

**RACISMO OBSTÉTRICO E
PRECONCEITO
LINGUÍSTICOS NO
ATENDIMENTO DE SAÚDE
DOS POVOS
ORIGINÁRIOS/SUS: A
AUSÊNCIA DE
INTÉRPRETES NO
ATENDIMENTO A
MULHERES ORIGINÁRIAS
SURDAS E OUVINTES**

**OBSTETRIC RACISM AND LINGUISTIC PREJUDICE IN HEALTHCARE FOR
INDIGENOUS PEOPLES/SUS: THE ABSENCE OF INTERPRETERS IN CARE
FOR DEAF AND HEARING INDIGENOUS WOMEN**

Ciências Sociais Aplicadas, Ciências da Saúde, Linguística & Letras e
Artes

• 15/07/2026

Elenira Oliveira Gomes Apurinã¹

RESUMO

Esta pesquisa dialoga sobre como o preconceito linguístico e a ausência de mediação por linguísticas intérpretes no Sistema Único de Saúde(SUS) se associam à violência obstétrica voltada a mulheres originárias, às barreiras linguísticas enfrentadas por mulheres que falam uma língua materna específica nos serviços públicos de saúde constitui um importante desafio para a efetivação dos direitos humanos, dos direitos linguísticos e do direito fundamental à saúde e a vida. Este estudo tem como objetivo analisar a ausência de intérpretes das línguas originárias de sinais e línguas originárias orais no Sistema Único de Saúde contribui para a vulnerabilização de mulheres originárias durante o pré-natal, parto e puerpério, favorecendo práticas de racismo obstétrico e comprometendo a qualidade da assistência. Trata-se de pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, desenvolvida por meio de revisão bibliográfica e documental, fundamentada na legislação brasileira, em tratados internacionais e em produções científicas das áreas da linguística, Saúde Pública, Direitos Humanos e culturas ancestrais. Os resultados evidenciaram que a inexistência de mediação linguística dificulta a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, aumenta o risco de morte de pacientes, compromete o consentimento livre e esclarecido, invisibiliza os conhecimentos ancestrais relacionados ao parto e amplia situações de violência obstétrica e racismo institucional, contribuindo para maiores índices de vulnerabilidade materna e neonatal entre mulheres originárias. Conclui-se que a garantia da acessibilidade linguística, por meio da contratação de intérpretes das línguas originárias específicas, da formação intercultural das equipes multiprofissionais e da implementação de protocolos culturalmente adequados, representa medida indispensável para assegurar atendimento humanizado, reduz riscos de mortes, desigualdades sociais, efetivar os direitos de reprodução,

direitos linguísticos e o direito à saúde dos povos originários.

Palavras-chave: Racismo obstétrico; Violação de Direitos Constitucionais; Mulheres originárias; Saúde originária específica; Acessibilidade linguística.

ABSTRACT

This study discusses how linguistic prejudice and the absence of mediation by linguistic interpreters in the Unified Health System (SUS) are associated with obstetric violence directed at indigenous women. The linguistic barriers faced by women who speak a specific mother tongue in public health services constitute a major challenge for the realization of human rights, linguistic rights, and the fundamental right to health and life. This study aims to analyze how the absence of interpreters of indigenous sign languages and oral indigenous languages in the Unified Health System contributes to the vulnerability of indigenous women during the prenatal, childbirth, and postpartum periods, favoring practices of obstetric racism and compromising the quality of care. This is a qualitative, exploratory research, developed through a bibliographic and documentary review, based on Brazilian legislation, international treaties, and scientific literature in the areas of linguistics, Public Health, Human Rights, and ancestral cultures. The results showed that the lack of linguistic mediation hinders communication between patients and health professionals, increases the risk of patient mortality, compromises free and informed consent, invisibilizes ancestral knowledge related to childbirth, and amplifies situations of obstetric violence and institutional racism, contributing to higher rates of maternal and neonatal vulnerability among indigenous women. It is concluded that guaranteeing linguistic accessibility, through the hiring of interpreters for specific indigenous languages, the intercultural training of multidisciplinary

teams, and the implementation of culturally appropriate protocols, represents an indispensable measure to ensure humanized care, reduce the risk of deaths and social inequalities, and realize the reproductive rights, linguistic rights, and the right to health of indigenous peoples.

Keywords: Obstetric racism; Violation of Constitutional Rights; Indigenous women; Specific indigenous health; Linguistic accessibility.

1. INTRODUÇÃO

A garantia do direito à saúde dos povos originários constitui um dos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro por meio da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, especialmente nos arts. 231 e 232, que reconhecem suas organizações sociais, línguas, costumes, crenças e tradições, bem como asseguram o respeito às suas especificidades culturais. Esse compromisso também é reforçado pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Originários, que estabelece a necessidade de uma assistência pautada nos costumes culturais, na equidade e no respeito aos direitos humanos. Apesar desse arcabouço jurídico, persistem desigualdades estruturais que dificultam o acesso das mulheres originárias aos serviços de saúde, sobretudo durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Entre os principais obstáculos destaca-se a ausência de acessibilidade linguística nos serviços públicos de saúde. Mulheres originárias que utilizam as línguas originárias de sinais e línguas maternas específicas como suas primeiras línguas, enquanto o atendimento é realizado predominantemente em língua

portuguesa, sem a presença de intérpretes como mediadores linguísticos. Essa limitação compromete a comunicação entre pacientes e profissionais de saúde, dificulta o consentimento livre e esclarecido, restringe a autonomia das gestantes e favorece situações de violência obstétrica, racismo institucional e violação de direitos fundamentais.

A problemática torna-se ainda mais evidente diante da diversidade cultural linguística existente entre os povos originários. Diferentes culturas dos territórios e comunidades que preservam conhecimentos ancestrais relacionados à gestação, ao parto e ao cuidado materno, transmitidos entre gerações são fundamentais para suas organizações sociais. Entre esses povos destaca-se o povo Ka'apor, reconhecido internacionalmente pela existência da primeira língua originária de sinais do Brasil e analisada e estudada por Linguística, os kaapor são singulares na preservação de práticas ancestrais relacionadas ao nascimento de seus filhos, nas quais os homens são preparados para assumir o papel ativo do parto de suas parceiras e os cuidados do período pós-parto. Após o nascimento do bebê, permanecem integralmente ao lado da mulher e do recém-nascido por um período de dois meses, responsabilizando-se pelos cuidados diários da esposa e do filho, incluindo o preparo da alimentação, banhos, administração dos cuidados medicinais, no acompanhamento da recuperação materna e assistencial continuada a ambos, compartilhando inclusive as restrições alimentares do período de resguardo. Essas especificidades demonstram que a assistência obstétrica dos saberes originários exige não apenas respeito às diferenças culturais, mas também mecanismos que assegurem comunicação efetiva durante o atendimento.

Nesse contexto, esta pesquisa busca responder ao seguinte problema: **como a ausência de mediadores intérpretes das línguas originárias de sinais e orais específicas no atendimento obstétrico prestado pela Saúde dos Povos Originários e pelo Sistema Único de Saúde contribui para a ocorrência do racismo obstétrico, para a violação dos direitos linguísticos e culturais das mulheres originárias e para o agravamento dos desfechos maternos e neonatais?**

A relevância deste estudo reside na necessidade de ampliar o debate científico sobre a relação entre acessibilidade linguística, direitos humanos e saúde dos povos originários. Embora existam pesquisas sobre saúde dos povos originários e racismo obstétrico, ainda são escassos os estudos que analisam os impactos da ausência de intérpretes de línguas originárias específicas no atendimento prestado pelo Sistema Único de Saúde. Essa lacuna torna-se ainda mais significativa diante dos indicadores oficiais que demonstram maiores índices de mortalidade materna entre mulheres originárias, evidenciando a necessidade de políticas públicas capazes de reduzir desigualdades e promover uma assistência obstétrica verdadeira capaz de garantir a sobrevivência da vida das mulheres originárias e dos bebês durante a gestação, no parto e pós-parto.

O presente estudo tem como objetivo geral analisar a relação entre acessibilidade linguística, racismo obstétrico e a vulnerabilidade das mulheres originárias no atendimento prestado pelo Saúde Específica dos Povos Originários e Sistema Único de Saúde(SUS). Como objetivos específicos, pretende-se discutir os direitos linguísticos aplicáveis ao cuidado em saúde, caracterizar as manifestações do racismo obstétrico dirigidas às mulheres

originárias, analisar a contribuição dos conhecimentos ancestrais para a construção de protocolos de assistência obstétrica, compreender os impactos da ausência de mediação linguística durante o ciclo gravídico-puerperal e propor estratégias voltadas à implementação de políticas públicas que fortaleçam a acessibilidade linguística, a formação em direitos dos povos e direitos humanos para as equipes multiprofissionais e a garantia dos direitos fundamentais dos povos originários.

Metodologicamente, trata-se de uma pesquisa de natureza básica, com abordagem qualitativa, objetivo exploratório e procedimentos bibliográficos e documental. O estudo fundamenta-se na análise da literatura científica nacional e internacional, da Constituição Federal de 1988, da Convenção nº 169 da OIT, da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos originários, de documentos produzidos pelo Conselho Nacional de Saúde e pelo Ministério da Saúde, bem como de outras normas relacionadas à proteção dos direitos linguísticos, culturais e humanos dos povos originários. A análise adota uma perspectiva interdisciplinar, articulando contribuições da Linguística, da Saúde Pública, dos Direitos Humanos e do Direito Constitucional, buscando compreender a comunicação em língua materna sinalizadas e orais como elemento essencial para a efetivação do direito à saúde e para a humanização da assistência obstétrica.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Direitos Linguísticos, Interculturalidade e o Direito à Saúde dos Povos Originários

A proteção dos direitos dos povos originários no Brasil encontra fundamento na Constituição da República Federativa do Brasil de

1988, especialmente nos arts. 231 e 232, que reconhecem suas organizações sociais, costumes, línguas, crenças, tradições e os direitos originários sobre as terras tradicionalmente ocupadas. Esses dispositivos representam um marco na superação das antigas políticas assimilacionistas, ao reconhecerem a diversidade étnica, cultural e linguística como parte constitutiva da sociedade brasileira. Nesse contexto, as línguas originárias deixam de ser compreendidas apenas como instrumentos de comunicação e passam a ser reconhecidas como patrimônio cultural, responsáveis pela preservação da memória coletiva, pela transmissão dos conhecimentos ancestrais e pela manutenção das identidades linguísticas dos diferentes povos originários.

Esse reconhecimento é reforçado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), que assegura aos povos indígenas o direito ao uso de suas línguas maternas e de processos próprios de ensino e aprendizagem. Embora voltada à educação, a legislação reafirma o dever do Estado de respeitar a diversidade linguística em todas as políticas públicas. No campo da saúde, esse princípio significa garantir condições para que os usuários compreendam as informações recebidas, expressem suas necessidades e participem das decisões relacionadas ao próprio tratamento, assegurando autonomia e acesso igualitário aos serviços públicos.

No plano internacional, a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) fortalece essa proteção ao reconhecer o direito dos povos indígenas de preservar suas instituições, idiomas, conhecimentos tradicionais e formas próprias de organização social. O tratado estabelece que os serviços públicos destinados a essas populações devem ser planejados e executados

de maneira culturalmente adequada, respeitando seus sistemas tradicionais de cuidado e suas formas de comunicação. Dessa forma, a acessibilidade linguística deixa de representar uma medida meramente administrativa e passa a constituir obrigação decorrente dos compromissos assumidos pelo Estado brasileiro em matéria de direitos humanos.

No âmbito da saúde pública, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Originários (PNASPI) estabelece a atenção diferenciada como princípio orientador da assistência, reconhecendo que os sistemas tradicionais de saúde devem dialogar com a medicina ocidental. A política valoriza a interculturalidade como elemento indispensável para a construção de práticas assistenciais capazes de respeitar as especificidades culturais, linguísticas dos territórios e comunidades originárias. Entretanto, a efetivação desse princípio ainda enfrenta desafios relacionados à organização dos serviços e à insuficiência de mecanismos que garantam comunicação adequada entre profissionais de saúde e usuários originários.

Ao discutir a língua de sinais kaapor, Brito (1995) demonstra que esses sistemas linguísticos possuem estrutura gramatical própria e plena capacidade de expressão, afastando concepções que os reduziam a formas simplificadas de comunicação. Essa compreensão também se aplica a línguas Amyry-kuĩ língua originárias de sinais dos povos da região norte, que constituem patrimônios linguísticos e culturais merecedores da mesma proteção conferida às demais línguas existentes nos territórios dessa Nação. Nesse sentido, assegurar o direito à comunicação em saúde significa reconhecer e valorizar a diversidade linguística presente entre os povos originários, promovendo condições para que todos

tenham acesso às informações e aos serviços em igualdade de condições.

Entre as experiências que evidenciam essa diversidade destaca-se a Língua de Sinais Ka'apor, estudada por Gomes (2020), cuja utilização integra a organização social e cultural desse povo. A autora demonstra que a comunicação entre pessoas surdas e ouvintes ocorre de forma natural na comunidade, revelando a importância das línguas originárias para a preservação da identidade coletiva. Esse exemplo reforça que a diversidade linguística constitui elemento inseparável das práticas culturais, dos conhecimentos ancestrais e das formas próprias de organização social dos povos originários.

Sob essa perspectiva, Carpentieri (2025) destaca que a mediação intercultural vai além da tradução de palavras, atuando como instrumento de aproximação entre diferentes formas de compreender o processo saúde-doença. A valorização das línguas originárias, dos saberes ancestrais e das práticas culturais fortalece relações de confiança entre profissionais e comunidades, favorecendo uma assistência baseada no respeito, na equidade e na dignidade da pessoa humana.

Assim, a efetivação do direito à saúde dos povos originários depende do reconhecimento da diversidade linguística e da incorporação da cultural originária como princípio estruturante das políticas públicas. Mais do que garantir acesso aos serviços, é necessário assegurar condições para que a comunicação ocorra de maneira efetiva, respeitando as identidades culturais e linguísticas dos territórios e comunidades originárias e promovendo uma assistência

verdadeiramente humanizada e compatível com os princípios constitucionais e os tratados internacionais de direitos humanos.

2.2. Mulheres Originárias, Saúde Específica e Barreiras Linguísticas no Sistema Único de Saúde

A compreensão da saúde entre os povos originários difere da concepção biomédica predominante na sociedade ocidental. Para as mulheres originárias, a gestação, o parto e o puerpério constituem processos que articulam dimensões espirituais, culturais, familiares e territoriais, sendo compreendidos como momentos de continuidade da vida coletiva e preservação ambiental e dos saberes ancestrais, cada mulher originária nasce com um útero sagrado e carrega a responsabilidade divina de povoar seu território ao nascer traz uma aldeia no útero e o dom dos saberes para seus descendentes repassar. Nessa perspectiva, Barros (2024) afirma que o corpo da mulher indígena representa um verdadeiro corpo-território, no qual identidade, ancestralidade e resistência se entrelaçam, tornando a maternidade um importante elemento de preservação da cultura e da existência dos povos.

Essa visão influencia diretamente as formas de organização do cuidado. Em diversas comunidades, a gestação e o parto são acompanhados por parteiras ancestrais, responsáveis pela transmissão de conhecimentos sobre plantas medicinais, cuidados maternos e assistência ao recém-nascido. Entre o povo Ka'apor, por exemplo, os homens participam ativamente da realização do parto e permanecem ao lado da mulher durante o período de resguardo, compartilhando os cuidados com a mãe e o bebê. Essas práticas evidenciam a diversidade dos sistemas ancestrais de saúde e

demonstram que o cuidado materno está profundamente relacionado às especificidades culturais de cada povo.

Entretanto, quando as gestantes necessitam de atendimento hospitalar, observa-se frequentemente um distanciamento entre os conhecimentos tradicionais e o modelo assistencial adotado pelo Sistema Único de Saúde. Em muitos serviços, prevalece uma lógica exclusivamente biomédica que desconsidera aspectos culturais, familiares e linguísticos das comunidades originárias, dificultando o acolhimento e fragilizando a relação entre profissionais e pacientes. Como consequência, ampliam-se situações de insegurança, discriminação e vulnerabilidade durante o ciclo gravídico-puerperal.

Essas dificuldades tornam-se ainda mais evidentes diante da diversidade linguística existente entre os povos originários brasileiros. Muitas mulheres utilizam como primeira língua idiomas originários como as línguas originárias de sinais e as línguas maternas orais, recorrendo ao português apenas de forma limitada. A ausência de intérpretes especializados compromete a compreensão de diagnósticos, exames, procedimentos e orientações médicas, restringindo o consentimento livre e esclarecido, a autonomia da gestante e sua participação nas decisões relacionadas ao próprio cuidado.

Os impactos dessas barreiras refletem-se nos indicadores de saúde materna. Dados do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde demonstram que as mulheres originárias apresentam índices de mortalidade materna superiores aos observados entre as mulheres da sociedade comum. Esse cenário está associado à combinação de fatores como desigualdades territoriais, dificuldades de acesso aos serviços especializados, racismo institucional e

barreiras comunicacionais que comprometem o acompanhamento adequado durante o pré-natal, o parto e o puerpério.

Estudos realizados em outros contextos também reforçam a importância da comunicação intercultural na assistência obstétrica. Monteiro (2025), ao investigar o atendimento prestado às mulheres migrantes haitianas, demonstrou que as barreiras linguísticas dificultam o acesso aos serviços, enfraquecem o vínculo entre profissionais e pacientes e favorecem práticas de violência institucional. De forma semelhante, Cruz et al. (2025) destacam que populações submetidas à vulnerabilidade social e linguística enfrentam maiores dificuldades para compreender orientações clínicas e acessar políticas públicas em condições de igualdade, evidenciando que a comunicação constitui elemento essencial para a qualidade da assistência em saúde.

Nesse contexto, a mediação linguística assume papel estratégico na construção de uma assistência obstétrica mais humanizada. Conforme destaca Carpentieri (2025), o mediador intercultural atua como facilitador do diálogo entre diferentes sistemas de conhecimento, promovendo o respeito às práticas culturais, às crenças e às formas próprias de organização das comunidades tradicionais. Sua atuação favorece relações de confiança entre profissionais e usuários, reduz conflitos decorrentes de diferenças culturais e fortalece a participação da gestante nas decisões relacionadas ao cuidado.

Dessa forma, a efetivação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Originários depende da incorporação da acessibilidade linguística como princípios permanentes da assistência. A conscientização cultural, a orientação sobre os direitos linguísticos,

direitos humanos e assistencial das equipes de saúde, a elaboração de protocolos culturalmente adequados e a presença de intérpretes das línguas originárias representam medidas fundamentais para reduzir riscos de morte, reduzir desigualdades social, qualificar o atendimento e assegurar que as mulheres originárias tenham seus direitos linguísticos, culturais e humanos plenamente respeitados durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

2.3. Racismo Obstétrico e Violência Institucional Contra Mulheres Originárias

O racismo obstétrico constitui uma manifestação do racismo institucional presente nos serviços de saúde, caracterizando-se por práticas discriminatórias que comprometem a qualidade da assistência e a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres pertencentes a grupos historicamente vulnerabilizados. No caso das mulheres originárias, essa violência manifesta-se pela desvalorização de suas identidades étnicas, de suas línguas, de seus conhecimentos ancestrais e de suas formas próprias de compreender a gestação, o parto e o puerpério. Dessa maneira, a discriminação ultrapassa comportamentos individuais e revela estruturas institucionais que reproduzem desigualdades incompatíveis com os princípios da dignidade da pessoa humana, da equidade e do direito universal à saúde.

A violência obstétrica pode ocorrer por meio de negligência assistencial, intervenções desnecessárias, procedimentos realizados sem consentimento livre e esclarecido, utilização de linguagem ofensiva, restrição da autonomia da gestante e desrespeito às suas crenças e escolhas. Tokashiki, Miranda e Boaventura (2025) destacam que essas práticas tornam-se ainda mais graves quando

direcionadas às mulheres indígenas, pois frequentemente são acompanhadas de discriminação étnica e cultural, transformando diferenças linguísticas e culturais em fatores de exclusão e invisibilização.

Esse cenário evidencia que o racismo obstétrico resulta de processos estruturais presentes na organização dos serviços públicos de saúde. A ausência de formação específica sobre saúde dos povos originários, a insuficiência de protocolos interculturais e o desconhecimento dos sistemas tradicionais de cuidado contribuem para a reprodução de práticas discriminatórias durante toda a assistência obstétrica. Como consequência, aumentam os riscos de falhas na comunicação, dificuldades no consentimento informado, conflitos culturais e violações dos direitos fundamentais das gestantes originárias.

Os efeitos dessas desigualdades refletem-se nos indicadores oficiais de saúde. Dados do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde demonstram que as mulheres originárias apresentam maiores índices de mortalidade materna em comparação às mulheres comuns, resultado de fatores como racismo institucional, desigualdades territoriais, dificuldades de acesso aos serviços especializados e limitações na comunicação durante o atendimento. Esses elementos comprometem a identificação precoce de complicações obstétricas, reduzem a efetividade das orientações clínicas e ampliam a vulnerabilidade materna e neonatal.

Ao analisar a experiência de mulheres negras em uma casa de parto humanizado, Santos (2024) demonstra que o racismo interfere diretamente na qualidade da assistência obstétrica, comprometendo a autonomia das pacientes e a segurança do

cuidado. Embora desenvolvido em outro contexto, o estudo contribui para compreender a realidade vivenciada pelas mulheres originárias, que igualmente enfrentam processos históricos de exclusão e deslegitimação de seus conhecimentos e práticas culturais. Na mesma perspectiva, Souza destaca que o racismo estrutural influencia os indicadores de saúde e amplia desigualdades no acesso aos serviços, evidenciando que seus impactos atingem diferentes grupos socialmente vulnerabilizados.

Outro aspecto relevante refere-se à desvalorização dos saberes ancestrais relacionados à gestação, ao parto e ao cuidado materno. Em diversos territórios e comunidades originárias, saberes surdos e saberes ancestrais sobre parto são preservados por séculos e transmitidos por gerações para parteiras, parteiros, lideranças e familiares, integrando sistemas próprios de atenção à saúde. Quando tais práticas são ignoradas ou consideradas inferiores pelos serviços hospitalares, estabelece-se uma relação de superioridade epistemológica que deslegitima conhecimentos protegidos pela Constituição Federal, pela Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho e pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Originários. Essa postura fortalece processos de violência simbólica e institucional, contribuindo para o afastamento das mulheres originárias dos serviços de saúde.

Sob uma perspectiva decolonial, Santana et al. (2023) argumentam que determinados discursos institucionais sobre os direitos reprodutivos ainda reproduzem mecanismos de controle sobre os corpos femininos, restringindo a autonomia das mulheres e dificultando a efetivação de seus direitos. No caso das mulheres originárias, essas desigualdades são agravadas pela interação entre raça, gênero, território, cultura e língua, tornando indispensável a

construção de políticas públicas capazes de reconhecer a diversidade cultural como elemento central da atenção obstétrica.

Diante desse contexto, o enfrentamento do racismo obstétrico exige mudanças estruturais na organização do Sistema Único de Saúde. A implementação de protocolos interculturais, a valorização dos conhecimentos tradicionais, a contratação dos linguístas e intérpretes como mediadores permanente das equipes multiprofissionais na garantia de acessibilidade linguística representam medidas essenciais para reduzir desigualdades, prevenir práticas discriminatórias e assegurar uma assistência obstétrica humanizada comprometida com a proteção à vida e dos direitos humanos no atendimento obstétrico de mulheres originárias.

2.4. A Ausência de Intérpretes de Línguas Originárias Como Violação dos Direitos Linguísticos e Humanos no Atendimento Obstétrico

A comunicação constitui elemento essencial para a efetivação do direito à saúde, especialmente durante o pré-natal, o parto e o puerpério, períodos em que decisões clínicas dependem da compreensão mútua entre profissionais de saúde e gestantes. Quando mulheres originárias utilizam como primeira língua idiomas originários sinalizado e oral, a inexistência de intérpretes especializados compromete o acesso às informações, dificulta o consentimento livre e esclarecido e limita o exercício da autonomia da paciente. Nessas circunstâncias, a barreira linguística deixa de representar um problema operacional e passa a configurar obstáculo concreto ao exercício dos direitos fundamentais assegurados pela Constituição Federal, pela Convenção nº 169 da

Organização Internacional do Trabalho e pelos instrumentos internacionais de proteção aos direitos humanos.

Embora a legislação brasileira reconheça as línguas, os costumes e as formas próprias de organização dos povos originários, os serviços públicos de saúde ainda não incorporaram, de forma sistemática, mecanismos capazes de assegurar a acessibilidade linguística. Na prática, grande parte das mulheres originárias é atendida exclusivamente em língua portuguesa, mesmo quando esse idioma não corresponde à língua utilizada em suas comunidades. Essa realidade compromete a compreensão de diagnósticos, procedimentos, riscos e orientações médicas, restringindo a participação da gestante nas decisões relacionadas ao próprio cuidado.

A situação torna-se ainda mais complexa entre comunidades que utilizam línguas originárias de sinais. Conforme Brito (1995), essas línguas possuem estrutura gramatical própria e constituem sistemas linguísticos completos, devendo receber a mesma proteção conferida às demais línguas. Gomes (2020) destaca que a Língua de Sinais Ka'apor integra a organização social e cultural da comunidade, sendo utilizada cotidianamente por pessoas surdas e ouvintes. Apesar desse reconhecimento científico, inexistem políticas públicas permanentes voltadas à formação e à contratação de intérpretes dessas línguas para atuação no Sistema Único de Saúde, mantendo inúmeras mulheres originárias em situação de vulnerabilidade comunicacional durante o atendimento obstétrico.

As consequências dessa ausência ultrapassam as dificuldades de comunicação. A impossibilidade de compreender orientações médicas ou de relatar adequadamente sintomas compromete a

identificação precoce de complicações obstétricas, aumenta os riscos de diagnósticos tardios, favorece intervenções sem consentimento informado e reduz a segurança da assistência. Além disso, limita a construção de vínculos entre profissionais e pacientes, dificultando uma atenção centrada nas necessidades culturais e linguísticas das gestantes.

Nesse contexto, a atuação de linguísticos e intérpretes especializados deve ser compreendida como parte integrante da assistência em saúde e não apenas como serviço complementar. Conforme Carpentieri (2025), a mediação intercultural favorece o diálogo entre diferentes sistemas de conhecimento, possibilitando que práticas culturais, valores familiares e saberes tradicionais sejam compreendidos pelas equipes multiprofissionais. Mais do que traduzir palavras, o mediador linguístico contribui para reduzir conflitos, fortalecer relações de confiança e promover uma assistência mais segura, respeitosa e humanizada.

Sob a perspectiva dos direitos humanos, a ausência de intérpretes configura violação dos direitos linguísticos, do direito à informação, da autonomia da paciente e do direito fundamental à saúde. Ao não oferecer condições adequadas de comunicação, o Estado transfere para a própria gestante a responsabilidade de superar barreiras criadas pelo sistema público, perpetuando mecanismos de exclusão incompatíveis com os princípios da igualdade material, da equidade e da não discriminação. Nesse sentido, a barreira linguística constitui uma expressão do racismo institucional ao impedir que mulheres originárias recebam atendimento compatível com suas necessidades culturais e linguísticas.

Diante desse cenário, torna-se indispensável que as políticas públicas de saúde incorporem a acessibilidade linguística como componente permanente da assistência obstétrica. Contribua com formação de intérpretes das línguas originárias de sinais e das línguas orais específicas, na elaboração de protocolos específicos para o atendimento às mulheres originárias representam medidas fundamentais para garantir comunicação efetiva, reduzir desigualdades, prevenir o racismo obstétrico e assegurar a plena efetivação dos direitos linguísticos, culturais e humanos dos povos originários.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos documentos oficiais do Conselho Nacional de Saúde (CNS) evidencia que as desigualdades raciais permanecem como importante desafio para a saúde materna no Brasil. Os dados referentes à Razão de Mortalidade Materna (RMM) demonstram que as mulheres originárias apresentam os maiores índices entre todos os grupos populacionais, revelando um cenário de vulnerabilidade que ultrapassa os aspectos clínicos e reflete desigualdades históricas relacionadas ao acesso aos serviços públicos de saúde, ao racismo institucional e às barreiras de comunicação. Esses resultados corroboram a literatura analisada ao longo deste estudo, segundo a qual a ausência de políticas públicas efetivamente interculturais compromete a garantia do direito à saúde das mulheres originárias.

Quadro 1. Disparidades raciais na mortalidade materna no Brasil (2024)

Grupo populacional	Razão de Mortalidade Materna (óbitos por 100 mil nascidos vivos)	Comparação com a média nacional
--------------------	--	---------------------------------

Mulheres indígenas	145,74	Aproximadamente 2,4 vezes superior à média nacional
Mulheres pretas	91,00	Aproximadamente 1,5 vez superior à média nacional
Mulheres brancas	58,80	Próxima da média nacional
Mulheres pardas	55,80	Próxima da média nacional
Mulheres amarelas	16,20	Inferior à média nacional

Fonte: Adaptado do Conselho Nacional de Saúde (2026).

Os dados apresentados no Quadro 1 demonstram que a Razão de Mortalidade Materna entre mulheres originárias permanece significativamente superior à observada nos demais grupos raciais. Esse resultado evidencia que a elevada mortalidade não pode ser atribuída apenas a fatores biológicos, mas decorre da combinação de desigualdades territoriais, limitações no acesso aos serviços especializados, racismo institucional e ausência de políticas públicas capazes de atender às especificidades culturais e linguísticas dos povos originários. Sob essa perspectiva, verifica-se que a comunicação em língua materna constitui elemento essencial para garantir atendimento seguro e humanizado, permitindo que as gestantes compreendam as orientações recebidas e participem das decisões relacionadas ao próprio cuidado.

Os achados desta pesquisa convergem com as contribuições de Barros (2024), Carpentieri (2025) e Gomes (2020), ao evidenciarem que os conhecimentos ancestrais, a diversidade linguística e as

formas próprias de organização dos povos originários continuam sendo pouco considerados na assistência obstétrica. A inexistência de intérpretes das línguas originárias de sinais e orais compromete o consentimento livre e esclarecido, dificulta o estabelecimento de vínculo entre profissionais e pacientes e amplia situações de vulnerabilidade durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Dessa forma, a acessibilidade linguística deve ser compreendida como requisito indispensável para a efetivação dos princípios da equidade, da integralidade e da humanização previstos no Sistema Único de Saúde.

Além de evidenciar as desigualdades raciais na mortalidade materna, o Conselho Nacional de Saúde apresenta recomendações destinadas à redução da morbimortalidade materna no país, priorizando ações relacionadas ao fortalecimento do pré-natal, ao diagnóstico precoce de complicações obstétricas, à qualificação das equipes multiprofissionais e ao acompanhamento permanente das gestantes durante todo o ciclo gravídico-puerperal.

Quadro 2. Recomendações do Conselho Nacional de Saúde para redução da morbimortalidade materna

Recomendações prioritárias
Garantir atendimento centrado nas necessidades da gestante durante todo o acompanhamento.
Identificar precocemente síndromes hipertensivas no pré-natal.
Realizar triagem precoce de infecções.
Reconhecer rapidamente sinais de gravidade materna.
Capacitar continuamente as equipes multiprofissionais.

Diagnosticar e tratar oportunamente síndromes hipertensivas graves.
Diagnosticar e tratar precocemente quadros infecciosos.
Reconhecer e tratar rapidamente síndromes hemorrágicas.
Reduzir cesarianas desnecessárias.
Garantir vigilância e acompanhamento permanente durante o puerpério.

Fonte: Adaptado do Conselho Nacional de Saúde (2026).

Embora as recomendações apresentadas pelo Conselho Nacional de Saúde representem importante avanço na organização da assistência obstétrica, a análise crítica desses documentos revela uma lacuna significativa: a ausência de estratégias específicas voltadas à acessibilidade linguística para os povos originários. Não há previsão para a formação e contratação de mediadores linguísticos e intérpretes das línguas originárias de sinais e das línguas orais específicas, na atuação de mediadores capazes de estabelecer comunicação efetiva entre as equipes de saúde e as gestantes originárias. Essa ausência demonstra que a dimensão linguística ainda permanece invisibilizada nas políticas públicas nacionais de enfrentamento da mortalidade materna.

Os resultados obtidos nesta pesquisa permitem afirmar que a redução da morbimortalidade materna entre mulheres originárias depende da adoção de medidas que ultrapassem a dimensão exclusivamente biomédica da assistência. A implementação de políticas permanentes de acessibilidade linguística, associada à valorização dos conhecimentos tradicionais e à formação intercultural das equipes multiprofissionais, apresenta potencial para fortalecer a humanização do atendimento, reduzir práticas de

racismo obstétrico e ampliar a efetividade das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.

Assim, a análise conjunta da literatura científica e dos documentos oficiais permite concluir que a garantia dos direitos linguísticos constitui condição indispensável para assegurar o direito à vida, à saúde e à dignidade das mulheres originárias. Mais do que ampliar o acesso aos serviços, reconhecer a diversidade linguística dos povos originários significa promover uma assistência obstétrica compatível com os princípios constitucionais da universalidade, integralidade, equidade e respeito à diversidade cultural, contribuindo para a construção de políticas públicas verdadeiramente inclusivas.

4. CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu compreender que a ausência de acessibilidade linguística constitui um dos principais fatores que contribuem para a vulnerabilização das mulheres originárias durante o atendimento obstétrico no Sistema Único de Saúde. A análise da literatura científica e dos documentos oficiais demonstrou que a inexistência de intérpretes das línguas originárias de sinais e orais compromete a comunicação entre profissionais de saúde e gestantes, dificulta o consentimento livre e esclarecido, restringe a autonomia das pacientes e favorece a ocorrência de práticas de racismo obstétrico e violência institucional. Dessa forma, confirmou-se a hipótese de que a barreira linguística ultrapassar uma dificuldade comunicacional, configurando importante mecanismo de exclusão que compromete a efetivação do direito fundamental à saúde.

Os resultados também evidenciaram que a proteção dos direitos linguísticos integra a garantia dos direitos humanos, culturais e constitucionais dos povos originários. Embora a Constituição Federal de 1988, a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho e a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos originários reconheçam a necessidade de uma assistência intercultural, persistem lacunas relacionadas à implementação de políticas públicas capazes de assegurar comunicação efetiva durante o atendimento em saúde. Constatou-se, ainda, que a valorização dos conhecimentos tradicionais, associada à formação intercultural das equipes multiprofissionais e à incorporação de mediadores linguísticos, representa estratégia fundamental para qualificar a assistência obstétrica, fortalecer a humanização do cuidado e reduzir desigualdades historicamente vivenciadas pelas mulheres originárias.

Conclui-se, portanto, que a efetivação dos direitos linguísticos deve ser compreendida como requisito indispensável para a promoção da equidade, da dignidade da pessoa humana e da proteção da vida e da diversidade cultural no âmbito do Sistema Único de Saúde. Recomenda-se que futuras políticas públicas contemplem a contratação de linguísticos e intérpretes das línguas originárias de sinais e das línguas orais específicas, a elaboração de protocolos culturais e a capacitação permanente dos profissionais de saúde, contribuindo para a construção de uma assistência obstétrica mais inclusiva, segura e culturalmente respeitosa. Espera-se, ainda, que este estudo incentive novas pesquisas sobre a interface entre Linguística, Saúde Pública e Direitos Humanos, ampliando o debate científico e subsidiando ações voltadas à garantia dos direitos das mulheres originárias em todo o território brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, Eduarda Barbosa de. **Agá e o Corpo-Território de Mulheres Indígenas: Uma Perspectiva do Cuidar e dos Modos de (Co)/(r) Existir**. 2024. Dissertação de Mestrado. Universidade do Estado da Bahia (Brazil).

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Acesso em: 26 jun. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 379ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Apresentação: *A Política da Carne: Disparidades raciais na mortalidade materna e os 10 passos do cuidado obstétrico para redução da morbimortalidade materna*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, jun. 2026. Disponível em:

<https://conselho.saude.gov.br/>. **Acesso em: 1 jul. 2026.**

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional*. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 23 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 26 jun. 2026.

BRASIL. Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019. *Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo Federal que dispõem sobre a promulgação de convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho – OIT ratificadas pela República Federativa do Brasil*. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 nov. 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D10088.htm. Acesso em: 26 jun. 2026.

BRITO, Lucinda Ferreira. *Por uma gramática de línguas de sinais*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro: UFRJ, Departamento de Linguística e Filologia, 1995.

CARPENTIERI, Isabella Martins. Entre o encontro, a escuta e a tradução: o cuidado em saúde promovido pelo Programa de Mediadores Interculturais. 2025.

CRUZ, Raphael Marques de Almeida Rosa et al. **Vulnerabilidades em saúde de imigrantes haitianas no município de São Paulo**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GOMES, Elenira Oliveira. **Introdução histórica da língua de sinais Ka'apor**. *Revista Em Favor de Igualdade Racial*, Rio Branco, v. 3, n. 1, p. 33-41, jan./ago. 2020. Disponível em: <https://revistas.ufac.br/index.php/RFIR/article/view/3095>. Acesso em: 26 jun. 2026.

MESQUITA, Adriana de Andrade; DOS SANTOS, Jussara Francisca de Assis. Ações e práticas antirracistas na extensão. In: **Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos; Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais; Congresso de Direito à Cidade e Justiça Ambiental**. 2022. p. e2458-e2458.

MONTEIRO, Isabella Fontes. **Aspectos culturais do cuidado à saúde reprodutiva de mulheres imigrantes haitianas**. 2025. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais. Genebra: Organização Internacional do Trabalho, 1989.

SALDANHA, Sol. *Entre o abandono e o cuidado: mulheres que resistem à violência em silêncio*.

SANTANA, Jackeline Caixeta et al. “É só acrescentar mais uma palavra à Constituição”: uma análise decolonial de discursos de autoridades do Poder Executivo Federal sobre aborto e suas repercussões para a garantia da interrupção legal da gestação (2019–2022). 2023.

SANTOS, Verônica Aline Matos. **Era uma longa caminhada para chegar até lá... e Lembra da mulher que ficou lá atrás?: mulheres negras e a experiência em uma casa de parto humanizado na cidade de São Paulo**. 2024. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SOUSA, Flávia Dantas de. COMO O RACISMO INTERFERE NA SAÚDE DE MULHERES NEGRAS: índices sobre a violência obstétrica. **GÊNERO, RAÇA, ANTI CAPACITISMO E INTERSECCIONALIDADES**, p. 9.

TOKASHIKI, Emily Hitomi; MIRANDA, Gustavo Ferraro; BOAVENTURA, Tiago d'Ávila Ribeiro. Violência obstétrica e riscos à saúde da mulher indígena: uma abordagem jurídica da discriminação institucional nos estabelecimentos de saúde. **Observatório de la Economía Latinoamericana**, v. 23, n. 5, p. 180, 2025.

¹ Mestra em linguística pela Universidade Federal de Brasília - UnB

