

ARTIGO

A violência obstétrica contra indígenas à luz da noção de corpo-território

Solienne Sias Curica¹ 

E-mail: ssc.enf20@uea.edu.br

ORCID: 0009-0000-7436-311X

Maria Leila Fabar dos Santos¹ 

E-mail: leila.fabar@hotmail.com

ORCID: 0000-0003-1697-7599

Ana Cecília Dolzany Araújo¹ 

Email: acda.msc25@uea.edu.br

ORCID: 0009-0008-3836-886X

Altair Seabra de Farias¹ 

Email: asfarias@uea.edu.br

ORCID: 0000-0003-1921-4888

Munique Therense¹ 

Email: mtpontes@uea.edu.br

ORCID: 0000-0002-5433-9267

¹Universidade do Estado do Amazonas – UEA, Manaus, Brasil.



Copyright © 2026 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Resumo: A mortalidade materna de indígenas é um dos desafios ao Sistema Único de Saúde. Este estudo qualitativo visa compreender a assistência obstétrica oferecida às mulheres indígenas no Amazonas, à luz da noção de corpo-território. Participaram oito mulheres indígenas, quatro da etnia Kaixana e quatro da etnia Kokama, de comunidades localizadas em Terra Indígena mediante entrevistas semiestruturadas. Evidenciaram-se conflitos entre saberes indígenas e biomédicos no contexto assistencial. A rede de apoio familiar e comunitária permanece central no cuidado, funcionando como estratégia de proteção, acolhimento e fortalecimento das parturientes indígenas. O fenômeno da violência obstétrica ajuda a compreender os modos como os corpos-territórios são desumanizados e disponibilizados à morte.

Palavras-chave: saúde indígena; assistência obstétrica; direitos reprodutivos; mortalidade materna

Obstetric violence against Indigenous people in light of the notion of body-territory

Abstract: Indigenous maternal mortality remains one of the major challenges facing Brazil's Unified Health System (SUS). This qualitative study aims to understand the obstetric care provided to Indigenous women in the state of Amazonas through the lens of the body-territory concept. Eight Indigenous women participated in the study, including four from the Kaixana ethnic group and four from the Kokama ethnic group, all residing in communities located within Indigenous Territories. Data were collected through semi-structured interviews. The findings revealed tensions and conflicts between Indigenous and biomedical knowledge systems within the context of obstetric care. Family and community support networks remain central to the care process, functioning as strategies of protection, emotional support, and empowerment for Indigenous women during childbirth. The phenomenon of obstetric violence contributes to understanding how body-territories are dehumanized and rendered vulnerable to death.

Keywords: indigenous health; obstetric care; reproductive rights; maternal mortality

Violencia obstétrica contra pueblos indígenas a la luz de la noción de cuerpo-territorio

Resumen: La mortalidad materna indígena constituye uno de los principales desafíos para el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil. Este estudio cualitativo tiene como objetivo comprender la atención obstétrica ofrecida a las mujeres indígenas en el estado de Amazonas, a la luz de la noción de cuerpo-territorio. Participaron ocho mujeres indígenas, cuatro pertenecientes al pueblo Kaixana y cuatro al pueblo Kokama, residentes en comunidades ubicadas en Territorios Indígenas. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas. Los resultados evidenciaron conflictos entre los saberes indígenas y biomédicos en el contexto de la atención obstétrica. La red de apoyo familiar y comunitaria continúa siendo un elemento central del cuidado, funcionando como una estrategia de protección, acogida y fortalecimiento de las mujeres indígenas durante el proceso de parto. El fenómeno de la violencia obstétrica contribuye a comprender las formas en que los cuerpos-territorios son deshumanizados y expuestos a la muerte.

Palabras clave: salud indígena; atención obstétrica; derechos reproductivos; mortalidad materna

A violência obstétrica contra indígenas à luz da noção de corpo-território

Introdução

A assistência à saúde de indígenas mulheres que estão no ciclo gravídico-puerperal é afetada por desigualdades demarcadas pelos componentes étnico-raciais (Garnelo et al. 2019). A literatura indica que elas apresentam menores percentuais de realização de ações de pré-natal (Garnelo et al. 2019) e maior mortalidade materna por causas evitáveis (Garrafa et al. 2024). No cenário da pandemia de Covid-19, tiveram chances aumentadas de óbito (Moura et al. 2024). Quando morrem, têm os corpos menos necropsiados e mortes menos investigadas (Santos et al. 2025).

De forma complementar, estudos sobre assistência obstétrica prestada às indígenas mulheres apontam a existência de extensa barreira entre usuárias e profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes sobre decisão conjunta, consentimento informado, respeito à autonomia e procedimentos esclarecidos (Jardim e Modena 2018; Zanardo et al. 2017) aparecem substituídas por condutas de escassa comunicação e inserção ofensiva de saberes e costumes diferentes dos conhecimentos étnicos, tais como falta de privacidade no momento de dar à luz, a obrigação de estar em decúbito dorsal e outros elementos provenientes de protocolos hospitalares regidos pela lógica biomédica (Nascimento 2018; Ponte 2021).

Tais condutas – que objetificam os corpos das mulheres, causam apagamento das identidades étnicas e podem resultar em mortes maternas – estão inclusas no rol de procedimentos que podem ser debatidos pelo conceito de violência obstétrica. O conceito venezuelano, incorporado pelas pesquisas brasileiras, indica que

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela 2007, Artigo 15, inciso 13).

Sabe-se que, independentemente da via de parto, da condição de viabilidade fetal ou do fato de se tratar de um procedimento de interrupção de gravidez, a mulher tem o direito de conhecer todas as etapas do processo e concordar com as práticas realizadas em seu corpo, pois a omissão de qualquer informação se configura violência obstétrica. Profissionais de saúde e protocolos assistenciais devem proteger e promover o respeito, bem como a circulação das instruções na condução da assistência à saúde da mulher (Dias-Scopel 2014; Ferreira 2013; Gomes 2023). Contudo, a violência obstétrica continua sendo uma das violências que menos ganham a atenção, principalmente quando direcionada à indígena mulher, configurando desamparo assistencial (Barbosa et al. 2017). Essa realidade endossa o crescimento das taxas de mortalidade, principalmente por motivos de infecção e hemorragia.

Nesse cenário, sobressaem-se questionamentos a respeito do lugar onde serão incorporados os saberes adquiridos com as indígenas mais velhas, como o uso de remédios medicinais ancestrais, o manejo de informações para conceber a criança – por vezes, sozinha – e demais contornos estabelecidos culturalmente pela sua etnia (Corrêa 2022)

Essas indagações conduzem à reflexão sobre a colonialidade dos saberes biomédicos (Olivar et al. 2022), reafirmando a compreensão de que o campo da saúde das mulheres é historicamente marcado pelo esquadramento e controle dos corpos femininos (Rohden 2001). Corrêa (2023) reitera ainda a conclusão de que as disparidades notariais, observadas nas lacunas no preenchimento de documentos e realização de procedimentos, denotam a desimportância dada aos corpos das mulheres que morrem por causas evitáveis no ciclo gravídico-puerperal.

As discussões sobre violência obstétrica praticada contra indígenas podem ser enriquecidas se articuladas aos estudos de corpo-território, fomentados por teóricas indígenas, entre as quais se destaca Braulina Aurora. Para ela, antes de serem mulheres, esse grupo social possui como primeira condição de existência a de serem indígenas. Por esse motivo, a autora usa a expressão “indígenas mulheres” em substituição a “mulheres indígenas”, cuja condição étnica está expressa nos corpos que se co-produzem com os territórios, salientando que são a representação da vida coletiva (Aurora 2022).

A noção de corpo-território também aparece nas discussões de Lorena Cabnal, explicitadas no Brasil por Coradin e Oliveira (2024). Segundo estas autoras, em Cabnal, entende-se que o corpo das mulheres é o primeiro território entendido como colonizável. É um alvo colonial histórico. Essa compreensão nasce não da academia, mas do histórico de resistência às violências sofridas pelas indígenas mulheres.

O modo de surgimento do conceito de corpo-território guarda similaridade com o modo de nascimento da perspectiva da Justiça Reprodutiva. Segundo Ross, (2017), essa última emerge da organização do movimento de mulheres negras e/ou latinas, que reivindicavam o combate à opressão reprodutiva, entendida como a redução ou impedimento do acesso aos recursos em saúde reprodutiva. Tal opressão é vivida

por mulheres que vivenciam desigualdades sociais estruturadas nos marcadores interseccionais e é operada por grupos que possuem acesso aos recursos pleiteados.

Na confluência dessas proposições teóricas que nascem das movimentações das mulheres, este estudo se propôs a compreender as experiências de parturição de indígenas mulheres da região do Alto Solimões do Amazonas, à luz da noção de corpo-território. Ao apresentar as experiências, espera-se fortalecer aquilo que *Olivar et al. (2022)* discutiram como epistemologia do encontro e coconstrução de saberes, no debate sobre violência obstétrica.

Partindo da perspectiva da Justiça Reprodutiva, buscou-se descrever a assistência obstétrica na perspectiva das indígenas, identificar a ocorrência de práticas que possam ser consideradas violência obstétrica e identificar a ocorrência de práticas obstétricas profissionais associadas aos saberes indígenas. Embora se trate de uma investigação situada em território amazônico, entende-se que elucida modos assistenciais operados no cenário de parto, explicitando os mecanismos de poder que intentam dominar os corpos-territórios das indígenas mulheres. Logo, o artigo parte de uma realidade local para pensar problemas e debates globais.

Metodologia

O estudo é de abordagem social e qualitativa. Foi realizado em Terra Indígena, por pesquisadora indígena, na região do Alto Solimões-Amazonas. Sendo filha do cacique da comunidade, por ter um vínculo direto com a comunidade indígena e observar de perto a assistência em saúde prestada às parturientes, motivou-se a realizar esta pesquisa com parentes.

Na região em que o estudo foi aplicado, o atendimento à saúde é realizado inicialmente pelo Polo Base de referência, que funciona de forma semelhante à Unidade Básica de Saúde (UBS), porém com enfoque diferenciado, voltado às especificidades socioculturais dos povos indígenas. As equipes multidisciplinares, geralmente compostas por técnicos de enfermagem, enfermeiros e, em alguns casos, médicos, realizam consultas, vacinação, pré-natal e ações educativas, além de organizar campanhas de saúde, como as de aleitamento materno, controle de hipertensão e diabetes. O fluxo de atendimento é estruturado em escala rotativa, parte das equipes se desloca às comunidades, enquanto outra parte permanece no Polo Base, para atender demandas locais. Nos casos em que há necessidade de assistência especializada, como situações de risco na gestação ou intercorrências graves, as pacientes são encaminhadas ao hospital de referência, o único da região. Gestantes da comunidade, com data prevista para o parto, são orientadas a se deslocar com antecedência para a cidade do hospital de referência, permanecendo em

casas de apoio ou com familiares até o momento do parto, o que revela uma logística de assistência articulada entre território indígena e serviço hospitalar.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), com Parecer n. 7.108.582 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) 80713524.8.0000.5016, foram iniciadas as visitas às comunidades. A pesquisadora apresentou-se de casa em casa, explicando de maneira acessível o objetivo do projeto. A entrevista aconteceu de forma adaptada, garantindo que as mulheres compreendessem as perguntas e pudessem responder de maneira ética, segura e respeitosa, dentro de seus próprios limites e compreensões.

Participaram do estudo oito mulheres indígenas, sendo quatro pertencentes à etnia Kaixana e quatro à etnia Kokama. Foram incluídas aquelas maiores de 18 anos, falantes de língua portuguesa, com partos realizados dentro do hospital. O número de participantes foi definido pelo critério de conveniência, restringindo-se à participação de mulheres de localidades mais acessíveis. À época da coleta dos dados, existiam desafios geográficos no acesso às comunidades mais remotas da Terra Indígena estudada, o que demandaria longo deslocamento por rio e trilhas, inviabilizado pelo tempo da pesquisa.

Dentre as mulheres Kaixana, a faixa etária variou entre 23 e 41 anos, e entre as Kokama, a variação foi entre 20 e 26 anos. A maioria delas possui ensino médio completo, tem dois filhos e vive com o companheiro. Para manter o anonimato, as falas das indígenas mulheres foram identificadas, ao longo do texto, pela letra “P” (Participante), seguida de um algarismo arábico de acordo com a ordem de gravação, portanto de P1 a P8.

O convite para ingressar na pesquisa foi feito pela pesquisadora principal, membro da comunidade indígena, mediante convite verbal individual feito nas residências. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada audiogravada, contendo perguntas norteadoras. Além disso, as observações foram complementadas por registro em diário de campo.

Os dados coletados foram analisados pela técnica de Análise Temática Reflexiva, de Braun e Clarke (2019), que possibilita a organização e interpretação sistemática dos dados, identificando padrões de sentidos nas narrativas das participantes, o que contribuiu para a construção de categorias analíticas que refletem as experiências vivenciadas durante o atendimento obstétrico.

Ao ouvir os relatos, a pesquisadora indígena sentiu profundo sentimento de impotência. Muitas vezes, a única resposta possível foi oferecer um abraço, conversar sobre caminhos de cuidado, compartilhar palavras de espiritualidade, e informar sobre violência obstétrica e parto humanizado. Também buscou reforçar o valor do conhecimento, para que as participantes pudessem reconhecer-se como sujeitas de direito. Os resultados da pesquisa, apresentados a seguir, confirmam relatos conhecidos, vivenciados não apenas por indígenas, mas por muitas outras mulheres que viveram

situação de violência obstétrica. O presente trabalho é uma homenagem autoral, coescrita em formato acadêmico, a todas as indígenas mulheres.

Resultados e discussão

Com base nos objetivos específicos traçados para este estudo, procedeu-se à análise dos dados, categorizando os subtemas emergentes (Quadro 1).

Quadro 1. Categorias temáticas e subtemas emergentes da análise das entrevistas.

TEMAS	SUBTEMAS
1. Assistência obstétrica na perspectiva das indígenas parturientes	Controle de informações por profissionais de saúde.
	Discriminação baseada nos marcadores interseccionais.
	Racialização do cuidado obstétrico no manejo da dor.
2. Identificação de violência obstétrica como disciplinamento do parto	Trato rude por parte dos profissionais da saúde.
	Culpabilização/responsabilidade atribuídas/transferidas.
3. Práticas obstétricas associadas aos saberes indígenas	Conflitos entre os saberes indígenas e os saberes biomédicos.
	Rede de apoio familiar e comunitário.

Fonte: Elaboração própria.

Tema 1 – Assistência obstétrica na perspectiva das indígenas

Controle de informações por profissionais de saúde

O modo de comunicação entre profissionais de saúde e usuárias foi um problema apontado com recorrência nas falas das participantes. Algumas relataram não terem recebido explicações sobre os procedimentos que seriam realizados durante o parto e/ou sobre os motivos da manutenção da internação hospitalar. Outras indicaram dúvidas sobre o seu estado de saúde e/ou dos seus bebês. Houve também a compreensão das falas não serem ouvidas, como podem ser observadas, a seguir:

Aí, depois de tudo, como o meu filho nasceu tão pequeno, eles falaram que, que era prematuro e tal, que não tinha

completado os meses. Aí nós ficamos lá quase... Íamos passar quase uma semana. Então, depois de trocarem os turnos dos enfermeiros para outros, aí que nós fizemos isso. Fizemos a minha retirada rapidamente do hospital. Eu senti muito pela falta de comunicação e as nossas escolhas que não são ouvidas. Eles têm que ter mais atenção e cuidado. Até quando forem conversar com a gente, deixar a gente mais estabilizada emocionalmente e fisicamente (P2).

Daqui do Polo Base me levaram pra lá [hospital de referência]. Aí quando sentia dor, eles me levavam pra lá e mandavam eu de volta de novo. Aí, mandavam eu de volta de novo, sempre que eu ia lá pra acompanhar, se ia fazer a cirurgia [...], mas eles falavam que tava tudo bem com o neném, não era pra se preocupar, tava tudo bem com ele (P8).

Os relatos apresentados remetem ao que Davis (2020) discute a respeito do controle institucional de informações como mecanismo de perpetuação do racismo obstétrico. Para a autora, tal mecanismo opera, dentre outras formas de regulação, nos modos como os representantes institucionais tratam as informações e quem as informa. O que é considerado válido no contexto da assistência ao parto? Qual conhecimento/palavra dita deve ser ouvida e considerada legítima? Nesse debate, Davis (2020) destaca que é a autoridade biomédica que legitima o conhecimento sobre os corpos racializados, subordinando a narrativa da mulher, incluindo dores, dúvidas e angústias, a menos valia. O racismo naturaliza práticas obstétricas violentas (Trajano e Barreto 2021).

Os excertos evidenciam que o controle de informações gera menor estabilização emocional e percepção de menos atenção e cuidado. Sobre isso, Bittencourt et al. (2020) identificaram que o controle de informações durante o parto gera sofrimento emocional e contribui para a despersonalização do cuidado. Para Santos (2023), as consequências desse modo de comunicação mostram-se especialmente grave em contextos interculturais. Segundo Braga (2024), a ausência de linguagem acessível e a não consideração das especificidades culturais nas interações entre profissionais e mulheres indígenas reforçam barreiras no acesso a uma atenção segura e respeitosa.

A noção de controle de informação dialoga também com a ideia de produção da linguagem como dispositivo de existência política. Luz Álvares Martinez (1992), teórica da Justiça Reprodutiva, discute que, historicamente, uma das formas de invisibilização das mulheres latinas foi tornar impossível a narrativa de suas experiências. Ao considerar-se a noção de corpo-território, entende-se que ocorre ocupação política dos corpos racializados quando há o controle narrativo.

Discriminação baseada nos marcadores interseccionais

As falas dialogam com os debates sobre gênero e estão associadas às práticas que mulheres não indígenas também identificaram, configurando um cenário que pode ser entendido pela noção de Interseccionalidade, muito presente na perspectiva da Justiça Reprodutiva. Segundo Collins (2019), as opressões que incidem sobre as mulheres são oriundas de diversas estruturas sociais (raça, etnia, gênero, classe etc.) que se interseccionam e formam experiências de vida singulares. Ao colocar, no mesmo conjunto de análise, as narrativas das indígenas mulheres, são observados padrões que apontam para condições de desigualdade, sustentadas por macroestruturas sociais que reproduzem relações de poder assimétricas.

Essa compreensão de interseccionalidade pode ser enriquecida quando considerada a dimensão do território discutida na noção de corpo-território. Na trilha do que fora exposto por Coradin e Oliveira (2024), pode-se pensar que o ato de não ouvir a queixa, ou de negligenciar a necessidade, indica a desumanização como estratégia de início do processo de colonização dos corpos para desterritorializar as indígenas mulheres de si. Nesse sentido, as participantes destacaram as diferenças no atendimento entre indígenas mulheres e não indígenas, destacando repercussões na tomada de decisão procedimental.

Então, o que eu vi, né, que eles trataram ela melhor, só porque é conhecida, parece que são conhecidos dela, e que a filha trabalhava também e era conhecida pelos colegas de trabalho. Então, os enfermeiros e os médicos foram mais pra cima dela, né. Assim, tipo, recebendo ela bem, não sei o quê, perguntando se ela tava bem, se ela tava confortável, se ela tava isso... Só porque, só porque ela era do alto nível (P4).

A barreira que eu vi foi tipo no parto cesáreo, né. Porque quando a mulher indígena, ela não consegue ter o filho, eles fazem de tudo pra ela ter normal [...]. Diferente dos brancos, né. Das mulheres brancas. A que se a mulher falar que ela não aguenta mais, que ela não pode ter, eles fazem sem nenhum problema (P3).

Eles num tão nem aí, tão passando por aí, mas não... Voltam. De tanto eles atender assim mal também a gente, né! Eu disse que eu num queria ir mais pro hospital. Eu queria ir, mas eu sentia aquela vontade de ter em casa. E os enfermeiros não tão nem aí, jogam a gente aí, num faz nem caso, só vão olhar quando está morrendo já (P1).

Nos excertos destacados, as indígenas entendem que o tratamento oferecido e a decisão sobre a cirurgia cesárea estão intimamente conectados aos marcadores

interseccionais de classe e raça/etnia, posicionando as mulheres não indígenas no status de “alto nível”. A intersecção desses marcadores produz cenários em que mulheres negras e indígenas enfrentam barreiras adicionais no acesso a serviços de saúde de qualidade (Guimarães et al. 2025).

Nesse sentido, a perpetuação da violência obstétrica depende de que os atos, que se constituem como tal, não sejam reconhecidos dessa forma. A naturalização da discriminação, sob forma de violência ininteligível, opera como dispositivo de perpetuação do racismo obstétrico. Segundo Davis (2020), a raça define quem e como recebe os cuidados. Logo, o corpo indígena, à margem dos cuidados, é território destinado a outras intervenções, como aquelas que desterritorializam-na de si e de seus saberes.

Racialização do cuidado obstétrico no manejo da dor

As participantes também destacaram a racialização do cuidado, especialmente o manejo da dor, como elemento significativo das memórias sobre a assistência recebida. Dores prolongadas e intensas foram sentidas sem intervenções de amparo e alívio (não farmacológico ou farmacológico).

Eu era uma pessoa que sofria muito. Não ia dizer que minha barriga tava doendo, eu ia ter naquela hora. Era cinco, seis dia com dor. E as vezes, o médico mandava eu sair já, né. Parava um pouquinho, né. Eu saía pra casa do seu Milto. E ia embora, e quando apertava de novo que eu não aguentava mais, eu entrava. Assim era, eu sofria muito pra ter os meus filhos, muito mermo. Só a dor que me maltratava já. Que passava cinco, seis dias (P1).

Quando eu cheguei lá, eles não, não tiveram todo aquele cuidado. Cheguei com dores, fiquei lá esperando até me atenderem, e eu lá com dores. E quando o doutor foi me avaliar, ele perguntou quantos meses eu tava, e faltava uma semana pra completar os nove. Então... E a minha barriga era pequena, não era grande. E ele disse: não é a hora. Aí então, eles iam me dar uma injeção pra que passasse minha dor, mas eles não prestaram atenção nisso. Poderia ter sido alguma coisa e acontecido alguma coisa mais grave. Então, eu fui fazer xixi, estive com vontade de fazer xixi na hora, mas não era a vontade de fazer xixi, foi o bebê já querendo nascer. Por pouco, poucos minutos, eu quase tive ele no banheiro (P2).

As indígenas mulheres relataram que as expressões de dor e as palavras que narram a vivência dolorosa não são ouvidas ou recebidas como relevantes pela equipe assistencial. A escuta à dor é desatenta. Isso nos remete ao trecho da Política Nacional

da Humanização – HumanizaSUS (Brasil 2002) que diz que “humanizar” é garantir dignidade ética à palavra e que isso ocorre à medida em que se escuta do outro a legitimação do dito. Os excertos destacados apontam para uma necessidade de ter a dor ouvida com atenção e de, a partir da sua legitimidade, haver uma decisão assistencial.

Esse cenário é semelhante ao encontrado por outros autores (Silva et al. 2024; Trajano e Barreto 2021), em cujos estudos mulheres relataram não se sentirem ouvidas ou acolhidas durante o trabalho de parto, evidenciando uma assistência despersonalizada. Sabe-se que a espera prolongada para atendimento em unidades de saúde gera insegurança e sofrimento às gestantes, sobretudo àquelas em situação de vulnerabilidade social (Conceição e Madeiro 2024). O desrespeito e o abandono são expressões recorrentes na assistência ao parto em contextos marcados por desigualdades, exigindo a reformulação das práticas de cuidado e escuta qualificada (Conceição et al. 2023).

A deslegitimação da dor no processo de parturição é uma das evidências recorrentes da política racial de parto. As decisões que envolvem os procedimentos biomédicos na parturição ocorrem em termos racializados. Assim, a interpretação dos corpos (o que sentem, demandam, sinalizam), por parte dos profissionais de saúde, acontecem por narrativas históricas (e coloniais) sobre corpos negros e indígenas, conduzindo decisões sobre o que fazer diante da dor, qual limiar de tolerância, quando prescrever alívio farmacológico, dentre outras (Davis 2020).

De forma geral, a compreensão das indígenas mulheres sobre a assistência obstétrica recebida indica que as principais memórias de parto são as condutas profissionais consideradas como violência obstétrica e racismo obstétrico, mesmo quando não nomeadas por elas dessa forma. A síntese da assistência recebida tem os contornos da colonialidade.

Tema 2 – Identificação da violência obstétrica como expressão do disciplinamento do parto

Trato rude por parte dos profissionais de saúde

O trato rude/maus-tratos por parte dos profissionais de saúde apareceu com repetição nas falas das entrevistadas:

Do meu terceiro parto, que foi da minha filha, sabendo hoje as coisas que eu sei, eu vi que sofri violência obstétrica. O enfermeiro que me atendeu, ele foi grosseiro comigo, porque ele disse que não era o meu primeiro parto, então eu já sabia como que era (P3).

Depois que eu saí da sala de parto, os técnicos me levaram, só que o que faltou no profissionalismo deles foi o quê? A técnica, ela tinha que ter me orientado, falar: ‘Olha, um segundo e você não fala, você não pode falar’ [...]. Aí nem demorou, meu marido colocou a fralda, né, um pacote de fralda debaixo da minha cabeça [...], a técnica chegou lá, já me tratando mal, falando: ‘Quem mandou colocar isso, quem mandou colocar isso, não pode’, ela disse já bem grosseiramente, não pode (P4).

Além do que fora discutido na categoria temática anterior sobre a ausência de informações, essas falas apontam para um modo de comunicação baseado na ausência de gentileza, respeito e bom trato. A literatura indica que comentários agressivos, humilhações e falta de empatia por parte da equipe de saúde geram sofrimento emocional e contribuem para a perpetuação de um modelo de atendimento desumanizado (Dias-Scopel et al. 2017).

Além disso, a negligência quanto às necessidades das parturientes reforça desigualdades no acesso ao cuidado digno, especialmente entre indígenas mulheres, que frequentemente enfrentam barreiras adicionais nos serviços de saúde em virtude da banalização do cuidado e da resistência dos profissionais a ofertar atenção diferenciada (Nascimento 2018).

Tendo em vista as discussões de Cabnal, apresentadas por Coradin e Oliveira (2024) e Aurora (2022) sobre corpo-território, a fala de P3 destaca a forma de uso do suposto saber atribuído à mulher. O profissional não se utilizou daquilo que a indígena mulher presume ser “repertório sobre parto” para fortalecer a autonomia e o protagonismo da indígena parturiente. Ao contrário, torna-o um dispositivo para subsidiar a conduta de disciplinamento.

Nessa trilha, observou-se, na experiência de P4, a reação do profissional quanto à ação espontânea de improvisar um travesseiro: houve a reivindicação de seu lugar de autoridade técnica, utilizando-se de sua posição para reafirmar a regra hospitalar. A experiência de P4 em ter sido “maltratada” demonstrou que não houve preocupação em compreender ou atender as necessidades manifestadas por ela.

O lastro colonizador aparece no ato de supor que a indígena mulher sabe algo e que, por isso, não é necessário oferecer cuidado, podendo assim questionar seu suposto saber para subalternizar a territorialidade dos seus modos de vida. Com base nos excertos de fala, pode-se refletir que essa tentativa de subordinação da autoridade do conhecimento da indígena parturiente é uma estratégia de desumanização dos seus corpos-territórios.

O modo de comunicação mostrou ainda uma estratégia de responsabilização e culpabilização das indígenas mulheres diante de eventos relacionados tanto ao

cumprimento de protocolos, que são de responsabilidade da equipe técnica, quanto da fisiologia da parturição.

E pra falar a verdade, eu não gostei do atendimento lá não, porque não me trataram como eu queria. A enfermeira lá ainda chegava ralhando [brigando] a gente, aí eu não gostei muito não [...]. Ela falava que era pra mim já estar com aquela roupa branca de ter o bebê, mas como que eu ia estar, que não tinha nenhuma enfermeira lá pra me ver, depois ela ainda chega me ralhando [brigando]? (P6).

O toque fazia, pra saber se tinha passagem pro bebê passar. Falaram que era minha culpa o que tava acontecendo com a bebê (P8).

A P6 relata que não recebeu orientação prévia e foi responsabilizada, mediante comunicação agressiva, pelo atraso do procedimento. Por sua vez, P8 foi culpabilizada pelo andamento da dilatação do colo uterino, através de uma construção discursiva que atribui o progresso da dilatação corporal ao domínio pleno da parturiente. As falas de P6 e P8 ilustram como os profissionais atribuem a responsabilidade das intercorrências do parto/protocolares às mulheres.

Para Rangel (2019), é essencial que políticas públicas priorizem a formação de profissionais com enfoque na humanização e no respeito aos saberes tradicionais, promovendo um atendimento que considere as especificidades socioculturais dessas populações. Na chave de compreensão da noção de corpo-território, um atendimento atento às especificidades pode ser entendido como valorização da autonomia e do protagonismo, não o confundindo com produção de culpa pelas iatrogenias do modelo biomédico ou transferência de responsabilidades pelo não cumprimento dos seus protocolos.

Conforme o que já se discutiu sobre corpos-territórios, os excertos remetem às discussões de Oliveira et al. (2019) sobre realocações originadas da tensão e hierarquia entre os saberes biomédicos e tradicionais que ocorre em regiões da Amazônia. No estudo, os autores demonstram como as parteiras tradicionais foram reposicionadas no cenário do parto, sem desaparecer dele, mediante a supremacia do saber biomédico sobre o parto.

Assim, entende-se que os modos de comunicação parecem ser indicativos da compreensão dos profissionais de que a indígena tem um saber prévio sobre a parturição e é preciso adequá-lo à disciplina biomédica sobre o parir. Conforme aponta Carneiro (2014), o cenário de parto é um campo de disputas de exercício de poder em que os corpos-territórios estão sob constante produção e controle.

Tema 3 – Práticas obstétricas associadas aos saberes indígenas

Nessa categoria será abordado as tensões que envolvem a convivência entre práticas de saúde indígena, sedimentadas em conhecimentos tradicionais, e a produção de saúde no modelo biomédico. Na perspectiva da Justiça Reprodutiva, argumenta-se que, para que a assistência à saúde reproduza práticas obstétricas humanizadas e dignas, o sistema de saúde necessita considerar a realidade intersubjetiva das mulheres (Ross, 2017). No caso das indígenas mulheres, isso passa pela valorização da medicina indígena como tecnologia de saúde, a família e as redes de apoio imprescindíveis para produção de saúde e bem-estar durante o acompanhamento obstétrico e o reconhecimento das lideranças femininas no processo de cuidado.

Conflitos entre os saberes indígenas e os saberes biomédicos

Os relatos também revelaram conflitos entre os saberes indígenas e os saberes biomédicos, característicos no atendimento hospitalar. Para as indígenas mulheres, enquanto as práticas tradicionais são valorizadas e mantidas em territórios domésticos, o hospital é frequentemente descrito como um ambiente hostil e insensível às suas necessidades culturais.

Sobre as práticas ancestrais de cuidados gravídicos-puerperais, as participantes relataram:

O chá era ‘sara-tudo’, eu tomava após o parto de manhã, à tarde e à noite. Bem dizer, era a minha água aquele chá, que era pra sarar lá por dentro. Aí era a minha água e não podia tomar gelado, era sempre morninho (P2).

Minha mãe fazia banho, né? Fazia assento, me levava pros rezador pra tipo quando eu for ter, pra ter mais rápido e não sofrer muito e fazer assento pra mim sentar, pra tirar o frio assim durante a cintura (P3).

As falas de P2 e P3 ilustram como os chás são utilizados para auxiliar no trabalho de parto e na recuperação do pós-parto, seguindo orientações tradicionais que incluem restrições, como evitar bebidas geladas. Além disso, os rituais de banho e assento foram mencionados como prática intergeracional coletiva, em que estão presentes familiares, como a mãe, e representantes comunitários, como o rezador.

Entretanto, as participantes expressaram que a norma hospitalar, estruturada pelo modelo biomédico, proíbe a inserção dos saberes, criando a necessidade de rotas de resistência para evitar a desterritorialização dos seus corpos-territórios. “No hospital, lá, tem coisas que a gente quer tomar, né, algum remédio caseiro e não pode. Assim, às vezes, né, os parentes a gente pede pra levar escondido” (P4).

A proibição de práticas tradicionais no hospital pode ser entendida como uma forma de efetivação da colonialidade, pois formaliza a negação dos saberes ancestrais e conduz os corpos-territórios a encarnarem outros modos de cuidado. Diante disso, a fala da participante indica que o ato de parentes levarem o remédio caseiro escondido funciona como conduta de resistência epistêmica. Pesquisas indicam que a articulação dos saberes, com a integração dos saberes tradicionais ao cuidado obstétrico, pode melhorar a qualidade da assistência e fortalecer a autonomia das indígenas mulheres (Dias-Scopel 2014; Sousa 2018).

Rede de apoio familiar e comunitário

O apoio familiar e comunitário é um elemento primordial nos cuidados obstétricos das mulheres indígenas. As entrevistadas destacaram o papel fundamental de seus familiares durante o ciclo gravídico-puerperal, conforme demonstrado, a seguir:

Sim, eles me deram todo o apoio, tiveram todo o cuidado comigo depois que eu saí do hospital. Faziam remédio caseiro pra mim tomar todos os dias direitinho e a comida também (P2).

E o apoio da minha família foi bem, foi muito importante pra mim, porque durante os dias que eu fiquei no hospital, eu tava querendo dar depressão em mim, por conta que o meu bebê não queria pegar o peito, não conseguia mamar (P4).

As falas de P2 e P4 indicam que o apoio emocional e participativo da família é essencial para a superação de desafios puerperais, como o restabelecimento do corpo ou a dificuldade de amamentação. A literatura indica que a rede de apoio familiar e comunitário desempenha um papel crucial no bem-estar materno, especialmente entre indígenas mulheres, que frequentemente enfrentam barreiras institucionais no acesso ao cuidado obstétrico, como a integração de suas tradições no parto (Silva et al. 2020).

Mediante as noções de corpo-território, pode-se densificar a compreensão da necessidade de ampliação dos diálogos interculturais entre saberes biomédicos e tradicionais (Silva et al. 2020). Pelas falas das participantes, entende-se que os cuidados tradicionais continuam ocorrendo na rotina hospitalar e fora dela. A norma hospitalar não cessa sua ocorrência, mas a marginaliza, configurando-a como ato escondido ou segregado da rotina institucional. Tendo em vista os efeitos simbólicos da marginalização dos saberes territorializados, entende-se que a presença dos saberes tradicionais sobre o ciclo gravídico-puerperal, na rotina de cuidados do SUS às indígenas parturientes, é uma reivindicação da consciência dos direitos coletivos.

Uma experiência significativa que pode servir de inspiração para o aprimoramento da assistência obstétrica às mulheres indígenas é o programa de saúde implantado na comunidade de Belém do Solimões, no qual as parteiras tradicionais foram integradas

como elo essencial entre os serviços de saúde e as gestantes indígenas. Nessa localidade, as parteiras atuam como mediadoras culturais e assistenciais, facilitando a comunicação entre as mulheres da comunidade e os profissionais da saúde, auxiliando no entendimento dos procedimentos médicos e contribuindo para o respeito aos saberes tradicionais (Gusman et al. 2019).

A inserção dessas lideranças femininas no processo de cuidado promove a humanização da assistência e a valorização dos conhecimentos ancestrais que fazem parte da identidade cultural indígena. Em contextos como o estudado neste trabalho, em que foram identificadas práticas de violência obstétrica, a presença das parteiras tradicionais poderia atuar como uma ponte efetiva de confiança e diálogo, minimizando barreiras comunicacionais e colaborando para práticas obstétricas mais acolhedoras. Assim, a adoção de modelos colaborativos que envolvam essas agentes comunitárias pode representar uma estratégia viável e culturalmente sensível para qualificar o atendimento obstétrico em territórios indígenas do Alto Solimões.

Considerações finais

Este estudo revelou aspectos importantes sobre a compreensão que mulheres indígenas, pertencentes às etnias Kaixana e Kokama, têm sobre a assistência obstétrica recebida, quando vivenciaram a experiência do parto em um hospital localizado em município da região do Alto Solimões, no Amazonas. Além disso, reforçou a constatação de que a violência obstétrica é um fenômeno recorrente na assistência ao parto das indígenas mulheres.

Contudo, sua principal contribuição é analisar essa ocorrência à luz das noções de corpo-território, entendendo a prática da violência como uma expressão do processo de colonização dos corpos-territórios. As condutas descritas nas categorias temáticas exprimem a tentativa de subalternizar os conhecimentos ancestrais, mantendo a centralidade da racionalidade biomédica e a marginalização dos saberes tradicionais. Os modos assistenciais são estruturados em mecanismos de poder, como racialização do cuidado, controle de informação e disciplinamento do parto, que operam a favor da manutenção da colonização.

Nessa perspectiva, pode-se considerar que o resultado último do processo colonizador, no sistema obstétrico, é o alto índice de mortalidade materna de indígenas mulheres. Entende-se que os indicadores epidemiológicos de mortalidade materna refletem e objetivam a manutenção de práticas coloniais que utilizam a intersecção dos marcadores sociais da diferença como marcadores de desigualdades sociais. Neste contexto, os fenômenos de violência e racismo obstétrico evidenciam a desumanização de corpos-territórios, sujeitos a maus-tratos e mortes evitáveis, sobretudo onde persistem obstáculos ao acesso, à escuta e proteção institucional.

Recebido: 30/01/2026

Aceito para publicação: 20/06/2026

Editor-chefe: Sérgio Carrara

Editor(a) Associado(a): André Luiz Machado das Neves

Declaração de dados: Todos os dados estão disponíveis no texto

Referências bibliográficas

- Aurora, Braulina. 2022. “Indígenas mulheres: corpo território em movimento.” Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília.
- Barbosa, Luara de Carvalho, Márcia Regina Cangiani Fabbro e Geovânia Pereira dos Reis Machado. 2017. “Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas.” *Avances en Enfermería* 35 (2): 190-207.
- Bittencourt, Sonia Duarte de Azevedo, Elenice M. Cunha, Rosa Maria S. M. Domingues, et al. 2020. “Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato.” *Revista de Saúde Pública* 54: 100.
- Braga, Lúcia Isabel Nunes das Neves. 2024. *Comunicação intercultural nos cuidados de saúde materna e obstétrica durante o trabalho de parto e parto*. Escola Superior de Saúde de Santarém. Relatório de estágio.
- Brasil. Ministério da Saúde. 2002. Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf?utm_source=chatgpt.com. Acesso em 17 de junho. 2026.
- Braun, Virginia and Victoria Clarke. 2019. Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*. 11 (4): 589–97. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Carneiro, Rosamaria. 2014. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia(s) do parto no Brasil contemporâneo. *Vivência: Revista de Antropologia*. 1 (44): 11–22.
- Collins, Patricia Hill. 2019. *Intersectionality as critical social theory*. London: Duke University Press.
- Conceição, Haylane Nunes da e Alberto Pereira Madeiro. 2024. Associação entre desrespeito e abuso durante o parto e o risco de depressão pós-parto: estudo transversal. *Cadernos de Saúde Pública*. 40 (8): e00008024. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt008024> PMID:39292131.
- Conceição, Haylane Nunes da, Claudio Fernando Gomes Gonçalves, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Malvina Thaís Pacheco Rodrigues e Alberto Pereira Madeiro. 2023. Desrespeito e abuso durante o tempo de parto e depressão pós-parto: uma revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*. 39 (5): e00236922. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt236922> PMID:37162118.

- Coradin, Cristiane, e Simone Santos Oliveira. 2024. “Contribuições do conceito de corpo-território e dos feminismos comunitários para pensarmos na construção de territórios saudáveis e sustentáveis.” *Saúde em Debate* 48 (spe 1): e8731.
- Corrêa, Ana Paula Dias. 2022. “Atenção ao parto e nascimento em Manaus: um olhar para as denúncias de violência obstétrica registradas pelo Humaniza Coletivo Feminista.” Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Amazonas.
- Corrêa, Rachel Geber. 2023. “Etnografia documental sobre as mortes maternas no estado do Amazonas: a precariedade e a desimportância da vida.” Dissertação de mestrado, Universidade do Estado do Amazonas.
- Davis, Dána-Ain. 2020. A política racial da gravidez, do parto e do nascimento. *Amazônica*. 12 (2): 751–74.
- Dias-Scopel, Raquel Paiva, Daniel Scopel and Esther Jean Langdon. 2017. Gestação, parto e pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e práticas indígenas de autoatenção. *Ilha Revista de Antropologia*. 19 (1): 183–216. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2017v19n1p183>
- Dias-Scopel, Raquel Paiva. 2014. “A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku.” Tese de doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ferreira, Luciane Ouriques. 2013. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (4): 1151–9. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400028> PMID:23670392.
- Garnelo, Luiza, Bernardo L. Horta, Ana Lúcia Escobar, Ricardo Ventura Santos, Andrey Moreira Cardoso, James R. Welch, Guimarães Tavares Felipe and Carlos E. A. Coimbra. 2019. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cadernos de Saúde Pública*. 35 (35) supl. 3: e00181318. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00181318> PMID:31433037.
- Garrafa, Julia Lopes, Amanda Dantas-Silva, Fernanda Garanhani Surita, José Paulo de Siqueira Guida, Vale Dama Bhadra, Marina de Campos Brandão and Alberto Trapani Junior e Roxana Knobel. 2024. Maternal Deaths among Brazilian Indigenous Women: analysis from 2015 to 2021. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics : The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 167 (2): 612–8. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15607> PMID:38746990.
- Gomes, Irene Reginaldo. 2023. “A importância dos cuidados na gravidez, parto e pós-parto das mulheres Guarani Kaiowá da terra indígena Pirakua, Mato Grosso do Sul.” Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Grande Dourados.
- Guimarães, Juliana Cristina Nascimento, Adriana Figueiredo Pereira, Amaral Prata Juliana and Gonçalves Diana da Silva. 2025. Racismo obstétrico sofrido pelas mulheres negras na assistência pré-natal e ao parto: um estudo qualitativo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 46: e20240265. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240265.pt> PMID:40396833.

- Gusman, Christine Ranier, Antônio Rodrigues Douglas and Wilza Vieira Villela. 2019. Paradoxos do programa de parteiras tradicionais no contexto das mulheres Krahô. *Ciência & Saúde Coletiva*. 24 (7): 2627–36. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.09592017> PMID:31340280.
- Jardim, Danúbia Mariane Barbosa and Celina Maria Modena. 2018. A violência obstétrica no cotidiano assistencial e suas características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 26: e3069.
- Martinez, Luz Alvarez. 1992. The latina reproductive rights movement. *Hastings Women's Law Journal*. 3 (1): 137–43.
- Moura, Adryelle Katheline D'Elia de, Glênio Alves de Freitas e Renata Palópoli Pícoli. 2024. “Fatores associados ao óbito em gestantes e puérperas indígenas e não indígenas hospitalizadas por COVID-19, no Brasil.” *Ciência & Saúde Coletiva* 29 (12): e07432024.
- Nascimento, Renata Cruz do. 2018. “Saberes tradicionais indígenas sobre cuidados em saúde.” Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Ceará.
- Olivar, José Miguel Nieto, Elizângela Costa, Dulce Meire Moraes, Bitencourt Fontes Francienina and Bruno Marques. 2022. Tecer outro cesto de conhecimentos? Pesquisa colaborativa e remota na pandemia de covid-19. *Saúde e Sociedade*. 31 (4): e220452.
- Oliveira, Ronisson Souza de, Nelissa Peralta e Marília de Jesus Silva e Sousa. 2019. “As parteiras tradicionais e a medicalização do parto na região rural do Amazonas.” *Sexualidad, Salud y Sociedad* 33: 79-100.
- Ponte, Vanderlúcia da Silva. 2021. “Saúde, doença e predação na cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto entre as mulheres Tenetehar-Tembé da Terra Indígena do Alto Rio Guamá-Pará, Brasil.” *Espaço Ameríndio* 15 (3): 17.
- Rangel, Lucia Helena. 2019. “Violência autoinfligida: jovens indígenas e os enigmas do suicídio.” In *Relatório Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil: dados de 2019*, coordenado por Lucia Helena Rangel. Brasília: CIMI. Disponível em: <https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2020/10/relatorio-violencia-contra-os-povos-indigenas-brasil-2019-cimi.pdf>. Acesso em: 26 de março. 2026.
- Rohden, Fabíola. 2001. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.. <https://doi.org/10.7476/9788575413999>.
- Ross, Loretta J. 2017. *Reproductive justice: an introduction*. Oakland: University of California Press.
- Santos, Gabrieli Lourenço dos. 2023. “As violências contra as mulheres indígenas.” Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal da Grande Dourados.
- Santos, Gustavo Gonçalves dos, Anderson Lima Cordeiro da Silva, Edson Silva do Nascimento, et al. 2025. “Contexto da mortalidade materna de brasileiras indígenas em idade reprodutiva: estudo ecológico.” *Revista Científica Integrada* 8 (1): e202518.
- Silva, Maria Eduarda Wanderley de Barros, Samara Mesquita de Araújo, Ana Beatriz Martins de Lima, et al. 2024. “Desafios e barreiras na assistência à saúde mental das puérperas”. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* 6 (9): 526-536.

- Silva, Sandra Cavalcante, Dias-Scopel, Raquel Paiva and Schweickardt, Júlio. 2020. “Gestação e parto em uma comunidade rural amazônica: reflexões sobre o papel da parteira tradicional.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 24: e190030.
- Sousa, Taciane Melo de. 2018. “O cuidado oferecido por parteiras tradicionais: redes de saber, cuidado e integralidade na atenção à gestação, ao parto e ao puerpério.” Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz.
- Trajano, Amanda Reis and Edna Abreu Barreto. 2021. “Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 25: e200689.
- VENEZUELA. Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial, Caracas, 23 abr. 2007, n. 38.668. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>. Acesso em: 13 de junho. 2025.
- Zanardo, Gabriela Lemos de Pinho, Magaly Calderón Uribe, Ana Hertzog Ramos De Nadal, e Luísa Fernanda Habigzang. 2017. “Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa.” *Psicologia & Sociedade* 29: e155043.