

TEMAS EMERGENTES EM SAÚDE SEXUAL
E REPRODUTIVA E DIREITOS

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: onde estamos e recomendações para alcançar metas em saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil

Realização:



Fundo de população
das Nações Unidas



Apoio:



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Objetivos de desenvolvimento sustentável [livro eletrônico] : onde estamos e recomendações para alcançar metas em saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil / [pesquisa e conteúdo Lucas Bulgarelli...[et al.]]. -- 1. ed. -- Brasília, DF : Fundo de População das Nações Unidas, 2024. -- (Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos) PDF

Outros pesquisadores: Arthur Fontgaland, Anelise Frões da Silva, Jade Soares Garcia de Amorim Mattos.

Bibliografia. ISBN 978-65-87917-12-2

1. Agenda 2030 para desenvolvimento sustentável
2. Bem-estar físico 3. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 4. Reprodução humana 5. Saúde sexual I. Bulgarelli, Lucas. II. Fontgaland, Arthur. III. Silva, Anelise Frões da. IV. Mattos, Jade Soares Garcia de Amorim. V. Série.

24-210501

CDD-612.6
NLM-WQ-205

Índices para catálogo sistemático:

1. Reprodução humana : Fisiologia : Ciências médicas 612.6
Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Expediente

REALIZAÇÃO

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) Brasil
Instituto Matizes

APOIO

Organon

REPRESENTANTE DO UNFPA NO BRASIL

Florbela Fernandes

REPRESENTANTE AUXILIAR DO UNFPA NO BRASIL

Júnia Quiroga

PESQUISA E CONTEÚDO

Lucas Bulgarelli (Instituto Matizes)
Arthur Fontgaland (Instituto Matizes)
Anelise Fróes da Silva (Instituto Matizes)
Jade Soares Garcia de Amorim Mattos (Instituto Matizes)

REVISÃO TÉCNICA E EDIÇÃO

Anna Cunha (UNFPA Brasil)
Angela Roman (UNFPA Brasil)

REVISÃO EDITORIAL

Thainá Kedzierski (UNFPA Brasil)

REVISÃO DE TEXTO

Ateliê do Texto

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO

Duo Design

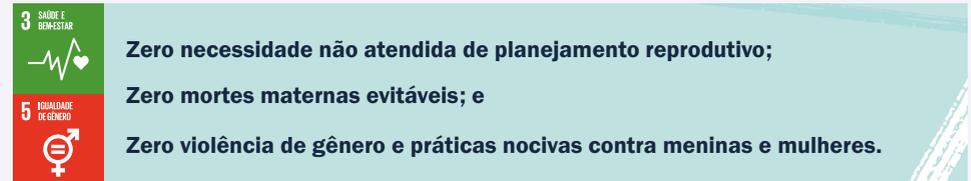
Sumário

Apresentação	9		
1. Garantia de direitos – delimitação temática e as metas dos ODS	11		
1.1 Saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil – breve histórico	13		
1.2 Saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil – acesso	16		
2. Metodologia	19		
3. Análises e principais achados	21		
3.1 Zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo	22		
Métodos Contraceptivos	23		
Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens e estratégias de contracepção	28		
Gravidez, idade e aspectos regionais	29		
Incidência de infecções por HIV	33		
Infecção por HPV - protocolos vacinais e cobertura preventiva	36		
Oferta de atenção à concepção e à infertilidade	38		
Educação integral em sexualidade	39		
3.2 Zero mortes maternas evitáveis	42		
Indicadores em mortalidade materna no contexto brasileiro	43		
Raça/cor e mortalidade materna no Brasil	47		
Atenção ao pré-natal	49		
Atenção ao parto	52		
Gravidez não intencional, aborto e seus impactos	56		
3.3 Zero violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres	58		
Indicadores sobre violência letal	59		
Feminicídio no Brasil - aspectos regionais	61		
Violências de gênero não letais e o impacto em saúde	62		
		Violência física e sexual como questão de saúde	64
		Casamento infantil	68
		Violências de gênero em saúde sexual e reprodutiva e outras intersecções	70
		4. Quadro-síntese - Metas ODS e Três zeros	72
		Recomendações	76
		Recomendações para zerar a necessidade não atendida de planejamento reprodutivo	76
		Recomendações para zerar as mortes maternas evitáveis	77
		Recomendações para zerar a violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres	78
		Recomendações transversais aos três zeros	79
		Lista de Siglas	80
		Lista de Figuras	81
		Lista de Quadros	81
		Lista de Gráficos	81
		Agradecimentos	82

Apresentação

O estudo “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: onde estamos e recomendações para alcançar metas em saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil”, realizado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil e pelo Instituto Matizes, com o apoio da Organon, analisa os avanços e os desafios que impactam no alcance, pelo Brasil, das metas da Agenda 2030 relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

Este documento tem como foco principal os **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3 - Saúde e Bem-Estar e 5 - Igualdade de Gênero**, embora também apresente relação com outros objetivos, empregando um olhar transversal para o alcance dos três resultados transformadores globais com os quais o UNFPA contribui diretamente:



Para isso foi necessário compreender, para além das políticas públicas e normativas vigentes, o contexto de desigualdades no acesso a direitos, serviços e informações, considerando-se as interseções com marcadores como renda, raça/cor/etnia, gênero, idade, local de moradia ou outras condições.

Por meio de dados coletados¹ em bases governamentais e fontes de referência, revisão teórica, entrevistas semiestruturadas e consulta com especialistas, foram analisadas as medidas adotadas no Brasil para o alcance dos ODS, levando em consideração não apenas o planejamento de políticas e ações, mas, também, seus resultados e gargalos, considerando o período de 2012 a 2022-2023. Ao fim do documento estão recomendações para a qualificação, com equidade, de iniciativas e serviços, visando contribuir para a garantia de direitos e para o alcance das metas nacionais para os ODS mais diretamente relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

1 Os dados apresentados neste estudo são os mais recentes disponíveis até a data de seu fechamento, em março de 2024.

01

1. Garantia de direitos – delimitação temática e as metas dos ODS

Neste documento, para tratar de saúde sexual e reprodutiva e direitos, foi utilizada indicação do relatório publicado pela Comissão Guttmacher-Lancet, na revista Lancet, que considera a saúde sexual e reprodutiva como “essencial para alcançar a justiça social e para o comprometimento regional, nacional e global em torno dos três pilares do desenvolvimento sustentável: social, econômico e ambiental”².

Marcos internacionais enfatizam essa inter-relação entre avanços na saúde sexual e reprodutiva e promoção do desenvolvimento e da igualdade de gênero, a exemplo do Programa de Ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) (Cairo, 1994), bem como de processos subsequentes de revisões regionais e globais da Agenda do Cairo, incluindo o Consenso de Montevidéu (2013) e a Cúpula de Nairóbi (2019).

Isso tem sido reforçado também por comissões técnicas e de especialistas que ressaltam, ainda, a necessidade de uma perspectiva integral e ampla dos direitos e da saúde sexual e reprodutiva que seja capaz de abranger temáticas que nem sempre são priorizadas, como a educação integral em sexualidade, a abordagem da violência de gênero e a perspectiva do ciclo de vida, com ênfase na adolescência, que tende a apresentar vulnerabilidades específicas.

“Os direitos e a saúde sexual e reprodutiva têm implicações de longo alcance para a saúde das pessoas e para o desenvolvimento social e econômico. A gravidez indesejada, as complicações da gravidez e do parto, o aborto inseguro, a violência de gênero, as infecções sexualmente transmissíveis (IST), incluindo o HIV, e os cânceres reprodutivos ameaçam o bem-estar de mulheres, homens e famílias. Portanto, são essenciais para alcançar a justiça social e os compromissos nacionais, regionais e globais relacionados aos três pilares do desenvolvimento sustentável: social, econômico e ambiental.” (Comissão Guttmacher-Lancet, 2018)³.

² Starrs, Ann M et al. [Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission](#). The Lancet, Volume 391, Issue 10140, 2642 - 2692. 2018. Acesso em: 20 abr. 2023.

³ *Ibidem*. Livre tradução.

Este estudo buscou empregar essa perspectiva ampla de **saúde sexual e reprodutiva na Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável**, abordando, principalmente, as seguintes metas dos ODS 3 e 5:



- A **Meta 3.1** visa, até 2030, “reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos”, sendo que a meta do Brasil é de **30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos**.
- A **Meta 3.3** visa “**acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis**”.
- A **Meta 3.7** visa “assegurar o **acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva**, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais”.



- A **Meta 5.1** visa, até 2030, “**acabar com todas as formas de discriminação** contra todas as mulheres e meninas em toda parte”.
- A **Meta 5.2** visa “**eliminar todas as formas de violência** contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos”.
- A **Meta 5.3** visa “**eliminar todas as práticas nocivas**, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas”.
- A **Meta 5.6** visa “assegurar o **acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos**, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão”.
- A **Meta 5.c** visa “adotar e fortalecer **políticas sólidas e legislação aplicável** para a promoção da **igualdade de gênero e o empoderamento** de todas as mulheres e meninas em todos os níveis”.

1.1 Saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil – breve histórico

O compromisso do Estado brasileiro com os direitos reprodutivos está na Constituição Federal (CF) de 1988, na qual, pela primeira vez, aparece o conceito de “paternidade responsável” e “livre direito de escolha dos casais” quanto à possibilidade de planejamento familiar (Art. 226, CF 1988). Também é mencionado, nesse mesmo artigo, o direito à informação e à educação ligadas ao planejamento familiar, “competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”. Posteriormente, este artigo constitucional foi regulamentado pela Lei n.º 9263/96, que estabelece atribuições às instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS). A lei também determina que todas as instâncias do SUS “estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte integrante das demais ações que compõem a assistência integral à saúde”.

Outros eventos e fenômenos também ajudam a compreender o tratamento dado à saúde sexual e reprodutiva no Brasil, nas últimas décadas. A realização de conferências de saúde, conferências de políticas para as mulheres, o avanço nas pautas feministas, as transformações ocorridas na utilização de métodos contraceptivos, bem como mudanças demográficas e a expansão de novas configurações familiares, impactaram as legislações posteriores. O Brasil, nessa perspectiva, assumiu importantes compromissos nas últimas décadas, por meio de legislações que passaram a permitir, por exemplo, a cobertura – pelo SUS – de tratamentos de reprodução assistida, a possibilidade de inserção de pessoas trans em programas de aconselhamento gestacional durante todo o ciclo gravídico-puerperal, a retirada da obrigatoriedade de autorização de parceiros para a adoção de métodos contraceptivos por parte das mulheres.

Ao longo dos anos, também se tornou mais evidente o reconhecimento da realidade desigual à qual estão expostos cidadãos e cidadãs no Brasil, com ênfase nos marcadores sociais e suas imbricações em resultados de saúde, a exemplo do que ficou indicado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (2004), sob responsabilidade do Ministério da Saúde, que destacou:

“no caso das mulheres, os problemas são agravados pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades. As mulheres vivem mais do que os homens, porém adoecem mais frequentemente. A vulnerabilidade feminina frente a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”⁴.

Cabe ressaltar que, embora não tenha passado por processos de revisão no sentido total de seu texto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi foco de atenção em três Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres (2004, 2007 e 2011), das quais resultou o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM 2013-2015)⁵, e, com ele, um Plano Nacional para Monitoramento, não apenas dos processos de implementação da PNAISM, mas de todas as ações realizadas a partir dela em âmbito nacional.

Destaca-se que as ações de atenção em saúde sexual e saúde reprodutiva estavam contempladas na PNAISM, levando em consideração os objetivos centrais definidos no PNPM.

Objetivos em atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva no Plano Nacional de Políticas para as Mulheres:

- **OBJETIVO 1:** Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica.
- **OBJETIVO 2:** Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- **OBJETIVO 3:** Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes, tendo como estratégia a Rede Cegonha.
- **OBJETIVO 4:** Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em: 06 mar. 2023.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Acesso em: 07 mar. 2023.

A construção de um plano nacional voltado a reunir todas as políticas para as mulheres, com especial cuidado ao campo da atenção à saúde integral e saúde sexual e reprodutiva, permite identificar um alinhamento das ações programáticas do Ministério da Saúde com as metas estabelecidas, pela ONU, para os ODS e os três zeros.

Historicamente foi sendo cada vez mais incorporado, no acompanhamento das políticas e programas nacionais, o monitoramento por meio de indicadores, os quais, quando disponibilizados de forma desagregada e continuada, passavam a contribuir eficazmente para a identificação de perfis de populações e territórios com maior ou menor facilidade de acesso a saúde e direitos, bem como barreiras assistenciais e desigualdades sociais e étnico-raciais persistentes.

Em âmbito internacional, o imperativo de *Não Deixar Ninguém Para Trás* (do inglês *leave no one behind - LNOB*) da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável, adotada a partir de 2015, reforça essa perspectiva de identificação de desigualdades persistentes e a necessidade de intervenções voltadas para o seu enfrentamento.

Não deixar ninguém para trás significa ir além da avaliação do progresso médio e agregado, no sentido de garantir o progresso para todos os grupos populacionais a um nível desagregado.

Isto exige a desagregação de dados para identificar quem está a ser excluído ou discriminado, como e por que, bem como quem está a ser alvo de formas múltiplas e interligadas de discriminação e desigualdades. Além disso, também implica identificação de desigualdades evitáveis, injustas ou extremas em termos de resultados e oportunidades, e padrões de discriminação na legislação, políticas e práticas. Isto também exige a participação livre, ativa e significativa de todas as partes interessadas, especialmente as mais marginalizadas, na revisão e acompanhamento de processos para garantir a responsabilização, recursos e soluções para todos.

(UN Chief Executives Board for Coordination - 2017. *Leaving No One Behind: Equality and Non-Discrimination at the Heart of Sustainable Development.*)

1.2 Saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil – acesso

O atravessamento, na experiência de usuários e usuárias de serviços de saúde⁶, de marcadores sociais da diferença como o gênero⁷, bem como suas intersecções com raça e renda, influenciam, no Brasil, a possibilidade e qualidade do acesso às políticas existentes, bem como aos cuidados de saúde, principalmente para mulheres e pessoas com útero. A limitação de acesso a informações ou a serviços de saúde sexual e reprodutiva impacta, por exemplo, na vulnerabilidade das mulheres, sobretudo das mulheres negras e de baixa renda; em grande parte responsáveis pela subsistência de suas famílias.

Além de serem prejudiciais à saúde, a discriminação e as desigualdades comprometem a garantia dos direitos humanos e favorecem inúmeras violações.

Grupos estigmatizados socialmente, como pessoas vivendo com HIV, adolescentes com vida sexual ativa, trabalhadoras sexuais, imigrantes e pessoas LGBTQIA+ sofrem com a marginalização e o impacto do estigma (Organização Mundial da Saúde, 2020)⁸.

As intersecções entre vulnerabilidades, acesso a direitos, saúde sexual e reprodutiva e o impacto das violências de gênero compõem a estrutura deste estudo para identificar o *status* do atingimento dos ODS e suas metas, a partir da análise dos dados acessados.

6 Estima-se que 150 milhões de pessoas (71,5% da população), no Brasil, sejam usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) ([Pesquisa Nacional de Saúde, 2019](#)).

7 Tomamos para o estudo o conceito de gênero adotado pela ONU na proposição do ODS 5 - Igualdade de Gênero, que estabelece que "Identidade de gênero é a percepção que uma pessoa tem de si mesma como sendo do gênero masculino, feminino ou de alguma combinação dos dois, independentemente do sexo atribuído no nascimento".

8 Organização Mundial da Saúde. [Saúde sexual, direitos humanos e a lei \[e-book\]](#)/tradução realizada por projeto entre UFRGS, IFRGS e UFPR. Coord. Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro. Porto Alegre: UFRGS, 2020. Acesso em: 07 mar. 2023.

02

2. Metodologia

As ferramentas metodológicas adotadas para este estudo consistiram em uma revisão bibliográfica, análise de bases de dados quantitativos e a definição de um mapa de interlocutores para realização de entrevistas, as quais aconteceram entre julho e setembro de 2023. Também foi realizada uma consulta com especialistas, em evento que aconteceu em Brasília, no mês de novembro de 2023, e que contou com a participação do UNFPA, Organon, Instituto Matizes e pessoas convidadas de organizações da sociedade civil, poder público, serviços especializados, academia e organismos internacionais. Na ocasião, foi apresentada uma versão preliminar do estudo e as e os participantes fizeram recomendações sobre como intervir nas questões apontadas, assim como indicações de melhorias.

A revisão bibliográfica foi segmentada em áreas temáticas e/ou grupos de atuação profissional e social que tenham implicação com o tema da saúde reprodutiva, bem como suas interseções, como medicina, psicologia, serviço social, direito, sistema de justiça e movimentos sociais. O levantamento identificou estudos, pesquisas, artigos, relatórios técnicos, bem como normativas jurídicas, protocolos, normas médicas, manuais de assistência social, cartilhas de movimentos sociais, pareceres e portarias. A coleta de materiais foi realizada por meio de chaves de busca no Google, Google Scholar e repositórios como a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o DataSUS.

O levantamento de bases de dados quantitativos partiu de portais e bases de dados governamentais de acesso público, como o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde.

Também foram realizadas entrevistas com um conjunto de interlocutores de áreas diversas e formações como psicologia, enfermagem, medicina, sociologia e representantes de grupos e coletivos da sociedade civil. Nessa etapa foi possível adensar a compreensão sobre o cenário das políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e o *status* da garantia de direitos neste campo, assim, buscando identificar de que forma a estrutura dessas políticas (suas ações, programas e centros de referência) impacta no atingimento dos ODS e na meta dos três zeros, em diferentes regiões do Brasil.

03

3. Análises e principais achados

Este estudo foi capaz de identificar que o **Brasil registra avanços consideráveis, com serviços e programas relevantes para a atenção em saúde sexual e reprodutiva** – como é o caso das casas de parto, ações de interiorização de pré-natal, ampliação de horários de atendimento em alguns serviços especializados, capacitação de profissionais de áreas distintas para atuar de modo inclusivo, processo de retomada dos diálogos da sociedade civil e movimentos sociais com instâncias do governo federal. **Alguns desafios consistentes permanecem, porém, e há questões importantes a serem superadas, tanto em termos de planejamento e gestão de políticas públicas quanto no que diz respeito aos fluxos de atendimento, atenção às áreas especializadas e capacidade instalada em determinadas regiões.**

Em relação aos ODS e às metas dos três zeros, buscou-se compreender de que maneira os compromissos do Estado brasileiro são priorizados nas políticas públicas, com ênfase na saúde sexual e reprodutiva, como são percebidos por profissionais e como têm sido identificadas as ações para seu atingimento, para redução de lacunas que ainda existam e para facilitação do acesso a direitos de modo amplo.

De forma geral, os indicadores apresentados tendem a apontar melhoria relativa no que tange ao último decênio, contudo ainda ficando frequentemente aquém do necessário para o alcance das metas dos ODS e dos três zeros. Os diálogos com profissionais de saúde e representantes de organizações da sociedade civil revelam desafios a serem superados, sobretudo, quando se leva em consideração o efeito das desigualdades baseadas em gênero, idade, renda, local de moradia e identidade de gênero no acesso à saúde e aos direitos sexuais e reprodutivos.

3.1 Zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo

O Brasil estabelece normativas a respeito do planejamento familiar desde a Constituição Federal de 1988, e elas foram atualizadas e regulamentadas pela Lei n.º 9.263/96, que determina que “o planejamento familiar é direito de todo o cidadão e se caracteriza pelo conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal”. Em sua meta 3.7 do ODS 3, o Brasil reafirmou o compromisso de “assegurar o acesso universal aos serviços e insumos de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento reprodutivo, à informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais”.

Conforme indicação do governo, na meta ajustada, a expressão *planejamento familiar* foi substituída por *planejamento reprodutivo*, “levando-se em conta que, no contexto atual, as famílias assumem diferentes conformações, não apenas aquela de grupo nuclear específico formado por pai, mãe e filhos”. Além disso, também se pode entender por planejamento reprodutivo o “conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos a definir o melhor momento para tê-los e o espaçamento entre as gestações”⁹. Utilizamos, nesta publicação, as duas formas, “planejamento reprodutivo” e “planejamento familiar” para fazer referência a esse campo de direitos.

A análise sobre a meta zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo considera diferentes aspectos: a oferta de métodos contraceptivos, os resultados das estratégias de contracepção com ênfase na saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes, os indicadores sobre nascidos, a incidência de infecções como HIV e HPV, a promoção de educação em sexualidade, bem como aspectos relacionados à oferta de atenção à concepção e infertilidade humana, como o fornecimento de serviços de atenção básica e o acesso a técnicas de reprodução humana assistida.

9 Ipea. [Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Objetivo 3 - Saúde e Bem-estar](#). – ver explicação de metadados para meta 3.7.

Metas dos ODS que se relacionam com "Zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo"

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Meta do Brasil: 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

4.5 Até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade.

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte.

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

Métodos Contraceptivos

Ter a possibilidade de tomar decisões voluntárias e informadas sobre a vida reprodutiva, e de contar com os recursos e serviços para efetivá-las, é um direito essencial para o exercício da autonomia corporal e para a garantia da saúde e do bem-estar com efeitos abrangentes a outras dimensões, incluindo as esferas da educação e do mundo do trabalho, bem como da igualdade de gênero.

Nesse contexto, **mulheres e adolescentes que contam plenamente com acesso ao planejamento reprodutivo, às informações/aconselhamento e aos métodos que respondem às suas necessidades e expectativas têm mais chances de conciliar a sua trajetória reprodutiva com suas trajetórias educacionais e profissionais**, o que pode levar a percursos de ensino-aprendizagem com menos interrupções e abandono e mais anos de estudos, bem como pode possibilitar uma entrada mais qualificada no mundo do trabalho e maiores rendimentos – com benefícios socioeconômicos para si, suas famílias e comunidades.

Em 2022, o Brasil tinha uma população de cerca de 60,9 milhões de mulheres com idade entre 10 e 49 anos¹⁰. Entre as mulheres consideradas em idade reprodutiva (15-49 anos), isto é, mais de 54 milhões de pessoas, **aproximadamente, 80% utilizavam contraceptivos modernos**¹¹. Ainda assim, estima-se que **mais da metade (55,4%) das gravidezes sejam indesejadas e/ou não planejadas**¹². Os nascimentos concentram-se nas idades mais jovens do ciclo reprodutivo, com 36,4% dos nascimentos registrados em mulheres jovens, com menos de 24 anos de idade, e 12,3% em adolescentes com menos de 19 anos¹³.

Os métodos contraceptivos disponíveis atualmente para mulheres e pessoas com útero dividem-se em LARC – ou contraceptivo reversível de longa duração (do inglês *Long-Acting Reversible Contraception*) – e SARC – contraceptivo reversível de curta duração (do inglês *Short-Acting Reversible Contraception*). Os LARCs compreendem métodos como o dispositivo intrauterino (DIU), o Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel e os implantes subdérmicos. Já dentre os SARCs estão métodos como os anticoncepcionais orais ou injetáveis, preservativos, adesivos transdérmicos e anéis vaginais. Além disso, a laqueadura também desponta como um método contraceptivo bastante utilizado por mulheres e pessoas com útero no Brasil – por ser irreversível, não se enquadra em nenhuma das categorias anteriores¹⁴.

A respeito dos métodos mais utilizados por mulheres e pessoas com útero, o Brasil registra, nos últimos anos, a maior ênfase em escolhas temporárias. Além disso, dos nove procedimentos contraceptivos¹⁵ oferecidos pelo SUS (além da laqueadura e da vasectomia), apenas um dos LARCs é citado: o DIU de cobre.

10 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Censo Brasileiro de 2022](#). Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Acesso em: 01 maio 2023.

11 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões](#). IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Acesso em: 02 maio 2023.

12 ENSP-Fiocruz. [Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento \(2011 a 2012\)](#). FIOCRUZ, 2012. Acesso em: 02 maio 2023.

13 SINASC-DATASUS, dado referente ao ano de 2022.

14 Maciel, Lara. França, Michael. [A desinformação em saúde reprodutiva ajuda a explicar baixa adesão ao DIU pelas mulheres no Brasil](#). *Jornal Nexo*, 2023. Acesso em: 14 dez. 2023.

15 São eles: anticoncepcional injetável mensal; anticoncepcional injetável trimestral; minipílula; pílula combinada; diafragma; pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte); Dispositivo Intrauterino (DIU); preservativo vaginal; e, preservativo peniano.

Os dados mais recentes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019¹⁶, demonstraram que, no grupo etário entre 15 e 49 anos, 40,6% utilizam a pílula anticoncepcional, enquanto 9,8% utilizam a injeção. A escolha pela laqueadura foi feita por 17,3%. **O uso de métodos reversíveis de longa duração, os LARCs, ainda é relativamente baixo no país**, sobretudo quando observada a incidência em outros países. **O DIU é a escolha de 4,4% das usuárias**. Alguns dos métodos considerados de menor eficácia, como “tabelinha” e “coito interrompido”, ainda aparecem como opção, encontrando adesão de 1,2% das pessoas entrevistadas¹⁷.

De acordo com estudo realizado em 2021, apenas 13% das mulheres tinham conhecimento pleno sobre planejamento reprodutivo e 43% apontaram ter vontade de obter mais informações sobre as diferenças de cada método. Além disso, 45% das entrevistadas afirmaram que os métodos contraceptivos deveriam ser mais acessíveis, enquanto 50% concordaram que o SUS deve aprimorar sua oferta de contraceptivos¹⁸.

Em 2022, uma mudança considerada avanço no campo da contracepção foi a sanção da Lei n.º 14.443¹⁹, de 2022, que substituiu a normativa anterior sobre planejamento familiar, desobrigando o aval do cônjuge para procedimentos como vasectomia e laqueadura (métodos contraceptivos cirúrgicos que impedem definitivamente o contato de espermatozoides e óvulo). A lei, que passou a valer em março de 2023, também possibilita que a laqueadura seja feita em mulheres durante o parto ou aborto, desde que cumprido o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto, além das devidas condições médicas. Ela ainda reduziu de 25 para 21 anos a idade mínima para esterilização voluntária de pessoas com capacidade civil plena.

Os dados indicam que, apesar dos avanços de expansão e acesso, os esforços adotados, pelo Brasil, para zerar as necessidades não atendidas de contracepção, precisam ser intensificados no sentido de concretizar a capacidade de escolha por mulheres e pessoas com útero sobre o método contraceptivo a ser adotado. De 2019 para 2022, o número de laqueaduras realizado no SUS quase dobrou, de 653 cirurgias para 1241²⁰. Este dado deve ser tomado positivamente, uma vez que a laqueadura constitui um direito às pessoas que desejem essa opção. A atenção deve ser voltada a casos em que esta se torne a única opção disponível, por falta de acesso a um método de contracepção reversível de longa duração (LARC), por exemplo.

16 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões](#). IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Acesso em: 02 maio 2023.

17 *Ibidem*.

18 Instituto Ipsos. [Só 13% das brasileiras avaliam ter conhecimento pleno de planejamento reprodutivo, mostra pesquisa](#). Pesquisa encomendada pela Organon. 2021. Acesso em: 14 dez. 2023.

19 Brasil. Presidência da República. [Lei 14.443, de 2 de setembro de 2022](#). Altera a Lei n.º 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Brasília, 2022.

20 G1. [SUS faz 300 mil laqueaduras em 4 anos, mas mulheres citam dificuldades e falta de apoio: nova regra diminui exigências](#). 2023. Acesso em: 01 out. 2023.

No mesmo ano de 2019, apenas nove capitais brasileiras²¹ ofereciam todos os métodos contraceptivos cobertos pelo SUS. Esse número tende a expressar, com outras variáveis (como baixa adesão a demais métodos de contracepção, como o DIU, ou taxa elevada de gravidez não planejada ou desejada), **o desafio de garantir a plena oferta dos métodos e a adequada circulação de informações, sobretudo, em relação aos métodos contraceptivos disponíveis nas unidades de atendimento.** Vale destacar que o acesso à laqueadura deve respeitar, de modo soberano, a escolha e o pleno consentimento da mulher e pessoa com útero. O oferecimento e a recomendação do procedimento devem ser acompanhados de um atendimento bem-informado por profissionais de saúde.

Uma das pessoas ouvidas pela pesquisa enfatizou a insuficiência de oferta efetiva no que tange à abrangência de todo o leque de métodos previstos no SUS. No caso de alguns métodos, ainda que estejam previstos, a garantia de sua oferta na situação prática pode esbarrar na falta de qualificação de profissionais ou em dificuldades de aquisição, a exemplo do diafragma:

Precisamos falar sobre acesso à contracepção, pois a oferta é até razoavelmente ampla, mas isso não se dá na prática. Como, por exemplo, a oferta de diafragma pelo SUS. O método não está garantido desde 2019. Nenhum outro tipo de compra foi efetuado. O estoque está zerado, pois sabe-se que o estoque vencia pela falta de profissionais. Há uma desatualização das equipes e a falta de material. Para ter acesso ao DIU é preciso capacidade específica de profissionais e há barreiras, pois o mesmo nem sempre está atualizado.

Outras barreiras também foram apontadas por pessoas entrevistadas, como a necessidade de qualificação do aconselhamento em contracepção, incluindo o acolhimento respeitoso e o tratamento igualitário para todas as pessoas, independentemente de identidade de gênero, orientação sexual, raça, idade ou classe.

A questão da contracepção entre grupos mais vulneráveis, como é o caso de pessoas transmasculinas e homens trans, assim como de adolescentes, emergiu com destaque entre as pessoas interlocutoras do estudo, mormente no que diz respeito às abordagens adotadas pelos serviços de saúde e às estratégias aplicadas para atingir determinados grupos.

21 Ferreira, Lola. [Apenas nove capitais oferecem contraceptivos obrigatórios pelo SUS](#). Gênero e Número/Carta Capital. 2019. Acesso em: 15 dez. 2023.

No caso de adolescentes, o entendimento de que não é suficiente apresentar métodos de prevenção de gestação para meninas de 10 a 19 anos está consensuado entre os profissionais de saúde e os representantes da sociedade civil ouvidos. Eles apontam para a necessidade de ampliar discussões para abarcar temáticas sobre consentimento, relações respeitadas, direito a vivências prazerosas, positivas e saudáveis da sexualidade, com maiores investimentos na educação em sexualidade de qualidade e adequada a cada faixa etária.

Como enfatizou uma pessoa ouvida:

Existe muito mais uma postura de prevenção em relação a adolescentes, mas através do medo apavorante em relação a gestação e doenças. A educação sexual e a atuação dos profissionais parece focar mais em interditos, como proibições ou riscos de doenças e processos indesejados do que um foco em como adquirir saúde de qualidade.

As dificuldades e limitações de acesso a métodos contraceptivos para homens trans e pessoas transmasculinas foram apontadas pelas pessoas ouvidas como barreiras a serem enfrentadas, mesmo com a implementação de ambulatórios especializados e serviços de referência. De acordo com pesquisa conduzida pelo Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT)²², 78,13% dos homens trans e das pessoas transmasculinas ouvidas não haviam planejado sua gravidez. Além disso, 28,12% das pessoas ouvidas tiveram sua identidade de gênero desrespeitada durante a gestação.

Sobretudo em relação à garantia de acesso a métodos contraceptivos por homens trans e pessoas transmasculinas, algumas das pessoas entrevistadas apontaram para uma dissonância entre o que deveria ser garantido pelo serviço de saúde e o que é oferecido de fato, especialmente em relação ao treinamento adequado de profissionais para o acolhimento e a orientação sobre planejamento reprodutivo dessa população.

22 IBRAT. [Dossiê gravidez, aborto e parentalidades nas transmasculinidades](#). Revista Brasileira de Estudos da Homocultura/Associação Brasileira de Estudos da Trans-Homocultura - ABETH, Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT. vol. 6, n. 19 (2023) - Cuiabá/Mato Grosso: UFMT: ABETH, 2023. Acesso em: 15 dez. 2023.

Um dos interlocutores destacou que:

sequer há uma boa oferta de contraceção. É um equívoco achar que o hormônio (masculino) interfere na reprodução. Quando há atendimento de pessoas em processo de hormonização, é importante checar a escolha, checar se tem um desejo gestacional ou não. Mas o tema fica muito longe dessas pessoas. Há barreiras de constrangimento diante da falta de treinamento profissional, então os acessos a serviços são barrados por constrangimento, falta de sensibilização e conhecimento.

É possível perceber que não se trata apenas de ausência de programas ou equipamentos, tampouco de insumos ou de profissionais destacados para atuar no campo da saúde sexual e reprodutiva, mas verifica-se que, eventualmente, desafios e lacunas poderiam ser enfrentados e supridos com o aprimoramento das capacitações e o envolvimento de pessoas usuárias diversas no planejamento de políticas públicas e fluxos de atendimento.

Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens e estratégias de contraceção

Sobre a atenção em saúde sexual e reprodutiva no grupo etário dos 10 aos 19 anos, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE), realizada em 2019²³, identificou que 79,7% dos adolescentes que já haviam tido relações sexuais utilizaram algum método contraceptivo diferente da camisinha (utilizada por cerca de 20%): 52,6% usaram pílula anticoncepcional na última relação sexual; 17,3%, a pílula do dia seguinte; e 9,8%, contraceptivos injetáveis. A média da idade de iniciação sexual reportada foi de 13,4 anos para os meninos e de 14,2 anos para as meninas.

Chama atenção que 45,5% das meninas de 13 a 17 anos que já haviam tido relação sexual usaram a pílula do dia seguinte alguma vez na vida, o que pode indicar uma incidência de atividade sexual pouco segura, sem uso de preservativos e sem utilização de métodos preventivos de gestação não emergenciais (categoria em que se insere a pílula contraceptiva de emergência, nome técnico da pílula “do dia seguinte”).

23 Embora os dados estejam com provável defasagem em relação a 2023, a [PeNSE 2019](#) é utilizada aqui como referência para um determinado cenário, dentro da temática de saúde sexual e reprodutiva entre jovens, especialmente em contraceção e práticas sexuais seguras, além de ser um levantamento que contempla também meninos e adolescentes.

Apesar de redução nas taxas nacionais brasileiras de gravidez na adolescência entre 2013 e 2021, como demonstrado a seguir, as estatísticas são ainda bastante altas em relação a outras regiões do mundo: **a América Latina e o Caribe, que apresentam padrões similares aos brasileiros em termos de padrões rejuvenescidos de fecundidade, é a segunda região no mundo com maiores índices de gravidez na adolescência, atrás apenas da macrorregião da África.**

Tendo em vista que, na adolescência, cerca de duas de cada três gestações não são intencionais²⁴, esses dados demonstram que o país está distante do cumprimento da meta do primeiro zero, a respeito de zerar as necessidades de contraceção não atendidas. As gestações não planejadas ou não intencionais, especialmente de adolescentes, permanecem como questão de saúde pública, sobretudo, no campo da atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva.

Gravidez, idade e aspectos regionais

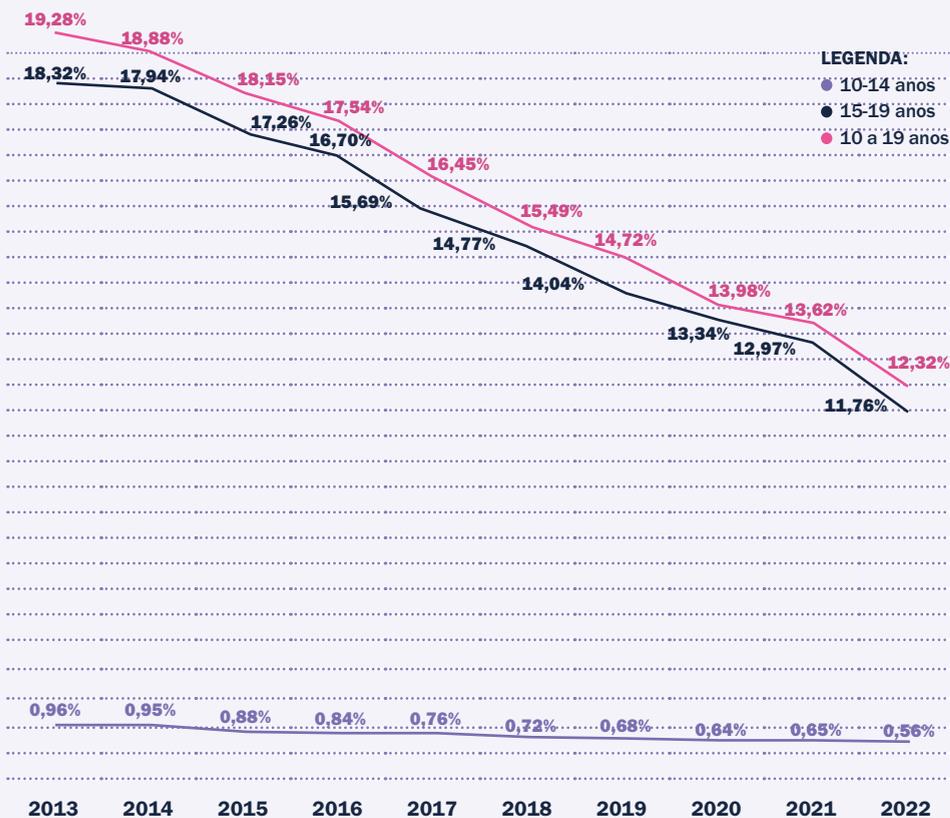
Entre 2013 e 2022 é possível identificar uma redução no número de nascidos vivos para as faixas etárias de 10 a 19 anos. Na faixa etária de 10 a 14 anos, o total de nascidos vivos para o período foi de 14.293, redução de 48,9% em relação a 2013, conforme indicado no gráfico a seguir.

Em 2022, o Brasil registrou 315.606 partos com idade até 19 anos, o equivalente a 12,3% de todos os partos ocorridos naquele ano. Em 2020, a proporção foi de 14%²⁵. **Mesmo assim, essas reduções não são suficientes para tirar o Brasil dos níveis ainda preocupantes de gestações ocorridas durante a adolescência.** Os dados comparativos entre os anos de 2013 e 2022 estão apresentados no gráfico a seguir:

24 CAVENAGHI, Suzana. [“Acceso a la salud sexual y reproductiva y fecundidad de jóvenes en Brasil: desigualdades territoriales”](#). Notas de Población, Vol.40 N° 96, p. 1-46. Santiago de Chile: CEPAL, 2013. Acesso em: 07 mar. 2024.

25 Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa). [Apesar de redução, Brasil ainda apresenta dados elevados de gravidez e maternidade na adolescência, apontam especialistas](#). Notícias UNFPA, 2022. Acesso em: 16 dez. 2023.

Gráfico 1 - Porcentagem de nascidos vivos por idade da parturiente (Brasil, 2013 a 2022)

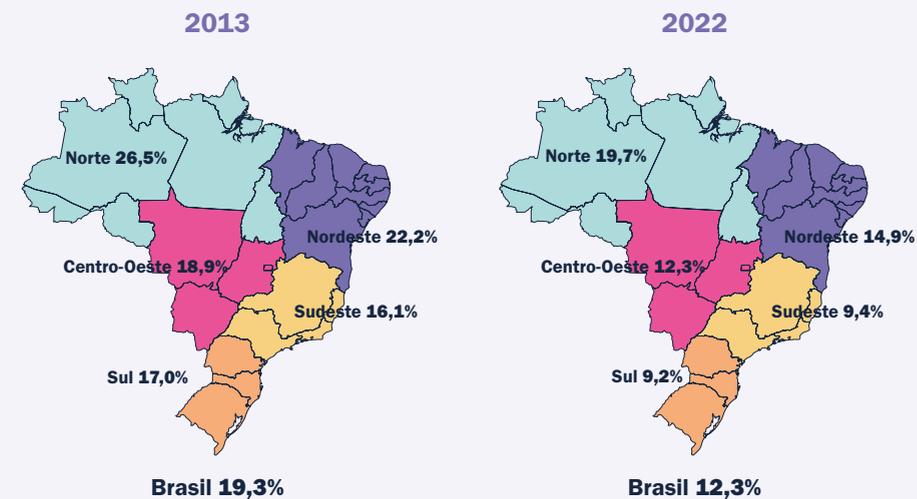


Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Quando observados os dados sobre nascidos vivos por região do Brasil²⁶, mesmo com as reduções identificadas entre 2013 e 2022, é possível encontrar índices ainda elevados de gestação nas faixas 10 e 19 anos, em todas as regiões, com destaque para índices proporcionais à população ainda maiores nas regiões Norte e Nordeste.

26 Conforme dados extraídos da SINASC/SVS/MS.

Figura 1 - Porcentagem de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos, por região (Brasil, 2013 e 2022)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

É possível observar que a **porcentagem dos nascimentos ocorridos de gravidezes na adolescência frente ao total de nascimentos por região** esteve mais alta, em 2022, nas regiões Norte e Nordeste, com índices de 19,7% e 14,9% respectivamente. A região Centro-Oeste aparece na sequência, com 12,3%, seguida das regiões Sudeste, com 9,4%, e Sul, com 9,2%.

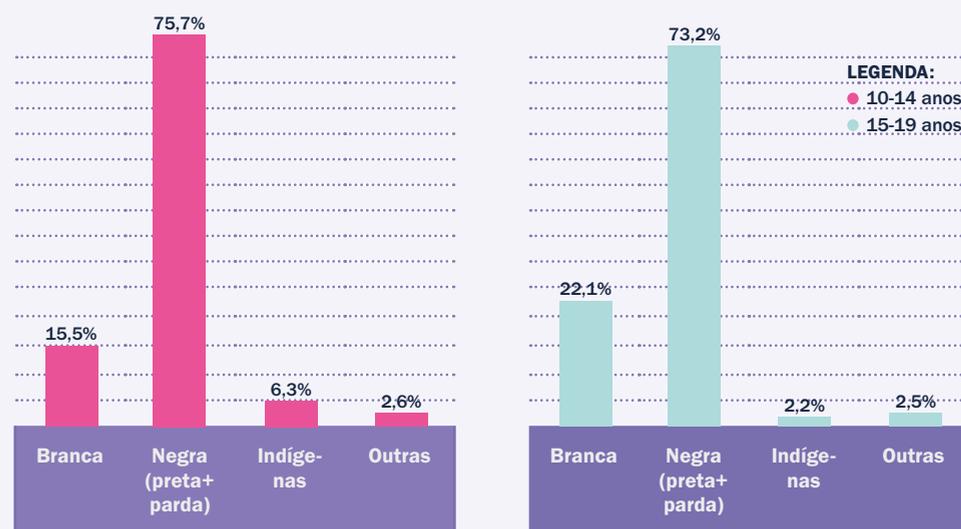
Com base nesses dados, a pesquisa identificou a existência de desafios relevantes para o atingimento pleno das metas dos três zeros, principalmente quando se leva em conta as intersecções de gestação na adolescência e violência de gênero, por exemplo. Uma das pessoas interlocutoras da pesquisa apontou que:

Essas jovens, crianças e adolescentes estão engravidando nas comunidades, onde poucas têm equipe de saúde local, e às vezes conseguem apenas o acompanhamento inicial. Mas não se entende a gravidez como violência, é tratada apenas no campo da saúde.

Segundo esse interlocutor, no momento da entrevista (agosto/2023), havia 23 gestantes de 10 e 14 anos na comunidade na qual ele atua, de um total de 280 mulheres gestantes, em uma população de 1.800 pessoas.

São notáveis, ainda, as disparidades étnico-raciais. Em 2013, 67,3% dos nascidos vivos de mães adolescentes (10-19 anos) foram de adolescentes negras (pretas e pardas), apontando para uma sobrerrepresentação desse grupo na gravidez na adolescência²⁷. Em 2022, apesar da redução da incidência da gravidez na adolescência em todos os perfis raciais, manteve-se a desigualdade no que tange à distribuição racial: 73,3% dos nascidos vivos de mães adolescentes (10-19 anos) foram de adolescentes negras (pretas e pardas), indicando a persistência sistemática, ao longo dos anos, dessas desigualdades.

Gráfico 2 - Porcentagem de nascidos vivos por idade da mãe e raça/cor (Brasil, 2022)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

É importante destacar que **programas e ações capazes de articular a sociedade civil com os serviços de saúde promovem o fortalecimento das políticas públicas, ampliando a abrangência e contemplando a interiorização da atenção à saúde**, necessidade apontada, por outros interlocutores da pesquisa, como fundamental em um país com as dimensões do Brasil.

27 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 29 jan. 2024.

Incidência de infecções por HIV

Com a emergência da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), nos anos de 1980, causada pela propagação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), o Brasil posicionou-se como liderança global nas políticas de prevenção de infecções e tratamento. Um conjunto de fatores contribuíram para isso, entre eles: a decisão do governo federal de assumir oficialmente o HIV/Aids como uma questão de saúde pública, expressa na criação de programas nacionais²⁸ com destinação de recursos e participação da sociedade civil e comunidade científica; a implementação do fornecimento da terapia antirretroviral pelo Sistema Único de Saúde (SUS); o alinhamento e a forte incidência de organizações da sociedade civil e movimentos sociais para que as políticas fossem direcionadas tanto ao tratamento da condição quanto ao combate ao estigma de populações vulnerabilizadas, com foco na informação e prevenção.

Do início dos anos 1990 à metade da década de 2010, os programas para HIV/Aids caracterizaram-se pela continuidade e integridade, resultando na redução de infecções e mortalidades relacionadas à Aids²⁹. Apesar dos enormes avanços neste período, as políticas para HIV/Aids sofreram alguns reveses em termos de destinação de recursos, participação social e subnotificação de dados com impactos causados pela pandemia de Covid-19, por exemplo. Tais fatores refletem-se na persistente desigualdade de acesso à prevenção e tratamentos, bem como na prevalência, em alguns segmentos populacionais, de diagnósticos e mortalidade, conforme demonstram os dados a seguir.

A despeito da subnotificação de casos, que impacta negativamente nas políticas de cuidado voltadas ao HIV/Aids no país, de 2010 a 2020, houve **tendência de redução nas taxas de detecção de HIV³⁰ entre homens³¹ de todas as idades, com exceção das faixas de idade de 15 a 19 e 20 a 24 anos³²**. Esta faixa etária apresentou aumento na incidência de 29% para 15 a 19 anos e de 20,2% para 20 a 24 anos – o que revela a necessidade de políticas públicas direcionadas de maneira contínua a essa população.

28 Alguns exemplos são o Programa Nacional de DST e Aids, de 1988, e a Comissão Nacional de Aids (CNAIDS), constituída em 1987.

29 Cueto, Marcos; Lopes, Gabriel. [Backlash in global health and the end of AIDS' exceptionalism in Brazil, 2007–2019](#). *Global Public Health*, v. 17, p. 815-826, 2022. Acesso em: 02 dez. 2023.

30 Brasil. Ministério da Saúde. [Indicadores HIV/AIDS](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde. Acesso em: 01 dez. 2023.

31 Os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde consideram o gênero designado no nascimento.

32 Brasil. Ministério da Saúde. [Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2021](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021. Acesso em: 01 dez. 2023.

Já entre mulheres foram observadas reduções nas taxas de detecção para todas as idades no mesmo período. Apesar disso, no ano de 2010, a maior taxa de detecção ocorreu entre mulheres na faixa dos 30 a 34 anos (33 casos por 100 mil habitantes). Já em 2020, as mulheres entre 40 e 44 anos correspondiam à maior taxa de detecção (15,1 casos por 100 mil habitantes).

Quando se compara 2020 e 2022, a incidência de casos de infecção pelo HIV aumentou 17,2% no Brasil, sobretudo, na região Norte (aumento de 35,2%) e no Nordeste (aumento de 22,9%)³³. Tais percentuais tendem a indicar as disparidades regionais no acesso às políticas para HIV/Aids, demandando especial atenção das três esferas governamentais a essas regiões.

Este período coincide com menores investimentos em campanhas de prevenção do HIV. Foram R\$3,9 milhões destinados, pelo Governo Federal, em 2020, valor quatro vezes menor que em 2019. No ano seguinte, em 2021, foram apenas cerca de R\$100 mil, valor semelhante aos recursos aplicados há 20 anos³⁴. Além do baixo financiamento, as campanhas de prevenção promovidas pela gestão federal vigente, naquele período, também trouxeram menor visibilidade a algumas das populações-chave das políticas de HIV/Aids, como homens bissexuais e gays, profissionais do sexo, travestis e mulheres trans. Os *briefings* da pasta da saúde para as campanhas educativas e de conscientização não mencionaram esses públicos³⁵. A partir de 2023-2024, há tendência de abordagens mais inclusivas e de maior visibilidade para esses perfis.

Estima-se que, até 2022, existiam, no Brasil, cerca de 990 mil pessoas vivendo com HIV³⁶. Dessas, 88% conheciam seu diagnóstico, 83% delas estavam em tratamento e 95% das pessoas em tratamento estavam com a carga viral suprimida. O país teve êxito em alcançar uma das três metas globais de atingir 95% em cada uma dessas situações, propostas pelo Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/Aids (UNAIDS) até 2030. Para alcançar as demais metas, especialistas apontam que o país deve ir além da atual estabilização da epidemia e voltar a atenção para a testagem como parte da rotina dos serviços, ampliando diagnósticos, além de garantir a aproximação mais estreita com pessoas que conhecem seu diagnóstico, mas não estão em tratamento.

Os desafios ainda concentram-se na superação das desigualdades raciais de segmentos populacionais vulnerabilizados no acesso aos serviços. Em 2022, enquanto os casos notificados³⁷

33 Brasil. Ministério da Saúde. [Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2023](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. Acesso em: 01 dez. 2023.

34 Estadão. [Governo Bolsonaro promove 'apagão' em campanhas de prevenção à aids; investimento em 2021 cai a menos de 1% do aplicado 20 anos atrás](#). 2022. Acesso em: 01 dez. 2023.

35 Agência Aids. [Da vanguarda ao silêncio: Com Bolsonaro, campanhas de HIV excluem gays e alternativas de prevenção](#). 2019. Acesso em: 01 dez. 2023.

36 [The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023](#). Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2023.

37 Brasil. Ministério da Saúde. [Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2023](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. Acesso em: 01 dez. 2023.

entre pessoas brancas foram de 29,9%, 62,8% ocorreram entre pessoas negras (13,0% de pretas e 49,8% de pardas). **A infecção segue mais alta tanto entre homens quanto entre mulheres negras.** Em 2022, entre os homens, 30,4% dos casos ocorreram em brancos e 62,4% em negros (12,8% de pretos e 49,6% de pardos). Já entre as mulheres, 28,7% dos casos deram-se em brancas e 64,1% em negras (13,8% de pretas e 50,3% de pardas).

Em relação às infecções por HIV em gestantes, os indicadores apresentam oscilação, com relativa tendência à estagnação acima de 7 mil casos (7.729, em 2022). Esses números apontam para a necessária incidência em estratégias preventivas da transmissão vertical, reduzindo as possibilidades de transmissão da gestante para o feto ou para o recém-nascido.

Considerando os avanços nos protocolos antirretrovirais adotados no Brasil nos últimos 20 anos, bem como os protocolos de profilaxia para recém-nascidos de gestantes que vivem com HIV, os indicadores seguem estáveis.

Em números, as crianças expostas ao HIV, ou seja, crianças nascidas de mãe que vive com HIV ou que tenham sido amamentadas por mulheres que vivem com HIV, em 2021³⁸, totalizaram 7.026 casos, assim distribuídos: 433 (6,1%) na região Centro-Oeste, 819 (11,7%) na região Norte, 1.712 (24,4%) na região Sul, 1.734 (24,7%), na região Nordeste e 2.327 (33,1%) na região Sudeste. No mesmo ano, os estados que mais notificaram crianças expostas foram São Paulo (15,9%), Rio de Janeiro (12,8%) e Rio Grande do Sul (12,6%). A notificação obrigatória, no momento do nascimento, da condição sorológica de recém-nascidos é determinante para a continuidade dos protocolos até que seja possível realizar o diagnóstico definitivo.

Assim, dos mais de sete mil casos notificados, 53,6% eram crianças do gênero feminino e 97,4% tinham menos de um ano de vida, sendo 91,6% de crianças com menos de sete dias, o que sinaliza a exposição ao HIV durante a gestação, parto ou amamentação.

Uma das questões cruciais em torno da prevenção e do tratamento das infecções por HIV entre gestantes e recém-nascidos é a inclusão da testagem para o vírus (assim como para hepatites e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST), especialmente sífilis) no protocolo do pré-natal, o qual deve ser cumprido em todas as suas etapas. A detecção precoce do HIV aumenta as possibilidades de uma gestação sem riscos de transmissão vertical, bem como a adoção de tratamento antirretroviral adequado à faixa etária e condições gerais de saúde da pessoa gestante.

38 Brasil. Ministério da Saúde. [Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2022 - Número Especial \(dezembro/2022\)](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2022. Acesso em: 01 dez. 2023.

Salientam-se, finalmente, os avanços em relação aos municípios certificados no que tange à eliminação vertical de HIV e sífilis. De 2022 para 2023, houve um aumento de 70% no número de municípios reconhecidos. Em 2023, o Ministério da Saúde entregou selos de boas práticas e certificados de eliminação da transmissão vertical de HIV e/ou sífilis para quatro estados e 73 municípios brasileiros³⁹. Ao todo, 90 municípios e quatro estados solicitaram a certificação. Dos que receberam certificação, 45 tiveram algum tipo de certificação para o HIV; três, para algum tipo de sífilis; e 25, certificado ou selo duplo para HIV e sífilis. **A eliminação da transmissão vertical de doenças infecciosas pode ser alcançada desde que todos os testes e cuidados sejam realizados criteriosamente durante o pré-natal; e o SUS oferece os insumos para prevenção, diagnóstico e tratamento necessários para realização dos testes.**

Além do HIV, outro agravo que impacta diretamente a saúde sexual e reprodutiva é a infecção por papilomavírus humano (HPV), que, em 2021, chegou a ser a IST mais prevalente no mundo, embora seja evitável e haja protocolos vacinais específicos. Trazemos alguns dados a seguir.

Infecção por HPV - protocolos vacinais e cobertura preventiva

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS (2022), o câncer do colo de útero – uma das maiores decorrências da infecção por papilomavírus humano (HPV) – é a principal causa de morte entre mulheres e pessoas com útero na América Latina e Caribe, com 80% dos casos do total de óbitos de 37,5 mil nas Américas. A cobertura vacinal e demais protocolos preventivos adequados para o alcance da meta de eliminar o câncer do colo do útero deveriam ser iguais ou superiores a 90%, segundo a OMS.

A principal estratégia para prevenção é a oferta de vacinação, com ênfase na faixa etária de 9 e 14 anos, cujo protocolo estabelece a aplicação de duas doses. Embora estejam disponíveis em 35 países e territórios (nas Américas), a cobertura ainda não chega a atingir 80% para as duas doses.

No Brasil, a vacinação contra HPV é oferecida, pelo SUS, para meninas e meninos, de 9 a 14 anos de idade; contudo, a cobertura para a segunda dose da vacina atinge 57,4% para as meninas e 36,5% para os meninos⁴⁰. Essa vacinação é uma estratégia fundamental para o enfrentamento do câncer de colo do útero e outros tipos de câncer ao longo do ciclo de vida, que, no Brasil, afetam desproporcionalmente as populações indígenas e afrodescendentes⁴¹.

39 Brasil. Ministério da Saúde. [Aumenta em 70% o número de municípios reconhecidos pela eliminação da transmissão vertical de HIV e sífilis](#). Agência Gov, 2023. Acesso em: 11 mar. 2024.

40 Fundação Nacional do Câncer no Brasil. [Um panorama da vacinação contra HPV no Brasil](#). 2023. Acesso em: 03 nov. 2023. E Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. [Vacina contra o HPV: a melhor e mais eficaz forma de proteção contra o câncer de colo de útero](#), sd. Acesso em: 03 nov. 2023.

41 Goés, Emanuelle F. et al. ["The intersection of race/ethnicity and socioeconomic status: inequalities in breast and cervical cancer mortality in 20,665,005 adult women from the 100 Million Brazilian Cohort."](#) Ethnicity & health, 1-16. 29 Aug. 2023. Acesso em: 03 nov. 2023.

Os dados desagregados por região brasileira indicam que apenas a região Sul chega a índices próximos da meta para a primeira dose (88% de cobertura), mas, em relação à segunda dose, os indicadores são inferiores ao preconizado em todas as regiões, variando de 50% a 62%.

Entre os meninos, na faixa etária de 11 a 14 anos, a adesão vacinal é inferior à das meninas em todo o país, ficando em 52% para a primeira dose e apenas 36% para a segunda dose, índices muito abaixo do recomendado. Por região, o Norte tem a menor cobertura vacinal masculina, com 42% na primeira dose e 28% na segunda dose.

Considerando os dados disponibilizados pela Fundação Nacional do Câncer, que revelaram que todas as capitais e regiões brasileiras estavam com a vacinação para HPV abaixo das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações e pela OMS, o Brasil não atingiu a meta estabelecida para eliminação do câncer do colo do útero até 2023, o que aponta para uma necessária incidência no tema.

A Estratégia Global da OMS para Acelerar a Eliminação do Câncer de Colo do Útero, apresentada em 2020, estabeleceu um conjunto de estratégias e metas a serem alcançadas até 2030.

O Brasil faz parte dos 194 países signatários desta Estratégia Global e já seguia os parâmetros determinados pela OMS para as metas de cobertura vacinal.

Determinações da OMS:

- Para crianças e adolescentes, implementar e seguir o esquema vacinal adequado.
- Para a cobertura vacinal, a meta é vacinar 90% das meninas até 15 anos de idade.
- Para os meninos, o protocolo vacinal deve atingir 80% dos que estiverem entre 9 e 14 anos.
- Realizar o rastreamento de 70% das mulheres com teste de alta performance aos 35 e, novamente, aos 45 anos.
- 90% das mulheres com lesões pré-cancerosas de câncer de colo de útero tratadas e 90% das mulheres com câncer invasivo tratadas e acompanhadas.

Para além do acesso à contraceção e a outros insumos de saúde sexual e reprodutiva, persiste como um desafio o acesso à informação e à educação em saúde e sexualidade – seja dentro da escola ou fora dela.

Os baixos índices de vacinação para HPV também são reflexos dos desafios encontrados na sensibilização de responsáveis por crianças e adolescentes, indicando que é necessário esforços em saúde pública que contemplem famílias, escolas e serviços de saúde a fim de promover estratégias em todas as etapas da vida.

Oferta de atenção à concepção e à infertilidade

Para avaliar o alcance das metas relacionadas a erradicar a necessidade não atendida de planejamento reprodutivo, é preciso, também, levar em consideração as ofertas de serviços e atendimentos relacionados à concepção e à infertilidade.

As tecnologias de reprodução compreendem tanto técnicas mais tradicionais quanto coito programado e inseminação artificial, além de técnicas mais modernas, como a fertilização *in vitro* (FIV).

Com o aumento da busca por tecnologias de reprodução assistida em todo o mundo, diferentes países adotaram medidas para garantir a oferta do serviço no atendimento de saúde.

A importância de garantir a oferta de tecnologias de reprodução assistida passa não apenas pela necessidade de assegurar opções a pessoas que vivenciam a infertilidade, mas também cumpre objetivos mais amplos, tais como a prevenção de transmissão de IST, a preservação de gametas que podem sofrer riscos frente a doenças ou tratamentos, ou, ainda, possibilitar a realização de uma certidão de nascimento com o registro de duas mães⁴². Ademais, é relevante destacar que as necessidades relacionadas aos casos de infertilidade envolvem não apenas o oferecimento de tecnologias de reprodução assistida, mas também o acesso a informações e a garantia da autonomia do procedimento a ser escolhido pelas pessoas que buscam o serviço.

42 Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa). [Reprodução assistida e direitos \[livro eletrônico\]: panorama, desafios e recomendações para políticas públicas no Brasil](#) / [pesquisa e conteúdo] Cíntia Engel. – Brasília, DF: Fundo de População das Nações Unidas, 2024. – (Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos). Acesso em: 06 mar. 2024.

No Brasil, no entanto, a tecnologia é acessada em grande medida em contextos de clínicas privadas e a oferta fica concentrada em algumas regiões do país. Estudo recente (UNFPA, 2024)⁴³ contabilizou 192 clínicas de reprodução assistida no país e, destas, 11 são públicas (6%); além disso, 77% dessas clínicas estão localizadas nas regiões Sudeste e Sul, geralmente, nas capitais dos estados – tornando distante o acesso para quem vive nas demais regiões ou no interior dos estados. Mesmo nos hospitais públicos, raramente, oferta-se um serviço totalmente gratuito, contemplando todas as modalidades ou etapas do processo.

Educação integral em sexualidade

A adoção de medidas para efetivação da **educação em sexualidade tem sido apontada, por estudiosos e especialistas, como uma ferramenta eficaz para a redução da ocorrência de violências e abusos sexuais contra crianças e adolescentes, para a prevenção da gravidez não intencional na adolescência e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. O respaldo da população a essas iniciativas também é expressivo – 91% concordam que a educação em sexualidade pode, por exemplo, auxiliar crianças e adolescentes a prevenirem-se contra tentativas de assédio e abuso sexual⁴⁴.

A atuação do Estado brasileiro para oferecer mecanismos capazes de ampliar as iniciativas de educação em sexualidade para crianças e adolescentes sofreu, nos últimos anos, reverses que acentuaram os desafios nessa área. A retirada de referências ao termo “gênero”, no contexto da aprovação do Plano Nacional de Educação (2014-2024), comprometeu a inserção de temas relacionados a gênero e sexualidade em planos estaduais e municipais de educação nos anos seguintes, limitando que gestores escolares, diretores, professores e pedagogos pudessem desenvolver esses temas em sala de aula de forma segura ou com mais autonomia.

Em levantamento realizado em 2022⁴⁵, somente oito estados recomendaram ações direcionadas à rede de ensino voltadas à educação em sexualidade, enquanto apenas outros três estados mantinham a indicação na grade curricular disciplinas dedicadas ao tema. A última versão da Base Nacional Comum Curricular, aprovada em 2018, não contava com menções à educação sexual e de gênero.

43 *Ibidem*.

44 CENPEC, AÇÃO EDUCATIVA, CESOP/UNICAMP E INSTITUTO DATAFOLHA. [Pesquisa Educação, Valores e Direitos](#). Campinas, 2022. Acesso em: 25 nov. 2023.

45 Gênero e Número. [Apenas 3 estados no Brasil orientam escolas a terem disciplinas sobre educação sexual](#). 2022. Acesso em: 03 dez. 2023.

O cenário atual tem refletido **uma dificuldade do Brasil em cumprir metas e recomendações sobre educação em sexualidade, a exemplo das metas dos ODS e das recomendações sobre o tema feitas ao Estado brasileiro por diferentes países na Revisão Periódica Universal**⁴⁶, realizada no âmbito do Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas.

As pessoas interlocutoras desse estudo foram unânimes em apontar a importância das estratégias educativas em saúde e sexualidade visando à promoção da autonomia, ao desenvolvimento da capacidade de fazer boas escolhas relativas à vida sexual e reprodutiva, e ao acesso a direitos de forma ampla.

O atingimento das metas relativas ao planejamento reprodutivo passa, necessariamente, por ações em educação, informação orientada e formação de profissionais capazes de identificar os processos vivenciados por crianças e adolescentes e de oferecer o acompanhamento adequado, não apenas nos serviços de saúde, mas, também, em ambiente escolar e com as famílias.

No âmbito nacional, abarcando temáticas mais amplas em saúde, deve-se reconhecer a contribuição do Programa Saúde na Escola (PSE), criado a partir do Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que visa contribuir para o pleno desenvolvimento de estudantes da rede pública de Educação Básica, por meio do fortalecimento de ações que integram as áreas de Saúde e Educação. As ações do PSE são inseridas na proposta pedagógica da escola e abrangem atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde e seus fatores de risco, a partir de 13⁴⁷ ações do Programa. Em 2022 foram realizadas 777.371 atividades das ações do PSE, com 34.640.554 participantes em uma ou mais ações do Programa. As ações foram realizadas em 4.837 municípios, ou seja, 89,2% dos 5.422 municípios aderidos no ciclo 2021/2022. No tema “Saúde sexual e reprodutiva e prevenção de IST/HIV” foram realizadas 24.953 atividades⁴⁸.

46 Bulgarelli, Lucas. [Direito à Educação](#). Observatório Parlamentar da RPU. 4º Ciclo da Revisão Periódica Universal. Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e Comissão de Minorias e Direitos Humanos da Câmara dos Deputados, 2022. Acesso em: 25 out. 2023.

47 Quais sejam: 1. Saúde ambiental; 2. Promoção da atividade física; 3. Alimentação saudável e prevenção da obesidade; 4. Promoção da cultura de paz e direitos humanos; 5. Prevenção das violências e dos acidentes; 6. Prevenção de doenças negligenciadas; 7. Verificação da situação vacinal; 8. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; 9. Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; 10. Saúde bucal; 11. Saúde auditiva; 12. Saúde ocular; 13. Prevenção à Covid-19.

48 Brasil. Ministério da Saúde. [NOTA TÉCNICA Nº 5/2023-CGEDESS/DEPPROS/SAPS/MS](#). Brasília, 2023. Acesso em: 11 mar. 2024.

Em âmbito local, uma das iniciativas destacadas por sua abrangência e eficácia foi o projeto AdoleSER⁴⁹, realizado de modo contínuo e permanente por uma organização da sociedade civil, na região Norte, voltado ao desenvolvimento de ações educativas em saúde, sexualidade, autonomia, equidade de gênero, planejamento reprodutivo e prevenção de IST/HIV entre adolescentes e jovens.

Como citado por uma das pessoas ouvidas neste estudo:

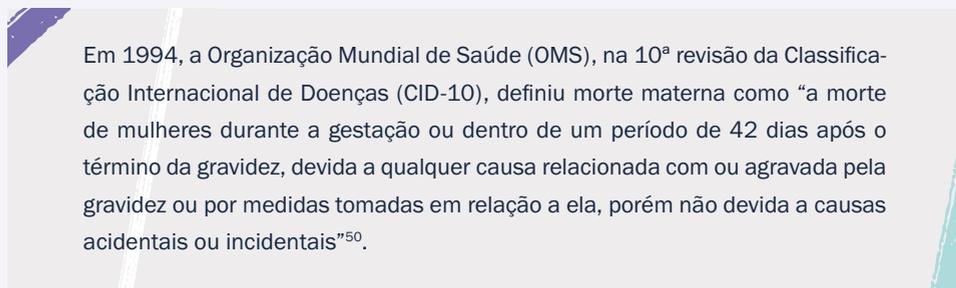
O Projeto AdoleSER, realizado junto com o UNFPA, deixa muito claro a (importância de educar para) saúde sexual e reprodutiva. Ao falar de saúde nas escolas, através de um levantamento de quais temas os jovens querem saber mais, aparece gênero, identidade de gênero, sexualidade, prevenção da gravidez.

Da mesma forma, as interlocuções evidenciaram o quanto **as parcerias entre estado, sociedade civil e comunidade são importantes para ampliar a abrangência de ações educacionais e preventivas, tanto em saúde quanto em promoção e garantia de direitos**. Considerando-se a diversidade regional do Brasil, as diferenças demográficas e dimensões territoriais, o atingimento das metas dos ODS passa, necessariamente, por adaptações e adequações a cada realidade, permitindo que as políticas públicas em saúde sejam capazes de alcançar o maior número de pessoas com eficácia, o que não depende apenas da capacidade instalada de equipamentos ou das equipes envolvidas.

49 O Projeto AdoleSER, realizado pela Associação Beradeiro, em Rondônia, conta com apoio do UNFPA Brasil para o desenvolvimento de oficinas, rodas de conversa e capacitação de adolescentes e educadores para saúde sexual e reprodutiva, visando à promoção da autonomia e à sensibilização de ambientes escolares, dentro da premissa de interiorização de ações em saúde, principalmente, com povos e comunidades tradicionais, como indígenas, quilombolas e ribeirinhos. As ações do projeto contemplam também pessoas LGBTQIA+.

3.2 Zero mortes maternas evitáveis

Para compreender a situação do país no que tange ao objetivo de zerar as mortes maternas evitáveis foram considerados indicadores e temas relacionados à mortalidade materna, incluindo a questão das disparidades raciais e étnicas. Além disso foi necessário compreender o modo como a atenção ao pré-natal tem-se desenvolvido e os riscos atrelados à falta de acompanhamento gestacional. Outro aspecto considerado foram os episódios de gravidez não intencional e de aborto entre jovens e adolescentes, que podem oferecer riscos para a vida de pessoas grávidas.



Metas dos ODS que se relacionam com "Zero mortes maternas evitáveis"

3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos.

Meta do Brasil: 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte.

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordados em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

50 Brasil. Ministério da Saúde. [Mortalidade materna: um desafio para a saúde pública mundial](#). Saúde e Vigilância Sanitária. 2021. Acesso em: 27 fev. 2024.

Indicadores em mortalidade materna no contexto brasileiro

Assim como em outros indicadores já descritos e analisados no primeiro zero, também em relação às mortes maternas evitáveis, identificam-se desafios persistentes. Quando comparados os anos de 2013 a 2022, os dados⁵¹ de Razão de Mortalidade Materna (RMM) **mostram uma estagnação que foi posteriormente acompanhada por uma piora significativa dos indicadores em anos mais recentes**. Se, em 2019, a RMM era de 55,31 por 100 mil nascidos – distante da meta nacional de 30 mortes por 100 mil nascidos vivos – os anos seguintes mostraram índices ainda mais alarmantes, **atingindo 71,97 mortes e 117,4 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos em 2020 e 2021, respectivamente**.

Em 2022, o Brasil apresentou significativa redução neste indicador, registrando 57,7⁵² mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Em análises preliminares, alguns fatores estão considerados para esta redução, entre eles, o arrefecimento da pandemia de Covid-19, a ampliação do acesso à vacinação para Sars-Cov-2 e o retorno à rotina dos atendimentos em saúde e acompanhamento pré-natal seguindo os protocolos e parâmetros adotados até 2019.

A pandemia de Covid-19 foi determinante para a piora em alguns desses indicadores, bem como os impactos relativos nas mudanças estruturais das políticas em saúde no Brasil, a partir de 2017, as quais apresentaram ainda maiores deficiências entre 2018 e 2022, com restrições orçamentárias, paralisação de campanhas educativas e descontinuidade de programas formativos continuados para profissionais de saúde.

No ano de 2021, com o auge da pandemia de Covid-19, o Brasil registrou aumento da razão de mortalidade materna em todos os estados do país⁵³. Naquele ano, Roraima registrou a maior RMM do país, com 309,3 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos; enquanto o estado de Pernambuco apresentou o menor número, com 73,7 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.

Como indica o quadro a seguir, o ano de 2020 registrou 1.964 óbitos maternos, seguido por um aumento em 2021, quando o Brasil registrou 3.025 óbitos maternos. Vale ressaltar que, devido à piora em 2021, durante o auge da pandemia de Covid-19, **a redução, em 2022, ainda que apresente um quadro de melhoria, segue indicando um desafio persistente de redução ao nível da meta estabelecida pelo país**.

51 Observatório Obstétrico Brasileiro - OOB. [Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2022](#). Acesso em: 2 dez. 2023.

52 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema de Informações sobre Mortalidade \(SIM\) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos \(SINASC\)](#). SVS/DAENT/CGIAE. Acesso em: 30 jan. 2024.

53 Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa). [Saúde materna e Covid-19 - panorama, lições aprendidas e recomendações para políticas públicas](#). 2023. Acesso em: 13 out. 2023.

O UNFPA⁵⁴ alertou, em 2022, para um grave retrocesso relacionado aos índices de mortalidade materna na vigência da pandemia de Covid-19. **Em 2021, a razão de mortalidade materna havia aumentado 94% em relação ao ano de 2019.**

Quadro 1 - Óbitos em idade fértil por ano (Brasil, 2020, 2021 e 2022)

Ano do Óbito	2020	2021	2022
Óbitos em idade fértil	1.964	3.025	1.352

Fonte: Elaboração Instituto Matizes com dados do Observatório Obstétrico Brasileiro (OObBr). Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2022.

O Ministério da Saúde do Brasil define, na categoria **C18 - Mortalidade materna segundo tipo de causas**, que as causas obstétricas para mortalidade materna se dividem em Diretas e Indiretas. A conceituação é a seguinte:

- **Causas obstétricas diretas** são aquelas resultantes de complicações obstétricas na gravidez, parto ou puerpério devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer das causas acima mencionadas. As quatro causas de enfrentamento prioritário são: síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e complicações derivadas de abortamento.
- **Causas obstétricas indiretas** são aquelas resultantes de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Entre elas estão doenças cardíacas preexistentes, doenças renais crônicas preexistentes, doenças infecciosas, parasitárias e endócrinas.

As causas obstétricas diretas foram responsáveis pela maior parte dessas mortes (65,7%) em 2019, enquanto as causas indiretas foram responsáveis por 30,4%. As principais causas de mortalidade materna foram hipertensão (20%), hemorragia (12,4%), infecção puerperal (4,4%) e aborto (2,7%). Em 2020, o Brasil registrou 1.041 óbitos maternos por causas obstétricas diretas (52,97% do total de casos), com os seguintes indicadores por causa: hipertensão, 30,45%; hemorragia, 18,73%; infecção puerperal, 7,3%; e, aborto, 5,47%.

54 Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa). [A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia. Fundo de População da ONU alerta para grave retrocesso, 2022](#). Acesso em: 25 out. 2023.

Já em 2021, os indicadores de óbitos maternos por causas obstétricas diretas ficaram abaixo dos registrados nos dois períodos anteriores (2019 e 2020), havendo elevação das causas indiretas – situação registrada com o atravessamento da pandemia de Covid-19. Do total de óbitos maternos ocorridos em 2021, 33,88% (1.025 casos do total de 3.025 ocorrências) foram em decorrência de causas obstétricas diretas, as quais, quando desagregadas, apresentaram os seguintes índices: hipertensão 27,07%; hemorragia 11,31%; infecção puerperal 6,34%; e, aborto 4,87%.

Nova alta significativa no número de casos de óbitos maternos provocados por causas obstétricas diretas foi registrada em 2022. Nesse ano, do total de mortes maternas registradas, 67,45% (923 casos, para o total de 1.368) foram decorrentes de causas obstétricas diretas. Como nos períodos anteriores (2019-2021), novamente, a hipertensão foi responsável pelo maior número de óbitos, com 29,13% dos casos, seguida de hemorragia (10,83%), infecção puerperal (7,04% dos casos) e aborto, com 5,17% dos casos registrados.

Considerando causas obstétricas diretas e indiretas para óbitos maternos, entre 2015 e 2021, houve uma prevalência para as causas diretas (60% dos casos)⁵⁵. Os registros no SIM destacam transtornos hipertensivos surgidos durante a gravidez, o parto ou o puerpério, os quais são responsáveis por 36% dos óbitos entre pessoas pretas. Outras ocorrências, como hemorragias, aparecem com índices aproximados para mulheres negras e brancas.

Outra questão que tem recebido cada vez mais atenção em serviços de saúde e no campo obstétrico é a ocorrência de **Near Miss Materno (NMM)**, que pode ocorrer, assim como os casos que chegam a óbito, por **atrasos no acesso a cuidados obstétricos adequados e temporalmente corretos**. De modo geral, estudos recentes sobre NMM e óbitos maternos têm indicado que esses atrasos podem ser relacionados à decisão de procurar assistência obstétrica (pela pessoa gestante ou pela família), à chegada ao serviço de saúde adequado ao caso, e, também, pela demora em receber cuidados adequados depois de ter acessado o serviço de saúde.

Near Miss Materno (NMM): Proposta pela OMS em 2009, a classificação em NMM é padronizada globalmente e constitui um indicador confiável para estudos de comparabilidade. Abarca situações em que a pessoa gestante quase foi a óbito, mas sobreviveu a complicações graves durante a gravidez, o parto ou até 42 dias após o término da gestação. A classificação utiliza um conjunto de 25 critérios baseados na existência de algumas disfunções importantes em órgãos e sistemas da pessoa gestante (cardíaca, respiratória, renal, hepática, neurológica, da coagulação e uterina), que são avaliadas de acordo com sinais clínicos, laboratoriais e de tratamento.

55 *Ibidem*.

Para a razão de mortalidade materna (RMM), observou-se, em 2022, que o maior risco incide sobre mulheres na região Norte (82,0 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos), Nordeste (67,3 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos) e Centro-Oeste (57,1 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos). Na região Norte, o maior índice está presente no estado de Roraima, com RMM de 160,4; e, na região Nordeste, está no Piauí, com RMM de 108,9. Já as menores RMM encontram-se em Santa Catarina (31,6) e no Rio Grande do Sul (38,9)⁵⁶.

Os maiores riscos estiveram presentes para o perfil de mulheres negras (pretas e pardas), que representaram 752 (64%) dos 1.165 óbitos maternos em 2023⁵⁷.

Além de localidade e perfil raça/cor, o risco de mortalidade foi mais alto para aquelas que possuem baixa escolaridade, até o Ensino Médio, que representaram 468 dos óbitos em 2023 (40,17% do total de registros). A mortalidade materna foi alta também entre aquelas que estavam acima dos 40 anos (8,92% do total de casos), indicador próximo daquele na faixa etária até 19 anos (8,66%)⁵⁸.

Em relação aos indicadores gestacionais, e, sobretudo, de mortalidade materna no grupo etário até 19 anos, é importante ressaltar que, de modo geral, a gestação ocorre de forma não intencional, e poderia ser evitada com o devido planejamento reprodutivo.

No que diz respeito às mortes maternas evitáveis, os cruzamentos étnico-raciais e as condições de acesso a direitos em saúde sexual e reprodutiva são cruciais para que se entenda não só o contexto atual, mas os principais desafios a serem enfrentados para a melhoria dos indicadores e avanços em direção ao atingimento das metas.

Interlocutores destacaram que os desafios para reduzir e zerar a mortalidade materna evitável ainda estão fortemente atrelados à dificuldade de acesso universal a equipamentos públicos e serviços de qualidade, com equidade, respeito e não discriminação, também no tempo adequado para atender às necessidades, às urgências e às emergências obstétricas. Ademais, são mencionadas desigualdades estruturais relacionadas ao acesso à informação e a insumos de saúde, com ênfase em saúde integral e saúde sexual e reprodutiva, principalmente durante o ciclo gravídico-puerperal, somadas a barreiras de diversos grupos no que tange ao exercício de cidadania e empoderamento.

56 Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. [Indicadores de mortalidade que utilizam a metodologia do Busca Ativa - Razão de Mortalidade Materna](#). Acesso em: 11 mar. 2024.

57 Observatório Obstétrico Brasileiro (OOb). [Óbitos de Gestantes e Puérperas](#), 2023.

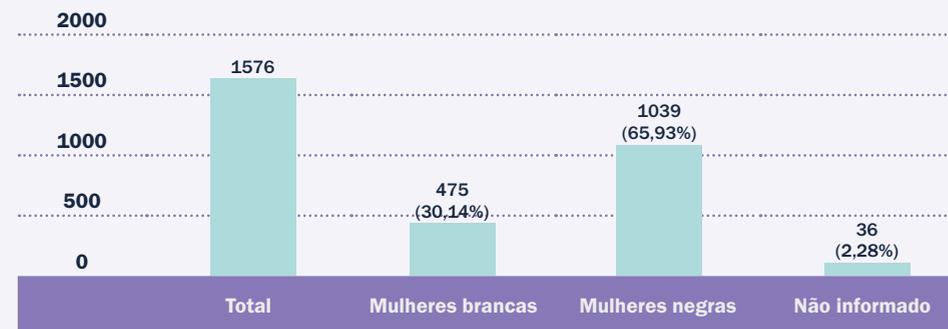
58 *Ibidem*.

Todos os dados apresentados precisam ser tomados em perspectiva, considerando interseções importantes e marcadores sociais de diferença, como raça/cor, classe, origem e grupo etário, como tem sido demonstrado por outros estudos e pesquisas. É fundamental analisar dados tendo em conta também as diferenças regionais brasileiras, uma vez que, embora universalizada, a atenção em saúde no país depende de variáveis para ser ofertada de modo equânime para todas as pessoas.

Raça/cor e mortalidade materna no Brasil

Em 2013, o Brasil registrou 1.686 óbitos maternos, sendo que 62,79% ocorreram entre mulheres negras, enquanto, entre mulheres brancas, esse índice foi de 31,13% do total de casos nacionais⁵⁹. Em 2019, dos óbitos maternos, do total de 1.576 registros, 65,93% foram de mulheres negras e 30,14% foram de mulheres brancas⁶⁰, como indicado no gráfico a seguir, o que aponta para iniquidades que persistem e acirram-se ao longo do tempo.

Gráfico 3 - Proporção de Óbitos Maternos Totais x Raça/cor (Brasil, 2019)



Fonte: Gráfico elaborado pelo Instituto Matizes, dados do SINAN (2019) em estudo Dossiê “Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva - 2020/2021”. CRIOLA (2021). Porcentagem calculado pela consultoria do Criola.

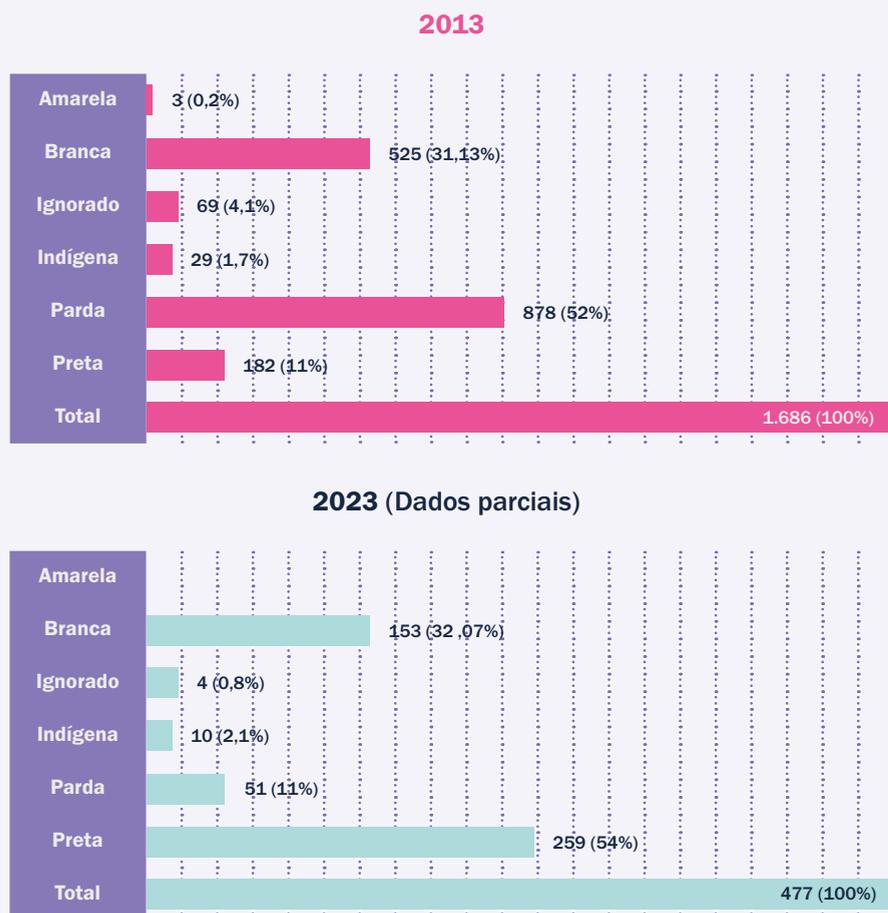
Considerando os números totais de óbitos maternos de 2013 e parciais de 2023 **é possível identificar um cenário marcado por certa estagnação dos dados de óbitos maternos no período, com episódios de agravamento acentuado, como em 2021.**

Quando observados os fatores étnico-raciais, verifica-se que persistem, em todo o período (2013-2023), as desigualdades com base em raça/cor.

59 Brasil. Ministério da Saúde. SIM - SVS/DATASUS - [Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 06 jun. 2023.

60 O Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva (2021) utiliza como categoria analítica mulheres negras, agregando dados sobre pretas e pardas, conforme disponibilizados no SINAN. Desta forma, os números sobre mulheres negras apresentados por Criola são a soma de pretas e pardas.

Gráfico 4 - Óbitos de Gestantes e Puérperas x Raça/cor (Brasil, 2013 e 2023)



Fonte: Elaboração Instituto Matizes, com dados do Observatório Obstétrico Brasileiro (OOBr). Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2023.

De acordo com dados divulgados em novembro de 2023⁶¹, relativos a 2022 e 2023 (resultados ainda eram preliminares), a **RMM, para 2022, entre mulheres brancas, estava em 46,5 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto, entre as mulheres negras, esse índice subiu para 100,4 óbitos por 100 mil nascidos vivos**⁶².

61 ENSP-Fiocruz. [Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023](#). Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. Acesso em: 23 nov. 2023.

62 A análise dos dados referentes à “Pesquisa Nascer no Brasil II: Inquérito sobre Aborto, Parto e Nascimento” (2023) foi feita a partir da amostra de mulheres brancas, pretas e pardas. Nota metodológica da FIOCRUZ, no relatório da pesquisa, informa que “puérperas indígenas, asiáticas e quem não declarou raça/cor correspondem a aproximadamente 2% da pesquisa e foram excluídas desta análise”.

Uma das questões centrais em torno das mortes maternas evitáveis é a qualidade de atenção pré-natal. As desigualdades de acesso ao pré-natal adequado impactam meninas, mulheres e pessoas com útero de acordo com grupo etário, raça/cor, classe e região do país.

Atenção ao pré-natal

O acesso ao pré-natal é um indicador relevante para a redução das mortes maternas evitáveis. As consultas feitas desde a identificação da gestação garantem a realização de exames e verificação do risco da gravidez, com possibilidade de impactar tanto a pessoa gestante quanto o feto, seja ao longo da gestação, seja durante o parto. Ainda, o pré-natal colabora para identificar a necessidade de medicamentos, tratamentos ou atenção obstétrica especializada para o parto.

Um pré-natal adequado é fator-chave para prevenir a mortalidade materna por causas evitáveis. A realização de um pré-natal com uma quantidade adequada de consultas⁶³ também impacta positivamente na promoção de partos seguros e saudáveis, bem como na redução dos casos de morbimortalidade de quem gesta.

Levantamento realizado cobrindo o período de 2014 a 2020, sobre os indicadores de realização de pré-natal adequado e índices de mortalidade materna entre mulheres negras⁶⁴ no Brasil, demonstrou que, apesar de ter havido redução nos números de pré-natais inadequados em todas as regiões brasileiras, no período, os números ainda seguiam altos em várias localidades, principalmente na região Norte. Nos anos de 2019 e 2020, as porcentagens de pré-natais inadequados para mulheres pretas, na região Norte, foram de 42,9% (2019) e 44,7% (2020). Em comparação com outras regiões, mulheres pretas nortistas tinham índice de realização de pré-natal inadequado 2,4 vezes maior que todas as demais mulheres do restante do Brasil.

No que tange ao recorte etário, quando observados os dados de 2013 e 2021 (último ano disponível) acerca de pré-natais inadequados realizados no Brasil, no sentido de não ter sido realizado o número mínimo de consultas recomendadas (seis consultas), é possível notar uma redução em todas as faixas etárias. Contudo, se mantém na faixa de 15 a 19 anos de idade a maior proporção de pré-natal inadequado.

63 A recomendação de que o pré-natal seja iniciado logo após a identificação da gestação, com a realização dos primeiros exames de imagem a partir da quinta semana, soma-se à recomendação de um número mínimo de consultas para que o pré-natal seja considerado adequado. O Ministério da Saúde recomenda um mínimo de seis consultas.

64 Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS). [Mulheres negras tiveram menos acesso ao pré-natal e maiores índices de mortalidade materna entre 2014 e 2020, aponta pesquisa do IEPS](#). IESP, 2022. Acesso em: 06 mar. 2024.

Quadro 2 - Pré-natal inadequado por idade da mãe (Brasil, 2013 e 2021)

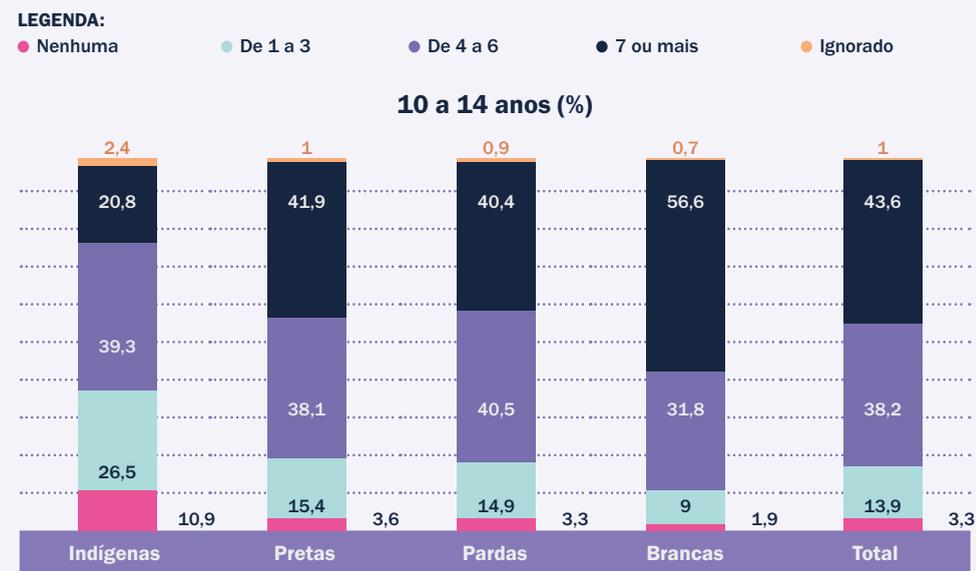
	2013	2021
Idade da mãe	Proporção de Inadequados	Proporção de Inadequados
15 a 19 anos	45,35%	35,35%
20 a 24 anos	37,95%	28,37%
25 a 29 anos	30,17%	22,68%
30 a 34 anos	25,43%	19,20%
35 a 39 anos	25,65%	18,59%
40 a 44 anos	29,11%	20,16%
45 a 49 anos	34,37%	22,85%

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC.

Quando observados os dados de acesso ao pré-natal adequado por adolescentes de forma desagregada por raça/cor, no período 2008-2019, identifica-se que as adolescentes indígenas de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos foram as que menos realizaram sete ou mais consultas de pré-natal (20,8% e 26,6%, respectivamente); entre as brancas de 10 a 14 anos, 56,6% realizaram sete ou mais consultas, enquanto, entre as brancas de 15 a 19 anos, 64,3% realizaram sete ou mais consultas⁶⁵.

Já a respeito das adolescentes que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, a maior frequência de casos ocorreu entre adolescentes de 10 a 14 anos⁶⁶. Nessa faixa de idade, destacam-se as elevadas incidências, principalmente entre indígenas, com 10,9%, seguidas das pretas e pardas, com 3,6% e 3,3%, respectivamente, conforme demonstra o gráfico a seguir.

Gráfico 5 - Número de consultas de pré-natal por grupo de raça/cor materna entre adolescentes (Brasil, 2008 a 2019)



Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC. Dados extraídos via Tabnet - DATASUS para o período de 2008-2019. CIDACS/Fiocruz-BA, ISC-UFBA e UNFPA (2023)

O acesso ao pré-natal e ao parto nos equipamentos de saúde brasileiros também é impactado por barreiras relacionadas às desigualdades socioeconômicas e de acesso regional, à inadequada qualificação dos processos assistenciais e à frágil articulação entre o atendimento ambulatorial e o hospitalar nos serviços públicos.

65 CIDACS/Fiocruz-BA, ISC-UFBA e UNFPA. [Sem deixar ninguém para trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência](#). 2023. Acesso em: 20 maio 2023.

66 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 06 jun. 2023.

Os atravessamentos entre vulnerabilidades são fundamentais para que se pense em políticas públicas mais inclusivas e abrangentes no campo da saúde sexual e saúde reprodutiva, e são muitas as camadas a serem ponderadas. Também durante as entrevistas realizadas para o estudo, o tema do pré-natal foi considerado a partir das intersecções com raça/cor, classe e região de moradia. Como destacou um profissional da área médica que atua em obstetria:

Ao falar de acesso à contracepção e pré-natal, é preciso olhar o conceito de vulnerabilidade. Não vamos ver indicadores isoladamente, pois pessoas que vivem na pobreza, na periferia, com menos acesso a transporte, educação e serviço de saúde próximo, são quem têm riscos de sofrer intervenções desnecessárias e negligências. E sabemos que a população mais afetada é a população negra, pelo contexto de vulnerabilidade.

Atenção ao parto

A atenção em saúde durante o ciclo gravídico-puerperal, especialmente em relação aos cuidados obstétricos, compreende esforços importantes para a garantia de partos seguros, respeitosos, com base em evidências.

Esse quadro depende de um contínuo na atenção que vem desde o acompanhamento da gestação na Atenção Primária à Saúde (APS), ao reunir serviços e atendimentos que possibilitem detectar gestações de risco e oferecer uma assistência adequada à pessoa gestante⁶⁷. A identificação, a partir do devido acompanhamento gestacional, de possíveis agravos de saúde em pessoas gestantes, é fundamental também para o atingimento das demais metas dos três zers, como a redução nos índices de mortes maternas evitáveis.

O Brasil firmou importantes compromissos, nas últimas décadas, voltados ao fortalecimento da atenção ao parto e ao nascimento, tais como o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (2000), a Lei do Acompanhante (2005), a instituição da Rede Cegonha – Rede de Atenção Materno Infantil (2011) e da Diretriz Nacional de Atenção à Gestante (2015/2016)⁶⁸.

67 Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa). [Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica - Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde](#). UNFPA Brasil, 2022. Acesso em: 25 mar. 2023.

68 Henriques, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 2021. Acesso em: 05 dez. 2023.

No entanto, os desafios para reduzir as situações de desrespeito a direitos e a ocorrência de diversas violências antes, durante ou após o processo gestacional ainda persistem.

O país segue tendo um quadro geral de excesso de intervenções obstétricas de rotina. A respeito da realização de partos via cesariana, observa-se uma sobremedicalização das intervenções, com as cesarianas representando 57,2% de todos os partos em 2020 e chegando a 58,1% em 2022⁶⁹, sendo que a OMS recomenda que a proporção de cesarianas frente aos demais procedimentos seja de até 15%⁷⁰. Isso tem posicionado o país **em 2º lugar no mundo em taxas de cesarianas**.

Apesar do alto índice, **a oferta de cesarianas nem sempre é proporcional às demandas das diferentes regiões do país**, havendo territórios em que esse procedimento ocorre de forma escassa e não chega a atender às necessidades de saúde das gestantes e parturientes nas situações em que a cesariana seria indicada. Isso ocorre em locais de vazio assistencial, como, por exemplo, regiões de fronteira, áreas rurais ou territórios distantes de equipamentos médico-hospitalares adequados.

Diferentes estudos têm destacado que os contextos marcados por assimetrias na atenção, com extremos que vão do excesso à escassez de intervenções obstétricas, podem provocar tanto “o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada” quanto “o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada”⁷¹. Além disso, **o contexto brasileiro é marcado por um excesso de cesarianas de rotina no setor privado, ao passo que o atendimento público de saúde adota preponderantemente o parto normal, desconsiderando, portanto, as recomendações com base em evidências, bem como as necessidades e a autonomia de escolha de meninas, mulheres e pessoas com útero**⁷².

Há, portanto, um cenário paradoxal no país, com contextos/territórios de excesso de intervenções obstétricas, sendo estas realizadas como rotina, nem sempre com as adequadas indicações e com base em evidências atualizadas, bem como existem contextos em que há falta de acesso a intervenções necessárias e que poderiam salvar vidas.

69 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 18 mar. 2024.

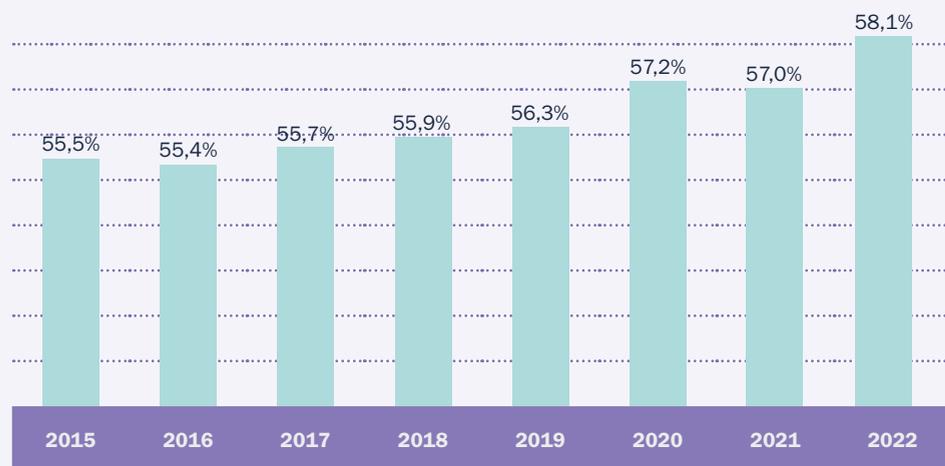
70 Lemos, Simone. Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos. *Jornal da USP*, 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.

71 Diniz, Simone Grilo. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326. 2009. Acesso em: 05 dez. 2023.

72 Leão, Míriam Rêgo de Castro. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, ago. 2013. Acesso em: 10 dez. 2023.

Em um quadro comparativo entre o número total de partos realizados e quantitativo de cesarianas, observa-se um aumento gradativo nos índices entre 2015 e 2022, como demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 6 - Porcentagem de cesarianas sobre o total de nascimentos por ano do nascimento (Brasil, 2015 a 2022)



Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (último acesso março 2024).

Dentre as pessoas ouvidas para este estudo, houve apontamentos sobre a importância da qualificação da atenção durante todo o ciclo gravídico-puerperal para que intervenções sejam realizadas quando efetivamente necessárias.

É importante melhorar os índices de cesariana desnecessária através de capacitação e ampliação dos profissionais, como parteiras, enfermeiras obstetras e doulas que deveriam estar presentes no acompanhamento. E ainda que haja uma evolução no atendimento, que leve a uma cesariana necessária, a presença desses profissionais diminui a dor, o sofrimento e aumenta a percepção de autonomia das pessoas gestantes. Uma intervenção puxa a outra no trabalho de parto.

Outro aspecto a ser considerado são os casos de violência obstétrica. Desde 2014, a OMS incluiu a violência obstétrica entre as violações de direitos humanos das mulheres, estabelecendo um conjunto de recomendações para que sejam evitadas todas as formas de violações de

direitos humanos fundamentais no momento do parto, como a episiotomia e manobras para manter a parturiente amarrada ou impedida de ter contato com o recém-nascido⁷³.

A pesquisa Nascer no Brasil registrou, em 2012, que cerca de 30% das entrevistadas atendidas em hospitais privados reportaram ter sofrido alguma violência obstétrica; no SUS, esse número chegou a 45%⁷⁴.

Em 2019, o Ministério da Saúde passou por questionamentos de organizações sociais e da sociedade civil após se ter posicionado contrariamente ao uso do termo violência obstétrica por meio do Ofício n.º 017/19 – JUR/SEC, retirando menções ao uso do termo em documentos oficiais e em políticas públicas⁷⁵.

Com relação à violência obstétrica, um dos principais pontos destacados pelas pessoas entrevistadas foi a importância da adoção e cumprimento dos “planos de parto”, traçados pelas equipes de atenção em saúde, gestantes e suas redes, desde o início do pré-natal. Como apontou uma pessoa interlocutora:

Sobre parto, os dados são suficientes para saber que estamos em um ambiente muito ruim, pois a violência obstétrica está presente. As manobras continuam acontecendo e as mulheres seguem maltratadas, humilhadas, restringidas em movimentos e escolhas. O trabalho de prevenção nem sempre será cumprido. O plano de parto não é sempre instituído, mas sabe-se que com plano de parto nos serviços as mulheres sofrem menos.

73 De acordo com a OMS é considerado violência obstétrica: abusos verbais, restringir a presença de acompanhante, procedimentos médicos não consentidos, violação de privacidade, recusa em administrar analgésicos, violência física, entre outros. Mulheres solteiras, adolescentes, de baixo poder aquisitivo, migrantes e de minorias étnicas são as mais propensas a sofrerem abusos, desrespeito e maus-tratos. Disponível em Geledés. Violência obstétrica é violação dos direitos humanos, diz OMS. 2014. Acesso em: 08 dez. 2023.

74 ENSP-Fiocruz. [Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento \(2011 a 2012\)](#). FIOCRUZ, 2012. Acesso em: 06 dez. 2023.

75 Henriques, Tatiana. Violência obstétrica: um desafio para saúde pública no Brasil. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, 2021. Acesso em: 05 dez. 2023.

Outro tema relevante no campo das metas do segundo zero, a respeito das mortes maternas evitáveis, sejam de causas diretas ou indiretas, é o contexto em torno do aborto⁷⁶ no Brasil, sobre o qual apresentamos algumas análises, a seguir, a partir de estudos que demonstram a relação entre gravidez não intencional, abortamentos e suas consequências para meninas, mulheres e pessoas com útero.

Gravidez não intencional, aborto e seus impactos

Globalmente, estima-se que cerca de 60% dos casos de gestação não intencional são interrompidos por aborto induzido e que, ainda em âmbito global, mais de 45% dos abortos realizados são inseguros, acarretando aumento dos índices de mortalidade materna e internações hospitalares em decorrência destes (UNFPA, 2022)⁷⁷. Entre as estratégias preconizadas para a redução da gestação não intencional estão a educação integral em sexualidade, a atenção primária em saúde abrangente e plural, a oferta adequada de métodos contraceptivos de acordo com o perfil das pessoas usuárias e o acompanhamento das ações de planejamento reprodutivo.

O UNFPA, globalmente, não promove mudanças no estatuto legal do aborto, considerando os processos de tomada de decisão da responsabilidade soberana dos países; contudo reconhece o impacto do aborto inseguro para as mortes maternas em todo o mundo, sugerindo que seus efeitos e consequências na saúde, na vida e no bem-estar das mulheres sejam abordados amplamente na sociedade, e que os cuidados pós-aborto sejam prestados com urgência.

No Brasil, há três situações previstas⁷⁸, no ordenamento legal, que autorizam a realização de procedimentos abortivos. Apesar de previsto legalmente, a garantia de acesso ao aborto, nos casos previstos em lei, tem sido um desafio. Dados de 2022⁷⁹ indicam que apenas 22% das Secretarias Estaduais de Saúde têm informações sobre aborto legal em seus sites, e, considerando-se as Secretarias Municipais de Saúde das capitais, 15% delas informam a respeito.

76 Para fins de análise, as referências feitas a aborto são relativas a interrupções gestacionais induzidas, não aos casos de ocorrência espontânea. O Brasil conta com regulação legal específica sobre o tema, a qual determina os casos em que é autorizado interromper uma gestação. Apesar disso, nem sempre o cumprimento de dispositivos legais está acessível para todas as pessoas. Cabe ressaltar que, fora dos casos previstos em lei, práticas abortivas são criminalizadas no país.

77 Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa). [Relatório sobre a Situação da População Mundial 2022 - Vendo o invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional](#). UNFPA Brasil, 2022. Acesso em: 20 mar. 2023.

78 As três situações previstas são: gravidez resultante de estupro; gravidez que ofereça risco à saúde e continuidade da vida da gestante; e casos comprovados de anencefalia fetal. Brasil. [Decreto-Lei nº 2848, de 07 de Dezembro de 1940. Código Penal Brasileiro, Art. 128](#).

79 Dominguez, Soledad. Veras, Natalia. Oliveira, Mariana. Dossiê [“Brasil limita informação sobre acesso ao aborto legal”](#), da Coleção “Aborto, Ciência e Mortalidade Materna”. Revista Gênero e Número, novembro de 2022. Acesso em: 23 jan. 2024.

Entre 2010 e 2019, uma, a cada sete usuárias de serviços de saúde que buscaram o aborto legal, precisou viajar para outras localidades a fim de acessar o procedimento⁸⁰.

Estima-se que, entre as adolescentes (10 a 19 anos) vítimas de estupro, entre 2008 e 2019, 24,31% tenham chegado ao serviço gestante; destas, 26,48% tiveram acesso ao serviço de aborto legal – dado que tende a indicar dificuldade de acesso a esse direito entre adolescentes vítimas de violência⁸¹.

Dados do período compreendido entre 2012 e 2022⁸² indicam que 2.213 mulheres e pessoas que gestam foram notificadas pela tentativa de aborto inseguro com uso de alguma substância tóxica. **No que tange à raça/cor, as negras (pretas e pardas) representaram, nesse período, 54% dos casos de maior vulnerabilidade e insegurança na realização de abortos no país.**

Como destacou uma pessoa ouvida para este estudo:

Há pouco acesso a aborto seguro. Claro que existe uma sensibilização de profissionais diante do abortamento seguro, mas também pode ser feito em um diálogo que pretende reduzir os danos. É dever do profissional orientar para os caminhos seguros e não seguros. Existe muito a avançar.

Ao longo das análises para os primeiros dois zeros, observa-se que as metas a serem alcançadas para o atingimento dos ODS estão interligadas e dependem de estratégias articuladas e eficazes. E isso também inclui a necessidade de zerar as violências de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres.

80 Jacobs, Marina Gasino. [Oferta e realização de interrupção legal de gravidez no Brasil: análise de dados dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares e do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde](#). Doutorado em Saúde Coletiva (UFSC/2022). Acesso em: 23 jan. 2024.

81 Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia); Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (Iscc-UFBA) e Fundo de Populações das Nações Unidas (Unfpa). [Cartilha Sem Deixar Ninguém Para Trás: gravidez, maternidade e violência sexual na adolescência](#). UNFPA, CIDACS/Fiocruz Bahia e ISC-UFBA, 2023. Acesso em: 13 mar. 2024.

82 Estudo da Associação de Pesquisa Iyaleta “Aborto no Brasil: inseguro, ilegal e criminalizado”, em Agência Patrícia Galvão. [2.213 mulheres cisgênero e outras pessoas que gestam foram notificadas pela tentativa de aborto inseguro com uso de alguma substância tóxica no período de 2012 a 2022](#). Acesso em: 05 dez. 2023.

3.3 Zero violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres

Para compreender os compromissos, processos e resultados derivados dos esforços para zerar a violência de gênero e outras práticas nocivas contra mulheres e meninas, foram analisados índices de violência letal (feminicídio) de mulheres e pessoas com útero e suas intersecções com raça, orientação sexual, identidade de gênero; bem como dados sobre estupro, casamento infantil, violências não letais e violência de gênero no campo da saúde, como a violência obstétrica.

A seguir são apresentadas as principais metas do ODS relacionadas ao terceiro zero:

Os desafios enfrentados pelo Brasil para zerar a violência de gênero incluem não apenas as dificuldades para a erradicação de episódios de agressão física letal e não letal, como também de práticas nocivas nem sempre identificadas como violência de gênero, como as uniões precoces e/ou casamento infantil.

Metas dos ODS que se relacionam com "Zero violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres"

4.5 Eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade.

5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte.

5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos.

5.3 Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas.

5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordados em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.

5.c Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis.

Dados de monitoramento⁸³ realizado sobre as metas 5.1 e 5.2, por exemplo, apresentam indicadores que apontam para permanência ou acirramento no campo da violência de gênero, como é o caso dos feminicídios contra mulheres trans, que aumentaram em 2021 e 2022, assim como a violência sexual e psicológica. Em 2020, o monitoramento identificou 4,3 milhões de mulheres que referiram ter sido agredidas com tapas, socos ou chutes, enquanto outras 13 milhões disseram ter passado por episódios de violência verbal⁸⁴.

Indicadores sobre violência letal

A exposição contínua a impedimentos quanto ao exercício da liberdade sexual e reprodutiva de mulheres e meninas, sejam cis ou trans, assim como ocorre com as demais pessoas com útero, é conformada pelas variadas formas de violência, sejam físicas, psicológicas, institucionais, patrimoniais a que são submetidas.

A ocorrência de violências de gênero representa uma grave ameaça à capacidade decisória das pessoas de identidade de gênero feminina sobre seus corpos e existências.



83 O Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030 (GTSC A2030), constituído em 2016, é uma coalizão formada por aproximadamente 50 entes, entre organizações não governamentais, movimentos sociais, fóruns e fundações brasileiras, articulados por três outras organizações da sociedade civil. Por meio de reuniões periódicas e atividades de monitoramento permanente das ações voltadas ao atingimento das metas dos ODS estabelecidos na Agenda 2030, os articuladores ACT Promoção da Saúde, Gestos - Soropositividade, Comunicação e Gênero e o Instituto Democracia e Sustentabilidade produzem, anualmente, desde 2016, o [Relatório Luz da Sociedade Civil Agenda 2030 do Desenvolvimento Sustentável - Brasil](#), no qual apresentam os resultados do monitoramento das metas para cada um dos 17 ODS.

84 Para realizar o monitoramento que dá origem ao Relatório Luz, o Grupo de Trabalho utiliza como fontes de pesquisa e análise tanto os dados disponibilizados pelo governo federal (como SINAN, SINASC, SIM, Disque 100, 180) como dados de Segurança Pública dos Estados e do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, entre outros.

- Em 2022, o Brasil registrou 4.034 casos de **homicídio contra mulheres**, alta de 1,2% em relação a 2021⁸⁵.
- Em 2022, 131 **travestis e pessoas trans** foram vítimas de homicídio. Destas, 130 eram travestis e mulheres trans e 1 era homem trans. Esse número, se analisado o intervalo entre 2017 e 2022, chega a 912⁸⁶.
- Entre **mulheres lésbicas**, 6,26%⁸⁷ relataram já terem conhecido outra mulher lésbica que foi assassinada em função de sua orientação sexual.
- Dados de 2022⁸⁸ indicam que as **mulheres negras** foram 51% das vítimas de ataques com armas de fogo, índice que impacta diretamente em outro dado: a taxa de mortalidade deste grupo foi duas vezes maior do que entre as não negras.
- **Do total de feminicídios ocorridos no Brasil em 2022, 71,9% das vítimas tinham entre 18 e 44 anos e 61,1% delas eram negras**⁸⁹.

No que diz respeito ao uso de armas de fogo, dados coletados entre 2012 e 2019 apontam que, em números totais, para médias anuais, metade das ocorrências de óbitos femininos (aproximadamente 4 mil casos/ano) teve por instrumento armas de fogo. O uso de armas de fogo contra mulheres impacta, de forma acentuada, todos os grupos etários, revelando que, apesar de haver indicadores ainda mais alarmantes para determinados grupos (como mulheres negras e jovens), é um problema que atinge a todas, com ligeira redução proporcional entre mulheres idosas.

As adultas jovens (20 a 29 anos) representam a maior parte das mulheres vítimas de arma de fogo (33%), seguidas das adultas de 30 a 39 anos (23,6%). Analisando por faixa etária, os ataques contra adolescentes e jovens adultas entre 15 e 29 anos, com uso de armas de fogo, apresentou aumento de 60% como causa de óbito no período de 2018 a 2022. No cruzamento entre faixa etária e raça/cor, observa-se agravamento do quadro em se tratando de adolescen-

85 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 11 out. 2023.

86 Benevides. B. [Dossiê Assassinatos e Violências contra pessoas travestis e transexuais brasileiras em 2022](#). 2023. Acesso em: 27 maio 2023.

87 Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus. [1º Lesbocenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil](#). Acesso em: 02 maio 2023.

88 Instituto Sou da Paz. [O papel da arma de fogo na violência contra a mulher](#). 2022. Acesso em: 03 dez. 2023.

89 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 11 out. 2023.

tes negras. **Entre 15 e 19 anos, as vítimas negras eram 68% dos casos, contra 32% entre as não negras. Na faixa etária imediatamente anterior (até 14 anos), os dados apontam que 47% das vítimas eram negras, enquanto 22% eram não negras.**

Nem todos os casos de homicídio contra mulheres são tipificados como feminicídio, sendo esta uma categoria relativamente recente no ordenamento jurídico nacional. Para abordar diretamente os indicadores relativos aos feminicídios no Brasil, trazemos os seguintes dados.

Feminicídio no Brasil - aspectos regionais

O feminicídio é uma tipificação penal⁹⁰ incluída na definição de homicídio doloso qualificado, definido pela morte provocada de mulheres em decorrência de sua condição de gênero.

Levantamento realizado em 2022⁹¹ relata que houve aumento de 18% nos casos de feminicídio entre 2018 e 2022, passando de 1,1 por 100 mil mulheres, em 2018, para 1,3 por 100 mil, em 2022. Em 2022, 1.437 mulheres foram mortas em razão do seu gênero (feminicídio), alta de 6,1% em relação a 2021, quando 1.347 mulheres foram vítimas de feminicídio⁹². Isso representa o equivalente a **aproximadamente quatro mulheres mortas por dia em decorrência de sua condição de gênero**, inclusive, com consequências para familiares, principalmente filhos e filhas.

Unidades federativas como Mato Grosso do Sul (8,4), Rondônia (6,9), Roraima (6,2), Espírito Santo (5,9), Mato Grosso (5,7), Ceará (5,5), Maranhão (5,4) e Bahia (5,3)⁹³ têm apresentado maiores índices, impactando diretamente e de modo negativo o atingimento de qualquer meta relativa à redução e eliminação da violência de gênero.

Os avanços em torno da segurança de mulheres vítimas de violência, a partir da Lei Maria da Penha, embora importantes, ainda são insuficientes para incidir na redução das situações de violência letal e de feminicídio – o que requer adoção de políticas intersetoriais, fortalecimento da rede de proteção e enfrentamento à violência, bem como mudanças mais amplas relacionadas a normas sociais e de gênero e à construção de masculinidades positivas e não violentas.

90 Brasil. Lei do Feminicídio - [Lei 13.104/2015](#), que alterou o Código Penal Brasileiro. Acesso em: 08 dez. 2023.

91 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.

92 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 11 out. 2023.

93 As taxas apresentadas são sempre na proporção para 100 mil mulheres.

Violências de gênero não letais e o impacto em saúde

O levantamento de casos de violência de gênero não letal é de fundamental importância para as políticas públicas de saúde, uma vez que informam, principalmente nos casos de notificação obrigatória pelos serviços de saúde, as condições em que se encontram meninas, mulheres e outros perfis de vulnerabilidade social.

Os dados sobre violências não letais, entre 2018 e 2022, apontam um aumento preocupante dos casos de violência contra mulheres no período. Os 277.535 casos de violência contra mulheres, registrados em 2022, representam um aumento de 18,94% no total de violências não letais contra mulheres em relação a 2018. **Mesmo que o período tenha apresentado alguns anos com reduções nos números de casos, estas não foram suficientes para manter uma tendência de queda dos episódios de violência não letal, que cresceram durante a pandemia de Covid-19 devido a fatores como maior permanência em ambiente doméstico e baixa sociabilidade em espaços externos (adoção de trabalho remoto, desemprego, crianças fora da escola), além da dificuldade em procurar auxílio em casos de violência (restrições de transporte e serviços, etc.).**

Ainda pouco considerada como um agravo de saúde de alto impacto, cujo registro policial encontra-se com obstáculos significativos, apesar de estar descrita na Lei Maria da Penha, a **violência psicológica** contra mulheres, no Brasil, aumentou 23,2% entre 2018 e 2022⁹⁴, passando de 62,7 casos por 100 mil (2018) para 77,3 por 100 mil (2022). Segundo os dados levantados para 2022 **foram 76.016 casos de violência psicológica contra mulheres no ano, o que significa aproximadamente nove vítimas por hora no Brasil**⁹⁵.

Em relação à autoria dos casos de violência psicológica, companheiros e ex-companheiros foram responsáveis por mais da metade dos casos identificados, com registro de aumento importante desse tipo de perpetração, passando de 51,27% dos casos, em 2018, para 55,17%, em 2022.

Quando esses casos chegam aos serviços de saúde, as normativas vigentes indicam o necessário encaminhamento para acompanhamento em saúde mental. Isso tende a gerar uma sobrecarga importante e impacto sobre os fluxos, nesta que é uma das áreas com maior demanda no Sistema Único de Saúde, e que, muitas vezes, precisa acolher também crianças e demais membros de famílias impactadas pela violência psicológica (acompanhada, em alguns casos, de violência física).

94 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.

95 *Ibidem*.

Outra das formas de violência que passaram a ser reconhecidas pela Lei Maria da Penha foi a **violência patrimonial**⁹⁶ **contra mulheres, a qual mais do que dobrou em dez anos** (aumento de 144%). Em cinco anos, houve um crescimento de 56,4% dos casos, passando de 3,9 por 100 mil mulheres, em 2018, para 6,1, em 2022, quando foram registrados 6.041 casos de violência patrimonial, como demonstrado no quadro que segue.

Quadro 3 - Principais tipos de violência contra mulheres registrados no Brasil (2018 a 2022)

Ano	Violência Física	Violência Psicológica	Violência Patrimonial	Violência Sexual	Total
2018	131.009 (56%)	61.659 (26%)	3.869 (2%)	36.795 (16%)	233.332 (100%)
2019	132.673 (54%)	66.235 (27%)	4.797 (2%)	40.328 (17%)	244.033 (100%)
2020	105.683 (53%)	54.241 (27%)	3.745 (2%)	34.417 (17%)	198.086 (100%)
2021	117.915 (52%)	62.159 (27%)	4.763 (2%)	42.506 (19%)	227.343 (100%)
2022	141.914 (51%)	76.016 (27%)	6.041 (2%)	53.564 (19%)	277.535 (100%)

Fonte: Instituto Igarapé, com base nos dados disponibilizados pelo sistema de saúde do Brasil para violências não letais (Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes – Coordenação Geral de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde - Violência interpessoal)⁹⁷.

Esse cenário aponta para uma necessidade cada vez maior de investimento em políticas de direitos e prevenção à violência que contemplem diretamente as interseções com classe, raça/cor, gênero e idade.

96 Definida como aquela em que as mulheres são retiradas à força de sua residência, impedidas de acessar seus bens individuais, de trabalhar ou de utilizar bem móveis e imóveis, quer sejam ou não proprietárias, sem o devido direito a novas formas de subsistência digna. De modo geral, esses casos acontecem sob ameaça, coação, agressões verbais e/ou físicas.

97 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023. A Plataforma EVA - Evidências sobre Violências e Alternativas para mulheres e meninas é uma ferramenta criada e mantida pelo Instituto Igarapé, pela qual é feito o monitoramento contínuo de dados e registros de violência contra mulheres e meninas, a partir das bases de dados da Saúde e da Segurança Pública. Além de monitorar evidências em violência no Brasil, a EVA também cobre México e Colômbia.

Quando cruzados os dados de violência contra mulheres por tipo e raça/cor da vítima, verifica-se que as mulheres negras (pretas/pardas) são maioria para todos os tipos, como apresentado no quadro a seguir.

Quadro 4 - Tipo de violência de gênero contra mulheres por raça/cor da vítima (Brasil, 2019)

	Mulheres brancas	Mulheres negras	Não informado	Total
Violência de Repetição	52.633 (43,73%)	59.955 (49,56%)	5.782 (4,80%)	120.372 (100%)
Violência Física	63.573 (38,90%)	84.035 (51,42%)	13.051 (7,98%)	163.438 (100%)
Violência Psicológica/Moral	26.887 (38,90%)	37.594 (54,39%)	3.486 (5,04%)	69.113 (100%)
Violência Sexual	14.427 (35,67%)	22.739 (56,21%)	2.469 (6,10%)	40.451 (100%)

Fonte: Informações apresentadas por Criola (2021) com base nos dados do SINAN de 2019.

Violência física e sexual como questão de saúde

Entre todos os tipos de violência não letal registrados pelo sistema de saúde nacional, **a violência física é a de maior prevalência, com 53% do total de registros de violência contra mulheres, entre 2018 e 2022⁹⁸**. O recorde de casos aconteceu em 2017, quando foram 164,6 ocorrências por 100 mil mulheres. A partir de 2018, nota-se uma oscilação nos índices, que, apesar de registrarem queda, ainda permaneciam elevados (133,2 casos por 100 mil mulheres naquele ano). **No período entre 2018 e 2022, os índices de violência física contra mulheres aumentaram 8,3% e atingiram 140,3 por 100 mil em 2022.**

Em relação ao período mais severo da pandemia de Covid-19 (2021), os números revelaram queda, passando de mais de 248 por 100 mil mulheres, em 2019, para 201,4 por 100 mil mulheres no ano seguinte (2020), e, então, para 117,9 por 100 mil, em 2021. Já em 2022, houve novo aumento nos índices de violência física contra mulheres, com registro de 141,9 casos por 100 mil mulheres.

98 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.

Diversos fatores contribuíram para a queda de registros policiais e notificações de agravos em saúde causados por violência em 2020, entre eles a convivência contínua de mulheres com seus agressores, pelo isolamento social, desemprego e, também, por uma maior dificuldade para buscar auxílio fora do ambiente doméstico, seja por redução de horários e equipes de atendimento presencial (mesmo em serviços essenciais), seja pela impossibilidade de deslocamento até os serviços.

A violência sexual permanece uma importante questão de saúde pública e um dos fenômenos mais graves no campo das violências físicas contra mulheres, sejam cis ou trans, e pessoas com útero em geral, em todas as faixas etárias.

As taxas de violência sexual apresentaram índices crescentes nos últimos anos: os números reportados, em 2022, representam um aumento de 45,7% em relação a 2018, chegando a 54,5 por 100 mil mulheres, em 2022. Os dados levantados pelo Instituto Igarapé e Fórum Brasileiro de Segurança Pública, apesar de utilizarem diferentes metodologias⁹⁹, indicam **resultados preocupantes no que diz respeito à violência sexual: em média, para o ano de 2022, foram 147 mulheres vítimas de violência sexual por dia, no Brasil, segundo o Instituto Igarapé.**

O perfil dos perpetradores de violência pouco se tem alterado, mantendo índices muito semelhantes ano após ano. Pelo menos em 23% dos casos¹⁰⁰, o agressor é conhecido da vítima (parente próximo, como pai, irmão ou outros familiares eram 21% dos agressores em 2022). Os desconhecidos, responsáveis por agressões sexuais fora do ambiente familiar ou doméstico, foram autores em 19% dos casos.

Além disso, **entre os casos registrados de violência sexual contra meninas e adolescentes, os dados de 2023¹⁰¹ indicam que 61,4% das ocorrências foram contra meninas de até 13 anos. Outro dado que merece destaque é que 37,9% dos casos de violências sexuais perpetradas contra meninas e adolescentes com 14 anos ou mais têm familiares como autores, segundo levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública.**

99 Apesar de partirem de Bases de Dados oficiais comuns para embasar suas pesquisas e análises, o Instituto Igarapé e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública adotam diferentes métodos de seleção dos dados e diferentes metodologias analíticas no tratamento destes. No caso do Instituto Igarapé, os dados são oriundos das plataformas do DataSUS e das Secretarias de Segurança Pública dos estados, além de monitoramentos próprios, como a Plataforma EVA, com distintas desagregações de variáveis. O Fórum Brasileiro de Segurança Pública utiliza dados oriundos também das plataformas do DataSUS e, no caso específico da Segurança Pública, os mapeamentos contemplam, ainda, os dados da Polícia Federal e da Sociedade Civil, com desagregações específicas para cada temática.

100 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.

101 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2023. Acesso em: 11 out. 2023.

O alto índice de casos de violência sexual tem sido referido como uma “epidemia de estupros no Brasil”, conforme apontado em pesquisas recentes¹⁰². **A manutenção desses índices aponta para uma persistente dificuldade enfrentada pelo país para atingir as metas relacionadas à erradicação da violência de gênero, com especial atenção às meninas e adolescentes e às mulheres negras.**

As violências contra mulheres, meninas e pessoas com útero são compreendidas tanto como violação de direitos humanos quanto como questão de saúde pública; e é importante enfatizar que elas tendem a ter impactos negativos graves, de curto a longo prazo, para as sobreviventes, com danos à saúde física, mental, sexual e reprodutiva.

Os prejuízos à integridade corporal decorrentes de violências sexuais podem manifestar-se de modo imediato por meio de lesões, infecções sexualmente transmissíveis (IST), gravidez indesejada, distúrbios ginecológicos, depressão, ansiedade, auto-ódio, estresse pós-traumático e dependência de substâncias psicoativas. Tais violências reverberam em diferentes domínios da vida da vítima, como nas relações familiares, nos relacionamentos afetivo-sexuais, na frequência escolar, assim, reduzindo escolhas, limitando a autonomia e ampliando desigualdades.

Nesse sentido, causa preocupação o aumento significativo dos casos de estupro no período logo após a pandemia de Covid-19, analisado aqui com recorte em 2022. Os dados demonstram que, em 2022, houve 74.930 casos de estupro, um aumento de 8,2% se comparado ao ano anterior. Deste número, 56.820 casos correspondiam a estupro de vulnerável (cometido contra pessoas de até 13 anos)¹⁰³.

A maioria dos casos registrados de estupro e de estupro de vulnerável, em 2022, ocorreu na residência da vítima (68,3%); e outros 9,4%, em vias públicas. Entre as vítimas de 0 a 13 anos de idade, 86,1% dos agressores eram conhecidos (64,4% familiares). As violações sexuais ocorridas na primeira infância impactam diretamente o desenvolvimento físico, emocional e psíquico de meninas e mulheres e constituem desafios para todas as áreas, especialmente para as políticas de saúde.

Apesar de 88,7% das vítimas serem do gênero feminino, também é necessário notar que 11,3% dos casos são de vítimas do gênero masculino – contexto que tende a ser invisibilizado e pouco abordado em função de estereótipos de gênero.

102 *Ibidem*

103 *Ibidem*.

Quadro 5 - Violência sexual/Estupro de vulnerável por faixa etária (Brasil, 2022)

Faixa Etária	Violência Sexual/Vítima de Estupro
Entre 0 e 4 anos	10,4%
Entre 5 e 9 anos	17,7%
Entre 10 e 13 anos	33,2%
Demais faixas etárias	38,7%

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), sobre microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social.

Para além da idade, também a orientação sexual e identidade de gênero podem atuar como fatores de vulnerabilidade em relação às violências sexuais. Os estupros corretivos ocorridos contra mulheres lésbicas, por exemplo, chamam atenção: 39,17% das mulheres lésbicas já declararam ter sido forçadas a contato sexual sem penetração, enquanto 24,76% afirmaram ter sido forçadas fisicamente a manter relações sexuais com penetração¹⁰⁴.

O estupro corretivo é uma forma jurídica da área penal, incluso no Código Penal brasileiro, em 2018¹⁰⁵, como agravante do crime de estupro. É definido como “aquele que é praticado com motivação preconceituosa, discriminatória e visando à correção da vítima”, especialmente vinculado às orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes da norma. Apesar de só ter entrado na legislação brasileira recentemente, o conceito é utilizado por movimentos da sociedade civil desde os anos de 2000, sobretudo, relacionado à perpetração de violência sexual contra lésbicas e bissexuais.

Já quando observados aspectos de raça e cor é possível identificar uma concentração de episódios de estupro e estupro de vulnerável entre vítimas negras, que correspondem a 56,8%, como demonstrado na figura a seguir.

104 Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus. [1º Lesbocenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil](#). Acesso em: 02 maio 2023.

105 A [Lei 13.718 de 2018](#), em seu caput: Altera o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para tipificar os crimes de importunação sexual e de divulgação de cena de estupro, tornar pública incondicionada a natureza da ação penal dos crimes contra a liberdade sexual e dos crimes sexuais contra vulnerável, estabelecer causas de aumento de pena para esses crimes e definir como causas de aumento de pena o estupro coletivo e o estupro corretivo; e revoga dispositivo do Decreto-Lei n.º 3.688, de 3 de outubro de 1941 (Lei das Contravenções Penais).

Figura 2 - Vítimas de estupro/estupro de vulnerável por raça/cor da vítima (Brasil, 2022)¹⁰⁶

- **Negras (pretas + pardas) 56,8%**
- **Brancas 42,3%**
- **Indígenas 0,5%**
- **Amarelas 0,4%**

Fonte: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2023), sobre microdados dos registros policiais e das Secretarias estaduais de Segurança Pública e/ou Defesa Social.

Casamento infantil

Casamento infantil: casamento formal ou união informal envolvendo um menino ou menina antes dos 18 anos de idade¹⁰⁷, em linha com a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) e com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW), que também consideram o casamento infantil uma forma de “prática nociva”¹⁰⁸.

Essa prática apresenta relação com causas profundas de desigualdade de gênero, incluindo a permanência de papéis, normas e relações de poder de gênero prejudiciais. Embora afete meninas e meninos, incide, sobretudo, nas meninas, e inclui relações entre adultos e crianças/adolescentes, nas quais pode haver múltiplas formas assimétricas de poder, violência e abusos.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o casamento infantil tende a diferir da natureza mais ritualizada e formal da prática encontrada em outros ambientes de alta prevalência, como na África subsaariana e no sul da Ásia. No contexto brasileiro, essas uniões são geralmente marcadas pela ausência de cerimônia civil ou religiosa, determinadas pelo aspecto da coabitação, e são mais proeminentes nas áreas rurais, entre grupos indígenas e aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica¹⁰⁹.

106 Vítimas de estupro de vulnerável abarcam meninas e meninos entre 0 e 14 anos.

107 Unicef. [Child marriage in Latin America and the Caribbean](#). UNICEF - Girls Not Bride, 2017. Acesso em: 10 mar. 2024.

108 Comitês CEDAW e CRC. [Recomendação Geral Conjunta/Comentário Geral N.º 31 do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra as Mulheres e N.º 18 do Comitê dos Direitos da Criança sobre Práticas Nocivas](#). 2014. Acesso em: 10 mar. 2024.

109 Taylor, A.Y., Lauro, G., Segundo, M., Greene, M.E. [“Ela vai no meu barco.” Casamento na infância e adolescência no Brasil. Resultados de Pesquisa de Método Misto](#). Rio de Janeiro e Washington DC: Instituto Promundo & Promundo-US. Setembro 2015. Acesso em: 27 out. 2023.

Estima-se que o Brasil ocupe o 4º lugar no mundo, em números absolutos de casamentos infantis¹¹⁰. Em relação à região da América Latina e Caribe, o Brasil está entre os cinco países com as maiores taxas: Nicarágua (41% do total de casamentos), República Dominicana (37%), Brasil (36%), Honduras (34%) e México (23%)¹¹¹.

No caso do Brasil, os indicadores, para 2017, apontavam que 36% das mulheres com idade entre 20 e 24 anos casaram-se ou viveram em união antes dos 18 anos, e que 11% se casaram ou viveram em união antes dos 15 anos¹¹².

Em 2019, foram registrados 21.769 casamentos formais no Brasil entre meninas e adolescentes até 17 anos, 2,1% do total de casamentos naquele ano. Apesar de este dado indicar uma queda de 55% em relação a 2011¹¹³, o quadro ainda é desafiador, especialmente considerando-se a predominância do caráter de uniões informais no país. Em 2019, os estados brasileiros que apresentavam maiores índices de casamentos formais registrados até 17 anos eram Rondônia, com 6,4% de registros, seguido de Acre e Maranhão, com 3,9% de registros cada¹¹⁴.

Outro estudo, realizado em 2016¹¹⁵, relata que, naquele ano, o Brasil registrava 109 mil uniões com meninas abaixo dos 17 anos e 28 mil com meninos na mesma faixa etária.

O casamento infantil também impacta diretamente nos indicadores de nascimentos ocorridos com parturientes menores de 18 anos. Dados de 2022¹¹⁶, levantados em 54 países em desenvolvimento, apontam que, na maioria dos partos que acontecem com parturientes menores de 18 anos, a pessoa gestante encontra-se em um casamento ou união. Os casos em que a gestação não é intencional costumam ter relação com a limitada capacidade de adolescentes em termos de escolha autônoma e consciente sobre sua vida e saúde sexual e reprodutiva; com a falta de acesso a serviços, informação e insumos; bem como com a falta de empoderamento e a vivência de situações de violência.

110 Unicef. [Child marriage in Latin America and the Caribbean](#). UNICEF - Girls Not Bride, 2017. Acesso em: 10 mar. 2024.

111 *Ibidem*.

112 Organização das Nações Unidas (ONU). [Brasil é quarto país global no ranking de casamento infantil](#). ONU NEWS - Perspectiva Global Reportagens Humanas, 2017. Acesso em: 05 dez. 2023.

113 Correio Braziliense. [IBGE: Brasil registra queda no número de casamentos com adolescentes](#). 2021. Acesso em: 08 dez. 2023.

114 *Ibidem*.

115 Plan Internacional Brasil. [Tirando o Véu. Estudo sobre casamento infantil no Brasil](#), 2019. Acesso em: 08 dez. 2023.

116 Fundo de População das Nações Unidas (Unfpa). [Relatório sobre a Situação da População Mundial 2022 - Vendo o invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional](#). UNFPA Brasil, 2022. Acesso em: 20 mar. 2023.

É fundamental ter em conta que o casamento infantil não é um fenômeno isolado de outros, como violência e abusos na infância, vulnerabilidade social e econômica das famílias, baixa escolaridade e atravessamentos como raça/cor e origem. Dessa forma, o enfrentamento ao casamento infantil ou uniões precoces requer sensibilização e conhecimento sobre os fatores que propiciam a perpetuação dessa prática nociva, incluindo a pobreza, a falta de oportunidades educacionais e o acesso limitado aos serviços de saúde e assistência social. As meninas em uniões precoces podem enfrentar uma série de riscos, como maior vulnerabilidade à violência doméstica; violência íntima e sexual, incluindo estupro marital; maior chance de abandonar a escola ou de enfrentarem interrupções em suas trajetórias educacionais; envolvimento excessivo nas atividades domésticas, limitando oportunidades de desenvolvimento e lazer; isolamento social e comprometimento da vida familiar e das amizades; maiores chances de engravidar na adolescência, com implicações inclusive nas condições de saúde materna, neonatal e infantil; entre vários outros efeitos adversos.

Violências de gênero em saúde sexual e reprodutiva e outras intersecções

As violências presentes no contexto dos serviços de saúde também afetam pessoas LGBTQIA+, enfraquecendo a relação de confiança de parcelas da população no momento de buscar atendimento. Embora também aconteçam diretamente no campo obstétrico, como os exemplos citados em relação às pessoas cisgêneras, as violências de gênero na área dos direitos sexuais e reprodutivos impactam na saúde de pessoas LGBTQIA+ e no acesso aos serviços de saúde.

Entre homens trans e pessoas transmasculinas, 29,4% afirmaram que já tiveram sua identidade de gênero desrespeitada durante um atendimento de saúde¹¹⁷. Além disso, 24,9% das mulheres lésbicas já sofreram algum tipo de violência durante um atendimento ginecológico, o que fez com que 72,94% delas tenham receio ou constrangimento em revelar sua orientação sexual em um atendimento de saúde.

Na percepção de pessoas entrevistadas para este estudo, o alcance das metas relativas ao terceiro zero passa necessariamente por esforços conjuntos na direção da erradicação da violência obstétrica, mas também das violências ocorridas ainda durante o pré-natal. O aumento da demanda frente à capacidade instalada dos serviços é outro fator que precisa ser considerado como questão de saúde pública no campo obstétrico, como relatado por uma entrevistada:

117 IBRAT. [Dossiê gravidez, aborto e parentalidades nas transmasculinidades](#). Revista Brasileira de Estudos da Homocultura/Associação Brasileira de Estudos da Trans-Homocultura - ABETH, Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT. vol. 6, n. 19 (2023) - Cuiabá/Mato Grosso: UFMT: ABETH, 2023. Acesso em: 15 dez. 2023. Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus. [1º Lesbocenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil](#). Acesso em: 02 maio 2023.

A violência obstétrica ainda não se consegue medir ou mensurar, não se assume a violência obstétrica. Jovens, crianças e adolescentes vão parar na maternidade e todo julgamento é feito. Causa-se violência desde o pré-natal até o parto. É preciso fazer um levantamento epidemiológico. Então, não consigo visualizar um alcançar das metas dos ODS.

Os relatos colhidos vão ao encontro dos dados e estudos analisados, apontando para **um cenário de altos índices de cesarianas sem indicação, como também com relação à violência obstétrica, que se têm configurado como empecilhos para que o Brasil consiga atingir as metas relacionadas à redução e à erradicação da violência de gênero.**

4. Quadro-síntese - Metas ODS e Três zeros

Com base nos indicadores e dados levantados, o quadro-síntese que segue indica os avanços no atingimento dos três zeros e das metas dos ODS relacionadas à saúde sexual e reprodutiva e direitos, e, também, quais são as áreas mais sensíveis e urgentes para as políticas públicas de saúde.

Zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo		
ODS	Metas	Principais dados - Brasil
ODS 3 - Saúde e Bem-estar	3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos. Meta do Brasil: 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.	<ul style="list-style-type: none"> 55,4% das gravidezes são indesejadas e/ou não planejadas (2012)¹¹⁸. 80,5% das mulheres entre 15 e 49 anos com vida sexual ativa que ainda menstruam utilizaram algum método contraceptivo nos últimos 12 meses (2019)¹¹⁹.
ODS 4 - Educação de qualidade	3.3 Até 2030, acabar com as epidemias de Aids, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis.	<ul style="list-style-type: none"> 58% das usuárias do SUS em idade reprodutiva utilizam a pílula oral, sendo este o método contraceptivo mais adotado (2021)¹²⁰.
ODS 5 - Igualdade de gênero	3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. 4.5 Até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, os povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade. 5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte 5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.	<ul style="list-style-type: none"> O DIU é a escolha de 4,4% das usuárias do SUS (2019)¹²¹. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde da Mulher, estabeleceu uma série de recomendações para ampliação do uso do DIU (2023)¹²². Do total de mulheres em idade reprodutiva, 13% têm conhecimento pleno sobre planejamento reprodutivo (2021)¹²³. Os nascimentos ocorridos de gravidezes na adolescência, frente ao total de nascimentos, por região, concentraram-se nas regiões Norte e Nordeste, com índices de 19,7% e 14,9% respectivamente (média do Brasil foi de 12,3%) (2022)¹²⁴. Entre 2020 e 2022¹²⁵, a incidência de casos de infecção pelo HIV aumentou 17,2% no Brasil, sobretudo, na região Norte (35,2% dos casos registrados no Brasil) e na região Nordeste (22,9% dos casos). Em 2023¹²⁶, 78,13% dos homens trans e pessoas transmasculinas não haviam planejado sua gravidez. 28,12% dos homens trans e pessoas transmasculinas tiveram sua identidade de gênero desrespeitada durante a gestação (2023)¹²⁷.
Status		
As disparidades regionais, de raça e de identidade de gênero e orientação sexual aparecem como importantes desafios para o cumprimento desta meta.		

118 ENSP-Fiocruz. [Nascer no Brasil: Inquérito nacional sobre parto e nascimento \(2011 a 2012\)](#). FIOCRUZ, 2012. Acesso em: 02 maio 2023.

119 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [Pesquisa nacional de saúde : 2019 : ciclos de vida : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento](#). Rio de Janeiro : IBGE, 2021. 139p. Acesso em: 14 dez. 2023.

120 Instituto Ipsos. [Só 13% das brasileiras avaliam ter conhecimento pleno de planejamento reprodutivo, mostra pesquisa](#). Pesquisa encomendada pela Organon. 2021. Acesso em: 15 dez. 2023.

121 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. ["Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões"](#). IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. Acesso em: 02 maio 2023.

122 Brasil. Ministério da Saúde. [Nota Técnica N° 31/2023-COSMU/CGACI/DGCI/SAPS/MS](#). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Brasília, 2023. Acesso em: 06 dez. 2023.

123 Instituto Ipsos. [Só 13% das brasileiras avaliam ter conhecimento pleno de planejamento reprodutivo, mostra pesquisa](#). Pesquisa encomendada pela Organon. 2021. Acesso em: 15 dez. 2023.

124 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 29 jan. 2024.

125 Brasil. Ministério da Saúde. [Boletim Epidemiológico Especial - HIV/Aids 2023](#). Brasília, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, 2023. Acesso em: 01 dez. 2023.

126 IBRAT. [Dossiê gravidez, aborto e parentalidades nas transmasculinidades](#). Revista Brasileira de Estudos da Homocultura/ Associação Brasileira de Estudos da Trans-Homocultura - ABETH, Universidade Federal do Mato Grosso - UFMT. vol. 6, n. 19 (2023) - Cuiabá/Mato Grosso: UFMT: ABETH, 2023. Acesso em: 15 dez. 2023.

127 *Ibidem*.

Zero mortes maternas evitáveis

ODS	Metas	Principais dados - Brasil
ODS 3 - Saúde e Bem-estar	3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos. Meta do Brasil: 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.	<ul style="list-style-type: none"> Em 2020 e 2021¹²⁸, respectivamente, a RMM atingiu 71,97 mortes e 117,4 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Em 2022¹²⁹, houve redução para 57,7 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.
ODS 5 - Igualdade de gênero	3.7 Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. 5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte. 5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordado em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão.	<ul style="list-style-type: none"> Em 2022¹³⁰, a RMM para mulheres brancas foi de 46,5 mortes para cada 100 mil nascidos vivos, enquanto, para mulheres negras, esse índice foi de 100,4 óbitos por 100 mil. Em 2013, ocorreram 1.686 óbitos maternos, sendo que 62,79% de mulheres negras¹³¹, enquanto, em 2019, esse índice ficou em 65,93%, do total de 1.576 ocorrências de óbitos maternos¹³². Em 2022, o índice para mulheres pardas ficou em 50,36%. Entre 2008 e 2019¹³³, as adolescentes indígenas de 10 a 19 anos foram as que menos realizaram sete ou mais consultas de pré-natal, seguidas das pretas e pardas.

Status

De 2013 a 2022, a RMM teve períodos de estagnação, com períodos de agravamento acentuado. Apesar da recente redução, em 2022, há necessidade de intensificar esforços para alcance da meta 3.1 do ODS.

Chamam a atenção as disparidades raciais nos óbitos maternos.

128 Observatório Obstétrico Brasileiro - OOB. [Óbitos de Gestantes e Puérperas, 2022](#). Acesso em: 2 dez. 2023.
 129 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema de Informações sobre Mortalidade \(SIM\) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos \(SINASC\)](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, DAENT/CGIAE. Acesso em: 30 jan 2024.
 130 ENSP-Fiocruz. [Nascer no Brasil II: pesquisa nacional sobre aborto, parto e nascimento 2022-2023](#). Dados preliminares da pesquisa para oficina: Morte Materna de Mulheres Negras no Contexto do SUS. FIOCRUZ, 2023. Acesso em: 15 dez. 2023.
 131 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 06 jun. 2023.
 132 Criola. [Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva 2020/2021](#). 2021. Acesso em: 15 maio 2023.
 133 Brasil. Ministério da Saúde. [Sistema Nacional de Nascidos Vivos - SINASC](#). Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema DataSUS. Acesso em: 06 jun. 2023.

Zero violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres

ODS	Metas	Principais dados - Brasil
ODS 5 - Igualdade de gênero	5.1 Acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em toda parte. 5.2 Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos. 5.3 Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas. 5.6 Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos, como acordados em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão. Meta 5.c Adotar e fortalecer políticas sólidas e legislação aplicável para a promoção da igualdade de gênero e o empoderamento de todas as mulheres e meninas em todos os níveis.	<ul style="list-style-type: none"> Em 2022, houve 4.034 casos de homicídio contra mulheres, alta de 1,2% em relação a 2021¹³⁴. Em 2022, 131 travestis e pessoas trans foram vítimas de homicídio¹³⁵. Do total de feminicídios ocorridos em 2022, 71,9% das vítimas tinham entre 18 e 44 anos; e 61,1% delas eram negras¹³⁶. Entre mulheres lésbicas, 6,26% relataram já terem conhecido outra mulher lésbica que foi assassinada em função de sua orientação sexual¹³⁷. Em 2019¹³⁸, as mulheres negras foram 70,5% das vítimas de ataques com armas de fogo. Entre os anos de 2018 e 2022, houve aumento de 18% nos casos de feminicídio, passando de 1,1 por 100 mil mulheres (2018) para 1,3 por 100 mil mulheres (2022)¹³⁹. Os 277.535 casos de violência não letal contra mulheres registrados em 2022 representam um aumento de 18,94% em relação a 2018¹⁴⁰. Em 2022, o Brasil reportou 54,5 casos de violência sexual para cada 100 mil mulheres, aumento de 45,7% em relação a 2018¹⁴¹. Em 2022, houve 74.930 casos de estupro, um aumento de 8,2% se comparado ao ano anterior¹⁴². Dos estupros registrados, 61,4% foram contra vítimas até 13 anos de idade¹⁴³, com 68,3% dos casos tendo ocorrido na residência das vítimas, tendo familiares como perpetradores em 64,4% das vezes¹⁴⁴. Em relação à raça/cor, 56,8% das vítimas de estupro, até 13 anos de idade, eram negras (pretas e pardas)¹⁴⁵. Estima-se que o Brasil ocupe o 4º lugar no mundo, em números absolutos, de casamentos infantis¹⁴⁶.

Status

O aumento dos casos de violência letal contra mulheres e feminicídio tem sido acompanhado, nos últimos anos, por um aumento nas taxas de violências não letais.

O aumento dos casos de estupro, a redução insuficiente nos casos de casamento infantil, bem como os altos índices de violência sexual contra crianças e adolescentes, também, são preocupantes e distanciam o país do cumprimento das metas.

134 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 11 out. 2023.
 135 Benevides. B. [Dossiê Assassinatos e Violências contra pessoas travestis e transexuais brasileiras em 2022](#). 2023. Acesso em: 27 maio 2023.
 136 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023. Acesso em: 11 out. 2023.
 137 Liga Brasileira de Lésbicas e Coturno de Vênus. [1º Lesbocenso Nacional: mapeamento de vivências lésbicas no Brasil](#). Acesso em: 02 maio 2023.
 138 Instituto Sou da Paz. [O papel da arma de fogo na violência contra a mulher](#). 2022. Acesso em: 03 dez. 2023.
 139 Instituto Igarapé. [A violência contra mulheres no Brasil nos últimos cinco anos](#). 2023. Acesso em: 05 dez. 2023.
 140 Ibidem.
 141 Fórum Brasileiro de Segurança Pública. [17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública](#). São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), 2023. Acesso em: 11 out. 2023.
 142 Ibidem.
 143 Ibidem.
 144 Ibidem.
 145 Ibidem.
 146 Unicef. [Child marriage in Latin America and the Caribbean](#). UNICEF - Girls Not Bride, 2017. Acesso em: 10 mar. 2024.



Recomendações

Apresentamos, a seguir, um conjunto de recomendações direcionadas, sobretudo, a políticas públicas, visando acelerar as estratégias para o atingimento das metas dos ODS em saúde sexual e reprodutiva e direitos, bem como das metas relacionadas aos três zeros.

Recomendações para zerar a necessidade não atendida de planejamento reprodutivo

- Investir na disseminação de informações baseadas em dados e evidências sobre direitos sexuais e reprodutivos, com formações, campanhas, ações educativas e práticas que garantam as melhores condições para decisões sobre contracepção e saúde reprodutiva para todas as pessoas.
- Fortalecer e ampliar os programas de educação em sexualidade em ambientes escolares, envolvendo a comunidade escolar no planejamento de atividades, conteúdos e abordagens, visando à promoção de direitos, potencializando escolhas informadas e responsáveis e autonomia de jovens e adolescentes.
- Qualificar a oferta do planejamento reprodutivo no país, inclusive, com abordagens acolhedoras e que respondam às necessidades dos diversos grupos, como adolescentes, pessoas com deficiência, populações indígenas, entre outros perfis, com garantia de oferta tempestiva dos diversos métodos, incluindo os métodos de longa duração (LARCs), como o DIU.
- Qualificar a formação de enfermeiras obstétricas e obstetrias e ampliar a atuação dessas profissionais também na Atenção Primária à Saúde, com ênfase em orientação sobre planejamento reprodutivo.
- Fortalecer e ampliar os processos de governança e participação em saúde, garantindo que populações dos diversos perfis, incluindo aqueles em maior vulnerabilidade social, possam contribuir para a formulação, implementação e controle social de políticas e programas em saúde sexual e reprodutiva.
- Ampliar a inclusão de pessoas trans e qualificar os fluxos de atendimento e assistência para esse grupo em serviços de saúde sexual e saúde reprodutiva, considerando suas escolhas sobre contracepção, reprodução e demais áreas da saúde sexual e reprodutiva (como prevenção de IST e outros agravos).

- Fortalecer e ampliar pesquisas em torno da justiça reprodutiva, que contempla direitos reprodutivos, direitos humanos e justiça social, não só a autonomia para tomar decisões, mas as etapas e agentes envolvidos nesse processo.
- Garantir regularidade de aplicação e divulgação de pesquisas-chave no tema, como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS).
- Considerar as necessidades reprodutivas em sua integralidade, abrangendo a oferta de atenção à concepção e à infertilidade em todos os níveis de complexidade, desde a atenção básica até técnicas de reprodução assistida.
- Garantir oferta, qualidade e acesso aos serviços de atenção e realização de interrupção da gestação nos casos previstos em lei, e possibilitar que também orientem para o planejamento reprodutivo e contracepção pós-evento obstétrico.
- Elaborar e disseminar subsídios e sensibilizar sobre a situação de pessoas LGBTQIA+ que estejam vivendo ou tenham vivido o processo reprodutivo, visando compreender demandas e particularidades, bem como orientar planejamento, ações, campanhas e diretrizes para impactar positivamente e assegurar o direito reprodutivo dessas pessoas.
- Ampliar a contracepção pós-evento obstétrico em maternidades, inclusive, no que tange à oferta de LARCs.

Recomendações para zerar as mortes maternas evitáveis

- Assegurar que os equipamentos de saúde estejam suficientemente adequados para garantir a implementação, com qualidade e equidade, das políticas de atenção à saúde sexual e reprodutiva e atenção obstétrica, com equipes profissionais, fluxos e espaços capazes de responder às demandas.
- Ampliar a rede de interiorização de ações em saúde sexual e reprodutiva, com atenção a povos e comunidades tradicionais, como quilombolas, indígenas e ribeirinhas.
- Fortalecer as diretrizes de atenção ao pré-natal para todas as pessoas.
- Ampliar e qualificar o acesso ao pré-natal, garantindo uma atenção equitativa e acolhedora, capaz de identificar gravidez de risco e manejo adequado de casos, bem como identificação e tratamento de IST, incluindo avanços na eliminação da transmissão vertical de sífilis e HIV.
- Ampliar e qualificar a atuação de equipes multiprofissionais, com a inclusão de enfermeiras obstétricas e obstetrias, no atendimento de todo o ciclo gravídico-puerperal.

- Investir na disseminação de informações para a população sobre o papel desempenhado por enfermeiras obstétricas e obstetrias nos serviços de atenção ao ciclo gravídico-puerperal.
- Expandir e qualificar a rede pública de Casas de Parto, experiência que tem sido reconhecida como boa prática em saúde sexual e reprodutiva e assistência a gestantes para realização de partos humanizados.
- Fortalecer as orientações e protocolos para parto respeitoso, com base em evidências atualizadas, e atenção a todo o ciclo gravídico-puerperal, para todas as pessoas que gestam.
- Adoção de vocabulário inclusivo nos serviços de saúde no acolhimento de pessoas gestantes, respeitando orientação sexual e identidade de gênero, substituindo, por exemplo e sempre que possível, “maternidade” por “hospitais de gestação”, “aleitamento materno” por “aleitamento humano”, “mulheres gestantes” por “pessoas gestantes”.
- Revisar programas e desenhos de serviços para que promovam oferta de cuidados de alta qualidade, bem como considerem a medida adequada de procedimentos e intervenções oferecidos no momento certo e realizados de forma a respeitar, proteger e promover os direitos das mulheres, contribuindo para bons indicadores de saúde pública e para a redução das intervenções obstétricas de rotina e/ou sem a devida indicação.

Recomendações para zerar a violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres

- Aprimorar o fluxo de atendimento aos casos de violência doméstica (inclusive, sexual), fortalecendo, em estados e municípios, a articulação entre o sistema de saúde, o sistema de justiça e a rede de assistência social.
- Ampliar a inclusão de pessoas idosas e PCD em ações, programas, campanhas e centros de referência em saúde e sexualidade, respeitando a manifestação de suas sexualidades.
- Implementar diretrizes e ações intersetoriais voltadas para os perpetradores de violências sexuais na tentativa de interromper possíveis reincidências do crime.
- Investir na formação de profissionais e na adequação de políticas e serviços para o uso de linguagem inclusiva para atualização de documentos, campanhas, normativas infralegais e sistemas internos que tratam de saúde sexual e reprodutiva para contemplar diversas corporeidades e identidades.
- Fortalecer a rede de proteção e ações de prevenção e identificação de situações de violência, inclusive, em diálogo com escolas, com atenção voltada para crianças e adolescentes, sobrerrepresentados nas estatísticas de vitimização à violência sexual.

- Fortalecer e ampliar os programas de educação em sexualidade em ambientes escolares, com ofertas de informações adequadas a cada idade e que são fundamentais para que crianças e adolescentes possam identificar e falar sobre eventuais situações de abuso e violência, inclusive, violência sexual.
- Fortalecer e ampliar programas, dentro e fora das escolas, em todas as idades, para construção de masculinidades positivas e não violentas, com promoção de empoderamento de meninas e mulheres, do respeito à diversidade e que propiciem relacionamentos saudáveis, respeitosos e equitativos.

Recomendações transversais aos três zeros

- Assegurar que os dados coletados sobre saúde sexual e saúde reprodutiva sejam acessíveis a públicos amplos, por meio da divulgação em diferentes formatos, e que possam direcionar investimentos em políticas públicas baseadas em evidências.
- Otimizar experiências bem-sucedidas da sociedade civil, fomentando o diálogo com o poder público a fim de aprimorar as políticas de saúde e traçar estratégias para ações conjuntas.
- Investir na qualificação de profissionais de saúde, tanto por meio do aprimoramento da formação curricular como por meio de treinamentos e sensibilizações que tragam conhecimentos atualizados e pautados nas melhores evidências disponíveis sobre direitos sexuais e reprodutivos.
- Capacitar profissionais de equipes multidisciplinares e aprimorar a intersetorialidade.
- Atualizar e ampliar normativas que regem o processo transexualizador no âmbito do SUS, abrangendo aspectos de planejamento familiar que incluam maior autonomia das pessoas trans para com seus corpos.
- Ampliar e facilitar o acesso de pessoas cis e trans a processos de reprodução assistida e que respondam às suas necessidades específicas, superando barreiras geográficas e econômicas no acesso a esses serviços.
- Estimular a incorporação do tema de diversidade e direitos humanos nas formações de profissionais de saúde no país, inclusive, no Ensino Superior, com isso, visando impactar positivamente nas práticas de ensino e pesquisa, para que contemplem perspectivas que levem em conta raça/cor/etnia, gênero e identidade de gênero, orientação sexual, deficiência, idade, origem e renda das pessoas usuárias do sistema de saúde.
- Formar profissionais de saúde em todas as áreas para que sejam capazes de contribuir para a efetivação, avaliação crítica e aprimoramento das políticas de saúde nacionais e locais.

Lista de Siglas

APS - Atenção Primária em Saúde
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
CIPD - Conferência Internacional de População e Desenvolvimento
CGIAE - Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIU - Dispositivo Intrauterino
FBSP - Fórum Brasileiro de Segurança Pública
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilomavírus Humano
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
LARC - Contraceptivo reversível de longa duração (do inglês *Long-Acting Reversible Contraception*)
LGBTQIA+ - Lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queers, intersexos e assexuais +
LNOB - do inglês *Leaving No One Behind*
MS - Ministério da Saúde
MEC - Ministério da Educação
ODS - Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
ONU - Organização das Nações Unidas
ONG - Organizações não Governamentais
OMS - Organização Mundial da Saúde
PCD - Pessoa com Deficiência
PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde Escolar
PNS - Política Nacional de Saúde
PNDH - Programa Nacional de Direitos Humanos
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
RC - Rede Cegonha
RPU - Revisão Periódica Universal
RMM - Razão de Mortalidade Materna
SINASC - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade
SUS - Sistema Único de Saúde
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde
UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas

Lista de Figuras

Figura 1 - Porcentagem de nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos, por região (Brasil, 2013 e 2022)

Figura 2 - Vítimas de estupro/estupro de vulnerável por raça/cor da vítima (Brasil, 2022)

Lista de Quadros

Quadro 1 - Óbitos em idade fértil por ano (Brasil, 2020, 2021 e 2022)

Quadro 2 - Pré-natal inadequado por idade da mãe (Brasil, 2013 e 2021)

Quadro 3 - Principais tipos de violência contra mulheres registrados no Brasil (2018 a 2022)

Quadro 4 - Tipo de violência de gênero contra mulheres por raça/cor da vítima (Brasil, 2019)

Quadro 5 - Violência sexual/Estupro de vulnerável por faixa etária (Brasil, 2022)

Lista de Gráficos

Gráfico 1 - Porcentagem de nascidos vivos por idade da parturiente (Brasil, 2013 a 2022)

Gráfico 2 - Porcentagem de nascidos vivos por idade da mãe e raça/cor (Brasil, 2022)

Gráfico 3 - Proporção de Óbitos Maternos Totais x Raça/cor (Brasil, 2019)

Gráfico 4 - Óbitos de Gestantes e Puérperas x Raça/cor (Brasil, 2013 e 2023)

Gráfico 5 - Número de consultas de pré-natal por grupo de raça/cor materna entre adolescentes (Brasil, 2008 a 2019)

Gráfico 6 - Porcentagem de cesarianas sobre o total de nascimentos por ano do nascimento (Brasil, 2015 a 2022)

Agradecimentos

O Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil agradece as contribuições das e dos profissionais presentes no evento de consulta com especialistas, realizado em Brasília, no dia 06/11/2023.

Ana Lúcia da Silva Sousa

Associação Brasileira de Enfermeiros Obstetras e Obstetizas (ABENFO DF)

Ana Lúcia Tiziano Sequeira

IFF/Fiocruz

Andressa Leite Saldanha

Gerência de Apoio à Saúde da Família - Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES DF)

Ariadne Ribeiro

Programa Conjunto das Nações Unidas Para HIV/AIDS (UNAIDS)

Bárbara Ferreira

Organon

Dan Kaio Lemos

Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT)

Daniel Canavese

Ministério dos Povos Indígenas

Daphne Rattner

Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNA)

Fabiane Souza Oliveira de Castro

Adolescento Brasília

Heliana Hemetério

Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT)

Magnus R. Dias da Silva

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Natalia Ivet Zavattiero Tierno

Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) - Serviço de Reprodução Humana

Renato Fraietta

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Ricardo Lourenço

Organon

Thiago Gehre Galvão

Comissão para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (CNODS)

"O conteúdo expresso nesta publicação não reflete necessariamente as visões do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil"

O estudo **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: onde estamos e recomendações para alcançar metas em saúde sexual e reprodutiva e direitos no Brasil** busca compreender os avanços e desafios que impactam o alcance, pelo Brasil, das metas da Agenda 2030 relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

O material apresenta análises e discussões sobre dados e indicadores relacionados aos **ODS 3 - Saúde e Bem-Estar e 5 - Igualdade de Gênero**, empregando um olhar transversal para os três resultados transformadores globais com os quais o UNFPA contribui diretamente: **Zero necessidade não atendida de planejamento reprodutivo; Zero mortes maternas evitáveis; e Zero violência de gênero e práticas nocivas contra meninas e mulheres**. Além disso, o estudo destaca as desigualdades no acesso a direitos, serviços e informações, considerando marcadores como renda, raça/cor/etnia, gênero, idade e local de moradia. Por fim, o documento traz recomendações que visam contribuir para acelerar iniciativas que promovam direitos e saúde sexual e reprodutiva e o cumprimento das metas da Agenda 2030.

Este estudo compõe a coletânea **Temas emergentes em saúde sexual e reprodutiva e direitos**, uma realização do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) no Brasil, com o apoio da Organon.

Realização:



Fundo de população
das Nações Unidas



Instituto
Matizes

Apoio:

