desafíos en contextos de vulnerabilidad. *Revista Chilena de Salud Pública*, 28(1), 12-24.
- Leiva-Pinto, E. (in press). Masculinidades migrantes: un enfoque desde la salud global en clave interseccional. Dossier Corresponsabilidad y cuidados: miradas críticas. Editorial UTEM.
- Obach, A. (2020). The role of masculinity in migrant men's health access. *Health & Place*, 62, 102372. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102372>
- Obach, A. (2022). Structural barriers to SRH among migrant men: A policy analysis. *Social Science & Medicine*, 314, 115463. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115463>
- Obach, A. (2024). Advancing equitable SRH policies for migrant men. *Public Health Review*, 45, 87-101.
- Ortiz, L. (2023). Understanding intersectionality in migrant men's health: A systematic review. *BMC Public Health*, 23, 2314. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15028-2>

- Parra, M. (2024). The legal frameworks of migrant health: Barriers and solutions. *Health Policy and Planning*, 39(2), 224-239. <https://doi.org/10.1093/heapol/czad099>
- Reinoso-Cataldo, M. B., Carrasco-Portiño, M., Bustos-Ibarra, C., & Stuardo-Ávila, V. (2025). Migración y acceso a la atención en salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los agentes de salud en el norte de Chile. *Medwave*, 25(2), e3009. <https://doi.org/10.5867/medwave.2025.02.3009>
- Silva, C. (2009). Acceso de migrantes a servicios de salud sexual y reproductiva en el norte de Chile. *Boletín de Salud y Derechos Humanos*, 17(3), 1-8.
- Toller, P. (2022). Reproductive health needs of undocumented migrant men. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 54-71. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01620-4>
- UNFPA Brasil. (2022, Diciembre 21). Debatendo masculinidades: “Uma forma de promover a saúde para os homens e todas as pessoas que se relacionam com eles”. Fondo de Población de las Naciones Unidas — Brasil. <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/debatendo-masculinidades>

Eduardo Leiva Pinto es antropólogo social. Su trabajo articula la antropología médica/salud, política, medioambiental y filosófica, y sus líneas de investigación abordan la salud global y planetaria, etnografía multiespecie, comportamientos y normas sociales, vulnerabilidad y riesgo, género, masculinidades, migraciones. Es académico de la Universidad Bernardo O’Higgins (Chile), integrante del Centro de Investigación en Estudios Históricos y Humanidades, y Director del Magíster en Género e Intervención Social.

E-mail: eduardo.leiva@ubo.cl | *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-9026-0345>

Más allá del estigma

Un protocolo de investigación de diversas narrativas y experiencias vividas sobre el placer sexual y el empoderamiento sexual entre las poblaciones marginadas

Bilyana Zdravkova

Iscte — Instituto Universitário de Lisboa

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte), Portugal

Resumen: Este manuscrito presenta un protocolo de investigación para un estudio cualitativo que examina las experiencias vividas de placer y empoderamiento sexuales de personas en riesgo de marginación. Este texto no tiene como propósito presentar resultados de una investigación finalizada, sino exponer los objetivos de un proyecto que se encuentra en sus fases iniciales de implementación. El estudio busca responder a tres preguntas de investigación centrales: (1) ¿Cómo influyen las normas de género y sexualidad, así como las prácticas discriminatorias, las experiencias de placer y empoderamiento sexual en el bienestar sexual de las poblaciones marginadas? (2) ¿Cómo varían el placer sexual, el empoderamiento y el bienestar sexual a lo largo de la vida y cómo interactúan con múltiples identidades y contextos socioculturales? (3) ¿Cuáles son las repercusiones del estigma sexual en las experiencias sexuales y de qué manera pueden los programas y políticas de educación sexual abordar estos desafíos? Para abordar estas cuestiones, el estudio adoptará un enfoque cualitativo basado en entrevistas narrativas biográficas con representantes de grupos minoritarios. Esta metodología permitirá estudiar en profundidad las experiencias personales y los factores estructurales que las configuran. El estudio tiene como objetivo dar voz a poblaciones marginadas, contribuyendo a la producción de conocimiento académico en estudios de sexualidad y promoviendo la difusión de este conocimiento a audiencias más amplias, incluidos tomadores de decisiones y otros actores clave.

Palabras clave: interseccionalidad, sexualidad, placer sexual, corporalidad, género.

Introducción

La Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) publicó la declaración del placer sexual en 2019 afirmando el placer sexual como una parte fundamental de los derechos sexuales, siendo una cuestión de derechos humanos. El placer sexual ha recibido recientemente mayor atención, especialmente debido a que diversos investigadores y científicos han subrayado su importancia como un derecho sexual y humano (Coleman et al., 2021). No obstante, las contribuciones en el campo de la sociología siguen siendo limitadas. Gran parte de la investigación actual sobre sexualidad ha privilegiado perspectivas patologizantes, focalizadas en las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), el miedo y las disfunciones sexuales (ver Bowleg et al., 2017; Edwards & Coleman, 2004; Hamilton, Martin, & Ventura, 2013; Hargons et al., 2021; Hull, 2008; Jones, 2018; Kost & Henshaw, 2012; WAS, 2008). Aunque estos problemas son relevantes, esta visión reduccionista limita una comprensión integral de la sexualidad. Investigaciones previas han resaltado la importancia fundamental del placer sexual para mejorar la salud sexual (Mitchell et al., 2021; Gruskin et al., 2019; Zaneva et al., 2022), aunque aún existe una escasez de estudios que aborden el placer sexual sin vincularlo directamente con la salud física (Tolman & McClelland, 2011; Salières et al., 2017). Además, se ha identificado que la agencia sexual y el placer sexual están estrechamente relacionados con el género (Alarcão et al., 2015,

2022; Elmerstig et al., 2017; Farvid et al., 2016; Sanchez et al., 2005), y que las normas de género pueden influir en la concepción de lo que se considera placentero (Jackson & Scott, 2007; Saliares et al., 2017), lo que podría perpetuar disparidades en el bienestar sexual.

El placer, en sus diversas formas, juega un papel crucial en la experiencia y el comportamiento humano. Como señala Regan (2024), las personas suelen estar motivadas por la búsqueda del placer, lo que impulsa una variedad de acciones. Si bien el deseo de placer puede a veces mitigar los riesgos, también puede llevar a las personas a pasarlos por alto en favor de su atractivo. El placer no solo mejora el bienestar y las relaciones, sino que también puede desafiar o reforzar las estructuras de poder existentes. Dado que las autoridades sociales a menudo regulan y controlan el placer, es esencial comprender sus implicaciones sociales más amplias. Regan (2024) argumenta que el placer sexual se cruza con las principales instituciones sociales, lo que lo convierte en un área crítica de investigación sociológica que merece tanta atención como otros temas sociales. Estudiar el placer sexual ofrece valiosas ideas sobre la toma de decisiones, la agencia individual frente a la regulación estatal e incluso las manifestaciones modernas del racismo y el sexismo, lo que resalta un papel significativo en diversos contextos sociológicos. La investigación sobre sexualidad y las propias experiencias sexuales pueden estar marcadas por un fuerte estigma, lo que limita tanto la producción de conocimiento como la vivencia del placer. Según Irving (2014), en el ámbito académico, los prejuicios afectivos y cognitivos influyen en contrataciones, financiamiento y publicaciones, considerando estos estudios como *dirty work* ("trabajo sucio"⁴⁵) y restringiendo su desarrollo. Del mismo modo, el estigma social condiciona la manera en que las personas exploran y expresan su sexualidad, generando barreras para el disfrute pleno del placer (Irving, 2014).

Entre los grupos más desatendidos se encuentran aquellos que enfrentan mayores tasas de discriminación, como las poblaciones étnicamente diversas, las personas con diversidad funcional, las personas LGBT+ y las personas con corporalidades no normativas. A pesar de los esfuerzos nacionales que han abordado la sexualidad en poblaciones minoritarias (Alarcão, 2022; Pascoal, 2018; Santos, 2012, 2023), siguen siendo limitados los estudios que recojan muestras de todas las poblaciones mencionadas. Por ello, existe una necesidad urgente de estudios más inclusivos que aborden las disparidades dentro del marco de la ciudadanía sexual. Este estudio también tiene como objetivo identificar formas de promover resultados sexuales más equitativos y justos.

Para cubrir estas lagunas en la literatura, propongo un estudio que adopte una perspectiva que combine un enfoque sobre la sexualidad de género a lo largo del curso de la vida (Carpenter, 2010), el marco de interseccionalidad (Crenshaw, 1989) y un enfoque de corporalidad a través de la sociología interaccionista (Jackson & Scott, 2007). Este enfoque parte de la premisa de que el cuerpo es socialmente construido, y que las dimensiones del cuerpo, el yo y la interacción social están intrínsecamente conectadas y continuamente reconfiguradas; además, el placer no es solo una sensación física, sino que está profundamente influenciado por normas sociales y culturales. Las diversas normas sociales relacionadas con la sexualidad serán analizadas a la luz de la teoría de Carpenter (2010) y complementadas con la teoría de los guiones sexuales de los sociólogos estadounidenses John H. Gagnon y William Simon (1973, 1986). La teoría de los guiones sexuales de Simon y Gagnon destaca el papel de las normas socialmente construidas en la configuración del comportamiento y las experiencias sexuales, haciendo énfasis en la interacción compleja entre la experiencia intrapsíquica, las relaciones interpersonales y el contexto cultural (Gagnon & Simon, 1973; Simon & Gagnon, 1986).

45 Traducción propia.

Cuadro15.1 Ámbitos del placer sexual y sus indicadores

Ámbito	Indicadores
Placer corporal o físico	Intensidad de sensaciones físicas placenteras; zonas erógenas activadas; frecuencia de experiencias orgásmicas; nivel de confort corporal durante la actividad sexual.
Placer emocional (individual y relacional)	Sentimientos de conexión; intimidad, seguridad emocional; autoestima sexual; afecto compartido.
Placer performativo (desde la performatividad de género)	Percepción de adecuación a roles de género durante el acto sexual; libertad para expresar identidades sexuales; tensiones entre deseo y norma.
Placer cognitivo (desde los scripts sexuales)	Creencias sobre lo que "debe" ser una experiencia sexual placentera; expectativas previas; guiones culturales internalizados; discrepancias entre guión y experiencia.

En cuanto a los ámbitos específicos del placer sexual que serán analizados, se contemplan diversas dimensiones que permiten una comprensión amplia e interseccional del fenómeno (Ver tabla 1). Estas incluyen el placer corporal, sensorial o físico (e.g., intensidad de sensaciones físicas placenteras; zonas erógenas activadas; frecuencia de experiencias orgásmicas; nivel de confort corporal durante la actividad sexual); el placer emocional, tanto en su dimensión individual como relacional (e.g., sentimientos de conexión; intimidad; seguridad emocional; autoestima sexual; afecto compartido); el placer performativo, entendido a partir del concepto de performatividad de Judith Butler (1990), que señala cómo el placer se construye y expresa socialmente a través de actos y normas de género (e.g., percepción de adecuación a roles de género durante el acto sexual; libertad para expresar identidades sexuales; tensiones entre deseo y norma); y el placer cognitivo, basado en la noción de scripts sexuales de Simon y Gagnon (1986), que alude a las estructuras culturales y sociales que moldean las expectativas, creencias e interpretaciones que las personas tienen sobre la sexualidad y el placer, por ejemplo: creencias sobre lo que “debe” ser una experiencia sexual placentera; expectativas previas; guiones culturales internalizados; discrepancias entre guion y experiencia.

Este estudio tiene como objetivo incluir una muestra diversa compuesta y ofrecer una comprensión integral de cómo factores como el género, la migración, la etnia, el tamaño corporal, el estatus socioeconómico, la capacidad física y otras identidades sociales se entrelazan para modelar de manera diferente las experiencias sexuales a lo largo de la vida. Este enfoque también permitirá abordar fenómenos como la migración o el proceso de “salir del armario” como posibles experiencias empoderadoras (Hilton, 2017; Organización Internacional para las Migraciones, s.f.; Sandler, 2021), subrayando la necesidad de enfoques inclusivos y culturalmente competentes en la investigación sobre sexualidad.

Objetivos del estudio

Esta investigación, que se espera dé lugar a una tesis doctoral abordando los siguientes tres objetivos centrales: (1) estudiar las experiencias vividas de las poblaciones marginadas que navegan por la sexualidad y las relaciones a lo largo de su curso de vida para explorar el papel que las normas sexuales y de género y las prácticas de discriminación pueden tener en el placer sexual, el empoderamiento sexual y el bienestar sexual. De este modo, un objetivo subsidiario es reducir la disparidad en las poblaciones estudiadas y proporcionar representaciones más precisas en los estudios sobre sexualidad; (2) contribuir a un mayor conocimiento sociológico de la sexualidad, abordando temas desatendidos y tabú en el contexto de la perspectiva del curso de

vida a través de la lente interseccional; (3) contribuir al desarrollo de un discurso empoderador en torno a la sexualidad que reconozca la importancia de la diversidad en la promoción del bienestar sexual mediante la creación de un espacio seguro para la reflexión, la liberación y la resistencia a la vergüenza y la producción de materiales que puedan contribuir a programas y políticas integrales de salud sexual que aborden las necesidades de diversos grupos.

La investigación se guiará por diversas preguntas generales que exploran cómo las normas de género y sexualidad, junto con las prácticas discriminatorias, influyen en la capacidad de los individuos para experimentar placer y empoderamiento sexual, y cuáles son sus implicaciones para el bienestar de poblaciones marginadas, como inmigrantes negros, personas LGBTQ+, individuos con diversidad funcional y aquellos con corporalidades no normativas. Asimismo, se indagará en cómo las personas definen el placer y el empoderamiento sexual, y de qué manera sus experiencias varían a lo largo de la vida en interacción con múltiples identidades y contextos culturales. Finalmente, el estudio analizará las repercusiones de la vergüenza y el estigma sexual en las experiencias sexuales y explorará cómo los programas y políticas de educación sexual integral pueden abordar estos desafíos. En cuanto a las hipótesis, no partiremos de la base de que las posiciones sociales están determinadas por la pertenencia a los distintos grupos minoritarios, sino que analizaremos las experiencias marcadas por posibles discriminaciones y posiciones desfavorecidas y las vidas vividas.

La investigación parte de dos hipótesis principales. En primer lugar, se plantea que un análisis interseccional de las experiencias sexuales permitirá evidenciar cómo factores como la etnia, el género, la orientación sexual, la religión, la corporalidad y el estatus socioeconómico se entrelazan para moldear las vivencias sexuales a lo largo de la vida, identificando tanto los desafíos como las oportunidades para el bienestar sexual y el empoderamiento. En segundo lugar, se sostiene que, al explorar temas olvidados y tabúes de la sexualidad, se resaltarán la diversidad de experiencias dentro de distintos grupos sociales, desafiando las concepciones de normatividad sexual y fomentando una comprensión más inclusiva que reconozca las múltiples formas de vivir y expresar la sexualidad.

Procedimiento detallado

Esta investigación empleará una metodología cualitativa. A continuación, se expondrán todos los procedimientos previstos a lo largo de la investigación.

Recogida de datos para el análisis cualitativo

La investigación empleará un diseño cualitativo basado en entrevistas biográficas en profundidad para explorar las experiencias sexuales y el empoderamiento en poblaciones marginadas. La muestra estará conformada por cuatro grupos principales: (1) personas con background migrante negras, incluyendo descendientes de inmigrantes; (2) personas que se identifican como LGBTQ+; (3) personas con diversidad funcional física; y (4) personas con cuerpos más grandes (cuerpos no normativos, diversos o gordos). Se prevé la realización de quince entrevistas por grupo, con un total estimado de sesenta (60) entrevistas. Sin embargo, este número es orientativo y servirá como base inicial, permitiendo ajustes a lo largo del proceso hasta alcanzar la saturación de los datos. Dado que las identidades y experiencias de los participantes no son categorías cerradas, sino que pueden intersectarse en múltiples dimensiones, se espera que algunas personas pertenezcan a más de un grupo. Esta interseccionalidad será considerada en el análisis para

captar la complejidad de sus vivencias y evitar una fragmentación excesiva de las experiencias. Así, más que una distribución rígida de la muestra, el estudio priorizará la riqueza y diversidad de los relatos recogidos, asegurando una comprensión profunda de las dinámicas que influyen en el placer y el empoderamiento sexual en poblaciones marginadas.

Para el reclutamiento de participantes, se utilizará una combinación de estrategias, incluyendo redes sociales digitales, bola de nieve, medios de comunicación social e instituciones comunitarias, con el objetivo de obtener una muestra inclusiva, diversa y equilibrada dentro de las limitaciones de un muestreo no probabilístico. A lo largo del proceso de recogida de datos, se evaluará continuamente la heterogeneidad de la muestra para asegurar que refleje la variedad de experiencias dentro de cada grupo.

Entrevistas biográficas (BNIM)

Las entrevistas se llevarán a cabo utilizando el Método Biográfico-Narrativo Interpretativo (BNIM), una técnica que permite una exploración cualitativa profunda de las historias de vida en su contexto (Wengraf, 2011). El BNIM se utiliza para recoger relatos detallados de las experiencias vividas de los participantes, enfocándose tanto en el contenido de la historia como en la manera en que se narra, entendiendo que las narrativas son interpretadas socialmente. Este método destaca por su capacidad para captar no solo las experiencias subjetivas, sino también los procesos sociales y psicosociales que configuran esas vivencias, permitiendo una comprensión integral del mundo “interior” y “exterior” de los individuos. El BNIM se distingue de otros enfoques narrativos, como el de Bertaux (2020) sobre entrevistas biográficas, al poner un énfasis particular en la narración de los entrevistados, sin la intervención activa del entrevistador, que se limita a escuchar y apoyar la narración. La técnica BNIM, aunque tiene procedimientos específicos para interpretar el material narrativo, también permite que los datos recolectados a través de este método sean analizados mediante otros enfoques interpretativos, adaptándose a las necesidades del estudio. En este estudio, BNIM se utilizará como método de entrevista. Esto facilita una mayor flexibilidad y una interpretación más rica de las historias de vida de las personas, particularmente en el contexto de las experiencias sexuales y el empoderamiento en poblaciones marginadas.

Según Wengraf (2011), este método pretende permitir la construcción de un conocimiento holístico e interseccional de la historia de vida de una persona, del contexto en el que se desarrolla su vida y del proceso comunicacional en el que se construye su relato vital. Se proporciona una pregunta inicial algo amplia, pero que abarca el tema de interés del estudio y pretende animar al entrevistado a narrar la historia de su vida como desee hasta completar su relato. Se proporcionará una pregunta SQUIN (Single Question Inducing Narrative), que se pondrá a prueba, y que pone de relieve el tema de la sexualidad. La pregunta se adaptará en función del grupo entrevistado. Las personas entrevistadas determinarán cómo se desarrolla la entrevista, incluidos los temas a tratar, cómo se presentan y en qué orden. De este modo, los participantes pueden obtener un relato interrumpido y el entrevistador no debe introducir ninguna pregunta que el entrevistado no haya indicado ya. Estas cualidades de la metodología BNIM se ajustan perfectamente a los objetivos del proyecto y a la importancia que éste concede a las consideraciones éticas, entre las que ocupan un lugar central la autodeterminación, el derecho a la intimidad y el bienestar de los entrevistados. Para las poblaciones marginalizadas o vulnerables, BNIM ofrece un espacio, o una plataforma, donde sus voces pueden ser escuchadas de manera integral, sin imponer categorías externas o estereotipos. Además, al centrarse en las historias de vida, el BNIM facilita la comprensión de las intersecciones entre diferentes

identidades sociales, como por ejemplo la etnia, el género, la orientación sexual y la clase social entre otros, lo que es crucial cuando se abordan temas de discriminación, empoderamiento y bienestar (Clandinin y Connelly, 2000). De esta forma, la metodología BNIM no solo proporciona una herramienta rica para capturar la complejidad de estas experiencias, sino que también promueve una perspectiva inclusiva y respetuosa que reconoce la subjetividad y agencia de los individuos en contextos de marginalización.

Consideraciones éticas

El estudio se llevará a cabo siguiendo principios éticos rigurosos para garantizar el respeto los participantes. Se seguirán directrices éticas como el Código de Conducta Ética (Iscte, 2016) y las directrices para enfoques cualitativos en comunidades marginadas (Moree, 2018). El proceso comenzará con el Consentimiento Informado, asegurando que los participantes comprendan los objetivos del estudio y su derecho a interrumpir su participación en cualquier momento, además de los riesgos y beneficios asociados.

Respecto a la reflexividad y posicionalidad, se reconocerán los desequilibrios de poder entre el entrevistador y los participantes, influenciados por factores como la condición social o económica. Mi propia identidad y experiencias podría influir en la interpretación de los datos, por lo que llevaré un proceso continuo de reflexión sobre mis prejuicios y reacciones emocionales. Esto garantizará que el análisis sea ético y que los datos sean tratados con el respeto y la sensibilidad necesarios. La confidencialidad será asegurada en todo momento, con la anonimización de los datos personales y el uso de seudónimos. Además, se hará uso de un diario de campo en el que reflexionaré sobre el proceso, los desafíos y mis propias emociones durante las entrevistas y el análisis de los datos. Este enfoque permitirá un análisis más profundo y consciente, minimizando sesgos y maximizando la autenticidad del estudio.

Resultados esperados

Este estudio proporcionará una comprensión más profunda de cómo las intersecciones de género, etnia, orientación sexual, religión, físico y estatus socioeconómico dan forma a las experiencias sexuales a lo largo de la vida. El análisis interseccional pondrá de manifiesto los obstáculos y las oportunidades para el bienestar sexual y el empoderamiento de las poblaciones en riesgo de marginación, aportando una contribución significativa a la literatura sociológica sobre género y sexualidad.

Al abordar temas-tabú y cuestionar las concepciones normativas, se promoverá una comprensión inclusiva de la sexualidad, ampliando las perspectivas existentes y cuestionando las normas sociales que con frecuencia excluyen o marginan a determinados grupos. Los hallazgos también se podrán utilizar para desarrollar políticas y programas de salud sexual más inclusivos basados en las experiencias únicas y los desafíos de estas poblaciones, y proporcionarán recomendaciones para mejorar la educación sexual integrada mientras se lucha contra el estigma y la discriminación.

Este estudio no sólo hará avanzar el conocimiento científico, sino que también podría tener un impacto social significativo al proporcionar un espacio seguro para la reflexión y la resistencia a la vergüenza. Promover el empoderamiento de los participantes y sensibilizar a la

sociedad sobre el valor de reconocer la diversidad sexual ayudaría a aumentar la justicia social y la inclusión en los programas de salud y educación sexual.

Financiación

Proyecto financiado por la Fundação para a Ciência e a Tecnologia — Ref: FCT — 2023.02312.BD.

Referencias bibliográficas

- Alarcão, V., Virgolino, A., Roxo, L., Machado, F. L., & Giami, A. (2015). Exploring gender in Portuguese bedrooms: Men's and women's narratives of their sexuality through a mixed methods approach. *Sociological Research Online*, 20(2), 103-121. <https://doi.org/10.5153/sro.3618>
- Alarcão, V., Stefanovska-Petkovska, M., Candeias, P., & Pascoal, P. M. (2022). Exploring intersectional variations in sexual pleasure, sexual autonomy, and important correlates. *Social Sciences*, 11(11), 496. <https://doi.org/10.3390/socsci11110496>
- Bertaux, D. (2020). *As narrativas de vida* (L. Azevedo, Trad.). Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Bowleg, L. (2017). Toward a critical health equity research stance: Why epistemology and methodology matter more than qualitative methods. *Health Education & Behavior*, 44(5), 677-684. <https://doi.org/10.1177/1090198117728760>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. Routledge.
- Carpenter, L. M. (2010). Gendered sexuality over the life course: A conceptual framework. *Sociological Perspectives*, 53(2), 155-177. <https://doi.org/10.1525/sop.2010.53.2.155>
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. Jossey-Bass.
- Coleman, E., Corona-Vargas, E., & Ford, J. V. (2021). Advancing sexual pleasure as a fundamental human right and essential for sexual health, overall health and well-being: An introduction to the special issue on sexual pleasure. *International Journal of Sexual Health*, 33(4), 473-477. <https://doi.org/10.1080/19317611.2021.1997053>
- Collins, H. P., & Bilge, S. (2021). *Intersectionality*. Polity Press.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139-167
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining sexual health: A descriptive overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189-195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
- Elmerstig, E., Wijma, B., Årestedt, K., & Swahnberg, K. (2017). Being "good in bed" — Body concerns, self-perceptions, and gender expectations among Swedish heterosexual female and male senior high-school students. *Journal of Sex Research*, 54(7), 857-868. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1158759>
- Farvid, P., Braun, V., & Rowney, C. (2016). "No girl wants to be called a slut!": Women, heterosexual casual sex and the sexual double standard. *Journal of Gender Studies*, 26(5), 544-560. <https://doi.org/10.1080/09589236.2016.1150818>
- Ford, J. V., Corona-Vargas, E., Finotelli Jr., I., Fortenberry, J. D., Kismödi, E., Philpott, A., Rubio-Aurioles, E., & Coleman, E. (2019). Why pleasure matters: Its global relevance for sexual health, sexual rights and wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 31(3), 217-230. <https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1624403>
- Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: The social sources of human sexuality*. Aldine Publishing.

- Gruskin, S., Yadav, V., Castellanos-Usigli, A., Khizanishvili, G., & Kismödi, E. (2019). Sexual health, sexual rights and sexual pleasure: Meaningfully engaging the perfect triangle. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(1), 29. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1680583>
- Hamilton, B. E., Martin, J. A., & Ventura, S. J. (2013). *Births: Preliminary data for 2012* (National Vital Statistics Reports; Vol. 62, No. 3). National Center for Health Statistics
- Hargons, C., Mosley, D., Meiller, C., Dogan, J., Stuck, J., Montique, C., Malone, N., Bohmer, C., Sullivan, Q., Sanchez, A., Oluokun, J., & Stevens-Watkins, D. (2021). “No one can make that choice for you”: Exploring power in the sexual narratives of Black collegians. *Journal of Counseling Sexology & Sexual Wellness: Research, Practice, and Education*, 2(2), 80-92. <https://doi.org/10.34296/02021040>
- Hilton, D. (2017). Release notes: Coming out. *Oxford English Dictionary*.
- Hull, T.H. (2008). Sexual pleasure and wellbeing. *International Journal of Sexual Health*, 20(1-2), 133-145. <https://doi.org/10.1080/19317610802157234>
- Irvine, J. M. (2014). Is sexuality research ‘dirty work’? Institutionalized stigma in the production of sexual knowledge. *Sexualities*, 17(5-6), 632-656. <https://doi.org/10.1177/1363460713516338>
- ISCTE — Instituto Universitário de Lisboa. (2022). *Código de Conduta Ética na Investigação* [PDF]. Comissão de Ética, ISCTE-IUL. Recuperado de https://www.iscte-iul.pt/assets/files/2022/01/24/1643044824553_Co_digo_de_Conduta_E_tica_na_Investigacao_o_ISCTE.pdf
- Jackson, S., & Scott, S. (2007). Faking like a woman? Towards an interpretive theorization of sexual pleasure. *Body & Society*, 13(2), 95-116. <https://doi.org/10.1177/1357034X07077764>
- Jones, A. (2018). Sex is not a problem: The erasure of pleasure in sexual science research. *Sexualities*, 22(4), 643-668. <https://doi.org/10.1177/1363460718760210>
- Kost, K., & Henshaw, S. (2012). *U.S. teenage pregnancies, births and abortions, 2008: National trends by age, race and ethnicity*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/us-teenage-pregnancies-births-and-abortions-2008>
- Mitchell, K. R., Lewis, R., O’Sullivan, L. F., & Fortenberry, J. D. (2021). What is sexual wellbeing and why does it matter for public health? *The Lancet Public Health*, 6(8), e608-e613. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00099-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00099-2)
- Moree, D. (2018). Qualitative approaches to studying marginalized communities. *Oxford Research Encyclopedia of Education*. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190264093.013.1097>
- Nico, M. (2015). Bringing life “back into life course research”: Using the life grid as a research instrument for qualitative data collection and analysis. *Quality & Quantity*, 50(5), 2107-2120. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0230-7>
- Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (s.f.). Género y migración. <https://lac.iom.int/es/genero-y-migracion>
- Pascoal, P. M., Shaughnessy, K., & Almeida, M. J. (2018). A thematic analysis of a sample of partnered lesbian, gay, and bisexual people’s concepts of sexual satisfaction. *Psychology & Sexuality*, 10(2), 101-118. <https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1552188>
- Regan, H. (2024). A critical review of sociological research on sexual pleasure. *Sociology Compass*, 18(4), e13205. <https://doi.org/10.1111/soc4.13205>
- Saliares, E., Wilkerson, J. M., Sieving, R. E., & Brady, S. S. (2017). Sexually experienced adolescents’ thoughts about sexual pleasure. *The Journal of Sex Research*, 54(4-5), 604-618. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1145184>
- Sanchez, D. T., Crocker, J., & Boike, K. R. (2005). Doing gender in the bedroom: Investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(10), 1445-1455. <https://doi.org/10.1177/0146167205277333>
- Sandler, E. T. (2022). An overview of coming out research: Introducing a three-lens typology. *Sociology Compass*, 16(2), e12958. <https://doi.org/10.1111/soc4.12958>
- Santos, A. C. (2023). LGBTQ+ intimacies in Southern Europe: Citizenship, care and choice. Introduction (Chapter 1). In A. C. Santos (Ed.), *LGBTQ+ intimacies in Southern Europe: Citizenship, care and choice* (pp. 1-12). Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-3-031-13508-8_1

- Simon, W., & Gagnon, J. H. (1986). Sexual scripts: Permanence and change. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 97-120. <https://doi.org/10.1007/BF01542219>
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x>
- World Association for Sexual Health (WAS). (2008). *Sexual health for the millennium: A declaration and technical document*. <https://worldsexualhealth.net/resources/declaration-of-sexual-rights/>
- Wengraf, T. (2011) *Qualitative Research Interviewing — Biographic Narrative and Semi-Structured Methods*. Sage Publications.
- Wengraf, T. (2011). BNIM Short Guide bound with the BNIM Detailed Manual (Version 11.01b).
- Zaneva, M., Philpott, A., Singh, A., Larsson, G., & Gonsalves, L. (2022). What is the added value of incorporating pleasure in sexual health interventions? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(2), e0261034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261034>
- Bilyana Zdravkova.** Doctoranda en Sociología en el CIES-Iscte (ESPP), con formación en Humanidades y Ciencias Sociales. Su investigación se centra en la sexualidad y el género, desde una perspectiva interseccional. Actualmente desarrolla el proyecto “Beyond Stigma: Diverse narratives and lived experiences of Sexual Pleasure and Sexual Empowerment amongst marginalised populations”. Obtuvo un máster en Sociología por el Iscte, centrando su disertación en la juventud diversa y queer y en la educación sexual en Lisboa (2022).

Pessoas trans e não-binárias e cuidados de saúde Desafios emergentes

Sandra Palma Saleiro

Iscte — Instituto Universitário de Lisboa

Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte), Portugal

Resumo: O acolhimento das pessoas trans e não-binárias nos serviços de saúde e pel@s profissionais de saúde é um dos desafios emergentes na Saúde. Não tendo a saúde trans integrado a agenda da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (1994), que dá mote a esta publicação, as necessidades das pessoas trans e não-binárias vieram progressivamente a ser consideradas pelas Nações Unidas e outros organismos internacionais. Este capítulo centra-se nos desafios colocados ao acesso e qualidade de cuidados de saúde prestados às pessoas trans e não-binárias, partindo de dados da União Europeia e, em particular, de Portugal, mobilizando os dados recolhidos no âmbito do Estudo Nacional sobre as Necessidades das Pessoas LGBTI. A mudança de paradigma, que passa de uma visão patologizante das identidades trans para uma abordagem de direitos humanos, desafia as políticas públicas, especialmente na saúde. Além de garantir cuidados trans-específicos, há agora a necessidade de adoção de um modelo baseado na autodeterminação, que implica um novo papel para a saúde mental e abrange todas as fases da vida, da infância à saúde sexual e reprodutiva. As políticas de saúde também enfrentam o desafio de acolher as pessoas trans e não-binárias nos cuidados de saúde em geral, abandonando o modelo dicotómico que associa corpos a identidades de género. Finalmente, estão também atualmente confrontadas com o desafio de não serem condicionadas pelo discurso anti-trans, mas baseadas na evidência científica e nos direitos humanos.

Palavras-chave: pessoas trans, pessoas não-binárias, diversidade de género, políticas de saúde, cuidados de saúde.

Introdução

O acolhimento das pessoas trans e não-binárias nas políticas, nos serviços e pel@s profissionais de saúde é um dos desafios emergentes na Saúde, que vem a par com a maior visibilidade destas pessoas e da conquista de direitos relacionados com a identidade de género. Não tendo a saúde trans feito parte da agenda da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (UNFPA, 1994), que dá mote a esta publicação, as necessidades das pessoas trans e não-binárias vieram progressivamente a ser consideradas pelas Nações Unidas (UNFPA, 2022), bem como por outros organismos internacionais (por exemplo, UNICEF, 2019; WHO⁴⁶, 2024; CoE, 2024). Até porque, embora frequentemente tomada como preocupação emergente apenas no mundo ocidental, a diversidade de género está presente em todas as culturas e em todas as partes do mundo (Feinberg, 1996).

Nas designações presentemente em vigor nas sociedades ocidentais, as pessoas transgénero ou trans são pessoas que se identificam com um género que não (exclusivamente) o expectável socialmente face ao sexo atribuído à nascença. Já as pessoas não-binárias são pessoas que não se identificam nem com o género feminino nem com o género masculino. É também comum a utilização da expressão “diversidade de género” para abarcar todas as identidades de género minoritárias.

46 Em 2023 a Organização Mundial de Saúde anunciou que está a preparar uma *Guideline on the health of trans and gender diverse people*, que deverá ser publicada em 2025, <https://www.who.int/news/item/28-06-2023-who-announces-the-development-of-the-guideline-on-the-health-of-trans-and-gender-diverse-people>

Este capítulo discute os desafios enfrentados pelas pessoas trans e não-binárias no acesso aos serviços de saúde e aos cuidados de saúde com qualidade. Essa discussão sustenta-se em dados da União Europeia (FRA 2024; TGEU, 2024) e, em particular, do caso português, mobilizando dados recolhidos no âmbito do *Estudo nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI* (Saleiro, 2022). O estudo recorreu a entrevistas e grupos focais com a participação de 22 entidades representativas ou que trabalham com a população LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Trans, Intersexo e outras orientações sexuais e identidades de género minoritárias). Nessa auscultação, a Saúde sobressaiu como o principal contexto de discriminação e as principais necessidades apontadas relacionam-se com o acesso das pessoas trans e não-binárias aos serviços de saúde e a cuidados de saúde culturalmente competentes (Saleiro, 2022).

Discriminação das pessoas trans e não-binárias na saúde

As situações de discriminação ou desigualdade das minorias de género em contextos de saúde têm sido evidenciadas num conjunto de pesquisas em vários países (FRA, 2024; Lerner et al., 2021; Macedo, 2018; Moleiro & Pinto, 2009; Puckett et al. 2018; TGEU, 2024). Também a constatação de que @s profissionais de saúde não possuem conhecimentos sobre a temática LGBTI+ (Puckett et al., 2018; Gomes et al., 2023) e a previsão do confronto com esse desconhecimento, contribuem para o afastamento das pessoas com identidades de género não normativas dos serviços e cuidados de saúde (Lerner et al., 2021).

Ao nível europeu, o recente inquérito da Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA, 2024) revela que 59% das mulheres trans, 54% dos homens trans e 19% das pessoas não-binárias inquiridas se depararam com dificuldades relacionadas com o acesso à saúde ou no contexto da saúde. A discriminação pode chegar até à recusa em lhes ser prestado tratamento, como aconteceu a 13% das mulheres trans e 10% dos homens trans (FRA, 2024). Cerca de 20% das pessoas trans inquiridas tiveram de mudar de profissional de saúde, devido à reação negativa dess@ profissional e 38% dos homens trans, 33% das mulheres trans e 23% das pessoas não-binárias revelaram ter experienciado comentários inapropriados no contexto da saúde (FRA, 2024).

Em Portugal, a saúde é a área mais vezes referida pelas entidades que representam e/ou trabalham com a população LGBTI+, quando se pergunta sobre os contextos de discriminação para esta população (19,4%), subindo ainda consideravelmente a sua menção na sessão que juntou as entidades que representam ou trabalham especificamente com a população trans e não-binária (33,3%). É também a saúde a mais mencionada quando elencam as necessidades das pessoas LGBTI+ em Portugal (23,7%), o que justificam pelas dificuldades encontradas pelas pessoas trans e não-binárias nessa área (Saleiro, 2022). Dentro destas, os problemas são ainda mais sentidos quando se intercepta a identidade de género minoritária, com noutras características, como o estatuto de imigrante (sobretudo não regularizado), a dependência de drogas, a seropositividade, a situação de sem-abrigo ou o trabalho sexual. Esta constatação evidencia a importância de uma abordagem interseccional quando se discute o acolhimento das pessoas trans e não-binárias nas políticas, serviços e pel@s profissionais de saúde.

Direitos e saúde trans

Os Princípios de Yogyakarta sobre a aplicação de legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de género, publicados em 2007, constituem um marco no estabelecimento dos direitos das pessoas trans e não-binárias. A colocação da identidade de género como um princípio fundamental da humanidade representou uma mudança de paradigma na leitura das identidades trans, desde a patologização (lidas com uma doença), até aos direitos humanos, interpelando os estados a tomarem medidas legislativas e de política pública que promovam a sua concretização. Uma das áreas visadas, mas não a única, como no paradigma anterior, onde as pessoas trans só tinham existência nos diagnósticos de saúde mental, é a da saúde. O Princípio 17 recomenda a disponibilização dos cuidados de saúde relacionados com a identidade de género. O Princípio seguinte é dedicado à proteção contra os abusos médicos (Yogyakarta Principles, 2007).

Portugal tem tido uma trajetória assinalável na promoção dos direitos relacionados com a orientação sexual e com a identidade de género (Saleiro, 2021), ocupando atualmente o 10.º lugar, entre 49 países, no *Rainbow Map*, que avalia a proteção dos direitos LGBTI+ (ILGA Europe, 2024). No entanto, os estudos têm revelado uma diferença entre os direitos e proteções contempladas na lei, a sua tradução para as políticas públicas e, consequentemente, o impacto na vida das pessoas LGBTI+ (Saleiro, 2021). Neste panorama geral, a área da saúde sobressai como lacuna (Saleiro, 2022).

Em 2018, foi aprovada em Portugal uma lei de autodeterminação da identidade e da expressão de género (Lei 38/2018 de 7 de agosto)⁴⁷ que, para além da aplicação do princípio da autodeterminação ao reconhecimento legal de género nos documentos de identificação (art.º 6.º), inclui ainda a proteção da identidade e expressão de género de todas as pessoas, mesmo na ausência da alteração legal (art.º 3.º), o que vincula as entidades públicas e privadas (art.º 2.º, 2). A lei pressupõe o reconhecimento pelo Estado do não automatismo entre identidades de género e corpos sexuais, o que terá consequências nos cuidados e na própria organização das políticas de saúde.

Esta lei inova ao ser uma das poucas no mundo que contempla, no seu art.º 11.º, a garantia da existência no Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos cuidados de saúde trans-específicos e do acesso das pessoas trans a esses cuidados (TGEU, 2024). Contemplou ainda a definição de uma Estratégia de Saúde para as pessoas LGBTI, cujo primeiro volume foi dedicado às pessoas trans e intersexo (DGS, 2019). No entanto, no momento presente, as orientações aguardam ainda a devida concretização.

Acesso aos cuidados de saúde trans-específicos

A disponibilização e o acesso das pessoas trans aos cuidados de saúde trans-específicos nos sistemas públicos de saúde é uma das reivindicações mais antigas em matéria de identidade de género, o que se compreende tendo em conta a própria constituição da categoria de transexual como uma categoria médica. Mas esse é um problema que está longe de estar resolvido, como indica o *Trans Health Map 2024*, elaborado pela associação Transgender Europe, que revela que as listas de espera são generalizáveis ao conjunto dos 27 estados-membros da União Europeia (UE) (TGEU, 2024).

47 <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/38-2018-115933863>

Em Portugal, esses cuidados começaram a ser disponibilizados no SNS a partir de 1995, mas a sua insuficiência tem sido constante (Saleiro, 2013). Pese embora a sua consagração na lei, as entidades auscultadas no estudo nacional apontam a escassez de serviços e de profissionais no SNS afetos a estes cuidados, o que resulta em longas listas de espera. Isso mesmo é admitido pela Associação Anémona, que congrega profissionais de saúde (Saleiro, 2022: 129):

Na parte da saúde, há vários problemas, mas eu diria que os principais são as listas de espera enormes (...) que esta espera é particularmente grave nestas populações porque a falta de apoio e as discriminações sucessivas matam. E o SNS está a falhar em dar resposta a esta população e, dessa forma, evitar mortes.
(Associação Anémona)

A montante, está ainda o desconhecimento d@s profissionais de saúde sobre identidade de género, que afeta também @s profissionais da medicina geral e familiar, a porta de entrada para o processo de afirmação de género clinicamente assistido, o que coloca problemas na identificação dos cuidados adequados e no encaminhamento. Essa situação explica-se pela ausência destas matérias nos cursos de saúde em Portugal (Gomes et al., 2023).

Cuidados de saúde baseados na autodeterminação

No momento presente, às necessidades de sempre, de serviços em número suficiente e descentralizados, e de profissionais que (re)conheçam adequadamente as questões relacionadas com a diversidade de género, acresce ainda o desafio emergente de ter profissionais (in)formad@s e preparad@s para responder a solicitações que já não cabem no tradicional “modelo médico da transexualidade” (Davy, 2011) e em protocolos padronizados, que pressupõem um “processo de transição” comum para todas as pessoas.

Esta orientação para a atenção à diversidade das pessoas trans e não-binárias, para o respeito pelas suas diferentes necessidades e pela autonomia das suas decisões, já há muito foi assumida nos *Standards of Care* (SOC) da World Professional Association for Transgender Health (WPATH), a principal referência internacional para os cuidados de saúde relacionados com a identidade de género, que vai na sua 8ª versão (Coleman et al., 2022).

A estratégia de saúde para as pessoas trans (DGS, 2019) referem que os SOC devem ser adotados para Portugal. No entanto, em Portugal, como em muitos outros países no mundo e na Europa (TGEU, 2024), a despatologização não é ainda uma realidade nos cuidados de saúde trans-específicos, onde a descoincidência entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de género continua frequentemente a ser encarada como uma doença. Está assim por cumprir a autodeterminação de corpo, o que implicaria a plena transição do modelo dos cuidados de saúde “centrado na doença” para o modelo “centrado na identidade” (Motmans et al., 2019) das pessoas trans e não-binárias.

Um modelo de saúde baseado na autodeterminação implica o abandono de práticas de mediação clínica obrigatória (*gatekeeping*) por parte d@s profissionais de saúde mental para o acesso aos procedimentos de saúde pretendidos (hormonas, cirurgias). No contexto da UE, apenas em Malta, Dinamarca e oito regiões de Espanha não é exigido um diagnóstico psiquiátrico como pré-requisito para o acesso aos cuidados de saúde trans-específicos (TGEU, 2024). Esse *gatekeeping* afeta particularmente as pessoas não-binárias, que enfrentam maior dificuldade em que lhes seja reconhecida a identidade de género e, conseqüentemente, o acesso aos cuidados de saúde trans-específicos. Segundo a TGEU (2024), isso acontece em 22 países na UE, entre os quais Portugal, como confirmado no estudo nacional (Saleiro, 2022: 129):

Uma pessoa que tenha que passar pelos cuidados de saúde primários para ter um encaminhamento para uma unidade de sexologia clínica, que tem que ser sujeita a uma avaliação e a um diagnóstico de disforia, para poder ser encaminhada para a endocrinologia (...) E depois ainda tem que ser sujeita a outra avaliação independente (...) isto é fazer *gatekeeping* às pessoas (...) tem que haver uma maior compreensão dos corpos (...) tem que haver um reconhecimento das pessoas não-binárias (...).

(ILGA Portugal)

A recente lei trans espanhola (Ley 4/2023 de 28 de fevereiro)⁴⁸, constitui uma boa-prática, ao elencar um conjunto de princípios orientadores para a atuação na saúde trans-específica: (i) não patologização; ii) autonomia; iii) consentimento informado; iv) não discriminação; v) cuidados integrais; vi) qualidade; vii) especialização; viii) proximidade e não segregação; ix) privacidade e confidencialidade; x) evitar todos os exames desnecessários desprovidos de objetivo terapêutico ou de diagnóstico (art.º 56.º).

Saúde mental

A saúde mental tem, assim, de ser perspectivada em moldes diferentes no novo modelo de cuidados de saúde para as pessoas trans e não-binárias. Já não como sustentação de um diagnóstico de identidade de género minoritária e consequente *gatekeeping* no acesso aos procedimentos ou tratamentos de saúde solicitados, mas de apoio nos processos de afirmação de género ou na vivência da identidade de género minoritária.

Em Portugal, também a atenção à saúde mental fora de um quadro de patologização foi uma das necessidades identificadas para a população trans e não-binária, acontecendo esta ainda frequentemente nesse modelo (Saleiro, 2022: 87).

Os cuidados de saúde mental são de importância acrescida para a população trans e não-binária, não porque a sua identidade de género configure uma patologia, mas pelos desafios individuais e sociais que pode acarretar a expressão de uma identidade de género minoritária e frequentemente “estranhada” e discriminada. São conhecidos os elevados níveis de suicídio e ideações suicidas nesta população. No inquérito da FRA (2024), mais de metade das pessoas trans (59% de mulheres e 60% de homens) e das pessoas não-binárias (55%) ponderou suicidar-se no ano anterior à inquirição.

A autodeterminação de género na saúde também passa pela proibição das denominadas “práticas de conversão”. Na UE, 47% das mulheres e 48% dos homens trans, bem como 34% das pessoas não-binárias, reportaram terem sido submetidas a essas práticas (FRA, 2024: 95). Em Portugal, essa proibição foi recentemente consagrada na Lei n.º 15/2024 de 29 de janeiro⁴⁹, carecendo agora de monitorização.

Inclusão da diversidade de género na infância e adolescência nos cuidados de saúde

Não sendo a identidade de género uma propriedade apenas das pessoas adultas, um outro desafio emergente é acolher a diversidade de género na infância e adolescência nas políticas e nos cuidados de saúde. Na nova literatura médica encontramos já uma mudança de paradigma dos cuidados de saúde para a diversidade de género na infância, passando do foco na criança que deveria ser “reparada” para o trabalho com a família e a comunidade no sentido do respeito pela identidade de género (Lev, 2004; Menvielle, 2012).

48 Disponível em <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>

49 Disponível em Lei n.º 15/2024 | DR

A partir da pré-adolescência podem colocar-se mais prementemente as questões relacionadas com o corpo, as quais estão já contempladas nas últimas versões dos SOC da WPATH (Coleman et al., 2022). Estes contêm secções dedicadas exclusivamente a crianças e a adolescentes, que, entre funções descritas para @s profissionais de saúde, como a referida sensibilização da família e da comunidade, consideram intervenções corporais, através de bloqueadores de puberdade ou mesmo intervenção cirúrgica. Segundo a TGEU (2024), os bloqueadores de puberdade são disponibilizados em 18 estados-membros da UE, entre os quais Portugal.

No entanto, em Portugal não existem referências nas políticas de saúde à intervenção relacionada com a diversidade de género na infância e na adolescência e, consequentemente, a identificação de serviços e a regulamentação de procedimentos, como o acompanhamento afirmativo da identidade ou a prescrição de bloqueadores de puberdade. A nova estratégia de saúde não veio preencher essa lacuna, omitindo qualquer menção a esta fase da vida.

O reconhecimento da diversidade de género na infância foi apontado como uma necessidade ao nível da saúde no estudo nacional. A escassez de profissionais da pediatria e pedopsiquiatria com conhecimentos e experiência profissional nesta matéria tem conduzido a abordagens inadequadas, como a de que se trata de uma “fase”, adiando a intervenção farmacológica, nomeadamente os bloqueadores de puberdade, ou reservando-a para a depressão (Saleiro, 2022: 88).

(...) o não respeito da própria identidade em consulta, principalmente com as pessoas mais novas, nós estamos a ter uma dificuldade com a consulta de pedopsiquiatria em vários serviços, precisamente porque é uma questão que muitas vezes não é tratada. Eu recebo testemunhos do tipo, ‘ok, essa é uma questão que fica agora aqui em *stand by*, porque a pessoa está deprimida e por isso nós temos de tratar é a depressão e só depois é que vamos pensar nisso’. E não conseguir perceber que as duas coisas estão obviamente ligadas. (Plano i)

Um dos desafios dos cuidados de saúde é, assim, o de se dotar de profissionais de saúde competentes, que se possam constituir como aliad@s no apoio à livre expressão de género na infância, bem como a existência de serviços de pedopediatria, pedopsiquiatria ou endocrinologia especializados nesta matéria.

Saúde sexual e reprodutiva

Outro desafio emergente na saúde é a contemplação das pessoas trans e não-binárias na saúde sexual e reprodutiva.

Os tratamentos farmacológicos e cirúrgicos, para além da componente psicológica, podem afetar a vida sexual das pessoas trans e não-binárias, pelo que se impõe a necessidade de discussão e gestão das expectativas e estratégias para a sua melhoria. No entanto, a vivência de uma identidade de género minoritária não é sinónimo de abstinência da vida sexual ou de infertilidade, pelo que deverá também haver lugar à discussão e disponibilização dos métodos de contraceção disponíveis (Almeida, 2022). A nível da UE, 33% dos homens trans, 30% das mulheres trans e 19% das pessoas não-binárias revelaram ter tido dificuldades no acesso, ou durante a utilização, dos serviços de saúde sexual (FRA, 2024: 86).

Os tratamentos implicados nos processos de afirmação de género podem também influenciar a fertilidade, a capacidade de conceção e a função sexual, havendo igualmente a necessidade de discussão e disponibilização de opções de preservação de fertilidade (criopreservação do esperma, ovócitos, embriões ou tecido reprodutivo) antes do início dos tratamentos, como recomendado pelos organismos de referência (Almeida, 2022). Contudo, nem todos os países da UE disponibilizam opções para a preservação da fertilidade como parte dos processos de

afirmação de género, o que, segundo a TGEU (2024), se poderá dever “à exclusão total, a políticas pouco claras, a baixos níveis de conhecimento entre prestadores de cuidados de saúde ou à falta de financiamento da saúde pública”. Apenas 14 países da UE disponibilizam alguma técnica de procriação medicamente assistida (PMA) às pessoas trans e em apenas dez desses tratamentos são financiados publicamente (TGEU, 2024). Embora Portugal seja um desses países, na realidade, isso nem sempre acontece, sendo igualmente uma necessidade identificada ao nível da saúde (Saleiro, 2022).

A lei da PMA em Portugal (Lei nº 17/2016, de 20 de junho) permite o acesso a casais de sexo diferente, casais de mulheres ou mulheres solteiras. Dado que os homens trans que preservam o aparelho reprodutor feminino podem ser gestantes, há necessidade de inclusão ou clarificação legal neste aspeto. Mais uma vez, podemos invocar aqui a boa prática da nova lei espanhola que refere a garantia do acesso a técnicas de PMA a “pessoas trans com capacidade de gestação” (secção 4.^a, art.º 16.º, 2).

Acolher as pessoas trans e não binárias nos cuidados de saúde em geral

Para além dos cuidados trans-específicos, as políticas e práticas de saúde estão hoje também confrontadas com o desafio de acolher as pessoas trans e não-binárias nos cuidados de saúde em geral, abandonando um modelo dicotómico que associa automaticamente corpos e identidades de género. Para mais, já abandonado na lei, em países como Portugal, para o reconhecimento legal de género.

A estruturação binária da sociedade, reproduzida na saúde, leva a que certas especialidades, práticas e campanhas de saúde sejam de acesso exclusivo a determinadas pessoas consoante o seu sexo registado. É o caso das especialidades que se relacionam com o aparelho reprodutor, como a ginecologia ou a obstetrícia, que deveriam ser disponibilizadas aos homens trans que preservam o seu aparelho reprodutor.

Em Portugal, alguns passos já foram dados, como a Resolução da Assembleia da República n.º 31/2023 ao governo, que solicita alterações no sistema de informação para gestão do circuito de programas de rastreio populacionais ou oportunistas (SiiMA Rastreios), para “pôr fim à discriminação de pessoas trans nos rastreios oncológicos para o cancro de mama, colorretal e de colo do útero”.

Necessária é também a consideração das pessoas trans e não-binárias como grupos especialmente vulneráveis em algumas campanhas, como as de tratamento e prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), o que acontece em 11 estados-membros da UE (TGEU, 2024).

A lei espanhola, no seu art.º 18.º já contempla a não discriminação desta população nas campanhas de educação sexual e reprodutiva. É o caso das campanhas relativas à menstruação, que começaram recentemente a incluir as pessoas trans, quer utilizando uma terminologia que não as exclua, como a UNICEF (2019), que utiliza a expressão “*menstruators*”, quer referindo-as explicitamente, como na ONU:

People of different gender diversities (...) such as transgender men and nonbinary people, often face additional barriers to information and supplies to safely manage menstruation. (UNFPA, 2022)

Considerações finais

Neste capítulo discutimos os desafios da saúde na atenção às pessoas trans e não-binárias. Nos cuidados de saúde trans-específicos, para além do próprio acesso, os desafios emergentes relacionam-se com a adoção de um modelo baseado na autodeterminação da identidade de género e de estética corporal, acolhendo a diversidade de necessidades e desejos. Nos cuidados de saúde em geral, o desafio é o de abandonar um modelo dicotómico que associa automaticamente corpos e identidades de género, acolhendo, por exemplo, os homens trans na saúde ginecológica e obstétrica. Tanto nuns como noutros, demos conta de resistências, mas também de progressos, a nível internacional, da EU e de Portugal.

Há, contudo, a acrescentar que as políticas de saúde estão também atualmente confrontadas com o desafio de não serem condicionadas pelo discurso anti-trans (CoE, 2024), mas baseadas na evidência científica e nos direitos humanos. O não reconhecimento das pessoas trans e das suas realidades e necessidades, também ao nível da saúde, pode resultar, como a história tem demonstrado, na sua exclusão de um dos direitos humanos mais básicos. Em Portugal, surgiu recentemente um episódio ilustrativo deste perigo, com a polémica em torno da expressão “pessoas que menstruam”, utilizada pela Direção-Geral de Saúde, em 2024, num questionário sobre saúde menstrual⁵⁰. Esta contestação veio contrariar entidades científicas e autoridades de saúde internacionais, num momento histórico em que a própria ciência e as autoridades de saúde parecem não estar a salvo.

Financiamento

Os dados para Portugal que sustentam este capítulo são originários do Estudo nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre a discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais, financiado pela CIG ao abrigo do POISE-03-4436.

O trabalho de levantamento da legislação e políticas públicas relativas à identidade de género tem sido continuado no âmbito do projeto (Trans)Gender Citizenship: Gender Diversity, Inequality and Public Policy, referência 2023.09277.CEECIND/CP2879/CT0007. <https://doi.org/10.54499/2023.09277.CEECIND/CP2879/CT0007>

Referências bibliográficas

Almeida, D. (2022). *Saúde Sexual e Reprodutiva em Pessoas Trans*. [Mestrado Integrado em Medicina]. Universidade do Porto.

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141953/2/569823.pdf>

CoE (2024). *Right to the highest attainable standard of health and access to healthcare for LGBTI people in Europe*. CoE.

<https://rm.coe.int/prems-124824-gbr-2575-right-to-the-highest-attainable-standard-of-heal/1680b1ba4d>

Coleman, E. et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1-S258.

<https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

50 <https://www.dgs.pt/em-destaque/vamos-falar-sobre-menstruacao-dgs-lanca-questionario.aspx>

- Davy, Z. (2011). *Recognizing transsexuals: Personal, political and medicolegal embodiment*. Ashgate Publishing Limited. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/06/i025699.pdf>
- DGS (2019). Promoção da Saúde das Pessoas Trans e Intersexo. In *Estratégia de saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo — LGBTI* (Vol. 1). DGS. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/06/i025699.pdf>
- Feinberg, L. (1996). *Transgender warriors. Making history from Joan of Arc to Dennis Rodman*. Beacon Press.
- ILGA Europe (2024). *Rainbow Map 2024*. <https://rainbowmap.ilga-europe.org/>
- FRA (2024). *LGBTIQ equality at a crossroads. Progress and challenges*. FRA. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2024-lgbtiq-equality_en.pdf
- Gomes, A., Saleiro, S. P., Pegado, E. & Barroso, M. M. (2023). Social representations of sexual orientation and gender identity among nurses in Portugal. *Sexuality Research and Social Policy*, 20, 1498-1514. <https://doi.org/10.1007/s13178-023-00816-0>
- Lerner, J. E., Martin, J. I., & Gorsky, G. S. (2021). More than an apple a day: Factors associated with avoidance of doctor visits among transgender, gender nonconforming, and nonbinary people in the USA. *Sexuality Research and Social Policy*, 18(2), 409-426. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00469-3>
- Lev, A. I. (2004). *Transgender Emergence: Therapeutic guidelines for working with gender-variant people and their families*. Haworth Clinical Practice Press.
- Menvielle, E. (2012). A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 357-368. <http://doi.org/10.1080/00918369.2012.653305>.
- Moleiro, C., & Pinto, N. (2009). Diversidade e psicoterapia: expectativas e experiências de pessoas LGBT acerca das competências multiculturais de psicoterapeutas. *Ex aequo*, 20, 159-172. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aeq/n20/n20a15.pdf>
- Motmans, J., Nieder, T. O. & Bouman, W. P. (2019). Transforming the paradigm of nonbinary transgender health: A field in transition. *International Journal of Transgenderism*. 20(2-3), 119-125. <https://doi.org/10.1080/15532739.2019.1640514>
- Puckett, J. A., Cleary, P., Rossman, K., Mustanski, B., & Newcomb, M. E. (2018). Barriers to gender-affirming care for transgender and gender nonconforming individuals. *Sexuality Research and Social Policy*, 15(1), 48-59. <https://doi.org/10.1007/s13178-017-0295-8>
- Saleiro, S. P (2013). *Trans Géneros: Uma abordagem sociológica da diversidade de género*. [Doutoramento em Sociologia]. ISCTE. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7848/1/phd_sandra_palma_saleiro.pdf
- Saleiro, S. P. (2021). The Portuguese Rainbow. LGBTIQ+ Rights and Experiences. *Portuguese Journal of Social Science*, 20(3), 111-116. https://doi.org/10.1386/pjss_00036_2
- Saleiro, S. P. (ed.) (2022). *Estudo nacional sobre as necessidades das pessoas LGBTI e sobre discriminação em razão da orientação sexual, identidade e expressão de género e características sexuais*. CIG. https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2022/05/Estudo_necessidades_pessoas_LGBTI_discrimina_orienta_sexual_id_express_genero_caractrstcs_sexuais.pdf
- TGEU (2024). *Trans Health Map 2024*. TGEU. <https://www.tgeu.org/trans-health-map-2024-as-who-guidelines-approach-healthcare-for-trans-people-in-the-eu-still-hindered-by-stigma-and-long-delays/>
- UNICEF (2019). *Guidance on Menstrual Health and Hygiene*. <https://www.unicef.org/media/91341/file/UNICEF-Guidance-menstrual-health-hygiene-2019.pdf>
- UNFPA (1994). *Programme of action. Adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo*. United Nations Population Fund. https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf
- UNFPA (2022). *Menstruation and human rights — Frequently asked questions*. <https://www.unfpa.org/menstruationfaq>
- WHO (2024). *WHO development of the guideline on the health of trans and gender diverse people*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/gender/200624---tgd_faupdates-final-v2.pdf?sfvrsn=68d5ab94_8

Yogyakarta Principles (2007). *Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity*.

https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Sandra Palma Saleiro. Doutorada em Sociologia pelo ISCTE-IUL-Instituto Universitário de Lisboa, com uma tese sobre identidades trans. É investigadora do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-Iscte). Tem trabalhado em projetos de investigação sobre género, igualdade de género, identidades de género; desigualdades sociais; avaliação de políticas públicas, programas e projetos. Coordenou o Estudo Nacional sobre a discriminação e as necessidades das Pessoas LGBTI (2022). Atualmente desenvolve o projeto (Trans)Gender Citizenship: Gender Diversity, Inequality and Public Policy.

E-mail: sandra.saleiro@iscte-iul.pt | *ORCID:* <http://orcid.org/0000-0002-1491-8651>

Anticoncepción con enfoque de género

Juan Gabriel Álvarez Sánchez
Universidad de Antioquia, Colombia

Joan Camilo Piedrahita Mejía
Universidad de Antioquia, Colombia

Resumen: La disforia de género se refiere a la marcada incongruencia entre el sexo que se siente o expresa y el designado a nacer, lo que genera malestar clínicamente significativo y deteriora el ambiente social durante la infancia, la adolescencia y la adultez. Se estima que entre el 2% y el 3% de los jóvenes del mundo se identifican como transgénero o como género diverso. Esta población tiene mayor riesgo de padecer diagnósticos psiquiátricos como ansiedad, depresión y trastorno psicótico. Es importante la supresión de la menstruación, la consejería anticonceptiva según los deseos del paciente, un trato digno por parte del equipo de salud y la valoración psicológica.

Palabras clave: Identidad de género, disforia de género, anticonceptivos, menstruación.

Introducción

En esta revisión narrativa con reflexión clínica expondremos lo hasta ahora conocido sobre la *identidad de género*, definida en los años 60' por Hooker y Stoller quienes afirmaron que se daba durante el desarrollo en el niño desde un sentido fundamental de pertenencia a un sexo determinado (Cox, 2020). Por otra parte, la *disforia de género* se refiere a la marcada incongruencia entre el sexo que se siente o expresa y el designado a nacer, lo que genera malestar clínicamente significativo y deteriora el ambiente social durante la infancia, la adolescencia y la adultez (DSM V, 2013).

En Pubmed se han publicado 50 artículos en los últimos 31 años, lo que refiere la importancia reciente que se le da a este concepto para 2024, donde se estimó que entre el 2% y el 3% de los jóvenes del mundo se identifican como *transgénero* o género diverso. Según el DSM V (2013), la prevalencia de disforia de género se presentaba hasta cuatro veces más en hombres que en mujeres (0,014% vs. 0,003%) al momento de nacer para el 2013, esto reafirmado por una encuesta transgénero en el 2022 en EE. UU. que encuestó a 92.329 y reportó cómo se identificaban estas personas; 38% no binaria, 35% mujeres trans, 25% hombres *trans* (Arshed, 2024). Del total, el 24% no buscó ayuda médica y el 48% tuvo experiencias negativas como trato brusco o abusivo (Arshed, 2024). En este mismo grupo existió mayor riesgo de padecer diagnósticos psiquiátricos como depresión (OR:1,5), ansiedad (OR:3,9) y trastorno psicótico (OR:3,8) debido al autoconcepto negativo y el estrés minoritario que produce la exposición crónica al rechazo basado en género, la victimización, la violencia dirigida, la falta de afirmación y la prohibición legislativa de expresión de género (Arshed, 2024).

Barreras en salud

La anticoncepción con *enfoque de género* consiste en un abordaje que tiene en cuenta la asimetría entre los géneros, y como esto, afecta la vida de las personas, por lo tanto, las desigualdades de género ponen en situación de mayor vulnerabilidad a las mujeres, personas trans, intersex, gays, lesbianas y bisexuales (Matera, 2024).

Existen diversas guías para la terapia hormonal afirmatoria de género para los hombres trans, pero poca evidencia, enfocada en la prevención del embarazo no deseado o la preservación de la fertilidad. Sin embargo, persisten barreras en la educación, acceso a los servicios de salud y para la asesoría en planificación familiar de pacientes *cis* género; y estas estrategias están acentuadas a la población *trans* masculina (Matera, 2024).

El personal asistencial en salud es responsable de asesorar a todos los individuos con útero y ovarios, es decir, que esté en potencial de quedar en embarazo, independientemente del género; debemos preguntar las necesidades de anticoncepción a individuos que se identifiquen como hombre (Matera, 2024).

Un estudio reciente de embarazo no deseado en adolescentes trans masculinas (Charlton, 2021) evidenció que el 60% de los hombre trans se embarazan en la adolescencia, lo que constituye un problema de salud pública; y el 40% luego de la adolescencia, de este grupo; el 30% presenta abortos espontáneos, el 40% abortos por deseo propio, lo que afecta la salud física y mental y aumenta la discriminación. La persona que se identifica con la masculinidad experimenta una intensa disforia en torno a la menstruación porque es de género femenino.

Además de lo biológico, el embarazo no deseado exacerba la disforia de género, dado que el embarazo es una experiencia típica del género femenino con el cual no se siente identificado, aunado a la acentuación de los caracteres sexuales femeninos. Algunos pacientes refieren frases como (Charlton, 2021):

Me jodió muchísimo. Me dejó increíblemente disfórica, porque me enfrenté a algo como: tienes útero, tienes órganos reproductivos. Es una experiencia increíblemente femenina. Bueno, dar a luz, no creo que hubiera podido.

Cada vez que tenía pesadillas horribles sobre estar embarazada, pensaba: "¿Qué haría?". Y mi reacción instintiva era: "Me tiraría por las escaleras una y otra vez hasta no poder levantarme, y esperar que eso me librara del embarazo o de mí.

En esta misma dinámica, el paciente al ver su cuerpo con características sexuales masculinas en estado de embarazo se genera *discomfort* y su entorno no responde generalmente bien a esto, lo que afecta sus relaciones interpersonales, sumado a que el personal asistencial está poco familiarizado con este tipo de atención y se generan actitudes revictimizantes (Charlton, 2021):

Me impactó mucho la cantidad de comentarios que venían de otras personas que también son género *Queer*. Es como: "Bueno, ahora estás embarazada, así que necesito meterte en una categoría binaria. Y ahora eres una chica y tu pareja [una mujer trans] es un hombre, y eso es lo que son ustedes". Y es una agresión horrible que te lo dirijan desde dentro de tu comunidad. Es profundamente irrespetuoso y súper incómodo. Es como, ya sabes, vomitar todo el día e intentar caminar mientras mi pelvis se separa... Y yo le decía: "Me conoces desde hace ocho años. Nunca has usado el pronombre... ¿por qué me llamas 'ella' de repente?

Respecto al tratamiento, la testosterona hace parte de la terapia hormonal para reafirmar la masculinidad y la mayoría de los pacientes llegan a amenorrea entre 3 y 6 meses (tener en

cuenta que la amenorrea no es igual a anovulación crónica). Aunque el mecanismo de acción es poco claro; a pesar de la supresión del eje de hipotálamo-hipófisis-gónada pueden ocurrir ovulaciones ocasionales, terminando en embarazos no deseados en la población transmasculina (Asseler, 2024).

Se consideró hipotéticamente que dichas ovulaciones estaban asociadas a niveles inadecuados de testosterona en sangre. Sin embargo, se demostró que hasta en el 33% la presencia de actividad ovulatoria reciente en ovarios obtenidos en ooforectomía de afirmación de género en personas transmasculinas amenorreicas con terapia adecuada con testosterona, independientemente de duración, tipo y vía de aplicación. Es importante la anticoncepción en las personas transmasculinas que mantienen relaciones sexuales que pueden resultar en embarazo. Recientemente, la asesoría anticonceptiva fue incluida en una guía de manejo, como estándar del cuidado en salud (Coleman, 2022).

Aspectos clínicos

El uso de testosterona para la terapia hormonal de afirmación de género no se considera un método de manejo menstrual a pesar de que la amenorrea por el uso de testosterona puede ser tan alta (97%) o baja (59%) a 6 meses (Arshed, 2024).

Si bien las diversas guías proponen los agonistas de la GnRH como terapia de primera línea para la supresión de la menstruación no siempre está disponible; por lo que la supresión con progestinas en diversas presentaciones incluso en combinación con estrenos (comúnmente usados como métodos anticonceptivos) pueden ser implementados; teniendo en cuenta el estado de desarrollo puberal del individuo, la consideración de los factores de riesgo médicos individuales (específicamente el tromboembolismo venoso en los métodos que contienen estrógeno), la posible disforia causada por los agentes que contienen estrógeno, el costo y la disponibilidad; entre otros (Schwartz, 2023).

En EE. UU. para la supresión de la menstruación, el 70% de las pacientes eligen acetato de noretindrona (píldora de solo progestágeno de uso anticonceptivo, el acetato de noretindrona no es de uso anticonceptivo) y dispositivos intrauterinos liberador de levonorgestrel (acción anticonceptiva 7 a 8 años), los cuales en el 95% de los casos llevar a amenorrea en el primer año, y aunque no hubo una diferencia estadísticamente significativa con la continuidad del uso al año, en dicho lapso la continuidad fue del 91% vs. el 100%, respectivamente (Arshed, 2024).

El uso de dispositivos intrauterinos liberadores de levonorgestrel podría ser una desventaja en esta población ya que los pacientes podrían rechazar la inserción en el consultorio por aumento de ansiedad o disforia (Arshed, 2024). Por lo que en este caso se recomendaría la inserción bajo sedación. Como efecto secundario al dispositivo podría presentarse manchado menstrual autolimitado que en caso necesario se trataría.

Consejería inclusiva

El asesoramiento debe ser integral e individualizado, teniendo en cuenta los futuros deseos de fertilidad al analizar las opciones e incluso el deseo de cirugía de reafirmación de género. Para quienes buscan anticoncepción, muchas consideraciones son las mismas que para las mujeres cisgénero (p. ej. hombre transgénero con cardiopatía isquémica no debe usar estrógeno). Sin

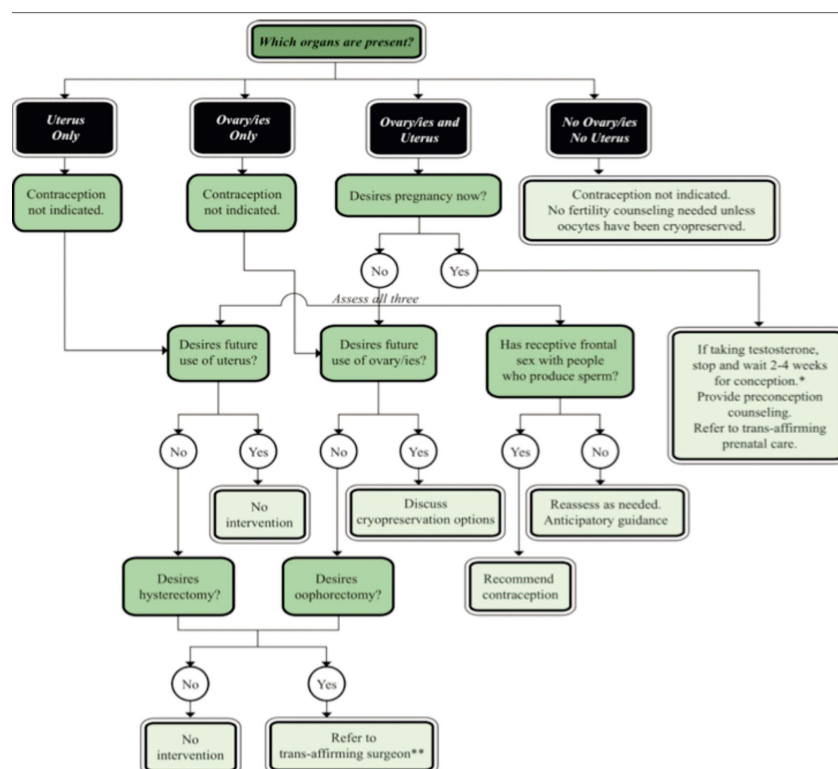


Figura 17.1 Anticoncepción en el espectro transmasculino

Fuente: tomado de Krempasky (2020). Contraception across the transmasculine spectrum.

embargo, los pacientes con *trans* masculinidad pueden tener inquietudes y necesidades únicas adicionales.

El enfoque centrado en el paciente requiere del uso de lenguaje y terminologías inclusivas al referirse a partes del cuerpo, procesos y procedimientos. Esto puede incluir el uso de términos alternativos para algunas partes del cuerpo, por ejemplo, de vulva/vagina como orificio genital anterior y canal interno, hablar de examen torácico en vez de examen mamario o referirse a los órganos internos en vez de útero y ovarios. Una alternativa centrada en el paciente para identificar las necesidades anticonceptivas particulares de cada persona sería preguntar: ¿te gustaría tener hijos en algún momento?, ¿cuándo crees que querrías tenerlos?, ¿cuán importante es para tí evitar un embarazo? Estas preguntas pueden usarse por igual con personas de cualquier identidad u orientación y guían la consejería.

Los profesionales debemos explorar las preferencias y prioridades de los pacientes respecto a las características de los diferentes anticonceptivos. Algunos tendrán mayor incomodidad con el examen ginecológico y optarán por métodos que no lo requieran para su colocación. Otros debido a experiencias pasadas de discriminación sufridas en el sistema de salud optarán por métodos que impliquen menores visitas médicas. Otra parte pueden no sentirse cómodos con la colocación de productos en la vagina y elegirán otras opciones (Bonnington, 2020). En la figura 17.1 se resumen las recomendaciones de la guía de anticoncepción de hombres *trans*.

Conclusiones

La población transmasculina tiene necesidades únicas que incluye: aliviar la disforia de género, combatir la discriminación y garantizar que las personas *trans* masculinas embarazadas se sientan visibles y bienvenidas, especialmente en los espacios de salud reproductiva.

Los profesionales de la salud, los proveedores de atención médica y las redes de apoyo debemos ser fuentes clave de apoyo para las personas *trans* masculinas, por lo que es primordial la educación y la sensibilización del personal en salud y así ofrecer un manejo integral.

La testosterona no es un método anticonceptivo, o un método supresor de la menstruación, por lo que se requiere asesoría anticonceptiva que impacte positivamente con la supresión de la menstruación asociado a aumento de los síntomas de la disforia de género.

El anticonceptivo ideal es el que se adapte a las necesidades y preferencias del paciente. Se requiere de una cultura incluyente en el que se respete y valore la diferencia, al igual que considerar siempre el acompañamiento psicológico.

Referencias bibliográficas

- Arshed, A., Madanes, S., Pottinger, S., Ackerman, M., & Deutch, A. (2024). Menstrual management in transgender and gender diverse individuals: Psychiatric and psychosocial considerations. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1422333. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1422333>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Asseler, J., del Valle, J., Chuva, S., Verhoeven, M., Goddijn, M., Huirne, J., et al. (2024). One-third of amenorrheic transmasculine people on testosterone ovulate. *Cell Reports Medicine*, 5(3), 101440. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2024.101440>
- Bonnington, A., Dianat, S., Kerns, J., Hastings, J., Hawkins, M., Haan, G., & Obedin, J. (2020). Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception*, 102(2), 70-82. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.04.001>
- Charlton, B., Reynolds, C., Tabaac, A., Godwin, E., Porsch, L., Agénor, M., et al. (2021). Unintended and teen pregnancy experiences of trans masculine people living in the United States. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 65-76. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1824692>
- Coleman, E., Radix, A., Bouman, W., Brown, G., de Vries, A., & Deutsch, M. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Cox, P., & Carrasco, M. (2020). Disforia de género en niños y controversias en su tratamiento: Dos concepciones distintas sobre la identidad de género. *Pers Bioet*, 24(1), 57-76.
- Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020). Contraception across the transmasculine spectrum. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(2), 134-143. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.07.043>
- Matera, L. (2024, 22-25 de mayo). Anticoncepción en personas transgénero [Sesión de congreso]. XXXIV Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Cartagena, Colombia.
- Schwartz, B., Bear, B., Short, V., & Kazak, A. (2023). Outcomes of menstrual management use in transgender and gender-diverse adolescents. *Obstetrics & Gynecology*, 141(4), 748-755.

Juan Gabriel Álvarez Sánchez. Médico y Cirujano de la Universidad de Antioquia, Especialista en Ginecología y Obstetricia de la misma Alma Mater. Experto en Uroginecología y Piso Pélvico de la Universidad Nacional y experto en Ginecología Estética y Funcional de la Universidad CES, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2883-0914>.

Joan Camilo Piedrahita Mejía. Natural de Cauca (Colombia), hijo único de Aleida Mejía y Dumar Piedrahita. Académico y hermeneuta: amante de la medicina, la educación, las letras, la investigación y el arte. Titulado como Médico y Cirujano, Especialista en Epidemiología, Especialista en Edición de Publicaciones, Magíster en Educación y estudiante del Doctorado en Educación de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5663-8781>

Capítulo 18

Desafíos de la Inteligencia Artificial

Reflexiones sobre las experiencias de detección automática de consultas en salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad en registros de salud electrónicos

María Victoria Tiseyra
CONICET/IIGG, Argentina

María Cecilia Palermo
CONICET/IIGG-UBA, Argentina

Verónica Xhardez
CIECTI, Argentina

Sabrina López
Instituto de Cálculo, UBA-CONICET, Argentina

Mariela Rajngewerc
FAMAF, Universidad Nacional de Córdoba/CONICET, Argentina

Laura Alonso Alemany
FAMAF, Universidad Nacional de Córdoba/CONICET, Argentina

Milagro Teruel
FAMAF, Universidad Nacional de Córdoba/CONICET, Argentina

Marina Elichiry
Hospital Lucio Melendez, Adrogué, Argentina

Resumen: El artículo se enmarca en un proyecto que busca desarrollar un sistema de detección automática de consultas sobre salud sexual y reproductiva (SSyR) de personas con discapacidad (PCD) basado en Inteligencia Artificial (IA). El propósito de esta iniciativa consiste en incorporar aplicaciones de alerta en los módulos de Historia Clínica Electrónica (HCE) a fin de brindar recursos y apoyos necesarios para la atención adecuada de esta población. En primer lugar, profundiza en la elaboración de las definiciones conceptuales y operativas de “consulta sobre salud sexual y reproductiva” y de “persona con discapacidad”, y en la delimitación de criterios de identificación de consultas de SSyR y de PCD en registros de HCE. Para ello, se trabajó junto a un equipo interdisciplinario que incluyó a PCD, referentes de organizaciones sociales y profesionales del campo de la salud. En segundo lugar, indaga en el proceso de anotación de las consultas en HCE, es decir, de la identificación de aquellas que refieren a PCD o a SSyR. Ambos procesos presentan desafíos tales como las tensiones entre diferentes modelos interpretativos de la discapacidad y la delimitación de criterios de inclusión de las consultas a ser anotadas. Se destaca la complejidad de ambas categorías (SSyR y PCD), ya que suponen una diversidad de escenarios -como referir a situaciones de vulnerabilidad o a un conjunto de prácticas que se realizan en la atención sin ser registradas como tales- que implican un desafío adicional al proceso de anotación.

Palabras clave: discapacidad, salud sexual y reproductiva, Inteligencia Artificial, historia clínica electrónica

Introducción

En Argentina, la ley 25.673 considera a los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos básicos, que refieren a la posibilidad de vivir la sexualidad de manera libre, sin violencia ni discriminación; de elegir cómo, cuándo y qué tipo de familia formar; de recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos; y de acceder de forma gratuita al método elegido. Sin embargo, la sexualidad de las personas con discapacidad (PCD) está afectada por numerosos prejuicios que condicionan la adecuada atención de su salud, especialmente en lo referente a la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR). Desde una perspectiva interseccional, en el caso de las mujeres con discapacidad esto agudiza y perpetúa las condiciones de desigualdad social a las que están sujetas por cuestiones de género. Diversas investigaciones coinciden al señalar que los prejuicios en torno a esta población varían entre dos polos: o bien son consideradas como asexuadas o, por el contrario, son vistas como personas con una sexualidad del orden de lo irrefrenable, impidiendo que sean reconocidas como sujetos que pueden ejercer una sexualidad placentera y/o reproductiva (Cruz Pérez, 2004; Mollow, 2012; McRuer, 2006; Shakespeare, 1998). En las políticas públicas, estas presunciones generan prácticas que vulneran los derechos de las PCD, especialmente de las mujeres. Al asociar la sexualidad con la reproducción bajo modelos patriarcales (Gomiz Pascual, 2016) violan los derechos sexuales y reproductivos (Mello y Nuernberg, 2013) limitando el ejercicio pleno de los derechos humanos (Mogollón, 2004). Dentro de estas acciones discriminatorias se incluyen esterilizaciones forzadas (Giami, 2004), cimentadas en la idea que las mujeres con discapacidad no pueden ser madres (Cruz Pérez, 2004; Gomiz Pascual, 2016; Shakespeare, 1998), o son en ocasiones persuadidas o coaccionadas para utilizar anticonceptivos sin su consentimiento (INADI, 2016; Mineri, 2017a; Amorin, et.al, 2021). A esto se suma la poca cantidad de estudios, guías y material para personas usuarias y familias sobre diversidad sexual de las PCD. Frecuentemente la identidad de género de las PCD trans y los deseos no heterosexuales son cuestionados o puestos en duda, y no suelen explorarse en las consultas de salud. A su vez, persiste un desconocimiento por parte de los equipos de la salud acerca de los requerimientos necesarios para atender a mujeres con discapacidad, impidiendo el acceso a la información o a la posibilidad de realizarse exámenes preventivos (Mogollón, 2004) ya sea por consideraciones estigmatizantes o cuestiones de inaccesibilidad arquitectónica o de apoyos. Esto agudiza y perpetúa las condiciones de desigualdad social a las que están sujetas (Yupanqui-Concha, Aranda-Farias y Ferrer-Pérez, 2021; Yupanqui-Concha et al., 2022). Debido a que las políticas se centran únicamente en evitar embarazos o situaciones de abuso, niegan el derecho de este colectivo en materia sexual y reproductiva (Giami, 2004; Gomiz Pascual, 2016) contrario a lo que estipula la Convención.

En Argentina, han adquirido trascendencia estudios centrados en las dificultades en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de las PCD, con énfasis en las mujeres con discapacidad. Ello se advierte en distintos informes (INADI, 2016; Mineri 2017a, 2017b), proyectos impulsados por organizaciones de la sociedad civil (Amorín et al., 2021), y estudios realizados, principalmente, desde una perspectiva jurídica (Murúa, 2015; Mineri, 2017a, 2017b). Estos señalan las falencias del Estado para facilitar y garantizar el acceso de este colectivo en materia de SSyR como también en lo referido a la producción de información y estadística sobre SSyR de las PCD (Mineri, 2017b). En este sentido es destacable que la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (2013) no cuenta con información desagregada por situación de discapacidad (Mineri, 2017b). Una vacancia similar se observa en relevamientos recientes, como la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (INDEC, 2006) -aunque incluye el detalle de

fecundidad en mujeres mayores de 14 (Venturiello, Palermo y Tiseyra, 2020)- y el Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad (INDEC, 2018).

En este escenario, el artículo se inscribe en una investigación⁵¹ cuyo objetivo fue realizar un análisis de factibilidad de la detección de consultas de SSyR de PCD mediante métodos automatizados. Esto permitiría desarrollar aplicaciones de apoyo integradas a HCE, que recomienden al equipo de salud recursos y herramientas adecuadas a las PCD destinatarias de la atención de SSyR, tales como insumos accesibles, adecuación del consultorio o de la duración de la consulta. Además, la detección de consultas podría contribuir a un mejor direccionamiento de los recursos y una visibilización de las PCD para orientar las políticas en materia de SSyR. Cabe destacar que en Argentina los datos estadísticos sobre discapacidad no están lo suficientemente desagregados, presentan dificultades en la precisión de las mediciones y su comparabilidad (Acuña y Bulit Goñi, 2010; Fara, 2010; Venturiello, 2016) y, en algunos casos, su alcance se limita a la población con Certificado Único de Discapacidad (CUD) vigente. Por lo tanto, este artículo sugiere que las soluciones de Inteligencia Artificial (IA) que trabajan sobre los datos recolectados en la atención de salud de las personas pueden colaborar tanto en la elaboración de información relevante para orientar las políticas en materia de SSyR como en la potencial mejora de los circuitos de atención y el acceso a la salud de este colectivo, abonando a la erradicación de barreras y prejuicios existentes. En particular, se enfoca en dos instancias de la investigación: a) la construcción de definiciones conceptuales y operativas de ‘consulta sobre salud sexual y reproductiva’ y de ‘persona con discapacidad’, utilizadas en el contexto de registros en HCE del primer nivel de atención de salud; y b) la identificación de elementos textuales, es decir fragmentos de texto (denominados ‘entidades’) con información valiosa para la detección de las consultas de interés, tanto en los campos de texto libre (evoluciones donde se registra el contenido de la consulta) como en la información estructurada (especialidad/servicio consultado, motivo de consulta o problema de salud).

En la intersección entre las PCD y la SSyR, el problema abordado se fundamenta conceptualmente en dos pilares. Por un lado, se consideran los lineamientos provistos por la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006). En ella se establece que las PCD tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad; y que los Estados deben desarrollar e implementar las medidas pertinentes para asegurar el acceso a la misma contemplando cuestiones de género. Por otro lado, se recuperan las definiciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que considera que la salud sexual refiere a un estado de bienestar físico, mental y social y que los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos en plenitud (OMS, 2006).

Metodología

La construcción de definiciones conceptuales y operativas de PCD y SSyR para la detección automática de consultas se realizó en diferentes etapas. En primer lugar, se realizó un relevamiento de bibliografía académica y del marco legal vigente en Argentina sobre discapacidad y SSyR. De allí surgieron diferentes aproximaciones para conceptualizar ambos conceptos y se identificaron aspectos sobre el acceso a la SSyR en población con discapacidad.

51 La investigación fue llevada adelante por un equipo de mujeres profesionales de diversos campos (sociología, antropología, salud sexual, lingüística computacional, biología, matemática, entre otros) y coordinado por el Centro Interdisciplinario de Estudios en Ciencia, Tecnología e Innovación (CIECTI) financiado por el Centro de Inteligencia Artificial y Salud para América Latina y el Caribe (CLIAS).

En base a estos hallazgos se organizaron, en segundo lugar, Mesas de Trabajo donde se convocó a PCD y personas de Organizaciones de la Sociedad Civil abocadas a temáticas de discapacidad. Consistieron en ámbitos de intercambio de experiencias y percepciones en relación al acceso a la salud, la atención de la SSyR de PCD, al registro de la discapacidad en HCE y a los riesgos y potencialidades de la investigación en curso.

En tercer lugar, tras consensuar la definición operativa de consultas de PCD y de SSyR, se utilizaron registros de consultas de Atención Primaria de Salud provenientes de HCE de la provincia de La Rioja⁵². En tanto el objetivo final consiste en crear un sistema de clasificación que determine si una consulta corresponde a una PCD y a SSyR, es necesario contar con ejemplos que sirvan como referencia. Durante el proceso de anotación manual, personas expertas del área de discapacidad (donde participaron PCD y organizaciones) y personas expertas en la SSyR accedieron a registros de consultas y clasificaron si correspondían a una u otra temática según los criterios discutidos en las Mesas de Trabajo.

Resultados

Definición conceptual y operativa de consultas de PCD y SSyR

Se discutieron los distintos modelos interpretativos de la discapacidad y sus conceptualizaciones, criterios para clasificar a la población y lineamientos sobre las intervenciones adecuadas o necesarias en materia de política pública. Se hizo foco en aquellos que tienen impacto en la legislación argentina y en el funcionamiento de los sistemas de salud: el Rehabilitador, el Social y el Biopsicosocial.

Del vasto marco legal relativo a la discapacidad en Argentina, se identificó un conjunto de leyes vigentes en el momento en que se llevó a cabo la investigación que establecen pautas para definir y clasificar a la población, regulan los procesos de certificación y garantizan el acceso a determinados servicios y prestaciones:

- Ley 22.431: refiere a la ‘persona discapacitada’ como aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.
- Decreto 498/83: indica la conformación de una junta médica ante la cual las personas solicitantes de certificación presentarán sus antecedentes personales, familiares, médicos, educacionales y laborales.
- Ley 25.504: establece que el Ministerio de Salud es el ente responsable de expedir el Certificado Único de Discapacidad (CUD). De acuerdo al protocolo de evaluación vigente, las juntas evaluadoras deben utilizar las clasificaciones desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como criterio para la certificación de las personas con discapacidad.
- Ley 27.711: le adjudica la emisión del CUD a la Agencia Nacional de Discapacidad e incorpora el concepto dinámico de discapacidad propuesto por la Convención como criterio para la actualización del CUD.

⁵² Cabe aclarar que el proyecto pasó por la evaluación de un Comité de Ética y que todos los textos de registros de HCE utilizados fueron previamente anonimizados para resguardar la confidencialidad y anonimato de los datos.

- Disposiciones 648/15, 1019/15, 639/15, 82/15 y 500/15: definen los criterios para certificación de personas con discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental, Deficiencia Física de Origen Motor, Sensorial de origen Visual, Sensorial de origen auditivo y de origen Visceral.

En cuanto a la SSyR, la legislación en Argentina contempla a los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos básicos que refieren a la posibilidad de vivir la sexualidad de manera libre, sin violencia, riesgos ni discriminación y a la posibilidad de libre elección sobre cómo, cuándo y qué tipo de familia formar, a recibir información sobre los diferentes métodos anticonceptivos y el acceso gratuito al método elegido. En el campo de la salud sexual integral, el marco normativo incluye la educación sexual integral desde la infancia, el reconocimiento de la identidad de género tal como cada persona la viva, la posibilidad de acceder a tratamientos de afirmación de género para personas trans, la prohibición de patologizar la orientación sexual o identidad de género, el respeto a la diversidad, y la prevención y sanción de la violencia sexual y de la violencia de género. Este marco normativo que ha tenido su correlato en la sociedad y en la cultura argentina, sin embargo, encuentra un campo de disputa significativo en la cultura médica y en el sistema de salud en general, ya que aún hoy se detectan prácticas patologizantes.

Estas aproximaciones normativas se pusieron en diálogo con los lineamientos teóricos sobre los que se sostiene la investigación. Fueron discutidas en las Mesas de Trabajo con el propósito de consensuar definiciones operativas que permitan identificar consultas de PCD y consultas de SSyR en registros de HCE.

Se concluyó que, aunque los modelos interpretativos permiten trabajar conceptualmente sobre la temática, es necesario adaptarlos para trabajar con registros electrónicos de salud considerando: a) los procedimientos identificados en normativas vigentes con su correlativa indicación de códigos clasificadores (tales como la CIF, el DSM IV o el CIE-10) y b) los resultados de la exploración inicial del conjunto de registros. Ello dio como resultado la construcción de un modelo basado en reglas y expresiones regulares. Además, se resolvió incluir en la herramientas de detección a aquellas consultas de familiares que mencionan a PCD siendo también estas personas potenciales destinatarias de material adecuado y apoyos y fundamentalmente, dada la importancia de maximizar la sensibilidad de los métodos de detección que se desarrollen durante este proyecto.

Proceso de anotación

En la instancia posterior, se trabajó en el proceso de anotación de las consultas realizado por especialistas mediante la herramienta de código abierto *Label Studio* (Tkachenko et. al., 2020). Para la tarea, se tomaron los recaudos necesarios para la seguridad y la confidencialidad de la información.

La selección de casos a anotar se realizó considerando aspectos como los términos relativos a cada temática de interés (SSyR y PCD) y la validación de las etiquetas a utilizar. Se obtuvo un conjunto de datos para anotación compuesto por los textos de 3.299 consultas y las variables asociadas: edad, Códigos CIE-10 de la consulta y la especialidad de quien presta la atención. Para la tarea, fueron convocadas personas expertas conformando así un equipo multidisciplinario. A las personas anotadoras se les presentaron los registros de HCE y debían decidir si las mismas correspondían a la temática de SSR, si provenían de PCD o si no representaban la temática de interés.

Edad	25
Especialidad	Trabajo Social
Texto	Juana es mamá soltera de 2 niñ@s Luciano (8años) quien según refiere la progenitora padece Autismo y parálisis parcial en su cuerpo, Felisa (5años) y Xavier (2años). Se asesora sobre diferentes trámites para sus hijos, se articula con Dirección Gral de Niñez y Adolescencia y con Juzgado del Menor (servicio de adopción) SE PRESERVAN DATOS CONFIDENCIALES, PLASMADOS EN INFORME SOCIAL.
En la información de la consulta ¿se menciona alguna situación o término relacionado con la discapacidad? ¿De qué tipo? [Marcar todas las que apliquen]	
☐ No se registra ninguna situación o término relacionado con la discapacidad ☐ Sí, pero no tengo información suficiente para saber de qué discapacidad se trata ☐ Sí, motora ☐ Sí, visual ☐ Sí, auditiva ☒ Sí, mental-cognitiva, intelectual ☐ Sí, visceral ☒ Sí, del habla y la comunicación ☐ Sí, cuidado de sí mismo ☐ Sí, pero no clasifica como ninguna de las anteriores. En esta opción la persona anotadora deberá escribir qué palabras vinculadas con discapacidad detecta, que no fue posible clasificar en las categorías anteriores.	
En los datos de la consulta, la discapacidad mencionada está relacionada a:	
☐ La persona que es atendida ☒ Otra persona mencionada por la persona que es atendida (por ej. familiar o cualquier otro vínculo) ☐ No hay información suficiente para saber de quién es la consulta	
Comentario: En este caso podemos observar un ejemplo de una consulta donde la referencia a discapacidad no corresponde a la paciente sino a uno de sus hijos. Además, la referencia podría encuadrarse tanto en la categoría " <i>mental-cognitiva, intelectual</i> " como en la categoría " <i>del habla y la comunicación</i> ". Si bien con esta única consulta no es posible especificar en este caso si el término discapacidad aplica a las dos categorías mencionadas anteriormente, optaremos por un etiquetado exhaustivo.	

Figura 18.1 Ejemplo del manual de anotación a partir de casos ficticios que muestra las categorías disponibles para la clasificación de PCD y la clasificación esperada

En relación a la discapacidad, las personas anotadoras debían identificar si los datos de la consulta contenían alguna situación o término relacionado con la discapacidad, e indicar a qué subcategoría refería (con posibilidad de elección múltiple). A continuación, la figura 18.1 muestra un ejemplo del manual de anotación que guiaba a las personas en este proceso:

Si la consulta fue asociada a una PCD, la persona anotadora debía indicar a quién: a la persona atendida, a otra persona mencionada por la persona atendida (por ejemplo, un familiar o cualquier otro vínculo) o aclarar que no hay información suficiente para saber de quién es la consulta.

Una clasificación similar ocurriría en el caso de SSyR. Para conocer el detalle es posible consultar el manual de anotación (López et. al., 2024).

Discusión

Durante el proceso de anotación, surgieron diversos desafíos y discusiones en relación a los límites para discernir cuándo se trata de una consulta dentro del marco de interés definido.

En relación a la SSyR:

1. En ocasiones, el registro de atención describe antecedentes médicos de SSyR de la persona que consulta, de su familia y/o entorno. Por ejemplo, número de embarazos, intervenciones quirúrgicas previas, enfermedades previas. Frente a ello, se decidió que estos registros serán considerados pertinentes a SSyR cuando el antecedente mencionado resulte relevante o tenga efectos que perduren en el momento en que se realizó la consulta bajo análisis.
2. Las consultas de menores de edad referidas al control del desarrollo adecuado no se clasificarán dentro del ámbito de la prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías genitales. Por ejemplo, las menciones a fimosis fisiológicas en los controles rutinarios no serán consideradas consultas de SSyR, pero sí cuando la fimosis se describe como un problema o motiva una consulta con especialista.
3. Aún cuando formen parte de una batería completa de estudios no particularmente orientada a la salud sexual, se decidió considerar a las serologías como prácticas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. En la misma línea, en el caso de la vacuna para HPV se considerará consulta de SSyR si es parte de la atención de la salud sexual de la persona. Por ejemplo, si en el control de la vacunación se identifica que falta la vacuna de HPV, tal registro constituye una consulta de SSyR.

En relación a las consultas de PCD

1. Inicialmente, la categoría “mental-cognitiva” abarcaba, de manera implícita, la de “intelectual”. Las personas expertas sugirieron explicitar la categoría de “intelectual” como diferente a la “mental-cognitiva”. Se propuso renombrar la etiqueta como “mental-cognitiva, intelectual”, considerando que la pertenencia a una misma categoría no implica que la población requiera de los mismos tipos de apoyos.
2. En el proceso de anotación, las expertas presentaron mayores dudas o desacuerdos en los siguientes casos: cuando la consulta refería a situaciones de vulnerabilidad social (condiciones materiales insatisfechas), situaciones de violencia y aspectos relativos a salud mental y consumo problemático. En este sentido, si bien se optó por no considerarlos dentro de la categoría de PCD por entender que las consultas referían a otras problemáticas sociales que excedían el estudio, da cuenta de cómo la discapacidad es por un lado, una noción compleja y a su vez, de cómo la misma es dinámica e intersecta con otras dimensiones y problemáticas.

Conclusión

Este trabajo se enfocó en algunas etapas de trabajo en el marco de un proyecto que busca desarrollar un sistema de detección automática de consultas sobre SSyR de PCD basado en IA. Se centró en aquellas relativas a la construcción de definiciones conceptuales y operativas de SSyR y de PCD y en el posterior proceso de identificación de las consultas de interés. Al respecto, cabe señalar la importancia de incluir a la comunidad destinataria en el proceso de investigación. Esto permitió conocer e incorporar sus perspectivas y experiencias en relación al acceso a la salud, a la SSyR y al registro de la discapacidad en las HCE. Si bien se convocó a personas expertas en la temática de discapacidad, transmitir instancias del proyecto relativas a IA e incluirlas en etapas posteriores de anotación implicó contemplar aspectos de capacitación y de accesibilidad del software utilizado. Por último, este proceso dio cuenta de las complejidades que encierran ambas categorías (discapacidad y SSyR) ya que, al estar en permanente tensión y definición, suponen contemplar una diversidad de escenarios — como referir a situaciones de vulnerabilidad o a un conjunto de prácticas que se realizan en la atención cotidiana pero que no son registradas como tales— que implicaron un desafío adicional al proceso de anotación.

Financiación

Investigación realizada en el marco del proyecto denominado “Detección automática de consultas para apoyar la atención de la salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad” financiado por la Convocatoria del CLIAS — Centro de Inteligencia Artificial y Salud para América Latina y el Caribe (convocatoria 2023).

Normativa consultada

Ley N° 22.431 Sistema de protección integral de los discapacitados.

Ley N°24.901 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

Ley 25.504 de modificación de la N° 22.431 en relación al Certificado Único de Discapacidad.

Ley 25.673 Programa nacional de salud sexual y procreación responsable.

Ley 27.711 Certificado Único de Discapacidad.

Decreto 498/83 de reglamentación de la Ley 22.431.

Disposición 648/15 SNR. Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Intelectual y Mental.

Disposición 1019/15. Normativa para la Evaluación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Física de Origen Motor.

Disposición 639/15 SNR. Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Sensorial de origen Visual.

Disposición 82/15. Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Sensorial de origen auditivo.

Disposición 500/15 SNR. Normativa para la Certificación de Personas con Discapacidad con Deficiencia Física de origen Visceral.

Referencias bibliográficas

- Acuña, C. H. y Bulit Goñi, L.G. (Comps.) (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina*. Siglo Veintiuno.
- Albrecht, G., Seelman, K. y Bury, M. (2001). *Handbook of Disability Studies*. Sage.
- Amorín, E., Buceta, C.; Dones, A., Gonzalez, V., Grassia, A., Lemura, L. y Minieri, S. (2021). *Desear es mi derecho. Sexualidad y autonomía de las mujeres con discapacidad*. REDI y FUSA AC.
- Cruz Pérez, M. P. (2004). Mujeres con discapacidad y su derecho a la sexualidad. *Política y Cultura*, (22), 147-160.
- Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. En C. H. Acuña y L. G. Bulit Goñi (Comps.), *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina* (pp. 73 — 124). Siglo Veintiuno.
- Giami, A. (2004). *O anjo e a fera: sexualidade, deficiência mental, instituição*. Casa do Psicólogo.
- Gomiz Pascual, M. del P. G. (2016). La sexualidad y la maternidad como factores adicionales de discriminación (y violencia) en las mujeres con discapacidad. *Revista Española De Discapacidad*, 4(2), 123-142. <http://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/273>
- Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (2016). *Sexualidad sin barreras. Contenidos Digitales*. Argentina: INADI. <http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/producto/sexualidad-sin-barreras/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2013). *Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva*. Argentina: INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enssy_r_2013.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2018). *Estudio nacional sobre el perfil de las personas con discapacidad: resultados definitivos*. Argentina: INDEC. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (2006). *Principales resultados de la primera encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) complementaria del censo 2001*. Argentina: INDEC. https://biblioteca.indec.gob.ar/bases/minde/4si10_42.pdf
- López, S., Rajngewerc, M., Alonso Alemany, L., Teruel, M., Guerschberg, K., Panaro, E., Palermo, M. C., Schwartzman, P., Tiseyra, M. V., & Xhardez, V. (2025). Manual de Anotación. Registros de Atención sobre Salud Sexual, Reproductiva y Discapacidad. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15097038>
- McRuer, R. (2006). *Crip Theory: cultural signs of queerness and disability*. New York University Press.
- Mello, A. G., y Nuernberg, A.H. (2013). Corpo, gênero e sexualidade na experiência da deficiência: algumas notas de campo. En *III seminário internacional enlaçando sexualidades*. http://www.social.mg.gov.br/conped/images/conferencias/corpo_genero_sexualidade.pdf
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, (51), 17-22.
- Minieri, S. (2017a). Aportes para el debate de una nueva regulación del derecho de las mujeres con discapacidad a dar su consentimiento para la práctica del aborto. En *Derechos de las Personas con Discapacidad*. Argentina: Defensoría General de la Nación. <https://www.mpd.gov.ar/pdf/publicaciones/biblioteca/Libro%20discapacidad%20con%20ISBN.pdf>
- (2017b). *Derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres con discapacidad. Aportes teóricos para una agenda de incidencia inclusiva*. Argentina: REDI.
- Mogollón, M. E. (2004). Cuerpos diferentes: sexualidad y reproducción en mujeres con discapacidad. En V. T. J. Cáceres C.F., T. Frasca, M.M. Pecheny (Eds.), *Ciudadanía sexual en américa latina: abriendo el debate* (pp. 153-163). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Mollow, A. (2012). Is sex disability? Queer theory and the disability Drive. En R. McRuer y A. Mollow (Eds.), *Sex and Disability* (pp. 285-312). Duke University Press.
- Murúa, F. (2015). El derecho a la toma de decisiones en materia de salud sexual de las mujeres con discapacidad desde la óptica de la violencia y la opresión de grupo; algunos avances en C.A.B.A. *Derecho y Ciencias Sociales*, (12), 116-130. <https://revistas.unlp.edu.ar/dcs/article/view/2145>
- Oliver, M. (julio de 1990). *The individual and social models of disability*. Joint Workshop of the Living Options Group y el Research Unit of the Royal College of Physicians.

- <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Oliver-in-soc-dis.pdf>
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.). *Discapacidad y sociedad*, (pp. 34-58). Morata.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. OMS. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). Defining Sexual Health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. OMS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2009/defining_sexual_health.pdf
- Organización Naciones Unidas (2006). Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Shakespeare, T. (1998). Poder y prejuicio: los temas de género, sexualidad y discapacidad. En Barton, L. (Comp.), *Discapacidad y sociedad*. (pp.205-228). Morata.
- Shakespeare, T. (2006). The social model of disability. En L.E. Davis (Ed.). *The Disability Studies Reader*, (pp.266-273). Routledge.
- Tkachenko, M., Malyuk, M., Holmanyuk, A. y Liubimov, N. (2020). *Label Studio: Data labeling software*. <https://github.com/heartexlabs/label-studio>
- Venturiello, M. P. (2016). *La trama social de la discapacidad. Cuerpo, redes familiares y vida cotidiana*. Biblos.
- Venturiello, M. P., Palermo, M. C. & Tiseyra, M. V. (2020). La discapacidad bajo sospecha: políticas públicas en discapacidad en la Argentina durante el período 2016-2019, *Revista Argentina de Sociología*, 16(27), 28-44. <https://cps.org.ar/rasweb/?p=395>
- Yupanqui-Concha, A., Aranda-Farias, C. y Ferrer-Pérez, V. A. (2021). Violencias invisibles hacia mujeres y niñas con discapacidad: elementos que favorecen la continuidad de la práctica de esterilización forzada en Chile. *Revista de Estudios Sociales* (77), 58-75. Universidad de los Andes. <https://doi.org/10.7440/res77.2021.04>
- Yupanqui-Concha, A., Hichins Arismendi, M. y Mandiola Godoy, D. (2022). “Yo fui violentada adentro, estando en un lugar que me tenían que cuidar”: Experiencias de opresión y violencias en contextos de salud hacia mujeres con discapacidad y abordajes desde la terapia ocupacional feminista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, (30), 1-25. Universidad Federal de São Carlos. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO238231043>

María Victoria Tiseyra. Socióloga (UBA); especialista en “Gestión y Planificación en políticas Sociales” (UBA); Mg. en estudios de Género, Mujeres y Ciudadanía” (Universidad de Barcelona, España). Actualmente es Becaria Doctoral (CONICET /IIGG-UBA), donde indaga en torno a la sexualidad de mujeres con discapacidad física de RMBA. Sus líneas de investigación son los estudios de la discapacidad, los estudios feministas y críticos en discapacidad, los estudios de género y sexualidad y la salud sexual y (no) reproductiva.

María Cecilia Palermo. Dra. en Ciencias Sociales (UBA, Argentina), Mg. en Sociología de la Cultura y el Análisis Cultural (IDAES-UnSAM, Argentina). Actualmente es becaria postdoctoral del CONICET y profesora en las carreras de Trabajo Social (UBA) y Sociología (UFLO). Participa de equipos de investigación sobre determinantes sociales de la salud, desigualdades en salud y políticas de cuidado. Su línea de investigación se centra en el análisis institucional de organizaciones del tercer sector que intervienen en el campo de la discapacidad.

Sabrina López. Dra. en Ciencias Biológicas (UBA, Argentina). Actualmente es Fellow de la Climate Sensitive Infectious Disease Network e integrante de la comunidad Argentinean Public Health Research on Data Science and Artificial Intelligence for Epidemic Prevention (ARPHAI) en la línea de Uso Responsable de Datos de Salud. Cuenta con experiencia en uso secundario de datos de salud tanto en el ámbito de la gestión pública como en investigación. Sus proyectos se centran en el fenotipado y anonimización de historias de salud electrónicas.

Verónica Xhardez. Dra. en Ciencias Sociales (UBA), Mag. en Ciencias Políticas y Sociología (Flacso) y Lic. en Ciencias Antropológicas (UBA). En el CIECTI (Centro de Estudios Interdisciplinarios en Ciencia,

Tecnología e Innovación) es investigadora y parte de la coordinación técnica del proyecto ARPHAI y sus proyectos derivados sobre IA y Salud Sexual y Reproductiva. Docente e Investigadora en la Universidad Nacional de Tres de Febrero, en el Programa de Posgrados en Políticas y Administración de la Educación.

Mariela Rajngewerc. Investigadora postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas de Argentina (CONICET). Sus intereses de investigación están en el análisis del sesgo en modelos de aprendizaje automático y en métricas de equidad. Es Licenciada en Matemáticas por la Universidad de Buenos Aires (UBA) y Doctora en Ciencias Aplicadas y de la Ingeniería por la Universidad de San Martín (UNSAM). Es profesora adjunta en la materia Equidad en Aprendizaje Automático en UNSAM.

Laura Alonso Alemany. Dra. en Lingüística Computacional (Universidad de Barcelona), profesora de Ciencias de la Computación en la Universidad Nacional de Córdoba. Especialista en Procesamiento del Lenguaje y Ética de la Inteligencia Artificial. Ha participado en diversos proyectos de investigación y como consultora en proyectos de transferencia al sector socio-productivo. Indaga en cómo los métodos empíricos pueden ayudar a comprender los fenómenos del lenguaje natural y tratar de comprender las repercusiones de los distintos errores de los sistemas de Inteligencia Artificial.

Milagro Teruel. Dra. en Ciencias de la Computación, profesora en la Universidad Nacional de Córdoba y desarrolladora de software. Cuenta con experiencia en investigación académica y en la industria, especializada en el desarrollo de modelos de aprendizaje automático, con foco en procesamiento de lenguaje natural, incluyendo aplicaciones con datos de dominio médico.

Marina Elichiry. Médica especialista en Medicina General y Familiar, posgrado en Cuidados Paliativos. Autora de publicaciones sobre salud integral de personas LGTBI, y sobre salud sexual integral de personas trans. Investigadora y docente sobre temas de salud intersex, salud trans y salud sexual integral.

Guía de acompañamiento en aborto a personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergencias

Angela Bertoni Cruz

Movimiento Feminista por la Accesibilidad Universal-FEMACU, Chile

Estefani Leiva Leiva

Movimiento Feminista por la Accesibilidad Universal-FEMACU, Chile

Resumen: La presente guía de acompañamiento en aborto a personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergencias, proporciona orientaciones para acompañar a personas con discapacidad que buscan realizar un aborto. Está dirigida a organizaciones de acompañamiento, instituciones de salud pública y profesionales del área. Se desarrolló mediante una metodología cualitativa, a través de entrevistas semiestructuradas con personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergentes, además de organizaciones y profesionales en salud sexual y reproductiva. Estas entrevistas permitieron identificar las necesidades específicas de quienes pueden gestar y enfrentan una interrupción del embarazo, voluntaria o espontánea. Las recomendaciones incluyen: Recomendaciones generales para organizaciones, como establecer alianzas con agrupaciones de personas con discapacidad y capacitarse en accesibilidad; Lineamientos para la interacción con personas con discapacidad durante el acompañamiento; Recomendaciones específicas según discapacidad, considerando accesibilidad, entorno y adecuaciones necesarias. Este documento representa un aporte clave para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, promoviendo su autonomía, acceso a información y toma de decisiones libres e informadas.

Palabras-clave: acompañamiento en aborto, aborto, derechos sexuales y reproductivos, personas con discapacidad, personas neurodivergentes.

Introducción

La presente guía está basada en la experiencia de personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergencias que han abortado dentro del territorio chileno⁵³. De esta forma, proporciona orientaciones prácticas para acompañar procesos de aborto en personas con discapacidad, para que puedan acceder a la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) o interrupción espontánea del embarazo (en adelante IEE) de forma segura, respetuosa y en un contexto donde se consideren sus necesidades.

Dado que el aborto seguro y accesible es parte de los derechos sexuales y reproductivos de cuerpos gestantes con y sin discapacidad, es vital asegurar el acceso al aborto a todas las personas, en igualdad de condiciones (UNFPA, 2018).

Dicho lo anterior, en esta guía entregaremos recomendaciones para acompañar al momento de llevar a cabo un aborto, sea espontáneo o voluntario.

Con este documento buscamos sentar las bases para que tanto las organizaciones que trabajen en aborto, como las acompañantes y los equipos de salud, conozcan cómo abordar las

53 Para hacer un análisis representativo de las personas con discapacidad con experiencias de aborto, se realizó una convocatoria dirigida a personas ciegas, Sordas y neurodivergentes, con el fin de realizarles entrevistas semiestructuradas recogiendo sus experiencias, identificando barreras de accesibilidad y sus necesidades específicas al abortar. Participaron tres mujeres con distintas trayectorias: una persona baja visión usuaria de perro guía, una persona Sorda y una persona Autista. Con sus testimonios pudimos elaborar la presente guía.

necesidades que tiene una persona con capacidad de gestar con discapacidad al momento de abortar.

Propósito de la guía

Nuestro objetivo es facilitar el proceso de acompañamiento en aborto a personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergencias⁵⁴. Para esto, especificaremos las posibles necesidades de cada uno de estos grupos en los diferentes momentos de un proceso de IVE o IEE.

Esta guía está dirigida principalmente a organizaciones dedicadas a realizar acompañamientos de aborto, a instituciones de salud pública que realicen interrupciones voluntarias del embarazo según la ley 21.030 de aborto en tres causales y a profesionales de salud que lo requieran. Así mismo, podrán darle uso las personas con discapacidad y todas aquellas personas interesadas en la defensa de los derechos de salud sexual y reproductiva de cuerpos gestantes de este colectivo.

¿Cómo nombraremos a las personas con discapacidad?

Persona con discapacidad es un concepto establecido por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD, 2006), la cual fue escrita por personas de este colectivo. Esta convención nace desde el modelo social y sugiere que la discapacidad se produce en la interacción de ciertas características de las personas con las barreras del entorno, es decir, que el entorno es el que genera barreras discapacitantes y no es la persona quien tiene la discapacidad.

En esta guía emplearemos este término, sin embargo, existen algunas personas que prefieren el lenguaje enfocado en la identidad (por ejemplo, persona sorda). Es importante respetar y valorar la forma en cómo las personas desean ser nombradas.

Derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad

Los derechos sexuales y reproductivos nacen con la Declaración de Salud Sexual realizada en Valencia en el año 1997. Estos se han ido incorporando muy lentamente a la legislatura de los diferentes países, no obstante, siguen siendo desconocidos, invisibilizados y estigmatizados por una gran parte de la población (Riquelme, s.f.).

Uno de los países que no tiene leyes vinculadas a Educación Sexual Integral (ESI) con perspectiva de discapacidad o diversidad funcional es Chile, donde se han rechazado proyectos legislativos que impulsan esta temática. Por esto consideramos fundamental proteger la salud sexual y reproductiva de mujeres y disidencias con y sin discapacidad, ya que la población en general se ve enfrentada a diversas barreras en esta materia.

Barreras que se incrementan en las personas con discapacidad, dado que además de no existir herramientas de accesibilidad en los centros de salud u organizaciones vinculadas a la defensa de derechos sexuales y reproductivos, hay una gran desinformación en esta área. Lo

54 Tras un análisis exhaustivo y a partir del trabajo que FEMACU ha desarrollado junto a personas con discapacidad, se concluyó que esta guía se enfocara exclusivamente en personas ciegas, baja visión, Sordas, hipoacúsicas y neurodivergentes. Esta decisión responde a que las personas con movilidad reducida, en muchos casos, presentan condiciones de salud específicas que exceden el alcance de nuestros conocimientos como investigadoras y como organización.

anterior ignora que es un derecho fundamental el acceso a esta información en los formatos que sean necesarios para todas las personas (Murillo, 2019).

Además de la falta de información, las personas con discapacidad son más propensas a sufrir violencias relacionadas a los derechos sexuales y reproductivos, tales como la esterilización, la anticoncepción y el aborto forzosos. Estas violencias y vulneraciones dan pie a situaciones que afectan directamente sus derechos (UNFPA, 2018).

Uno de los derechos sexuales y reproductivos fundamentales que se ven vulnerados en nuestro país y que aborda esta guía, es el aborto o IVE. Este derecho genera controversia para las personas gestantes con discapacidad, ya que a muchas se les obliga a abortar contra su voluntad, mientras que a otras se les niega el acceso al aborto (Murillo, 2019).

Para que las personas con discapacidad nunca más sean violentadas y se les permita vivir una sexualidad en igualdad de condiciones, es necesario tomar acciones y hacer todos los esfuerzos que contribuyan a erradicar los problemas antes mencionados.

Recomendaciones de acompañamiento

Recomendaciones generales para organizaciones o instituciones que quieran acompañar en la interrupción voluntaria o espontánea del embarazo en personas con discapacidad

Para realizar un efectivo acompañamiento en aborto o IVE en personas con discapacidad, primero debes tener cuenta que la accesibilidad universal es una perspectiva que tiene que considerar todas las dimensiones. Por lo tanto, si vas a acompañar durante el aborto de una persona con discapacidad, debes prestar atención a las necesidades de la persona en todo momento, es decir, desde que diseñas un protocolo hasta cuando culmina el proceso de abortar.

En segundo lugar, es importante tener claro que las personas con discapacidad se enfrentan a diversas barreras producidas por el entorno capacitista que ve a este colectivo como “menos capaz” que las personas sin discapacidad. Esto levanta prejuicios e ideas erradas y provoca discriminación hacia este grupo de la población.

Una forma de discriminación que crea grandes barreras hacia las personas con discapacidad es la falta de acceso a la información. Esto se debe a que no está disponible en formatos accesibles para todas las personas, y por ende no todos pueden tomar decisiones de manera autónoma, libre e informada.

Tal como se mencionó en apartados anteriores, uno de los temas sobre los que no se encuentra información accesible y adecuada es el de los derechos sexuales y reproductivos, y sobre todo en relación con métodos de aborto.

Para eliminar estas barreras y entregar un efectivo acompañamiento, las organizaciones deben considerar las siguientes recomendaciones:

- Establecer asociaciones con organizaciones y/o comunidades de personas con discapacidad para conocer y comprender sus experiencias y realidades.
- Capacitarse en temáticas de discapacidad y accesibilidad universal. Recomendamos que estas capacitaciones sean dictadas por personas con discapacidad o equipos conformados por ellas.
- Asegurarse de que toda la información que maneja y entrega la organización o institución estén en formatos accesibles y pueda ser comprendida por todas las personas.

- Se recomienda usar lenguaje sencillo a lo largo de todo el acompañamiento, independientemente de la discapacidad de la persona a la que estamos acompañando.
- Si la organización o institución desconoce alguna temática en específico asociada a la discapacidad, recomendamos tomar contacto directo con una organización de personas con discapacidad que pueda proporcionar la información adecuada.
- Siempre considerar que todas las necesidades son válidas y diversas.
- No existen cuerpos ni capacidades más valiosas que otras.
- Ningún acompañamiento es igual a otro, por lo que se debe adecuar a las necesidades específicas de la persona.
- Se sugiere construir protocolos específicos para el acompañamiento en aborto según tipo de discapacidad.
- Se recomienda crear adecuaciones en el protocolo en caso de no contar con protocolos específicos.
- En la entrevista de acogida o primera entrevista, se recomienda identificar si la persona tiene discapacidad y las herramientas de accesibilidad o adecuaciones que necesita, a través de preguntas directas tales como: *¿Tienes discapacidad? ¿Qué tipo de discapacidad tienes? ¿Necesitas alguna herramienta de accesibilidad o adecuación?*
- Es importante que las organizaciones o acompañantes tengan a disposición un listado de profesionales con enfoque anticapacitista y que tenga herramientas de accesibilidad en sus atenciones.
- Se debe entregar toda la información necesaria en relación con el proceso de aborto para que la persona con discapacidad pueda tomar una decisión libre e informada.
- Formatos accesibles: Para garantizar que la información y la comunicación sean efectivas, deben estar disponibles en formatos accesibles. Para más información consulta el siguiente enlace: <https://www.euroblind.org/publications-and-resources/>

Recomendaciones generales de acompañamiento en aborto a personas con discapacidad

Tal como hemos mencionado, las necesidades de las personas con discapacidad son específicas de acuerdo a sus realidades. No obstante, existen ciertas consideraciones que pueden ser aplicadas a toda esta comunidad.

Dejamos aquí algunas recomendaciones generales en relación al acompañamiento en aborto para personas con discapacidad:

- Establece una comunicación directa con la persona y nunca con su acompañante. Salvo que sea estrictamente necesario y autorizado por la persona con discapacidad.
- Como en todas las relaciones interpersonales, debes ofrecer un trato entre iguales. Recomendamos que te presentes por el nombre o la seña, y preguntar a la persona el suyo.
- Las personas con discapacidad, al igual que el resto de la población, son libres de decidir cómo quieren ser nombradas. Es por eso, que debes preguntarle a la persona cómo se identifica. Esto es válido tanto en su pronombre como en su identidad disca.
- No debes asumir que la persona con discapacidad no puede dar su consentimiento libre e informado.
- Debes considerar que las personas con discapacidad tienen autonomía en la toma de sus decisiones; es por ello que cada vez que tengas dudas de cómo atender o acompañar a una persona con discapacidad debes preguntarle a la misma persona, ya que son ellas las que mejor conocen sus necesidades y cómo resolverlas.

- Debes ofrecer los ajustes razonables siempre que sea necesario. Estos son fundamentales para asegurar que las personas con discapacidad puedan acceder y utilizar los servicios en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad.
- La forma de ajuste que requiere o prefiere una persona con discapacidad debe ser establecida por ella misma.
- Recomendamos adaptar los tiempos y formas de atención. Considerar periodos de citas más extensos y horarios específicos. También considerar que algunas personas con discapacidad pueden necesitar ser acompañadas por otra persona a las citas.
- Ten en cuenta que la persona que va a abortar puede cambiar de opinión. La decisión que tome debe ser respetada y acompañada en todo momento.
- Informa explícitamente sobre los procesos que el cuerpo experimentará con el aborto, dando especial énfasis en cómo este actuará en cuanto al dolor. Si es posible, grafica el dolor con la ayuda de una escala de medición. Te recomendamos escoger con la persona la escala que mejor se adecúe a sus necesidades.
- Genera material que grafique el dolor a lo largo del proceso de aborto. Por ejemplo, crear un “mapa del dolor” que incluya los momentos previos, el durante y el después de un aborto, y se indique en qué momentos puede aumentar el dolor. Ejemplificar siempre es bueno.
- El proceso de aborto puede ser un vaivén de emociones. Se recomienda que una vez finalizado el aborto se facilite el acceso a acompañamiento psicológico.

Recomendaciones específicas de acompañamiento en aborto según tipo de discapacidad

Si bien las recomendaciones para acompañar a personas con discapacidad son parecidas, existen algunas que son específicas a cada tipo de discapacidad, pues consideran sus necesidades, habilidades y capacidades. En los siguientes apartados, te indicaremos cuáles son las consideraciones que debes tener a la hora de acompañar a personas con discapacidad auditiva, discapacidad visual y neurodivergencias.

Personas sordas o hipoacúsicas

Las recomendaciones que encontrarás a continuación son generales para personas con discapacidad auditiva, tanto Sordas como hipoacúsicas.

- La lengua natural de las personas sordas en nuestro territorio es la Lengua de Señas Chilena (LSCH). Siempre buscarán comunicarse de esta manera⁵⁵.
- Es importante considerar que las personas Sordas tienen más barreras en el acceso a la información que la población sin discapacidad, ya que la mayoría no conoce ni maneja la lengua de señas chilena, y gran parte de la información se entrega de forma oral. Esto dificulta la comunicación y el acceso a la información efectiva y veraz.
- Es producto de esta barrera que las personas Sordas e hipoacúsicas tengan muy poco acceso a la información sobre derechos sexuales y reproductivos. Por esto es importante entregar toda la información posible respecto al aborto, desde datos médicos, posologías, datos legales, centros de asistencia, hasta estrategias para transitar el dolor, etc.

⁵⁵ Aunque muchas personas Sordas prefieren la lengua de señas, también existe una parte significativa de la población que se comunica mediante la lectura labial o a través de medios escritos. Por ello, para brindar una atención adecuada y respetuosa, es fundamental conocer e identificar el medio de comunicación preferido de cada persona.

- Recomendamos que toda la información que esté relacionada al proceso de aborto y que sea entregada en los acompañamientos sea dada en lengua de señas.
- Sugerimos que al menos una persona de la organización aprenda y maneje la Lengua de Señas para tener una comunicación directa y fluida, garantizando la confidencialidad.
- En el caso de no contar con alguien que sepa Lengua de Señas en el equipo, se recomienda convocar a una o un intérprete que sea de confianza y que esté a favor del aborto.
- Nunca debes dirigirte al intérprete. Comunícate directamente con la persona sorda.
- Siempre debes captar la atención de la persona sorda antes de hablar. Puede ser moviendo una mano frente a él, ella o elle; o como prefiera la persona. Siempre debes preguntar antes de hacer cualquier acción.
- Si bien recomendamos que tengas una buena modulación, no debes gritar ni exagerar al hablar.
- Si vas a utilizar la modulación como medio de comunicación, debes hablar claro y pausadamente.
- Debes mirar directamente a la persona Sorda y no taparte la boca. En el caso de usar mascarilla, te recomendamos ocupar una mascarilla inclusiva que deje al descubierto tu boca para favorecer la lectura labial y las expresiones faciales.
- Las personas Sordas suelen utilizar medios visuales para la comunicación. Es por ello, que te aconsejamos utilizar lenguaje sencillo, claro y con ejemplos que grafiquen lo que quieras decir.
- Te proponemos crear una guía visual explicativa acerca del consumo de pastillas. Esta debe incluir información como el orden en que se deben ingerir las pastillas, el tiempo de distancia entre una y otra, posología, entre otros elementos importantes.
- En el caso de realizar talleres online, recomendamos anclar al intérprete si lo hay, y a la persona que está hablando.
- Debes utilizar subtítulos además del intérprete en lengua de señas chilena.
- Debes proyectar las preguntas o títulos relevantes en letras grandes y visibles.
- Una vez finalizada la atención, recomendamos documentar la información recopilada durante la o las sesiones.

Personas ciegas o baja visión

Las personas ciegas y baja visión tienen diversas formas de movilizarse y de acceder a la información, por lo que las recomendaciones que encontrarás en esta guía son variadas y se adecúan a las necesidades de cada quién.

- Ten en cuenta que las personas con discapacidad visual pueden utilizar diferentes formas para movilizarse. La más común es el bastón, pero también pueden tener un perro de asistencia o guía. Busca y pregunta cuál es la mejor forma para guiarle.
- En el caso de que la persona tenga un perro de asistencia o guía, siempre debes dirigirte a la persona, nunca tomar la correa del perro o hablarle a él. Puedes acariciarle, siempre y cuando la persona con discapacidad visual te lo permita.
- Recuerda que el perro de asistencia o guía es un acompañante que le brinda autonomía, por tanto, es su derecho y tu obligación permitir que la persona ingrese a cualquier espacio junto a él.
- Recuerda siempre que tienes que ser lo más descriptivo posible.

Si la persona utiliza bastón, debes seguir las siguientes indicaciones:

- Nunca debes tomar de cualquier parte del cuerpo a la persona con discapacidad, sin que elle te lo indique.
- Pregunta cómo prefiere que le guíes. Puede preferir tomarse de tu hombro o codo, dependiendo de la persona.
- Trata de acercarte por el lado en el que no use el bastón y quedarte en el mismo lugar. Si no, puedes crearle una sensación de vacío.
- Nunca debes tomar el bastón.
- No debes alejar de la persona su bastón o herramienta de movilidad.
- Cuando ingreses a un lugar, debes presentarte por tu nombre y decir quiénes están en la habitación.
- Para indicar dónde está la silla o el espacio para sentarse, pregunta si le puedes tomar su mano y ubícala en el respaldo de la silla. También puedes indicar de manera verbal dónde está el espacio para sentarse: al frente, a la derecha, a la izquierda, en diagonal.
- Debes describir cualquier procedimiento que vayas a realizar y explicar lo que estás haciendo. Por ejemplo, si vas a poner una inyección, debes especificar qué tipo de aguja es, para qué utilizarás y dónde la pondrás.
- Para graficar recomendamos que utilices fantasmas que puedan ser tocados por la persona. Debes entregarle indicaciones verbales y táctiles, guiando el recorrido táctil con tu mano. Recuerda: siempre debes preguntar si puedes tomar la mano de la persona con discapacidad visual.
- Sugerimos que, de manera previa a cada consulta, cita o taller, se facilite la información en formatos digitales para que la persona pueda leerlo antes con su lector de pantalla.
- Si entregas una receta médica, debes explicar verbalmente y por escrito, en braille y/o macrotipo (letras grandes, sobre 12 sin adornos) o audio, la pauta de cómo deben ser ingeridos o aplicados los medicamentos.
- Si entregas más de un medicamento, debes encontrar alguna manera de diferenciarlos. Por ejemplo, escribir con braille en la caja el nombre de cada medicamento.
- Te proponemos graficar y explicar las diferentes etapas del proceso de aborto o IVE, usando diferentes recursos táctiles o visuales que cumplan con las medidas de accesibilidad: contraste, macrotipo y el apoyo de fantasmas.

Personas neurodivergentes

En este apartado te entregaremos ciertas pautas que debes considerar al momento de acompañar en aborto o IVE a una persona neurodivergente. Ten en cuenta que sus necesidades son amplias y diversas.

- Debes tener en cuenta que cada persona neurodivergente tiene un perfil sensorial que te puede ayudar a comprender cuáles son sus necesidades y cómo interactúa con el entorno. Solicita a la persona su perfil sensorial para planificar su acompañamiento de mejor manera y de acuerdo a sus necesidades.
- Si no conoce su perfil o no cuenta con diagnóstico, siempre pregunta directamente sus formas de interacción.

- Las personas neurodivergentes pueden comunicarse de diferentes maneras, ya sea de forma oral, gestual, por escrito, con pictogramas o con aplicaciones móviles. Es tu deber comprender y preguntar cuál es la mejor forma para comunicarse y transmitir la información.
- Siempre debes graficar los procesos de aborto o interrupción del embarazo de manera visual, clara y sencilla, utilizando imágenes acordes con la situación.
- Cada vez que lo requiera, debes entregar y explicar toda la información a la persona, debido a que muchas veces necesitan reafirmar la información y preguntarán más de una vez. Como acompañante debes comprender que tienes que estar disponible en todo momento.
- Cuando comiences un acompañamiento de aborto, debes anticipar cuáles serán los procesos y etapas que la persona neurodivergente vivirá y debes comunicarlos constantemente.
- Si la organización determina una persona acompañante, es necesario asegurar que esta sea la misma durante todo el proceso, y que tenga una cierta sensibilidad para efectuar un acompañamiento de personas neurodivergentes.
- En estas circunstancias la persona neurodivergente puede tener ciertas afecciones de memoria, dado que se encuentra en un especial momento de vulnerabilidad y tensión. Debido a esto recomendamos tener en cuenta que se puede requerir más de una sesión para que la persona entregue a la acompañante toda la información necesaria.
- En el caso de un encuentro presencial, debes brindar un entorno libre de fragancias, luces muy brillantes o ruidos fuertes y molestos.
- Debes ofrecer una variedad de opciones para sentarse. Siempre es bueno tener un cojín mullido y acolchado para una mayor comodidad sensorial.
- Se recomienda tener juguetes antiestrés o para calmar la ansiedad. Por ejemplo, bolas de relajación, peluches, fidgets.
- Tener agua y alimentos disponibles.
- Reducir los tiempos de espera extensos en citas y respuestas de correos. Además, recomendamos realizar las atenciones en la hora acordada (eliminar los atrasos, ya que pueden causar mucha ansiedad).
- Ofrecer descansos durante citas o entrevistas extensas.
- Con relación al aborto, es importante explicar a la persona que tiene que abortar en un sitio seguro y que le acomode. Además, recomendamos entregar las indicaciones para llevar a cabo la IVE, el tiempo de duración y cómo debe adaptar el espacio. Sugerimos explicar que no solo habrá cambios físicos, sino que también hay afectaciones emocionales al momento de realizar el aborto.

En el caso de que la persona neurodivergente tenga métodos alternativos de la comunicación debes seguir las siguientes indicaciones:

- Si la persona habla lento o es difícil entenderle, no asumir que esto implica que tiene dificultades en el aprendizaje o en la comprensión.
- Pedir a la persona que repita cualquier frase o idea que no se le entienda.
- Hacer preguntas que la persona pueda responder con “sí” o con “no”.
- Permitir que la persona se tome el tiempo necesario para explicar su caso y lo que le pasa.
- Tener paciencia.

Conclusiones

Esta guía es un primer paso para identificar y relevar las necesidades que tienen las personas con discapacidad visual, auditiva y neurodivergentes respecto al acompañamiento en aborto. Creemos también que es un aporte en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad, debido a que es uno de los primeros documentos que se realizan en esta temática. Además, brindará herramientas prácticas para las organizaciones que quieran acompañar abortos en cuerpos gestantes con discapacidad. Reconocemos, como organización feminista, que vela por el anti capacitismo y a favor de la accesibilidad universal, que el acceso a la información y el derecho a la autonomía de las personas con discapacidad es clave para que no sea vean vulnerados sus derechos y puedan tomar decisiones libres e informadas. Invitamos a las organizaciones acompañantes de aborto a identificar, conocer y comprender las necesidades de las personas con discapacidad, y a que las hagan parte de sus activismos, para que nunca más existan barreras en temáticas de derechos sexuales y reproductivos. Dado que la información en aborto es escasa y ha sido poco estudiada y abordada, esta guía permite sentar los cimientos para seguir trabajando y desarrollando acciones vinculadas a esta temática en el futuro. Reconocemos que, al ser información poco investigada, esta no está totalmente cerrada Si tienes información que aportar y que creas que sea de utilidad, puedes escribirnos a accesouniversalm@gmail.com.

Financiación

Financiado por Fondo Inroads. <https://www.makeinroads.org>

Referencias bibliográficas

- Murillo, I. (2019). Dossier Jornadas de Derechos Sexuales y Reproductivos de Mujeres con Discapacidad y Agenda 2030. Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE). <https://www.cocemfe.es/wp-content/uploads/2019/09/Dossier-Derechos-sexuales-y-reproductivos-COCEMFE.pdf>
- Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconv.pdf>
- Riquelme, A. (s.f.). Guía de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad orientada a profesionales. Agencia Nacional de Discapacidad, Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_de_derechos_sexuales_y_reproductivos_de_las_personas_con_discapacidad_orientada_a_profesionales._version_pdf.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2018). *Mujeres y jóvenes con discapacidad: Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/18-158-YouthDisabilities-SPANISH-2019-01-11-1621-web_0.pdf
- Angela Bertoni Cruz.** Trabajadora Social, activista feminista, fundadora y miembro activo de la Fundación Femacu. Desde hace más de ocho años trabaja en temas vinculados a género, discapacidad, accesibilidad universal y derechos sexuales y reproductivos. Está especializada en accesibilidad universal y en herramientas como la lectura fácil y la seguridad espacial cognitiva. Su labor se enfoca especialmente en el

trabajo con mujeres con discapacidad, desde una perspectiva interseccional y anticapacitista.

E-mail: angelabertoni@gmail.com

Estefani Leiva. Psicóloga educativa, activista feminista y fundadora de la editorial de juegos accesibles Tricípite. Integra FEMACu y trabaja hace más de diez años en inclusión, accesibilidad universal y derechos de personas con discapacidad. Está especializada en accesibilidad desde el diseño de experiencias lúdicas y educativas, la formación docente en Braille y la adaptación de materiales con criterios multisensoriales. Su enfoque es interseccional, anticapacitista y orientado a la autonomía, especialmente de mujeres, niñas, niños y jóvenes con discapacidad.

E-mail: estefanill@blanquerna.url.edu

**Parte V | Violência obstétrica na Ibero-América: tendências,
desafios e respostas**
*Violencia obstétrica en Iberoamérica: tendencias,
retos y respuestas*

Capítulo 20

A violência obstétrica como expressão de racismo e xenofobia na gravidez com mulheres brasileiras racializadas em Portugal

Mariana Holanda Rusu

Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

Conceição Nogueira

Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal

Joana Bessa Topa

Centro de Psicologia da Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal
Universidade de Maia, Portugal
Centro Interdisciplinar de Estudos de Género
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo: A violência obstétrica é uma forma de violência de gênero que subalterniza parturientes por meio de práticas abusivas no cuidado à saúde sexual e reprodutiva. Em Portugal, esse fenômeno configura uma grave questão de saúde pública, especialmente para mulheres brasileiras racializadas, que enfrentam formas agravadas de racismo e xenofobia durante a gravidez. Sustentada por estruturas racistas e xenófobas, essa violência reforça desigualdades e viola direitos fundamentais, como vida, saúde e integridade corporal. Com base na epistemologia feminista interseccional e no construcionismo social, esta pesquisa teve como objetivo compreender a experiência subjetiva de xenofobia e racismo obstétrico vivenciados por mulheres brasileiras racializadas no contexto do SNS português. Utilizou-se uma abordagem qualitativa exploratória com entrevistas a 10 mulheres, que relataram episódios de discriminação, invisibilização e desrespeito à autonomia durante a assistência de cuidados maternos na gravidez. A interseção entre gênero, raça e território aumenta a vulnerabilidade dessas mulheres, dificultando o acesso a uma assistência humanizada. Reconhecer tais práticas como violência obstétrica é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas que garantam direitos sexuais e reprodutivos, promovendo um cuidado digno, equitativo e antirracista.

Palavras-chave: cuidados maternos, direitos sexuais e reprodutivos, feminização da migração, interseccionalidade, racismo obstétrico.

Apesar do avanço das pesquisas sobre a feminização dos fluxos migratórios, a sensibilização social quanto às condições enfrentadas por mulheres imigrantes, especialmente racializadas, ainda é limitada. Segundo Vergès (2020), são consideradas racializadas as pessoas percebidas como não brancas e não ocidentais, independentemente da cidadania formal, sendo marcadas por fatores como cor, religião, língua e costumes, o que as exclui dos espaços privilegiados da sociedade europeia. Essas mulheres vivem sob riscos constantes de racismo, xenofobia, feminicídios, negligência à saúde e discriminações diversas (Moraes et al., 2021), enfrentando vulnerabilidades acentuadas pela intersecção entre gênero, raça e território (Rusu et al., 2025).

A crescente participação feminina nos fluxos migratórios em Portugal evidencia a urgência de atenção à assistência materna no Serviço Nacional de Saúde (SNS), onde essas mulheres frequentemente são alvo de práticas discriminatórias (Rusu et al., 2024). Indicadores de saúde materno-infantil revelam piores desfechos para mulheres imigrantes, como maiores taxas de mortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer, em comparação às mulheres nativas (Topa, 2016).

A violência obstétrica, reconhecida como violência baseada em gênero, ocorre durante o contato com os serviços de saúde sexual e reprodutiva, resultando em subordinação e sofrimento. Trata-se de um fenômeno multifacetado, associado ao exercício de poder de profissionais sobre parturientes, especialmente exacerbado em mulheres imigrantes e racializadas (Sesia, 2020). Para Diaz-Tello (2016), é uma forma de violência institucionalizada que inclui intimidação e coerção durante a gravidez, parto e pós-parto.

Além das questões clínicas, a maternidade é um processo de transição atravessado por alterações físicas, emocionais e sociais, agravadas no contexto migratório. Tornar-se mãe imigrante implica lidar com transformações identitárias em ambientes institucionais hostis (Zaman et al., 2024), somadas à ausência de redes de apoio, barreiras linguísticas e dificuldades econômicas (Arrais et al., 2014). Esses fatores impactam a saúde física, mental e social das mulheres (Rusu et al., 2024), tornando indispensável a promoção de cuidados humanizados, interseccionais e antirracistas nos serviços de saúde.

Realidade de gestar entre fronteiras: corpo migrante, corpo racializado

A intersecção entre a violência institucional, caracterizada pela negligência às necessidades individuais, impondo restrições injustas e frequentemente ignorando ou prejudicando os direitos e experiências das pessoas (Ril et al., 2024) e o racismo obstétrico, que tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico (Davis, 2019), configura-se como um dos principais fatores que permeiam a assistência à saúde materna de mulheres brasileiras racializadas em Portugal (Rusu et al., 2024). Essa realidade escancara as persistentes desigualdades no SNS português, mesmo diante de avanços técnicos na assistência perinatal e de intervenções públicas voltadas à redução da morbimortalidade materna e neonatal.

O racismo obstétrico, nesse contexto, evidencia que mulheres negras e racializadas não apenas enfrentam um sistema de saúde que negligencia suas necessidades e direitos, mas também são submetidas a estigmas profundamente enraizados em sua identidade racial. Como consequência, perpetuam-se desigualdades raciais na saúde, impactando diretamente a qualidade do atendimento e os desfechos maternos — com taxas mais elevadas de mortalidade e morbidade entre essas mulheres (Davis, 2019).

Em 2023, a United Nations Population Fund e o Latin American Center for Perinatology revelaram que mulheres afrodescendentes são sistematicamente negligenciadas e maltratadas, aumentando as taxas de mortalidade materna. Neste mesmo ano, a SaMaNe, Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal, publica o Relatório das Experiências de Gravidez, Parto e Pós-Parto de Mulheres Negras e Afrodescendentes em Portugal, revelando dados alarmantes: 33,5% das mulheres entrevistadas relataram humilhações durante a gravidez, 23,4% enfrentaram negligência e 30% sofreram intervenções sem consentimento. Esses números demonstram que a discriminação racial em contextos obstétricos em Portugal não se trata apenas de atitudes isoladas ou preconceitos individuais, mas de um sistema estruturado que desrespeita os direitos humanos fundamentais das mulheres racializadas (Rusu et al., 2025).

Oliveira (2021) destaca que o racismo é parte de um processo social, histórico e político que cria mecanismos para discriminar sistematicamente pessoas ou grupos. A concepção estrutural do racismo o vincula ao racismo institucional, cujas regras são baseadas em uma ordem social previamente estabelecida. Esse racismo estrutural ultrapassa os determinantes sociais, mas seu impacto na saúde torna-se evidente quando analisado por essa ótica, pois

impõe limites ou facilita de maneira desigual as “forças e sistemas” que moldam a vida e as oportunidades de saúde entre diferentes grupos raciais (Headen et al., 2022).

Fatores de origem como racismo e xenofobia continuam distribuindo a vulnerabilidade à saúde de forma desigual, especialmente entre mulheres racializadas. Por isso, a violência obstétrica e ginecológica contra mulheres brasileiras racializadas não pode ser dissociada da lógica institucional e estrutural do racismo. Práticas aparentemente individuais de discriminação na assistência à saúde estão inseridas em um contexto maior de opressão sistemática e institucionalizada (Rusu et al., 2024; Rusu et al., 2025).

Essa problemática é atravessada por heranças coloniais e estruturas culturais que seguem subalternizando corpos negros e racializados. No caso de mulheres brasileiras em Portugal, a relação colonial entre os países acentua esse marcador racial, inscrevendo o gênero em corpos racializados e legitimando práticas eurocêntricas que perpetuam privilégios e desigualdades (Rusu et al., 2024). A construção histórica da raça, mediada pelo colonialismo, serviu para hierarquizar e controlar corpos, consolidando a mulher negra como o “Outro” (Kilomba, 2019).

A imposição violenta de um “eu” sobre o “outro” ultrapassa a agressão física, anulando identidades, condicionando subjetividades e moldando de forma desumanizante as experiências das mulheres negras (Gonzalez, 2020). Mulheres imigrantes são mais expostas a riscos de discriminação, violência emocional, física e sexual, especialmente durante a gravidez (Zaman et al., 2024). No campo da saúde materna, a abordagem interseccional torna-se essencial para compreender como fatores como raça, gênero e território moldam as vivências dessas mulheres durante a gestação e o parto (Bilge & Collins, 2021).

A maternidade, enquanto processo de transição, envolve alterações físicas, emocionais e sociais que se complexificam no contexto migratório. Tornar-se mãe imigrante significa atravessar transformações identitárias em ambientes institucionais muitas vezes hostis (Zaman et al., 2024), agravadas pela ausência de redes de apoio, barreiras linguísticas e dificuldades econômicas (Arrais et al., 2014). Mulheres brasileiras racializadas enfrentam maiores taxas de mortalidade materna, prematuridade e baixo peso ao nascer quando comparadas às mulheres nativas, refletindo desigualdades no acesso e na qualidade da assistência (Topa, 2016; Rusu et al., 2024).

A violência obstétrica, reconhecida como violência de gênero, ocorre durante o contato com serviços de saúde sexual e reprodutiva, resultando em subordinação e sofrimento, especialmente para mulheres racializadas e imigrantes (Sesia, 2020). Diaz-Tello (2016) define essa violência como intimidação e coerção durante a gravidez, parto e pós-parto, configurando um problema sistêmico de violência institucional baseada em gênero.

Stevens et al. (2024) destacam o crescimento do populismo de direita, nacionalismo e autoritarismo na Europa, com discursos anti-imigrantes amplamente difundidos na mídia e na política, o que normaliza a xenofobia e reforça o racismo. Políticas migratórias discriminatórias e restritivas adotadas por países europeus prejudicam a saúde materno-infantil ao influenciar negativamente os determinantes sociais da saúde — como moradia, educação e renda — e restringir o acesso aos serviços de saúde. Além disso, o viés implícito e explícito dos profissionais de saúde compromete a equidade no atendimento.

Este estudo baseia-se em uma epistemologia feminista interseccional e no construcionismo social, articulando os fatores que envolvem a invisibilidade e a opressão de mulheres brasileiras racializadas. Seu objetivo é compreender a experiência subjetiva de xenofobia e racismo obstétrico vivenciada por essas mulheres no Serviço Nacional de Saúde português. Em Portugal, as taxas mais elevadas de abuso obstétrico e complicações perinatais ocorrem entre mulheres negras e racializadas, evidenciando lacunas no cuidado perinatal e a urgência de políticas

públicas que reconheçam essas intersecções e promovam uma saúde sexual e reprodutiva verdadeiramente equitativa e antirracista (Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal, 2023; Costa et al., 2022; Rusu et al., 2024).

Trajetos metodológicos

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas individuais semiestruturadas para explorar as experiências subjetivas de mulheres brasileiras racializadas que enfrentaram violência obstétrica durante a gravidez. Essa metodologia possibilitou compreender de forma aprofundada suas vivências nos serviços de saúde materna, analisando crenças, atitudes, valores e motivações diante dos diferentes contextos e atores envolvidos, alinhando-se aos objetivos de evidenciar as intersecções entre gênero, raça e território no cuidado perinatal.

Para garantir a validade do instrumento utilizado, foi inicialmente realizada uma revisão científica sobre o tema, a fim de avaliar em que medida o instrumento de coleta representava adequadamente o conteúdo que se pretendia investigar. A entrevista foi composta por duas partes: a primeira recolheu dados sociodemográficos, e a segunda foi organizada em sete seções: 1) trajetória migratória (ex.: Que mudanças ocorreram desde que imigrou? [explorar identidade, família, aspectos pessoais, sociais, culturais]); 2) ser uma gestante migrante em Portugal (ex.: O que significou para você estar grávida em Portugal?); 3) gravidez (ex.: Você poderia contar sobre sua gravidez, especialmente sobre o pré-natal? Como foi para você?); 4) parto (ex.: Você sentiu que seus direitos fundamentais foram garantidos durante o trabalho de parto?); 5) pós-parto (ex.: Poderia contar um pouco sobre o que mudou na sua vida antes e depois do nascimento do bebê?); 6) violência obstétrica (ex.: Você acredita ter sido alvo de violência obstétrica? Em caso afirmativo, que elementos favoreceram essas situações?); e 7) considerações finais (ex.: Quão satisfeita você está com o cuidado materno [pré-natal, parto, puerpério], considerando sua condição de mulher brasileira racializada em Portugal?).

O desenvolvimento do instrumento seguiu seis etapas principais: elaboração do roteiro inicial, validação pelas revisoras, avaliação preliminar dos resultados, pré-teste, validação final do roteiro e construção de uma versão teórico-empírica. O processo de validação incluiu a avaliação de quatro atributos: alinhamento com os objetivos, relevância dos constructos, clareza da linguagem e adequação às expectativas qualitativas. O instrumento foi considerado válido, por abranger os elementos essenciais do conceito investigado com base na definição das variáveis.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, respeitando todos os princípios éticos, incluindo o consentimento informado, o anonimato e a proteção dos dados das participantes. A participação foi voluntária, e os dados foram tratados de forma confidencial.

As participantes foram recrutadas por amostragem por conveniência, utilizando redes sociais como Instagram e Facebook para divulgação do estudo. Os critérios de inclusão exigiam que as participantes fossem mulheres brasileiras, residentes em Portugal, com 18 anos ou mais, identificadas como racializadas, que tivessem dado à luz nos últimos três anos no país e relatassem experiências de violência obstétrica no SNS português. Além disso, foi utilizada a técnica de amostragem em bola de neve, na qual as participantes indicavam outras mulheres que atendiam aos critérios, ampliando o acesso a potenciais entrevistadas. As entrevistas foram agendadas por contato direto, telefone ou e-mail e realizadas via ZOOM, garantindo maior conveniência para as participantes. Os encontros ocorreram entre fevereiro e abril de 2024 e tiveram, em média, 60 minutos de duração cada.

Quadro 20.1 Características sociodemográficas das participantes

Participante	Idade (anos)	Nacionalidade	Identidade Racial	Orientação Sexual	Qualificação Acadêmica	Identidade de Gênero	Situação Laboral	Número de Crianças	Tempo que vive em Portugal (anos)
P1	31	Brasileira	negra	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	4
P2	34	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	6
P3	33	Brasileira	negra	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	5
P4	35	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	6
P5	34	Brasileira	racializada	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	1	2
P6	41	Brasileira	negra	bissexual	doutorado	mulher cis	empregada	2	7
P7	31	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	5
P8	40	Brasileira	racializada	heterossexual	graduada	mulher cis	empregada	2	7
P9	42	Brasileira	racializada	heterossexual	doutorado	mulher cis	empregada	2	8
P10	44	Brasileira	racializada	heterossexual	mestrado	mulher cis	empregada	1	5

Participaram do estudo dez mulheres brasileiras racializadas, com idades entre 31 e 44 anos. Todas se identificaram como cisgênero; nove se declararam heterossexuais e uma bissexual. Em relação à escolaridade, quatro tinham licenciatura, quatro mestrado e duas doutorado. O tempo de residência em Portugal variava entre dois e oito anos (cf. quadro 20.1).

Para a análise dos dados, foi utilizada a Análise Temática de Braun e Clarke (2020), composta por seis etapas: familiarização com os dados, geração de códigos iniciais, busca por temas, revisão, definição e nomeação dos temas, e produção do relatório final. Essa abordagem permitiu uma exploração aprofundada das narrativas, resultando em um mapeamento detalhado dos padrões identificados nos dados coletados.

Vozes que rompem o silêncio: relatos e discussão de racismo e xenofobia como fundamentos estruturais da violência obstétrica em Portugal

Este estudo buscou analisar experiências de violência obstétrica e compreender como práticas de racismo e xenofobia afetam mulheres brasileiras racializadas durante a gravidez em Portugal. A partir de uma análise interseccional, evidenciou-se como gênero, raça e território interagem para produzir discriminação, estigmatização e negação de direitos fundamentais, como vida, saúde e integridade corporal.

Os resultados buscam também oferecer uma contextualização das regiões/freguesias onde estas mulheres habitavam e buscaram assistência dos cuidados maternos durante a gravidez. Em muitos casos, as participantes enfrentaram barreiras nos centros de saúde de suas freguesias e relataram insegurança por viverem em territórios marcados por estigma social, onde há uma alta concentração de imigrantes. Isso gerava um sentimento de exclusão desde o território habitado até o espaço institucional de cuidado.

Fui atribuída a um médico da família porque meu marido é português, eu sou uma reles imigrante. Até na escola é a mesma coisa (P9)

Meu centro de saúde fica em uma região que tem muito imigrante (P7)

Pelo menos 2x por dia tinha batida policial na freguesia que morava por ser habitada por um grande número de imigrantes (P7)

É importante frisar que o território em que algumas dessas mulheres habitavam já oferece um ambiente marcado por questões de xenofobia, o que colabora ainda mais com o aumento de situações de vulnerabilidade e insegurança durante a gravidez. Essas demarcações trazem um impacto psicológico e emocional significativo no desenvolvimento e assistência recebida durante a gestação (Rusu et al, 2025).

Somando-se a isto, a ausência de políticas públicas adequadas aprofunda os impactos negativos da violência obstétrica, especialmente entre mulheres imigrantes, que sofrem com o despreparo dos serviços e o preconceito institucional (Ril et al., 2024; Stevens et al., 2024; Zaman et al., 2024). Os relatos mostram que essas mulheres enfrentam práticas abusivas que comprometem sua autonomia e bem-estar físico, psicológico e social.

As entrevistas revelaram consequências profundas decorrentes do cuidado desrespeitoso, como complicações emocionais, sensação de inferioridade e exclusão. Muitas vezes, essas mulheres são tratadas com desdém e desrespeito, o que se agrava por estereótipos ligados à nacionalidade e à cor da pele. A hipersexualização, a associação com profissões subalternas e a xenofobia aparecem como imagens recorrentes.

Várias vezes fui reconhecida como prostituta ou empregada doméstica (P6)

A recepcionista do Centro de Saúde falou que brasileira só vem pra cá para fazer filho e roubar marido dos outros (P2)

O médico que sempre fazia os meus exames de pré-natal fazia piada com os brasileiros o tempo todo. Dizia: Portugal está se acabando por conta da imigração (P7)

Esses relatos evidenciam a estigmatização das mulheres brasileiras, frequentemente associadas à promiscuidade, o que impacta diretamente sua vivência da maternidade e o acesso a cuidados de saúde (Rusu et al., 2024; Morais et al., 2021). Como aponta Gonzalez (2020), essas imagens estão enraizadas em processos coloniais que animalizam corpos não brancos e os colocam fora do ideal de feminilidade branca europeia. A autora também argumenta que o sistema moderno-colonial de gênero impõe normas raciais e sexuais que legitimam a violência e a desumanização de corpos racializados.

Para Costa et al. (2022) e Rusu et al. (2024), a raça e o gênero são eixos estruturantes da hierarquia social e não atuam isoladamente. Eles interagem com outros marcadores, como nacionalidade, criando camadas de exclusão nos serviços de saúde. Reafirmando Vergès (2020) mulheres imigrantes racializadas vivem essa sobreposição de opressões, o que se reflete em seus relatos:

Eu estava super sensível... aí a médica: mas você já fez isso? Reclamou comigo assim, foi grossa, sabe? Como se eu devesse saber (P3)

Fiquei muito insegura na gravidez. Fica a mercê, refém do sistema (P8)

A violência obstétrica vivida por essas mulheres gera impactos significativos em sua saúde mental, afetando a experiência da gravidez e do parto. O medo, a tristeza e a frustração se repetem nos depoimentos:

Eu senti medo (P2)

Eu sempre saía dos exames chorando (P6)

Com 39 semanas a médica fez um toque. Nessa noite eu sangrei bastante (P10).
Chorei muito, nunca imaginei que iriam me tocar sem consentimento (P9).

A literatura aponta que esse tipo de violência rompe o vínculo simbólico com a maternidade, despersonalizando o corpo da mulher (Diaz-Tello, 2016; Rusu et al., 2024). A falta de sensibilidade cultural e o despreparo dos profissionais de saúde criam um ambiente de exclusão, onde o corpo da mulher imigrante torna-se um “outro” a ser controlado. Isso gera sensação de impotência, solidão e culpa, podendo levar a quadros de depressão pós-parto (Rusu et al., 2025; Sesia, 2020).

A violência obstétrica relatada inclui atos físicos (toques vaginais dolorosos, intervenções sem consentimento), bem como violência verbal e psicológica (gritos, humilhações, desinformação e chantagem). As participantes relataram práticas que ferem o direito à informação e à autonomia:

Ela me tocou com uma dor absurda que eu nunca tinha sentido durante toda a gravidez” (P1)
A médica de família começou a gritar comigo de forma descontrolada, me chamando de irresponsável porque fiz uma ecografia em hospital privado (P4)
Os médicos sempre me trataram muito mal (P5)
A médica de família era antipática, era a chefe, não ouvia, só queria impor (P8)

Segundo Sesia (2020), práticas como exames vaginais repetitivos e não consentidos, além de não estarem baseadas em evidências científicas, violam direitos humanos e expõem as mulheres a riscos físicos e emocionais. Esses episódios revelam a desigualdade de poder entre pacientes e profissionais de saúde, o que perpetua a violência obstétrica (Rusu et al., 2024).

Além da dimensão física e psicológica, o racismo obstétrico também se manifesta por meio da desigualdade no acesso a serviços, com base em critérios étnico-raciais. Kilomba (2019) descreve o racismo como a criação de uma dicotomia entre o “nós” e o “outro”, sustentada por estruturas de poder. Isso permite a institucionalização da discriminação, inclusive nos serviços de saúde (Davis, 2019; Headen et al., 2022; Oliveira, 2021).

Nesse contexto, a interseccionalidade, conforme proposto por Bilge e Collins (2021), é essencial para compreender como diferentes sistemas de opressão operam simultaneamente, criando contextos de exclusão, silenciamento e violência. A adoção dessa perspectiva permite não apenas uma compreensão mais precisa das experiências vividas por essas mulheres, mas também o desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes e justas.

As experiências relatadas neste estudo evidenciam a urgência de políticas públicas que garantam um cuidado obstétrico digno, humanizado e sensível às questões de raça, gênero e nacionalidade. É fundamental que os serviços de saúde reconheçam a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero e como uma expressão do racismo institucional. Apenas assim será possível garantir os direitos sexuais e reprodutivos de todas as mulheres, especialmente aquelas em situação de maior vulnerabilidade.

Abrindo olhos, um grito final!

A análise da violência obstétrica contra mulheres brasileiras racializadas em Portugal evidencia um cenário alarmante de desigualdade e exclusão estrutural no SNS. Práticas de desumanização, desrespeito e negligência enfrentadas por essas mulheres refletem a permanência de hierarquias raciais, de gênero e territoriais, perpetuando marginalização e violência

institucionalizada. A falta de sensibilidade cultural e de formação adequada entre profissionais de saúde resulta em experiências reprodutivas marcadas por dor, medo e frustração, além de um distanciamento entre corpo e subjetividade (Rusu et al., 2025).

Essas práticas impactam diretamente os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a saúde física, emocional e psicológica das mulheres. A ausência de protocolos voltados à saúde mental materna e o escasso apoio psicológico tornam o período gestacional ainda mais vulnerável, elevando o risco de depressão pós-parto e alimentando ciclos de opressão que afetam a estrutura familiar (Rusu et al., 2024).

O estudo reconhece limitações importantes, como o número reduzido de participantes e as dificuldades em acessar mulheres que se identificam como vítimas de violência obstétrica, considerando o medo e a fragilidade emocional envolvida. Variáveis como nacionalidade, idade, escolaridade, localização e status migratório não puderam contemplar toda a diversidade das experiências vividas no SNS português. Além disso, o recorte socioeconômico limitou a percepção de outras vulnerabilidades e formas de discriminação.

Outro fator relevante apontado é a crença na “harmonia racial” em sociedades modernas como Portugal, que contribui para invisibilizar o racismo obstétrico e naturalizar práticas discriminatórias nas instituições de saúde. Diante disso, o estudo reforça a urgência de políticas públicas inclusivas, formação antirracista contínua e criação de espaços de escuta e acolhimento, fundamentados em uma abordagem interseccional, antirracista e de justiça reprodutiva (Rusu et al., 2024; Rusu et al., 2025).

Referências bibliográficas

- Arrais, R., Mourão, L., & Fragalle, M. E. S. (2014). O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 251-264. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100020>
- Associação Saúde das Mães Negras e Racializadas em Portugal. (2023). Experiências de gravidez, parto e pós-parto de mulheres negras e afrodescendentes em Portugal — 1º Relatório Técnico. <https://drive.google.com/file/d/1Xos6n1GNtrFUFgtSfNDw2GQldsd4IMDM/view>
- Bilge, S., & Collins, P. H. (2021). *Interseccionalidade* (1ª ed.). Boitempo.
- Braun, V., & Clarke, V. (2020). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, 18(3), 328-352. <https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Costa, K. A. O. da, Brito, L. E. F., Coimbra, C. V. da S., Lopes, N. C. C., Depuydt, D. O. dos S., & Correia, R. N. (2022). Racismo obstétrico em Portugal: Relato de experiência de um coletivo antirracista. *Forum Sociológico*, 41(1), 7-14. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1067>
- Davis, D.-A. (2019). *Reproductive injustice: Racism, pregnancy and premature birth*. NYU Press.
- Diaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- Gonzalez, L. (2020). *Por um feminismo afro-latino-americano* (Organização de Flávia Rios & Márcia Lima). Zahar.
- Headen, I. E., Elovitz, M. A., Battarbee, A. N., Lo, J. O., & Debbink, M. P. (2022). Racism and perinatal health inequities research: where we have been and where we should go. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 227(4), 560-570. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.05.033>
- Kilomba, G. (2019). *Memórias da plantação: Episódios de racismo cotidiano* (1ª ed.). Pólen.
- Morais, M.S., Padilla, B., Rosseto, C.M., Almeida, M.A.S., Migração: saúde reprodutiva e estereótipo. *Caderno de Saúde Coletiva*, 29, 86-91. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202199010337>
- Oliveira, D. de. (2021). *Racismo estrutural: Uma perspectiva histórico-crítica*. Editora Dandara.

- Ril, S. Y., Oliveira Junior, J. B. de, Cunha e Mello, M. M., Portes, V. de M., & Moretti-Pires, R. O. (2024). “Mãe é só uma!”: Violência institucional nas experiências de dupla maternidade na atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 29(4), e19802023. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.19802023>
- Rusu, M. H., Nogueira, C., & Topa, J. (2024). Pregnancy, childbirth, and postpartum experiences of racialised Brazilian women in Portugal: An analysis of obstetric violence as gender-based violence. *Sexes*, 5(4), 611-637. <https://doi.org/10.3390/sexes5040040>
- Rusu, M. H., Nogueira, C., & Topa, J. B. (2025). Obstetric violence: Reproductive and sexual health trajectories of racialised Brazilian women in Portugal. *Social Sciences*, 14(2), 109. <https://doi.org/10.3390/socsci14020109>
- Sesia, P. (2020). Naming, framing, and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. In J. Gamlin, S. Gibbon, P. Sesia, & L. Berrio (Eds.), *Critical medical anthropology: Perspectives in and from Latin America* (pp. 222-247). UCL Press.
- Stevens, A. J., Boukari, Y., English, S., Kadir, A., Kumar, B. N., & Devakumar, D. (2024). Discriminatory, racist and xenophobic policies and practices against child refugees, asylum seekers, and undocumented migrants in European health systems. *The Lancet Regional Health — Europe*, 41, 100834. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100834>
- Topa, J. (2016). Cuidados de saúde materno-infantis a imigrantes na região do grande Porto: Percursos, discursos e práticas. *ACM, I.P.* <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/26676/1/Joana%20Bessa%20Topa.pdf>
- United Nations Population Fund. (2024, fevereiro). *Ensuring quality maternal health for women and girls of African descent*. Nova York: UNFPA. Recuperado de <https://www.unfpa.org/resources/ensuring-quality-maternal-health-women-and-girls-african-descent>
- Vergès, F. (2020). *Um feminismo decolonial* (J. P. Dias & R. Camargo, Trans.). Ubu Editora.
- Zaman, M., McCann, V., Friesen, S., Noriega, M., Marisol, M., Bartels, S. A., & Purkey, E. (2024). Experiences of pregnant Venezuelan migrants/refugees in Brazil, Ecuador, and Peru: A qualitative analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 157. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06334-0>

Mariana Holanda Rusu. Psicóloga e doutoranda em Sexualidade Humana na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Integra as equipas de investigação do Projeto MIGAP e do Laboratório de Estudos Sociais sobre o Nascimento. Dedica-se aos estudos de violência obstétrica e assistência de cuidados maternos com imigrantes do Sul Global, com foco na saúde mental, sexual e reprodutiva. Seus interesses: maternidades, saúde materna, violência de gênero, feminismo decolonial, interseccionalidade, raça, território e direitos sexuais e reprodutivos.
E-mail: marianaholandapsi@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-3994-8315>

Conceição Nogueira. Professora Associada com Agregação na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Doutorada em Psicologia Social pela Universidade do Minho. Autora de vários livros publicados em português (em Portugal e no Brasil) e de diversas publicações (inter)nacionais — artigos em revistas, capítulos de livros e atas de conferências — nas áreas dos Estudos de Gênero, Feminismos e Sexualidades. Tem experiência na coordenação de vários projetos de investigação financiados e apoiados pela FCT, nas suas áreas de especialidade.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9152-754X>

Joana Bessa Topa. Professora Auxiliar na Universidade da Maia (UMAIA), Investigadora Integrada no CIEG/ISCSP-ULisboa e Associada no CPUP. Doutorada em Psicologia Social (2013), investiga migrações, violência de gênero, diversidade e discriminação, com perspetiva feminista e crítica. Participou em projetos financiados nacionais e internacionais, destacando-se o MIGAP — Migrações no Porto, que coordena com Ana Martinho, e o Uni4Equity, além da participação na ação europeia “Women on the Move” (CA19112).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0663-973X>

Desentrañando poderes y asimetrías

Estudio exploratorio de la relación profesional de la salud y personas consultantes en la atención gineco-obstétrica en Antofagasta, Chile

Benjamín Montaña Solar

Universidad Católica del Norte, Chile

Resumen: El objetivo de este estudio es comprender la posición de Profesionales de la Salud del área Gineco-Obstétrica, respecto de modelos de atención, y analizar la relación que se construye con las Personas Consultantes desde una perspectiva interseccional y de género. Utilizamos una metodología cualitativa, donde realizamos entrevistas individuales semiestructuradas a nueve profesionales del área gineco-obstétrica. Hemos organizado los hallazgos en tres nudos conflictivos que dan cuenta de las tensiones emergentes: a) Profesionales de la Salud situados; b) Modelo Médico de Atención Gineco-Obstétrica; c) Interseccionalidad en la Atención Gineco-Obstétrica. Concluimos que el Modelo Médico Hegemónico en la Atención Gineco-Obstétrica proporciona una mirada que se focaliza principalmente en las áreas fisiológicas y anatómicas de las personas consultantes, desde una visión biomédica, binaria y patologizante con énfasis en la salud curativa que descuida aspectos integrales. Finalmente, el análisis interseccional nos permitió comprender la matriz de opresión y el impacto biopsicosocial de la Violencia Gineco-Obstétrica en la vida de las personas consultantes.

Palabras clave: biopoder; interseccionalidad; violencia gineco-obstétrica; derechos sexuales y reproductivos.

Introducción

A nivel global, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), cada día mueren 5.400 recién nacidos y 810 personas gestantes pierden la vida. La mayoría de estas vidas perdidas se pueden prevenir con una Atención Gineco-Obstétrica (AGO)⁵⁶ segura y humanizada. En América Latina y El Caribe (Pozzio, 2016) la Violencia Gineco-Obstétrica (VGO)⁵⁷ se encuentra atravesando demandas sociales-jurídicas. Según Aizenberg (2016), se han logrado ciertos avances en la regulación de este tipo de violencia, con medidas orientadas a sancionarla y proteger a las Personas Consultantes (PC)⁵⁸. En Argentina, las leyes N°929 (2004) y N°26.485 (2009) han sancionado con regulaciones legales a Profesionales de la Salud (PS) involucrados/as en casos de VGO. Ecuador, por su parte, adoptó en 2008 una guía técnica para promover un parto con enfoque intercultural. Venezuela fue el primer país en Latinoamérica en reconocer la VGO dentro de su Ley Orgánica N°38.668 (2007). En México, la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres (2006), y su última reforma en 2022, garantiza la protección de las PS en la AGO.

En cuanto a Chile, la Ley N° 20.584 (2012) protege y regula las vulneraciones ejercidas por PC hacia Profesionales de la Salud (PS)⁵⁹. Sin embargo, en sentido inverso, no existe un resguardo legislativo (Díaz y Fernández, 2018). En 2018 se presentó el proyecto de Ley Adriana, con el objetivo de prevenir, visibilizar y reparar la VGO. Según la diputada Claudia Mix, una

56 Se utilizará la sigla AGO para Atención Gineco-Obstétrica.

57 Se utilizará la sigla VGO para Violencia Gineco-Obstétrica.

58 Se utilizará la sigla PC para Personas Consultantes (incluyendo a niñas, mujeres, personas trans, no binarias y disidencias sexo-genéricas).

59 Se utilizará la sigla PS para Profesionales de la Salud del área gineco-obstétrica.

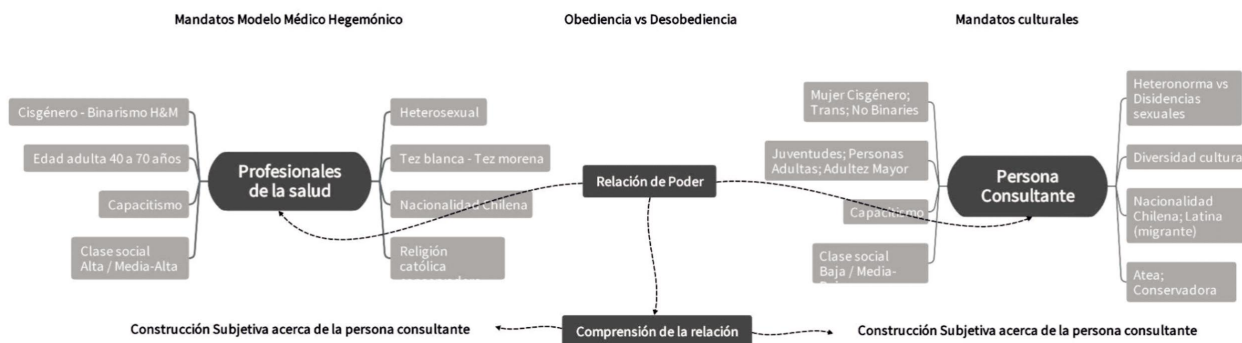


Figura 21.1 Relaciones de poder que circulan entre PS-PC

Nota. Las categorías representadas en esta figura emergieron del trabajo de campo que da sustento al presente análisis.

de sus impulsoras, “esta no solo es una ley punitiva; esta ley viene a cambiar el paradigma de la forma de nacer en Chile” (Diario UChile, 2024). No obstante, al momento de redactar este texto (2025), la iniciativa continúa detenida en el parlamento. Esta propuesta se inscribe en un contexto más amplio de crítica al Modelo Médico Hegemónico (MMH)⁶⁰, concepto desarrollado por Menéndez (1992) para describir un sistema de salud biologicista, individualizante y ajeno a los contextos históricos y sociales.

Siguiendo a Crenshaw (1991), la interseccionalidad permite analizar cómo algunos ejes de diferenciación — como género, raza, clase social o discapacidad — se entrelazan para generar desigualdades únicas, irreducibles a una simple suma de categorías. Por lo que, autoras como Hankivsky (2012) han subrayado la importancia de incorporar este enfoque en el diseño y la implementación de políticas públicas. Bajo este marco, la relación entre PS y PC (ver figura 21.1) se problematiza como parte de un MMH centrado en la enfermedad, la medicalización y la cura (Foucault, 2009).

Los espacios de interacción entre PS-PC reflejan tensiones de poder, donde se imponen normas y prácticas de control. El biopoder, como forma de dominio sobre las poblaciones regula, vigila y normaliza la vida mediante diversos mecanismos (Foucault, 2009; Silva-Segovia y Castillo-Ravanal, 2021) articulándose con el MMH. Dicho lo anterior, en esta investigación buscamos responder: *¿Cómo se sitúan los/as PS en la atención médica gineco-obstétrica con las PC en la comuna de Antofagasta?* Para ello, se propone un diseño exploratorio que contribuya a comprender la posición de los/as PS en el contexto de salud chileno en el norte antofagastino, una región periférica en relación al centro metropolitano del país. Esta indagación busca aportar conocimientos en un territorio marcado por el extractivismo minero, que reproduce el modelo económico neoliberal y refuerza jerarquías masculinas dominantes. Las notorias desigualdades sociales, particularmente en términos de clase, generan brechas en el tejido social. A nivel nacional, la atención sanitaria está definida por el MMH (Menéndez 1992; Cárdenas y Salinero, 2022), condicionado por cambios políticos, económicos y tecnológicos, así como por la dependencia del financiamiento minero y las diferencias entre las provincias y capitales regionales, lo que restringe el acceso equitativo a una atención médica de calidad (Silva-Segovia y Castillo-Ravanal, 2021).

⁶⁰ Se utilizará la sigla MMH para Modelo Médico Hegemónico.



Figura 21.2 Contexto social, económico y cultural de Antofagasta

Nota. En este texto se retoman dos de los tres nudos conflictivos identificados; el tercero, relacionado al contexto sociocultural, no fue incluido por razones de extensión.

Marco conceptual

En 1981 la dictadura militar de Chile implementó reformas significativas en su constitución, imponiendo la creación empresarial del sistema de salud en Chile, estableciendo la “libre elección”, lo que significa que las PC tienen la opción de “elegir libremente” entre el sistema público o el privado (Titelman, 2000). El sistema de salud chileno actual sostiene el poder en los/as PS, en donde se reproduce una figura de deidad monoteísta, tal como lo expresa un entrevistado: “opera como los dioses” (Ricardo, Ginecobstetra59) posicionando a los/as médicos/as en el pináculo de la sociedad.

Según Good (1994), la relación PS-PC está atravesada por tensiones entre el saber técnico y la experiencia vivida, debido a marcos de interpretación distintos sobre la enfermedad. Su propuesta no es eliminar el conocimiento científico, sino enriquecerlo con una escucha empática y una mirada culturalmente sensible, que reconozca a las PC como sujetos históricos y con agencia, en lugar de reducirlos a meros portadores de una patología. Para Foucault (2009), el biopoder se manifiesta en biopolíticas que regulan la vida a través de la medicina, la economía y otras áreas, generando una “sociedad disciplinaria”. En este marco, la VGO no es solo un problema médico, sino una práctica social donde operan relaciones de poder, jerarquización y subalternización. Así, se perpetúa la privación de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR)⁶¹, afectando la autonomía y la capacidad de decisión sobre el propio cuerpo (Iparraquirre et al., 2023).

En cuanto al concepto de VGO, este refiere a todas aquellas prácticas hacia PC realizadas por integrantes del equipo de salud que puedan implicar una atención o tratamiento deshumanizado, uso de procedimientos innecesarios o abuso de medicación, así como la denegación de información o tratamiento, teniendo como consecuencia la pérdida de autonomía y/o capacidad de tomar decisiones libres e informadas, afectando de manera estructural y sistémica. La VGO tiene un carácter interseccional, ya que las violencias se cruzan afectando de manera diferenciada a cada PC dentro del MMH opresivo (Cárdenas y Salinero, 2022).

61 Se utilizará la sigla DDSSRR para Derechos Sexuales y Reproductivos.

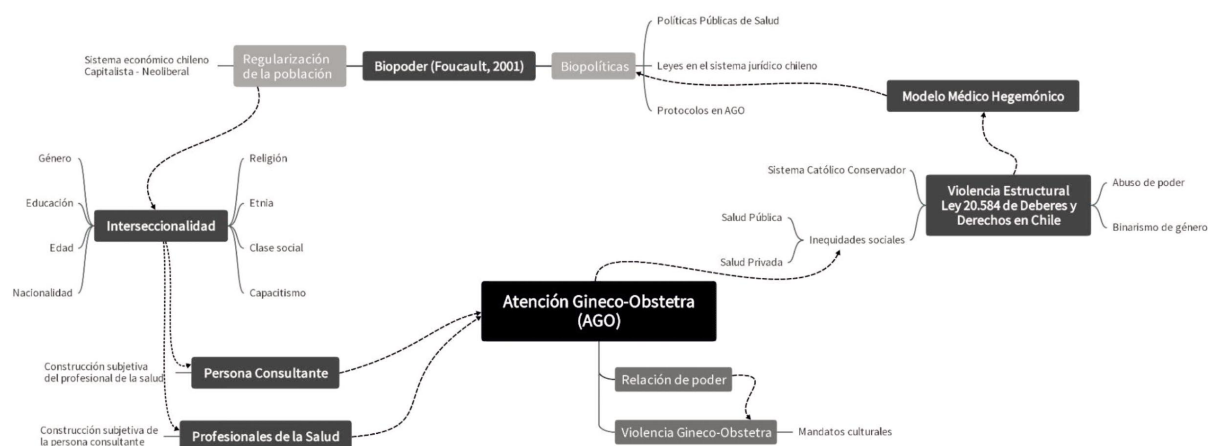


Figura 21.2 Contexto social, económico y cultural de Antofagasta

Nota: en este texto se retoman dos de los tres nudos conflictivos identificados; el tercero, relacionado al contexto sociocultural, no fue incluido por razones de extensión.

Marco metodológico

Diseño

Aplicamos una metodología cualitativa para analizar e interpretar en profundidad las experiencias en la relación PS-PC, comprendiendo sus significados y generando teoría a partir de la información recogida. A través de un diseño exploratorio, buscamos contribuir a la reflexión sobre un modelo integral que reivindique la AGO en los sistemas públicos y privados, promoviendo un acompañamiento satisfactorio en Chile.

Participaron nueve personas, cinco profesionales de la matronería y cuatro gineco-obstetras, seleccionados/as mediante la técnica de bola de nieve en instituciones de salud. Los criterios de inclusión fueron: ser mayor de 18 años; residir en Antofagasta y desempeñarse como Profesional de la Salud del área gineco-obstétrica. Se priorizó la participación de hombres cisgénero, dada su relevancia en el ejercicio de poder en este campo (Cárdenas y Salinero, 2022), sin excluir otras identidades y sexualidades. Esta diversidad permitió enriquecer el análisis crítico desde los cuerpos que con mayor frecuencia encarnan prácticas de dominación.

Por último, esta investigación forma parte de un estudio mayor financiado por FONDECYT, con una duración de tres años. Mientras otras investigaciones paralelas abordan las experiencias de PC, esta tesis se enfocó en las voces de PS, cuya perspectiva aún no había sido explorada en el proyecto general.

Técnicas de producción de información

Para cumplir los objetivos de la investigación, nos basamos en una técnica conversacional y la observación participante, permitiendo encuentros entre el equipo investigador⁶² y los/as participantes. Con el fin de resguardar la confidencialidad y privacidad de las personas participantes (ver cuadro 21.1), se utilizaron pseudónimos en todos los casos. Se llevaron a cabo

⁶² Conformado por la directora de tesis Dra. Jimena Silva Segovia; el tesista responsable de esta investigación Benjamín Montaña Solar; que contó con el apoyo de la Mg. Estefany Castillo Ravanal.

Cuadro 21.1 Participantes

	Código	Género y Orientación Sexual	Edad	Tiempo de Ejercicio	Tipo de Atención	Profesión	Nivel Educativo	Comuna
1	Iván	Masculino Heterosexual	70	27 años	Privada	Medico Gineco-obstetra	Posgrado	Antofagasta
2	Enzo	Masculino Heterosexual	27	3 años	Privada	Matrón	Pregrado	Antofagasta
3	Paolo	Masculino Heterosexual	27	3 años	Pública	Matrón	Pregrado	Antofagasta
4	Ricardo	Masculino Heterosexual	59	27 años	Pública/Privada	Medico Gineco-obstetra especialista en piso pélvico	Posgrado	Antofagasta
5	Evelyn	Femenino Heterosexual	54	25 años	Privada	Medica Gineco-obstetra	Posgrado	Antofagasta
6	Antonia	Femenino Heterosexual	25	6 meses	Pública/Privada	Matrona	Pregrado	Antofagasta
7	Iris	Femenino Heterosexual	44	15 años	Pública/Privada	Matrona Diplomado en Sexualidad	Pregrado	Antofagasta
8	Esteban	Masculino Heterosexual	62	34 años	Pública/Privada	Medico Gineco-obstetra	Posgrado	Antofagasta
9	Javier	Masculino Heterosexual	27	4 años	Pública	Matrón	Pregrado	Mejillones

entrevistas individuales de una hora de duración, guiadas por una pauta semiestructurada. Cada entrevista se realizó previa entrega de información sobre los objetivos del estudio y la firma del consentimiento informado, asegurando así una participación libre y voluntaria. Estas técnicas propuestas, facilitaron la comprensión de las perspectivas de los/as PS sobre su área y experiencias en su propio lenguaje, dentro de un contexto sociocultural (Taylor y Bogdan, 2000).

Análisis de la información

Utilizamos el análisis crítico del discurso, entendiendo el lenguaje como una práctica social y performativa. Esta perspectiva no sólo considera el contenido explícito de los enunciados, sino que también los marcos de conocimiento desde los cuales se emiten esas afirmaciones, permitiendo visibilizar las intersecciones entre saber, poder y práctica profesional (Bonet-Martí, 2020; Van Dijk, 2000). Desde el Modelo Tridimensional (Fairclough, 1999), se integró la dimensión ideológica para examinar relaciones de poder y resistencias en un contexto cultural (Haraway, 2018). El análisis de las transcripciones permitió identificar ejes emergentes y construir una matriz teórico-interpretativa (ver cuadro 21.2).

Cuadro 21.1 Matriz de análisis

Eje temático: 2. Relación profesional de salud - persona consultante.							
Código (Sujeto que narra)	Su dimensión / Subcategoría	Nudo conflictivo	Contexto del relato (Donde ocurren los hechos)	Personas involucradas (Quiénes aparecen en el relato)	Discurso emergente	Tensiones de poder	Análisis emergente
Síntesis emergente:							

Hallazgos

En este apartado presentamos el análisis interpretativo de los discursos emergentes de PS y la AGO. En esta versión reducida se les ha dado énfasis a dos (de los tres) nudos conflictivos, así como a sus análisis (ver figura 21.4).

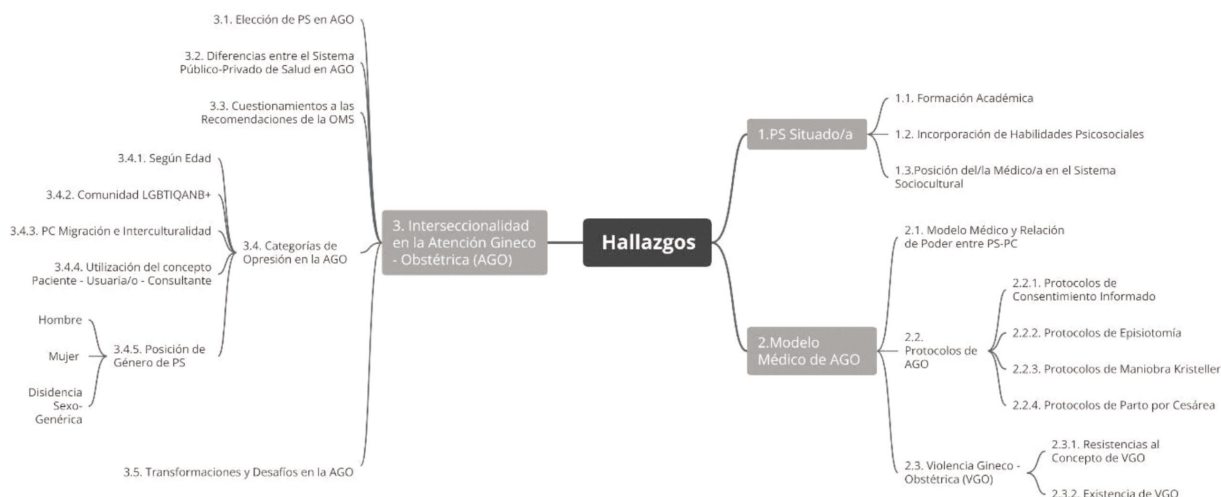


Figura 21.2 Hallazgos.

PS Situado/a

Formación académica

Cuando entré a la U, me enseñaron que el modelo antiguo de medicina era solamente lo físico-curativo. Cuando yo entré ese enfoque había cambiado, nos enseñaron un modelo biopsicosocial. Un abordaje interdisciplinario, ver que todo influye [...] que los gines omiten. (Enzo, Matró27).

El matró, realiza una crítica respecto al MMH, el cual ubica una distancia entre PS-PC. El modelo contemporáneo no está centrado sólo en la patología, sino también en la integridad de la PC, incluyendo un enfoque interseccional que da respuestas a las necesidades de cada persona y el estilo de atención, en contraste con la formación en medicina. Desde esta óptica integral se permite adquirir un trabajo interdisciplinario y sistémico con la PC, lo cual puede disminuir situaciones de VGO (Baró, 2022).

Posición del/la médico/a en el sistema sociocultural

Los brujos y los encargados de la salud de la población han sido ancestralmente dotados y autorizados por la sociedad para tener ciertos privilegios que son inherentes a su actividad. Nosotros somos herederos de esa costumbre ancestral desde lo académico. Hoy en día es responsabilidad más que poder. Y el crédito del brujo, siempre ha sido el reconocimiento de la sociedad, más que tener alguna mayor capacidad económica o social. (Esteban, Ginecobstetra62).

La población: "ay, es ginecólogo". Los tienden a endiosar. Generan un distanciamiento porque no los ven como una persona, (eso) fomenta la violencia porque lo ven como una entidad, es una relación de poder al final. (Iris, Matrona44).

La crítica al gineco-obstetra revela los cambios socioculturales que ha experimentado la figura médica y su rol en la sociedad. El poder médico se funda en la autoridad técnico-científica, lo que genera una dependencia social hacia sus conocimientos (Nishijima y Blima, 2016). Esto

refleja cómo la modernidad, con su modelo científico-positivista, en articulación con el patriarcado y el capitalismo, han homologado la experiencia humana según el modelo del hombre blanco, adulto, heterosexual, hegemónico y del norte global (Antequera, 2013).

Interseccionalidad en la AGO

Elección de PS en AGO

(relación PS-PC) Yo creo que aquí pasa algo muy interesante, hay una selección natural. El sistema para equilibrarse lo que ha hecho no es cambiar al obstetra, sino que las pacientes van buscando al obstetra que creen que mejor las puede tratar. El cambio lo hizo la población: “oye no, anda a ver a este gallo que es súper bueno, pero es pesado, ni te saluda, pero opera como los dioses”, “ya, yo quiero que me operen bien, no me importa que no me salude”. La gente sacrifica eso, u otros que no: “no, si el tipo no me mira, no lo voy a ver más. No me interesa que sea el premio nobel” (Ricardo, Ginecobstetra59).

El gineco-obstetra señala que los cambios en la relación PS-PC surgen de la selección de las PC, emergen a partir de una selección influenciada por factores de racialización, clase y género. Los movimientos feministas denuncian cómo el poder se reproduce en el sistema de salud, mientras que la intersección de opresiones opera como un mecanismo de control. Aunque la elección de PS debiese responder a los intereses y necesidades de las PC, en la práctica no se logra conciliar la técnica con un trato cercano. En el sistema privado, esta selección interseccional convierte el servicio en un bien de consumo, fracturando su proceso aparentemente “natural” (Viveros, 2016). En contraste, en el sistema público dicha elección no existe, y el acceso está fuertemente condicionado por la clase social, afectando de manera directa a quienes se encuentran en situaciones de mayor precarización.

Categorías de opresión en la AGO

Edad

Vivimos en una sociedad adultocentrista. Creen que los adolescentes y los [...] no tienen autonomía ni derecho a privacidad. Una niña (14 años) fue derivada en urgencia general porque iba con dolor abdominal, supuestamente no había iniciado relaciones, se le hace la eco, y [...] un embarazo. Entonces el doctor decía, “¡vaya preparando el babyshower!”, y la mamá lloraba destruida (Enzo, Matrón27).

El matrón relata que la relación PS-PC está marcada por el edadismo y adultocentrismo, que se vincula con la probabilidad de vivir VGO, respecto a la infantilización y marginación de niñas y juventudes, sobre la agencia de sus cuerpos y la toma de decisiones. La baja empatía y desconexión emocional del PS con el sentir de las PC es evidente, especialmente al “bromear” de manera que refuerza opresiones y reproduce desigualdades.

Utilización del concepto Paciente-Usuario/o

(significado de paciente) bueno tener paciencia (ríe) [...] principalmente por todo lo que le toca esperar... (Iván, Ginecobstetra70).

El protocolo dice que no son pacientes, sino que son usuarias porque vienen a una atención que es financiada. Porque esperan un servicio (Paolo, Matrón27).

El lenguaje y los términos utilizados para referirse a las PC, desde el MMH, refuerzan la lógica binaria y de poder; Lagarde (1994) se refiere a la expropiación de los cuerpos feminizados, sintetizada en la prohibición de decidir sobre el uso de sus cuerpos, preservando su propia integridad. Desde el biopoder (Foucault, 2009), encontramos que el PS trata con el padecimiento sin tomar en cuenta la integralidad del sujeto —empastillar, medicalizar, suturar y reparar el cuerpo de la PC—. El/la *paciente*, en este contexto, es alguien que está bajo la influencia de las instituciones médicas que definen y controlan las normas de salud. La mirada integral ha transformado la lingüística de *paciente* a *usuaria/o*, con el fin de entregar agencia a las PC.

Posición social y de género de PS

(Relación con PC) Eso no depende de tu estrato social, depende de la persona. Yo gracias a la medicina he logrado una posición muy distinta a la que tenía cuando nací, pero, antes de hacerme tratar distinto [...] trato igual de bien y de ayudar en este sentido cuando se atiende a la gente de menor recurso. (Ricardo, Ginecobstetra59)

(Hombre) Trato de que las pacientes se sientan cómodas, es muy importante en el área gineco-obstetra, yo siendo hombre. Porque esa es una gran brecha, hay que recordar que recién en el 71 aparecieron los primeros matrones... si es necesario y para que esté tranquila, yo le digo que soy de la diversidad (gay). (Enzo, Matrón27)

El orden de género, donde lo masculino posee mayor jerarquía que lo femenino, posiciona a los gineco-obstetras hombres como representantes del MMH, incuestionables poseedores del conocimiento y un estatus alto. Sin embargo, la práctica del matrón-hombre es cuestionada y estigmatizada, puesto que la matronería es un espacio homosocializado cuyas características se asocian a lo femenino. A su vez, la identidad de género u orientación sexual permite reconocer cómo estas dimensiones influyen en la AGO, tanto desde quienes la reciben como desde quienes la brindan. Esto permite observar cómo los hombres cisgénero, en su rol profesional, pueden reproducir prácticas de violencia, pero también cómo otros hombres, desde masculinidades disidentes, pueden cuestionarlas y resignificarlas. Por otro lado, la gineco-obstetricia se encuentra históricamente asociada a lo masculino, lo que refuerza la diferenciación de género entre ambas disciplinas, tal como lo plantea el siguiente relato:

(Mujer) Las pacientes todavía me dicen matrona, hasta el día de hoy. Yo soy ginecóloga. De repente estás controlando todo el embarazo: “¿y el parto me lo atiende usted?”. A un ginecólogo jamás le preguntaría eso (Evelyn, Ginecobstetra54).

La gineco-obstetra analiza el género como un estatus del/la PS, dentro de una estructura inequitativa en las relaciones de género. Según su experiencia se valora lo masculino por sobre lo femenino, en donde lo educacional no es suficiente para obtener el reconocimiento que históricamente se adecuaba a la masculinidad.

Transformaciones y desafíos

Uno hace un juramento hipocrático y eso es lo que me da más rabia, porque supuestamente uno juró proteger a las personas, estar ahí por la salud; al final solamente es trabajar por dinero (Paolo, Matrón27).

La mercantilización de la AGO convierte el cuerpo “enfermo” en una fuente de ganancia para los PS. Según Salgado y Díaz (2019), las interacciones de los PS se enmarcan en un campo médico estructurado por el poder y el interés económico. En una cultura positivista y androcéntrica, los cuerpos se reducen a partes aisladas y cuantificables, ignorando la integralidad de las PC, su dimensión colectiva y su interseccionalidad.

Conclusión

Esta investigación revela que los/as PS adoptan una perspectiva biomédica, binaria y patologizante, centrada en la salud curativa y el estudio del cuerpo anatómico desde su formación de pregrado. Observamos que la formación en psicología de la salud y sexual se da principalmente en la matronería, donde se equilibran las dimensiones psico-socioemocionales y físicas. Sin embargo, en la formación gineco-obstétrica se detectaron vacíos en esta área, lo que contribuye a comprender las violencias históricas en la AGO perpetradas por los/as PS.

El modelo médico dominante en la AGO está asociado al MMH con una falta de conciencia al ejercer desde esta perspectiva. Los discursos emergentes indican que la relación PS-PC se caracteriza por jerarquías de poder dentro de los equipos multidisciplinarios. Esta estructura se perpetúa debido a factores socioculturales y creencias disciplinarias que mantienen las asimetrías de poder, tanto a nivel estructural como educativo en el ámbito de la salud (Nishijima y Blima, 2016).

Se evidencia una estructura social corrupta configurada por una tríada relacional que involucra las tensiones de poder entre PS, el sistema de salud (público-privado) y las interseccionalidades de las PC, quienes, por una parte, logran acceder a una AGO más personalizada, mientras que otras se ven imposibilitadas de expresar sus sentipensares. La normatividad otorga al PS el rol de poseedor/a del conocimiento, dictando tratamientos y diagnósticos basados en cuerpos estandarizados. Esto provoca el descuido de aspectos integrales de los procesos gineco-obstétricos, como la garantía de los DDSSRR, la comprensión de la diversidad sexo-genérica, la implementación de protocolos de AGO, la perspectiva interseccional y el impacto biopsicosocial en el preparto, parto, postparto y puerperio.

La relación PS-PC se construye a partir de categorías sociales y culturales como edad, género, etnia, nacionalidad, clase social y educativo. En Chile, las políticas neoliberales y los debates conservadores sobre los DDSSRR han influido en la práctica gineco-obstétrica, por lo que su ejercicio debe estar siempre vinculado al contexto y realidad social.

Se propone un modelo integral de AGO no binario, multidimensional, despatologizante e interseccional, que trascienda la medicina curativa y se articule con la psicología, los DDSSRR y los aspectos fisiológicos y corporales del ciclo vital de las PC, respondiendo a las demandas de una AGO humanizada impulsada por movimientos sociales y colectivos.

Financiación

Investigación financiada por el proyecto FONDECYT 1210102.

Referencias bibliográficas

- Aizenberg, M. (11 de julio de 2016). ¿Quién debe ser el protagonista del nacimiento, el médico o la madre y su bebé? Banco Interamericano de Desarrollo. <https://blogs.iadb.org/salud/es/violencia-obstetrica/>
- Antequera, M. (6-8 de noviembre de 2013). Análisis desde el punto de vista feminista del rol de la medicina en el modelo de salud médico-hegemónico. [Discurso principal]. VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-076/191>
- Baró, S. (2022). Importancia de la Psicología en la atención y cuidados perinatales. Una revisión sistemática. *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, 21(21), 19-33. <https://doi.org/10.54789/rihumso.22.11.21.2>
- Bonet-Martí, J. (2020). Análisis de las estrategias discursivas empleadas en la construcción de discurso antifeminista en redes sociales. *Psicoperspectivas*, 19(3). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol19-issue3-fulltext-2040>
- Cárdenas, M. y Salinero, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1(46). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 88-122. <https://doi.org/10.2307/1229039>
- Diario UChile. (11 de marzo de 2024). Violencia gineco-obstétrica: Víctimas y organizaciones sociales exigen aprobación de Ley Adriana. Radio U de Chile. <https://radio.uchile.cl/2024/03/11/violencia-gineco-obstetrica-victimas-y-organizaciones-sociales-exigen-aprobacion-de-ley-adriana/>
- Díaz, I. y Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho*, (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Fairclough, N. (1999). Global capitalism and critical awareness of language. *Language Awareness*, 8(2), 71-83. <https://doi.org/10.1080/09658419908667119>
- Foucault, M. (2009). *Nacimiento de la Biopolítica*. Akal.
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality, and experience: An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Haraway, D. (2018). *Manifiesto para cyborgs*. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX. Letra Sudaca Ediciones.
- Hankivsky, O. (2012). *An intersectionality-based policy analysis framework*. Vancouver, BC: Institute for Intersectionality Research and Policy, Simon Fraser University.
- Iparraguirre, M., Córdor, M., Muñoz, R. y Mendoza, J. (2023). La violencia obstétrica como biopoder: A propósito de la dignidad de la mujer. *Encuentros. Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico*, (17), 411-423. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7527761>
- Lagarde, M. (1994). *Democracia genérica*. REPEM.
- Menéndez, E. (1992). Los modelos médicos en México. En R. Campos (Ed.), *Antropología médica en México* (pp. 97-114). Instituto Mora.
- Nishijima, Y. y Blima, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.864>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de septiembre de 2021). *Día mundial de la seguridad del paciente*. Organización Mundial de la Salud.
- Pozzio, M. (2016). La gineco-obstetricia en México: entre el “parto humanizado” y la violencia obstétrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Silva-Segovia, J. y Castillo-Ravanal, E. (2021). Estudio de las emociones mercantilizadas que circulan entre trabajadoras sexuales, hombres mineros y sus parejas, en la Cultura minera de Antofagasta, Chile. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 36(13), 44-57. <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/387>

- Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 11(29), 23-34. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273266030004>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos*. Paidós.
- Titelman, D. (2000). Reformas al sistema de salud en Chile: desafíos pendientes. *Serie Financiamiento del desarrollo*. <https://hdl.handle.net/11362/5081>
- Van Dijk, T. (2000). *El discurso como interacción social*. Gedisa Editorial.
- Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*. (52), 1-17.
- Benjamín Montaña Solar.** Psicólogo social-comunitario, Diplomado en Filosofía por la Universidad Católica del Norte y en Perspectivas Teóricas y Metodológicas para Analizar la Violencia y la Desigualdad Social por la UNACH, México. Ha participado en proyectos FONDECYT y trabajado con disidencias sexo-genéricas, población migrante y pueblos originarios en el norte de Chile. Sus líneas de investigación incluyen género, derechos humanos, sexualidades, violencias estructurales y niñeces-juventudes. En 2025 inició la Maestría en Ciencias Sociales y Humanísticas en el CESMECA, UNICACH.
ORCID: 0009-0000-9857-1749

Primera marcha contra la violencia gineco-obstétrica en Argentina

Reformas legales, feminismos y conciencia social

Celeste Mariel Jerez

Instituto de Investigaciones de Estudios de Género, Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, Argentina

Cora Fernández Anderson

Mount Holyoke College, Estados Unidos de América

Resumen: Argentina es un país pionero en aprobar una reforma legal protegiendo los derechos vinculados al parto. En 2004 sancionó la ley de “parto respetado” y en 2009 reglamentó el artículo que define a la violencia obstétrica como una modalidad de la violencia de género. A pesar de estas leyes, la mayoría de las instituciones de salud tienden a ignorar estas directrices. A su vez, la mayoría de las personas no conocen sus derechos al momento de parir. En el año 2022 un grupo de activistas por los derechos del parto (*doulas* y feministas) lanzaron una Campaña, llamada “Mi parto, mi decisión”, para crear conciencia sobre estos derechos. Nutriéndose de las experiencias previas del activismo por el parto respetado, y en un contexto de una creciente masificación de los movimientos feministas, extendieron los límites de la nominación de la violencia obstétrica. Incluso, diseñaron una campaña similar a la de la legalización del aborto para impulsar su erradicación. Así, en mayo de 2023, organizaron la Primera Marcha Nacional contra la Violencia Gineco-Obstétrica de Argentina, marcando un hito en la historia del activismo sobre los derechos del parto. Si bien tuvo su principal convocatoria en Buenos Aires, también fue replicada en distintas ciudades del país. Allí, entre las distintas actividades se exigió la aprobación de nuevas leyes que aumentarían la conciencia social sobre el tema. Esta presentación analiza tanto los aportes como los desafíos que impulsó esta Marcha, que se centró en la politización de un problema naturalizado socialmente, vinculado a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: violencia obstétrica, feminismos, movimientos sociales, protesta, Argentina.

Introducción: la violencia de género más naturalizada

La violencia obstétrica es un problema social de gran envergadura que atraviesa a mujeres cis⁶³ y personas gestantes⁶⁴ de distintas clases sociales, edades, pertenencias étnicas y trayectorias de vida. Se trata de una modalidad de la violencia de género que ejerce el personal de salud sobre los cuerpos de quienes paren en instituciones, tanto de índole pública como privada. Para la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2014) el maltrato obstétrico comprende una violación a los derechos humanos relacionados a la salud de quienes gestan, de forma particular, a su salud sexual y reproductiva. Del mismo modo, la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 2019 instó a los Estados a que produzcan y publiquen informes sobre la temática, y que consideren la evaluación sobre las políticas y planes de acción vinculados a la violencia obstétrica en sus territorios. Se trata de una problemática que refleja el entrecruzamiento entre la violencia institucional, (re)producida en el ámbito de la atención de la salud, y la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, como

63 Alude a mujeres que se identifican con el sexo-género asignado al nacer.

64 Personas gestantes" hace referencia a las personas que menstrúan, gestan y/o paren que no se identifican como mujeres cis.

evidencian varios estudios sociales en el ámbito regional latinoamericano (Arguedas Ramírez, 2014; Jerez, 2015; Sadler et al., 2016; Quattrocchi y Magnone 2020; Sesia, 2020).

En el año 2004 se sancionó en Argentina la ley 25.929 que refiere a los derechos de las personas al parto humanizado en contextos institucionales. Sin embargo, dicha ley no fue reglamentada hasta el año 2015 (decreto 2035/2015), gracias a la iniciativa en torno a su sanción que sostuvieron, durante más de diez años, activistas del parto y feministas. A su vez, en países de América Latina se han legislado leyes pioneras sobre violencia obstétrica a partir del 2007, posicionando a la región como líder en la politización de la problemática (Williams et al., 2018). En 2009, siguiendo el ejemplo de Venezuela, Argentina sancionó la ley 26.485 que establece la prevención, sanción y erradicación de la violencia de género, y que estipula a la violencia obstétrica como una de sus modalidades⁶⁵:

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley del parto humanizado.

Sin embargo, a pesar de los significativos avances sobre la temática en términos legales, la violencia obstétrica se encuentra muy lejos de estar erradicada. A fines del año 2022, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación (MMGyD), publicó un informe en el que precisó que esta es una de las violencias más naturalizadas de nuestra sociedad. Como respuesta a ello, y en base a una trayectoria de politización del parto que lleva aproximadamente 25 años en Argentina, el 17 de mayo del año 2023, sucedió un hecho en el que determinadas activistas le pusieron voz a la violencia obstétrica en un mismo lugar (Jerez y Sigal Fogliani, 2023). De manera simultánea, en Plaza del Congreso, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en otras plazas de dieciséis provincias se realizó la Primera Marcha Nacional contra la Violencia Gineco-Obstétrica. Desde el cruce interdisciplinar de las ciencias antropológicas, de las ciencias políticas y de los estudios de género, el objetivo de este trabajo es analizar la convocatoria y el desarrollo de esta primera marcha, entendida como un hito fundamental en la lucha contra la violencia obstétrica en este país. A tal fin las autoras realizaron entrevistas en profundidad con las activistas del movimiento, así como realizaron el análisis de publicaciones en las redes sociales, y la observación participante de la marcha y de los talleres sobre violencia obstétrica (posteriores a la Marcha) en el Encuentro Plurinacional de Mujeres y Diversidades de Bariloche en octubre de 2023.

A partir de este análisis sostenemos que, a pesar de la existencia de un marco legal que busca proteger los derechos de las personas gestantes durante el embarazo, parto y puerperio, la violencia gineco-obstétrica (VGO) continúa presente en la gran mayoría de instituciones del país. Si bien estas leyes proveen un marco necesario a fin de realizar reclamos frente a los casos de violencia, no son suficientes a la hora de la prevención y no han logrado propiciar el cambio cultural necesario en la práctica de la obstetricia y en la conciencia social general. Como crítica a este escenario surgió la organización de la Primera Marcha contra la VGO, con el fin de avanzar en la lucha por una vida reproductiva con derechos garantizados.

65 Su título completo es "Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales".

La primera marcha contra la violencia gineco-obstétrica

En el año 2022 un grupo de *doulas*⁶⁶ y activistas feministas defensoras de los derechos del parto en Argentina lanzó la Campaña contra la VGO “Mi parto, mi decisión”⁶⁷, y en mayo del año 2023 convocó a la Primera Marcha Nacional sobre la temática. El primer grupo se conformó impulsado en las redes sociales, específicamente en la red *Instagram*⁶⁸, por una politóloga que también es *doula*. Las primeras integrantes no tenían participación activa en ninguna organización política o social específica, aunque sí acompañaban las reivindicaciones de derechos humanos y feministas en el país.

Así, desde un comienzo, el objetivo fue claro: visibilizar un problema que muy pocos conocen. La VGO ha sido caracterizada como el tipo de violencia de género más naturalizada, es decir, la menos reconocida y cuestionada. La mayoría de las personas que atraviesan un parto no conocen otra forma de parir y normalizan situaciones de violencia en estos procesos.

La Marcha, entonces, posibilitó reforzar y visibilizar el tema en la agenda social y política. Y consolidó la afirmación de que las personas gestantes somos sujetos de derechos y tenemos derecho a elegir cómo parir, reivindicando siempre la autonomía de nuestros cuerpos. La convocatoria y la realización de esta Marcha fue posible gracias a dos corrientes previas que nutrieron a esta Campaña. En primer lugar, la trayectoria histórica del activismo por el parto respetado/humanizado del país que comenzó en el año 2000 con la organización Dando a Luz⁶⁹. Luego, si bien existe un derrotero de agrupaciones que se dedicaron a la temática, el grupo Las Casildas⁷⁰ creado en 2011, fue un actor muy importante en la materia. Fueron estas organizaciones, entre otras, las responsables de politizar una problemática muy poco escuchada socialmente, de instalar el tema en la agenda pública, y de lograr la aprobación y/o exigir la implementación de las dos leyes con las que consta el país al día de hoy. Estas organizaciones realizaron múltiples acciones a lo largo del país difundiendo el tema en conversatorios, talleres, radios comunitarias, realizaron documentales, impulsaron encuestas a nivel nacional, crearon obras de teatro, juntaron firmas y se movilizaron en las calles con el objetivo de visibilizar el tema.⁷¹ A su vez, buscaron el apoyo y accionaron con distintos actores políticos, como funcionarias del ámbito municipal, provincial y nacional, legisladores, realizaron actividades con Ministerios Nacionales y con las áreas de género de los distintos niveles del Estado (Jerez, 2024).

En segundo lugar, el otro gran ímpetu estuvo dado por un contexto masivo de movilización feminista. Argentina, en la última década, ha sido testigo de un significativo crecimiento del feminismo organizado alrededor de dos temas claves para las mujeres: los femicidios y el aborto (Tarducci y Daich, 2018). A partir del año 2015, con la explosión del “Ni una menos” -el movimiento que lucha contra el femicidio- la perspectiva de género logró hacerse presente en los medios de comunicación y en sectores sociales con una fuerza nunca antes vista (Daby y Moseley, 2022). Es como parte de este auge del feminismo, que la Campaña por el Aborto

66 Las *doulas* son acompañantes del proceso de embarazo-parto-puerperio, especializadas en atender cuestiones emocionales y corporales. Impulsan el modelo de la humanización del parto para “devolverle” el protagonismo del evento a quien está gestando. Desde principios de la década de 2010 ha habido en Argentina agrupaciones de *doulas* que han ejercido sus tareas en hospitales públicos como voluntarias o de forma privada (Jerez, 2015). En los últimos años, han comenzado a acompañar otros procesos como el aborto o el duelo gestacional.

67 Desde mediados del 2024 modificó su nombre por el de “Campaña Nacional contra la Violencia Gineco-Obstétrica”.

68 Instagram es una red social visual, propiedad del grupo Meta, creada en octubre de 2010.

69 Organización sin fines de lucro fundada en el 2000 por un grupo de mujeres para garantizar los derechos a un parto respetado/humanizado.

70 Organización fundada en 2011 que, entre sus diversas acciones, creó el Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina.

71 Entrevista a Sonia Cavia de Dando a Luz, febrero 2023.

Legal, Seguro y Gratuito creció exponencialmente⁷². Alcanzando un pico de movilización y activismo feminista entre el 2018 y el 2020, en este último año finalmente logró aprobarse una ley en el Congreso de la Nación que garantiza la práctica del aborto en las instituciones de salud.

Es en este contexto, y tomando como base la trayectoria histórica del activismo por el parto respetado/humanizado, que el 17 de mayo de 2023 se realizó la Primera Marcha contra la VGO. Allí se replicaron muchos de los elementos de estas luchas anteriores: las activistas diseñaron un pañuelo y un logo, tejieron redes horizontales en las diversas regiones del país, propusieron *performances* en el espacio público, realizaron comunicados en conjunto, impulsaron proyectos de ley, entre otras acciones. La creencia extendida -y corroborada numerosas veces— entre los movimientos sociales argentinos de que “los derechos se ganan en la calle”, llevó a estas activistas a retomar repertorios de lucha que fueron efectivos en los movimientos contra el femicidio y por el aborto legal: la movilización callejera⁷³.

Al entretejer estas dos corrientes, las activistas involucradas en la Marcha reconocieron como parte de su historia a las luchas anteriores del parto respetado/humanizado, pero eligieron definir su lucha dentro de una cosmovisión feminista. La decisión de replicar símbolos y repertorios de la Campaña por el Aborto no ha sido solo una decisión estratégica en cuanto a tomar los elementos que allanaron el éxito de la llamada “marea verde”⁷⁴, sino que también existió una decisión clara de vincular los temas dentro de una perspectiva feminista. Luján Arcidiácono, una de las organizadoras de la Marcha contra la VGO, lo explicaba claramente: “aborto y parto son dos caras de la misma moneda. Lo que subyace es la discusión sobre la autonomía y la soberanía de nuestros cuerpos”⁷⁵.

Los objetivos detrás de la organización de esta Marcha fueron dos. En primer lugar, politizar un tema que muy pocos conocen. En palabras de Arcidiácono: “nos movilizamos en la semana mundial del parto respetado, porque los cambios no se logran solo a través de una ley. Se logran en las calles movilizándolo a la sociedad e instalando el tema en la agenda pública”⁷⁶. En línea con el pañuelo rojo símbolo en la Marcha, y haciendo referencia a la “marea verde” por la legalización del aborto, la consigna de la movilización fue: “Súmate a la marea roja.”

En segundo lugar, la marcha buscó, incidir en la labor legislativa, y demandar al gobierno la aprobación de cuatro proyectos de ley en el Congreso de la Nación para avanzar en la lucha contra la VGO⁷⁷. Estos proyectos se impulsaron con el objetivo de visibilizar y revertir situaciones que caracterizan a la atención institucional de partos. Por un lado, el contexto occidental de atención institucional clínico-hospitalaria ha representado al parto como un acontecimiento patológico donde la intervención obstétrica es el único “conocimiento autorizado”, dejando a quien pare en un lugar de nula o escasa participación, sin autonomía para tomar decisiones (Cheyney, Davis-Floyd & Jordan, 2021). Fruto de las interacciones con el personal de salud, entonces, se producen situaciones que generan sufrimiento en quienes paren. Un sufrimiento social que ha sido normalizado en el ámbito médico-gineco-obstétrico, y que revela las bases de la violencia obstétrica (Jerez, 2024). Por otro lado, como ya adelantamos, en el contexto nacional la VGO fue identificada como la violencia de género más naturalizada (MMGyD, 2022).

72 La Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito surgió en el 2005 para demandar la legalización del aborto. Es una red federal de más de 500 organizaciones.

73 Se puede rastrear los orígenes de esta cultura de movilización popular y protesta en las calles al inicio del movimiento de los derechos humanos en la década de 1970 con las Madres de Plaza de Mayo, pasando por movimientos más recientes como los Piqueteros en los 90, los cacerolazos del 2001, y la “marea feminista” a partir del 2015. Ver los trabajos de Maristella Svampa y Sebastián Pereyra.

74 La frase “marea verde” fue acuñada por sus activistas y se refiere a la masiva movilización por la legalización del aborto en la Argentina que luego se expandió por América Latina. El color verde es el color asociado a esta causa.

75 Entrevista a Luján Arcidiácono, mayo, 2023.

76 Ibid.

77 Ninguno de estos cuatro proyectos logró aprobarse y el único que mantuvo su estado parlamentario en 2025, es el de “Capacitación obligatoria”.

El primer proyecto, “Capacitación Obligatoria”, apuntó a educar al personal de salud sobre esta temática con una perspectiva de género y derechos humanos para prevenir su ocurrencia⁷⁸. El segundo propuso la creación de casas de parto, como espacios alternativos a las instituciones clínico-hospitalarias ofrecidos desde el sistema de salud público, para promover un parto libre de violencia e intervenciones innecesarias⁷⁹. En tercer lugar, se reclamó la actualización de la ley de ejercicio profesional de las licenciadas en obstetricia⁸⁰. La ley actual data del año 1967 y refleja regulaciones irrelevantes dados los cambios en la formación y el avance tecnológico de las últimas décadas en la atención de partos. Finalmente, el proyecto de ley de puericultoras buscó reconocerlas como personal de salud a fin de incentivar la lactancia⁸¹.

Así las cosas, la marcha superó todas las expectativas de las organizadoras. Logró agrupar a más de 80 organizaciones de distintas provincias, y sucedió simultáneamente en 23 ciudades del país. Se estima que, en la convocatoria de la Ciudad de Buenos Aires, participaron cientos de personas.⁸²

Durante la marcha, se leyó una declaración conjunta que marcó la unidad nacional activista en la lucha contra la VGO que fue presentada como Proyecto en el Congreso Nacional. Además de los cuatro proyectos de ley, la declaración solicitó la creación de políticas públicas: un programa sobre VGO en el MMGyD, así como la inclusión del tema en las carreras vinculadas a la gineco-obstetricia, y en la Educación Sexual Integral. Destacando las dificultades que las mujeres experimentan a la hora de denunciar la VGO, se pidió la creación de protocolos de atención a las víctimas. Finalmente, demandaron la liberación de Juana, una mujer presa por una emergencia obstétrica.⁸³ Así como también pidieron justicia por los casos de VGO que se encontraban en la justicia sin resolución ni reparación alguna.

La Marcha incluyó actividades con el objetivo de visibilizar este tipo de violencia. Un grupo de activistas y víctimas de VGO realizaron una *performance* de danza-teatro en el espacio público. Con música en vivo, recrearon escenas rutinarias de la atención de los partos, como las intervenciones rutinarias y la imposibilidad de expresar dolores y necesidades. En conjunto, le pusieron “voz” a lo sufrido y denunciaron con sus cuerpos en escena lo atravesado. Por otro lado, presentaron una muestra fotográfica denominada “Los diez mandamientos de la VGO y neonatal”. En palabras de las activistas, esta muestra buscó: “desnudar conductas y tratos deshumanizados que a diario se vivencian en la mayoría de las instituciones de salud tanto públicas como privadas al momento de gestar y parir”⁸⁴. Las fotos ilustraron situaciones frecuentes en hospitales y clínicas, como la imposibilidad de gritar por dolor, la excesiva intervención en los cuerpos y la medicalización del evento. Finalmente, el evento también incluyó un ritual inspirado en una actividad realizada en España denominada “la revolución de las rosas”, con el objetivo de iniciar un proceso de sanación y cicatrización colectivo de la violencia experimentada. Ello comprendió que cada persona víctima de VGO colocara una flor roja junto a una nota describiendo la violencia sufrida en las verjas del Congreso. La activista Kot Hansen explicaba que: “sacar la flor a la comunidad es sacar el dolor experimentado afuera”⁸⁵.

78 Proyecto de ley 6103-D-2022

79 Proyecto de ley 0462-D-2022

80 Proyectos de ley 2057-D-2022 y 2305-D-2022

81 Proyecto de ley 1029-D-2022

82 Pagina12, “Queremos decir que gestar, parir, amamantar y también abortar es político”, 18 de mayo, 2023.

83 ElDiarioAr, “Presas por abortar: los casos de mujeres que siguen siendo enjuiciadas por interrumpir sus embarazos”, 19 de noviembre, 2022.

84 Las denuncias por violencia obstétrica recibidas en la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG), dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación, entre 2020 y 2021 en su mayoría refirieron a instituciones privadas (64% y 60%, respectivamente).

85 Entrevista a Florencia Kot Hansen, Tribu Matriar, octubre, 2023.

La Primera Marcha contra la VGO, entonces, logró generar un impacto significativo en distintas dimensiones. Las organizadoras sostuvieron que a través de ella lograron consolidarse como una red de agrupaciones de carácter nacional. El pañuelo rojo circuló por todas las provincias. A su vez, diversas activistas por los derechos del parto, como organizaciones de parteras y puericultoras, que militaron el tema en el pasado formaron parte de este evento, legitimando con su presencia a la Campaña.

En segundo lugar, el acontecimiento permitió que los contactos políticos de las agrupaciones contra la VGO se ampliaran. Uno de sus antecedentes fundamentales claves, la Campaña por el Aborto, tuvo como una de sus principales estrategias al tejido de lazos y al trabajo conjunto con aliados en el Congreso (Fernández Anderson, 2020). Esta Campaña creó una comisión de cabildeo que logró gradualmente ampliar la coalición multipartidaria en favor del aborto legal hasta llegar a la aprobación del proyecto de ley en el año 2020. En este sentido, proponemos aquí que la construcción de alianzas de quienes coordinaron la Marcha con legisladores para avanzar en la protección contra la VGO, se propuso seguir ese mismo camino a través de la presentación de diversos proyectos de ley.

Conclusiones: la “violencia gineco-obstétrica”, un término en expansión

La movilización callejera visibilizó el tema en la sociedad en general, además de haber ampliado la temática en los círculos tanto políticos-legislativos como activistas. Así, se profundizó un cambio que ya se venía gestando en años anteriores. Desde hace más de una década, los activismos por los derechos en el parto en Argentina vienen manifestando sus actividades en términos de “violencia obstétrica” más que en términos de promoción de los derechos al “parto humanizado.” Se ha reconfigurado el lenguaje de los derechos en el parto, asentándose una retórica sobre la violencia obstétrica como modalidad de la violencia de género (Jerez, 2015). En el 2023, la Campaña fue incluso más allá en la redefinición de este lenguaje a través de sus demandas. Uno de los logros más importantes fue el de haber impuesto el concepto de “violencia gineco-obstétrica” expandiendo el original, a fin de aplicar la violencia obstétrica a todos los eventos de la vida reproductiva de las personas gestantes. Contemplando eventos más allá del parto e incluyendo situaciones de aborto y consultas ginecológicas de rutina. A partir de la organización de la marcha, las activistas fueron invitadas y entrevistadas en numerosos medios de comunicación⁸⁶. A diferencia de otros años cuando el lenguaje utilizado era el de la “semana del parto respetado”, la primera marcha logró reemplazar este término con el de VGO en gran parte de la cobertura de medios.

El uso de este nuevo lenguaje consolidó una historia de luchas conjuntas entre el activismo por el parto respetado/humanizado y los feminismos en Argentina. Una historia, a su vez, enmarcada en los pasos dados por los activismos vinculados a la lucha por el aborto legal en el país. La Marcha demostró, entonces, la confluencia de legados y enseñanzas de activismos locales pasados. Por un lado, se insertó en la genealogía propia de la militancia por los derechos en el parto en Argentina y en la región. Por otro, se relacionó con los activismos feministas del país que vienen pugnando desde hace muchos años por el reconocimiento de la violencia de género. Retomando los legados de la trayectoria activista por los derechos del parto, insertándose en un contexto de masificación feminista impulsada por el movimiento “Ni una menos”, y considerando las estrategias políticas impulsadas por la Campaña por el Aborto,

86 Ver las entrevistas en Punto Género, Futurock, Página 12 y Clarín.

proponemos entonces que esta Marcha sea analizada como un hito dentro de la lucha local por los derechos sexuales y reproductivos.

A su vez, este hito planteó desafíos a la hora de pensar sus continuidades. Desafíos vinculados al complejo panorama político que está experimentando Argentina en términos de garantía de los derechos sociales conquistados en el pasado. Un panorama incierto y desolador vinculado a las acciones y decisiones políticas llevadas a cabo, desde finales del año 2023, por un gobierno de ultraderecha que ha ganado las elecciones⁸⁷. Es en este contexto nacional adverso que la continuidad de la lucha contra la VGO emerge como más relevante y necesaria que nunca, sosteniendo una red nacional de activismos y politizando la violencia de género más naturalizada.

Referencias bibliográficas

- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Cheyney, M., Davis-Floyd, R., & Jordan, B. (2021). Authoritative Knowledge: Ways of Doing, Teaching, and Learning About Birth a Tribute to Brigitte Jordan. *Practicing Anthropology*, 43(1), 41-48. <https://doi.org/10.17730/0888-4552.43.1.41>
- Daby, M. & Mason M. (2022). Feminist mobilization and the abortion debate in Latin America: Lessons from Argentina. *Politics and Gender*, 18(2), 1-35.
- Daich, D., & Tarducci, M. (2018). Antropólogas feministas por el derecho a decidir. Aportes para una historia de la lucha por la despenalización y legalización del aborto en Argentina. *PUBLICAR-En Antropología y Ciencias Sociales*, 16(24), 8-26.
- Fernández Anderson, C. (2020). Fighting for abortion rights in Latin America: Social movements, state allies and institutions. Routledge.
- Jerez, C. (2015). *Partos "humanizados", clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. [Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.]
- Jerez, C. (2024). *"Lo personal es político": Etnografía de la politización del sufrimiento de las mujeres en el parto en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. [Tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina.]
- Jerez, C. & Sigal Fogliani, C. (2023, Mayo 15). *Una marea roja por las calles de Argentina: la Primera Marcha Nacional contra la Violencia Gineco-Obstétrica*. Latfem. <https://latfem.org/una-marea-roja-por-las-calles-de-argentina-la-primera-marcha-nacional-contra-la-violencia-gineco-obstetrica/>
- Observatorio de las Violencias y Desigualdades por Razones de Género. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2022). *Violencia obstétrica: análisis de los casos de la línea 144*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/12/ovydv-g-informe_violencia_obstetrica.pdf
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf
- Quattrocchi P. & Magnone N. (Comps.). (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Universidad Nacional de Lanús.
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.

⁸⁷ En diciembre del año 2023 asumió Javier Milei como presidente de Argentina, consolidando el inicio de un gobierno de ultraderecha, que en pocos meses desfinanció políticas públicas, Ministerios y atacó avances en términos socio-culturales.

- Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi, & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-30). Universidad Nacional de Lanús.
- Tarducci, M. & Daich, D. (2018). *Mujeres y feminismos en movimiento. Politizaciones de la vida cotidiana*. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras.
- Williams, C. R., Jerez, C., Klein, K., Correa, M., Belizan, J., & Cormick, G. (2018). Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth. *BJOG-An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 125(10), 1208-1211.
- World Health Organization (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Celeste Mariel Jerez.** Doctora en Antropología (UBA) e investigadora del Instituto de Investigaciones de Estudios de Género, de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Desde una perspectiva feminista en el estudio de la salud, investiga la violencia obstétrica como modalidad de la violencia de género en Argentina. Publicó dos tesis sobre la temática. Es docente de la carrera de Ciencias Antropológicas de la UBA, de la carrera de Medicina de la UNPAZ, de cursos de extensión universitaria y de seminarios de Maestría.
E-mail: celestemjerez@gmail.com | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0019-2343>
- Cora Fernandez Anderson.** Doctora en Ciencia Política en la Universidad de Notre Dame, EE.UU. Actualmente es Profesora Asociada de Ciencia Política en Mount Holyoke College, EE.UU. Trabaja en temas de derechos reproductivos y movimientos sociales en América Latina. Su libro "Fighting for abortion rights in Latin America: Social movements, state allies and institutions" (Routledge 2020) compara las reformas por el aborto legal en Argentina, Chile y Uruguay.
E-mail: canderso@mtholyoke.edu | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9521-6669>



TRÊS DÉCADAS DE DIREITOS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM DEBATE

Mariana Anginho Évora | Dulce Morgado Neves
Elsa Pegado | Mário JDS Santos | Pía Rodríguez Garrido
Sónia Pintassilgo | Violeta Alarcão (Orgs.)