



Avaliação da atenção equitativa a mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina*

Arachu Castro¹, Virginia Savage¹ e Hannah Kaufman¹

Como citar (publicação original)

Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publica. 2015;38(2):96-109.

RESUMO

Objetivo. Identificar e compreender as barreiras à atenção equitativa nos ambientes de atendimento de saúde com que as mulheres de minorias étnicas se deparam na América Latina e examinar as possíveis estratégias para a mitigação dos problemas.

Métodos. Revisão bibliográfica abrangente das publicações de 2000 a 2015 disponíveis nos bancos de dados on-line da PubMed, Google Acadêmico, EBSCOhost e SciELO, em espanhol, inglês e português, mediante a busca de palavras-chave incluindo a região e os nomes dos países.

Resultados. A discriminação do prestador de serviços de saúde contra as mulheres indígenas e afrodescendentes é uma barreira primária ao acesso à assistência de saúde de qualidade na América Latina. A discriminação surge do preconceito contra as populações de minoria étnica, as mulheres e os pobres em geral. As práticas discriminatórias podem-se manifestar como culpabilização da paciente, negligência intencional, abuso verbal ou físico, desrespeito às crenças tradicionais e não utilização de idiomas indígenas para a comunicação com a paciente. Esses obstáculos impedem a prestação de assistência clínica apropriada e oportuna e provocam ainda o temor do constrangimento, maus-tratos ou tratamento ineficaz, que, além das barreiras financeiras, dissuadem as mulheres de buscar atendimento.

Conclusões. Para garantir desfechos ótimos em saúde entre mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina, é preciso compreender e abordar a questão de discriminação nos ambientes de atendimento de saúde como um importante determinante dos desfechos de saúde não equitativos. As estratégias voltadas apenas para o comportamento do prestador de serviços têm um impacto limitado por não abordarem as necessidades das mulheres e o contexto da desigualdade socioeconômica no qual se forjam as relações intra-hospitalares.

Palavras-chave

Equidade; desigualdades em saúde; grupo étnico e saúde; saúde das minorias; saúde dos povos indígenas; serviços de saúde, indígenas; discriminação social; preconceito; gênero e saúde; América Latina; Região do Caribe.

Em 2010, havia pelo menos 826 grupos indígenas na América Latina,

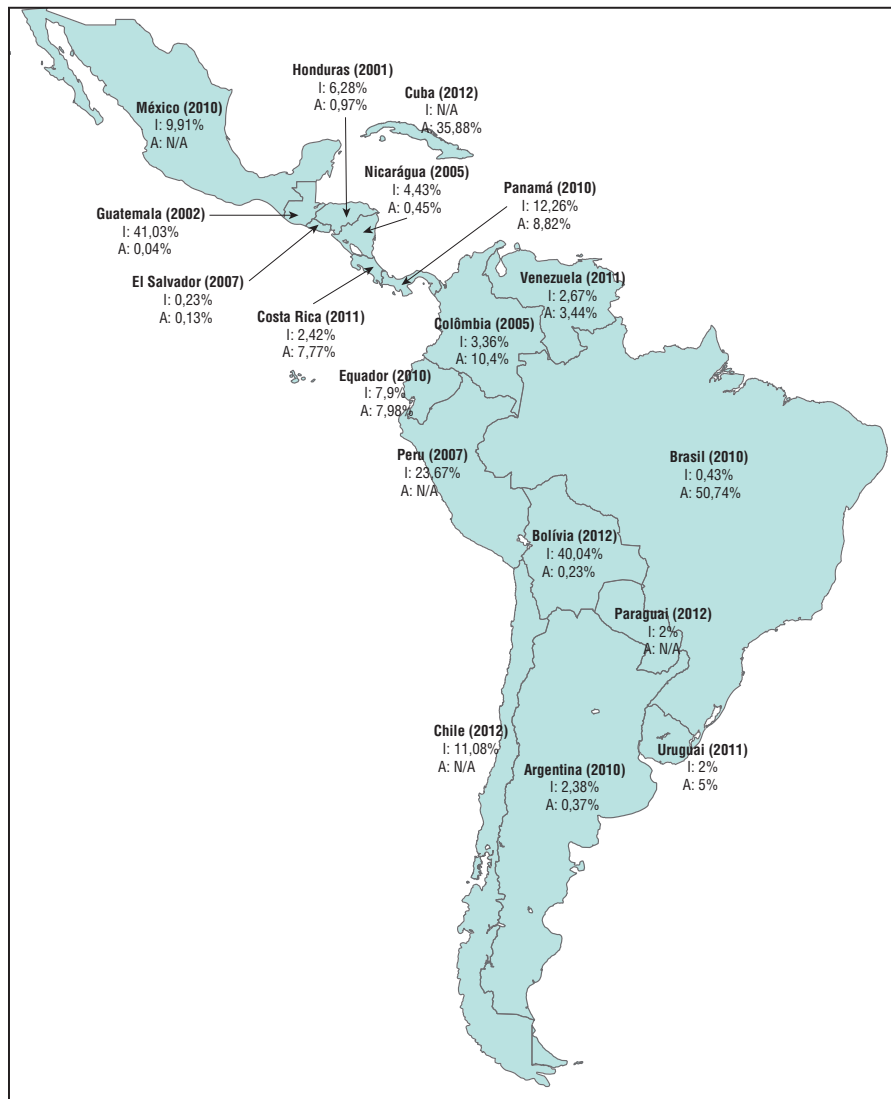
¹ Institute for Health Equity in Latin America, Department of Global Community Health and Behavioral Sciences, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, Nova Orleans, Louisiana, Estados Unidos da América. Correspondência: Arachu Castro, acaastro1@tulane.edu

abrangendo aproximadamente 45 milhões de pessoas ou 8% da população total (1). Embora muitos países na América Latina careçam de dados integrais sobre grupos étnicos, os relatórios existentes indicam que, como proporção da população de cada país,

as comunidades afrodescendentes variam de menos de 0,1% na Guatemala a 31% em Belize e 51% no Brasil (2). O mapa na figura 1 mostra a porcentagem das populações indígenas e afrodescendentes com relação à população total, por país.

* Tradução oficial ao português feita pela Organização Pan-Americana da Saúde. Em caso de discrepância entre as duas versões, prevalecerá o original em inglês.

FIGURA 1. Porcentagem de populações indígenas e afrodescendentes na América Latina, por país, 2002–2012



Fonte: Com base em dados dos censos mais recentes incluindo informações sobre grupos étnicos por autoidentificação. O ano do censo encontra-se entre parênteses.

^a I: Percentual de indígenas em cada país; A: Percentual de afrodescendente em cada país; N/A: O censo não recolheu esta variável.

Em muitas regiões da América Latina, as populações indígenas e afrodescendentes são submetidas à exclusão social generalizada, sendo que o Caribe (CEPAL) registrou esse fato e ainda a discriminação (1, 3, 4); ou seja, lhes são negados direitos, recursos e serviços disponíveis aos grupos étnicos dominantes, com base em um tratamento racista e preconceituoso. Além disso, as mulheres pobres, indígenas ou afrodescendentes sofrem a “tripla discriminação”; por serem mulheres, de uma minoria étnica e de condição socioeconômica inferior, elas têm muito menos oportunidades de participação educacional, política, social e econômica (4–6). De fato,

em 2014, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe da ONU informou que nenhum de seus países havia alcançado o padrão das Nações Unidas referente ao reconhecimento dos direitos territoriais das populações indígenas, que, de 2000 a 2005, um número desproporcional de crianças indígenas havia sofrido alguma forma de privação material (88% vs. 63% da população total da área) e que as mulheres indígenas continuam sendo amplamente sub-representadas nas posições de tomada de decisão no âmbito dos partidos políticos e nos níveis municipal e federal, embora alguns homens indígenas estejam aumentando sua repre-

sentatividade política na Bolívia, na Guatemala, na Nicarágua e no Panamá (1).

Em todo o mundo, a ampla exclusão social e discriminação contra a mulher, as minorias étnicas, os pobres, as minorias sexuais e outras populações cujos direitos são com frequência violados têm um impacto negativo significativo sobre a saúde mental e física, resultante do estresse ocasionado (7, 8). Em sistemas de saúde segmentados, nos quais os usuários dos estabelecimentos de saúde pública são esmagadoramente dos quintis de menor renda, o encontro clínico no sistema público se torna o local de reprodução da dinâmica de poder social e de gênero desequilibrada entre pacientes e terapeutas (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem) (9), bem como entre os próprios profissionais da saúde e entre estes e outros trabalhadores de diferentes níveis hierárquicos. Nesses contextos, a discriminação está sistematicamente arraigada como um componente intrínseco do encontro clínico, contribuindo para resultados de saúde diferenciados, não só como um estressante, mas como produto da má qualidade do atendimento ou negligência cabal. Portanto, as diferenças no acesso à atenção à saúde de qualidade e nos desfechos de saúde resultantes da exclusão e da discriminação constituem formas de iniquidade em saúde, pois são “desnecessárias, evitáveis, desiguais e injustas” (10).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde emitiu uma declaração defendendo a eliminação do desrespeito e maus-tratos das mulheres durante o parto nos serviços de saúde por meio da melhoria da qualidade do atendimento (11). Os apelos incisivos pela ação no âmbito global realçaram a importância de se estudarem as causas fundamentais desse fenômeno como sendo a estrutura de poder do campo médico (12) e “um sintoma de sistemas de saúde fraturados” (13), o qual precisa ser abordado enfocando-se o tratamento inadequado intencional dado às mulheres (14). No entanto, a intenção pode estar tão arraigada que as práticas discriminatórias ocorrem espontaneamente (12). Devido ao profundo enraizamento da discriminação social e de gênero na atenção à saúde, alguns autores têm argumentado que esta não deve ser considerada apenas mais um problema de qualidade do atendimento ou falta de ética profissional, mas um problema sociológico complexo (12) que exige uma transformação estrutural.

Embora vários países da América Latina tenham implementado medidas para o acesso universal à saúde, os relatórios nacionais e regionais indicam que a equidade em saúde permanece elusiva, sendo um impedimento para que se alcance o acesso universal à saúde (15–18). Isso parece ser particularmente o caso das mulheres indígenas e afrodescendentes, que apresentam com frequência piores condições de saúde e menor expectativa de vida (15, 16), bem como mulheres migrantes, que podem experimentar acesso difícil à atenção à saúde oportuna e de qualidade (17, 18), entre outras.

Consequentemente, este estudo procura avaliar como a exclusão e a discriminação social na atenção à saúde afetam as mulheres indígenas e afrodescendentes na América Latina, com vistas a aumentar a conscientização e identificar as estratégias para a melhoria da equidade em saúde no atendimento de suas necessidades; ou seja, de acordo com as condições de vida, preocupações e prioridades das mulheres. Embora já tenha sido publicada uma revisão global e sistemática dos maus-tratos às mulheres durante o parto, incluindo estudos da América Latina (19), as autoras entendem que esta é a primeira revisão da discriminação contra mulheres indígenas e afrodescendentes no ambiente de atendimento de saúde na América Latina.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta é uma revisão bibliográfica abrangente das publicações de 2000 a 2015 disponíveis nos bancos de dados on-line da PubMed, Google Acadêmico, EBS-COhost e SciELO. Além da Região e dos nomes de cada país, buscaram-se as palavras-chave a seguir em inglês, espanhol e português, respectivamente: (a) *Afrodescendants, barriers to care, discrimination, disrespect, equity, health care, Indigenous, inequality, intercultural care, maltreatment, marginalization, maternal health, minority, quality of care, rejection, shame, women*; (b) *afrodescendientes, atención médica, barreras, calidad, desigualdad, discriminación, estigmatización, equidad, etnia, indígenas, interculturalidad, maltrato, salud, servicios de salud*; e (c) *afrodescendentes, barreira de acesso, desigualdade em saúde, desumanização, discriminação, equidade, estigmatização, indígenas, maus-tratos, saúde*. Somente documentos referentes à América Latina foram utilizados.

RESULTADOS

Os resultados incluíram um total de 60 publicações — relatórios, artigos de periódicos, livros e outros documentos acadêmicos — publicadas de 2000 a 2015; destas, 32 eram em inglês, 18 em espanhol e 10 em português. As publicações foram agrupadas em três categorias de análise:

(a) Estudos sobre a discriminação contra a mulher no ambiente de atenção à saúde: 40 publicações, das quais 26 se concentraram especificamente nas mulheres de minorias étnicas; o restante não mencionou o grupo étnico especificamente, mas havia sido conduzido em áreas habitadas por populações indígenas e afrodescendentes.

(b) Estudos sobre as causas da discriminação e seus efeitos sobre os desfechos de saúde: 15 publicações.

(c) Estudos ou relatórios sobre intervenções e estratégias voltadas para a redução da discriminação no ambiente de atenção à saúde: 17 publicações.

Dezenove das publicações foram classificadas em mais de uma categoria.

A discriminação no ambiente de atenção à saúde como problema de saúde pública

Uma síntese da bibliografia existente — baseada em estudos realizados na Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Guatemala, México, Peru e República Dominicana — indica que a discriminação e a violência generalizada por parte do prestador de serviços são as barreiras principais que impedem as mulheres das minorias étnicas de obterem acesso a serviços de saúde de qualidade na América Latina. A maioria desses estudos ($n = 28$) baseia-se principalmente em métodos de pesquisa qualitativos, inclusive com entrevistas e grupos focais com mulheres de minoria étnica, profissionais da saúde, praticantes de medicina tradicional indígena, entre outros; cinco estudos usaram métodos mistos, qualitativos e quantitativos; e sete estudos empregaram somente métodos quantitativos. As descrições desses estudos (5, 6, 12, 17, 18, 20–55) podem ser encontradas por ordem de publicação na tabela 1.

Como mostra a tabela 1, a discriminação e a violência podem se manifestar por meio de diversos comportamentos praticados pelos profissionais da saúde.

Primeiramente, as barreiras linguísticas e de comunicação, que ocorrem com frequência, podem constituir formas de discriminação (46) por promoverem estruturas de poder iníquas entre os médicos e os pacientes (6, 21, 23) e limitarem a capacidade do prestador de atender as necessidades do paciente. A insensibilidade cultural e a falta de atenção intercultural são também comuns entre os profissionais da saúde em toda a América Latina (47). Alguns exemplos específicos incluem desconsiderar a opinião da mulher com respeito a sua condição e tratamento (33, 42, 44, 49), censura dos conceitos tradicionais de medicina e cura (6, 46) e rejeição ativa de práticas culturais benignas ou até mesmo benéficas, como partos verticais (30), consumo de chá após o parto ou o parto em um quarto com uma temperatura mais alta (6). Além disso, a discriminação por parte do prestador pode assumir a forma de abuso verbal, como culpabilização da paciente, humilhação pública, repreensão e insultos (22, 24, 30, 34, 37, 50, 54)—provocando vergonha e exclusão (17, 34, 36, 54). O abuso físico é outra forma de discriminação, no qual os prestadores realizam procedimentos desnecessários ou golpeiam, batem ou tocam as mulheres de maneira dolorosa ou incômoda (20, 23, 37) ou se recusam a administrar medicação para dor (28, 37). A discriminação também se revela na negligência intencional dos pacientes, como foi observado entre os nicaraguenses que vivem na Costa Rica (17), as mulheres indígenas no Peru (6), as haitianas na República Dominicana (41), as afrodescendentes no Brasil (28) e as mulheres maias na Guatemala (43). Por fim, a pesquisa destaca os incidentes com as mulheres indígenas no Peru (18) e os imigrantes nicaraguenses na Costa Rica (17), aos quais foi negada atenção médica tanto no caso de problemas de saúde menores quanto nos potencialmente mortais.

Com relação às humilhações, um estudo de 2013 em Jalisco, noroeste do México, observou que as mulheres indígenas huichol sentiam vergonha e eram tratadas como moral e intelectualmente inferiores pelos funcionários da saúde locais (50, 54). Experiências semelhantes de humilhação foram registradas entre os usuários nicaraguenses dos serviços de saúde na Costa Rica (17) e as mulheres indígenas no Peru e na área de Yacapaní, na Bolívia (6, 34), bem como entre as mulheres peruanas buscando atendimento no Chile (18). Um estudo de 2011 na Guatemala

TABELA 1. Revisão de bibliografia que oferece evidências de discriminação contra a mulher de minoria étnica em ambientes de atenção à saúde na América Latina, 2000–2015

Autores ano (referência)	Região geográfica	População estudada	Modelo do estudo	Resultados
Castro, 2000 (20)	Área rural de Morelos, México	Mulheres usuárias dos serviços de saúde	Entrevistas em profundidade	Discriminação contra a mulher por parte de prestadores de serviços de saúde, incluindo comentários sexuais inadequados, depreciação, afirmação da superioridade, exigência de subordinação, repressão das mulheres por gritarem ou “se comportarem mal” durante o parto.
Coimbra Jr. e Santos, 2000 (211)	Brasil	Indígenas	Análise dos dados do país	Minorias étnicas experimentaram exclusão, marginalização e discriminação, o que as expôs a taxas de morbidade e mortalidade mais altas de que as nacionais, desnutrição e fome, riscos ocupacionais e violência sexual.
de Oliveira e Madeira, 2002 (22)	Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil	Oito mulheres adolescentes, um hospital público	Entrevistas abertas	As participantes informaram sentirem-se desrespeitadas durante o parto, particularmente durante os exames vaginais. As mulheres informaram que os funcionários eram indiferentes à dor e verbalmente agressivos.
Castro e Erviti, 2003 (23)	México	Parturientes e receptoras de serviços de saúde reprodutiva, hospitais públicos	Estudo de três fases usando amostragem aleatória de relatórios de casos, 200 depoimentos individuais e observações sistemáticas em salas de partos	Tendências generalizadas de abuso físico e psicológico durante o trabalho de parto, inclusive controle/intimidação de mulheres pela equipe de saúde, promoção da obediência e passividade, desprezo pelas opiniões e sofrimento, ameaças e castigo físico, coerção e alusões sexuais inadequadas. Esses abusos refletem a discriminação mais ampla contra a mulher, a qual se tornou em grande parte normalizada como procedimento padrão dos funcionários.
Miller et al., 2003 (24)	República Dominicana	Mulheres, maternidades públicas	Observação das instalações das maternidades; entrevistas com pacientes e equipe; análise das estatísticas nacionais	As altas taxas de mortalidade materna nos hospitais dominicanos foram atribuídas à falta de atendimento de qualidade nas maternidades. Os prestadores de serviços de saúde desrespeitavam gravemente a dignidade das mulheres, negligenciavam pacientes e seguiam inconsistentemente os protocolos nacionais para o parto.
Alarcón-Muñoz, et al., 2004 (25)	Área de Aucasania, Chile (área pobre com proporção elevada de mapuches)	Índios mapuches, Chile	Estudo descritivo usando amostragem probabilística	Os mapuches, especialmente as mulheres, expressaram a necessidade de políticas de saúde para melhorar a atenção intercultural nos estabelecimentos de saúde. Insensibilidade cultural e discriminação étnica por parte dos prestadores de serviços de saúde, exacerbada pela falta de supervisão das autoridades de saúde. Os prestadores de saúde não indígenas não viram a necessidade de políticas que reconheçam as tradições de saúde dos mapuches ou melhorar a competência cultural ou as práticas não discriminatórias dos prestadores.
Roost, et al., 2004 (26)	San Miguel Ixtahuaca n, Guatemala (região habitada principalmente por descendentes maias)	Parteiras maias	Entrevistas qualitativas usando amostragem intencional	As parteiras tradicionais maias explicaram que as mulheres maias escolhem o parto em casa por medo do abuso físico ou do pessoal de saúde, discriminação nos estabelecimentos e cesáreas desnecessárias, com base em experiências pessoais ou de segunda mão.
Alarcón-Muñoz & Vidal-Herrera, 2005 (27)	Área de Aucasania, Chile (área mais pobre com proporção mais elevada de mapuches)	Mulheres de descendência mapuche e não mapuche, Chile	94 entrevistas em profundidade	As mapuches expressaram que os prestadores de saúde não têm competência cultural ou o conhecimento/habilidade para atender as necessidades de saúde de mulheres mapuches e seus filhos.
Leal et al., 2005 (28)	Brasil	Afrodescendentes, etnias mistas e mulheres brancas, maternidades públicas	Estudo transversal com entrevistas e análise dos registros médicos.	Há uma probabilidade significativamente mais alta de afrodescendentes e mulheres de etnias mistas serem recusadas no primeiro hospital que visitam, experimentarão parto sem anestesia, ficarem menos satisfeitas com o pré-natal, trabalho de parto e atenção ao recém-nascido. Também sofrem desigualdades sociais mais amplas, como a falta de acesso à educação, gravidez na adolescência e pobreza.
Fernando-Juárez, 2005 (29)	Bolívia (país com alta proporção de indígenas)	Curandeiros indígenas e prestadores de saúde materna não indígenas	Trabalho de campo antropológico	As mulheres indígenas que buscaram assistência biomédica com frequência enfrentaram obstáculos ao acesso à atenção nos centros clínicos. Os profissionais da saúde desumanizavam o parto e não dominavam o idioma, nem tinham competência cultural e/ou respeito que possibilitasse uma experiência de parto positiva.
Teixeira e Pereira 2006 (30)	Cuiabá, Mato Grosso, Brasil	10 mulheres, hospitais de Cuiabá	Entrevistas em profundidade	As mulheres associaram o hospital a sofrimento, abandono, temor e angústia e experimentarão hostilidade da equipe médica, desrespeito verbal e dificuldade para obter permissão para o parto vertical. Algumas informaram que a equipe usava uma linguagem que elas não entendiam.

(Continuação)

TABELA 1. (Continuação)

Autores ano (referência)	Região geográfica	População estudada	Modelo do estudo	Resultados
Hautecoeur et al., 2007 (31)	Distrito Rabinal, Guatemala (principalmente maia)	População maia e prestadores de serviços de saúde ladinos (mestiços cujo idioma primário é o espanhol)	20 entrevistas Em profundidade	As participantes maias experimentaram barreiras de comunicação com os profissionais da saúde que não compreendiam os idiomas maias ou os sistemas de crenças. Informaram também diferenças injustas na qualidade da atenção proporcionada as maias em comparação com as latinas.
Yamin et al., 2007 (6)	Áreas rurais, Peru (país com alta proporção de indígenas)	Mulheres indígenas em estabelecimentos médicos	Entrevista com informantes-chave; entrevistas em profundidade com contatos próximos das mulheres que morreram de causas obstétricas; entrevistas semiestruturadas com os funcionários; exame dos registros médicos; reconstituição física das vias para o atendimento.	O sistema de saúde do Peru tanto exige como exacerba padrões de exclusão social das mulheres indígenas, particularmente analfabetas e extremamente pobres. Inclui estudos de casos e tendências gerais de maus-tratos, discriminação, atrasos e negligência por parte dos prestadores de saúde que atendem mulheres indígenas; fatores individuais e estruturais foram examinados.
Ariza-Montoya e Hernández-Alvarez, 2008 (32)	Bogotá, Colômbia	Minorias étnicas	39 entrevistas em profundidade e seis grupos focais com afrodescendentes, indígenas e minorias étnicas	A discriminação étnica foi uma barreira primária para obter acesso à atenção nos meios clínicos em Bogotá. Outras barreiras incluíram conflitos nas concepções culturais da saúde e discriminação do prestador de serviços com as pacientes de nível socioeconômico inferior.
Nagahama e Santiago, 2008 (33)	Maringá, Paraná, Brasil	569 mulheres que deram à luz em dois hospitais públicos	Modelo transversal, analisando prontuários e entrevistas	As barreiras à atenção humanizada incluíam: falta de conhecimento dos direitos reprodutivos durante o parto por parte das mulheres e seus acompanhantes; atitude resignada das mulheres e seus acompanhantes; relação assimétrica entre os profissionais da saúde e os pacientes; provisão insuficiente de informação; falta de preparo pela equipe de saúde para receber o acompanhante; equipe médica cumprindo apenas as normas básicas da atenção durante o trabalho sem estabelecer um diálogo com as mulheres ou tratar suas necessidades pessoais. 37% informaram medo de constrangimento/humilhação por parte da equipe médica como a principal razão para não buscarem atenção de saúde materna em um estabelecimento. Relatórios de prestadores repretendo as mulheres, não oferecendo privacidade e rechaçando suas crenças culturais sobre o parto. Equipe médica considerada não acolhedora/ hostil com as mulheres indígenas.
Otis e Brett, 2008 (34)	Yapacaní, Bolívia	Mulheres, área Yapacaní rural e urbana (principalmente indígena)	Entrevistas com informantes-chave, entrevistas semiestruturadas, observações das participantes	Experimentaram atendimento desumanizador no hospital; nenhuma garantia de atendimento de qualidade; queixas, perguntas e questões foram desvalorizadas. Algumas descrições do tratamento foram "horribéis" e "humilhantes".
Almeida e Silva, 2008 (35)	Salvador, Bahia, Brasil	Mulheres no hospital público	25 entrevistas com mulheres que se autoidentificaram usando adjetivos relacionados à afrodescendência - negra, parida, morena, morena escura, branca, marrom, e samara.	As migrantes eram representadas como moralmente inferiores, exigindo demais do sistema e não merecedoras de cidadania médica. Relatos de consultas negadas para em casos de saúde crônicos e de emergência. Os migrantes nicaraguenses informaram sentir-se constrangidos ao buscar atendimento nos hospitais.
Goldade, 2009 (17)	Costa Rica	Trabalhadores migrantes nicaraguenses em estabelecimentos de saúde pública	1 000+ entrevistas e observação	O estudo observou que especificamente as mulheres de áreas rurais não buscaram atenção médica para o parto em estabelecimentos de por se sentirem excluídas e não confiarem na equipe dos estabelecimentos. Entretanto, poucas mulheres citaram as barreiras culturais como fatores que desencorajaram a utilização de estabelecimento, o que sugere a existência de desvantagens estruturais, e não somente barreiras culturais, que afetam as indígenas que posam ter acesso à atenção em saúde materna.
Roost et al., 2009 (36)	La Paz, Bolívia	Mulheres indígenas que experimentaram grave morbidade durante/após o parto	Entrevistas em profundidade	Identificaram-se diversos estudos que observaram que as mulheres das minorias étnicas são submetidas a desrespeito e abuso mais frequentemente. Classificaram-se sete tipos de desrespeito e abuso durante o trabalho de parto em ambientes clínicos em todo o mundo: abuso físico (incluindo abuso sexual), procedimento não consentido (cesarianas não desejadas, episiotomias, esterilização), atendimento não confidencial (incluindo falta de privacidade física), atendimento indigno (humilhação, vergonha, culpabilização), discriminação com base em atributos específicos das pacientes (grupo étnico, idade, HIV, crenças tradicionais, condição socioeconômica, educação), abandono do atendimento e detenção nos estabelecimentos.
Bowser e Hill, 2010 (37)	Estudo global	Parturientes em estabelecimentos médicos em todo o mundo	Revisão da literatura publicada e cinzena, entrevistas com informantes-chave, grupos focais	

(Continuação)

TABELA 1. (Continuação)

Autores ano (referência)	Região geográfica	População estudada	Modelo do estudo	Resultados
Castro, 2010 (38)	México	Equipe de saúde reprodutiva	11 grupos focais	Demonstra-se que os maus-tratos às mulheres e o abuso por parte de prestadores de serviços de saúde é uma violência institucional arraigada nos sistemas de educação médica e rígidas hierarquias hospitalares no México. O pessoal considera a si mesmo autoridade/superior e as pacientes subordinadas/inferiores.
Castro e López, 2010 (39)	Brasil, Chile, México	Mulheres usuárias de serviços de saúde reprodutiva e a equipe médica	Entrevistas, observação direta, levantamentos	Esse livro apresenta uma série de estudos de casos de discriminação/abuso contra mulheres por parte de prestadores de serviços. No Brasil, por exemplo, observou-se que a educação médica leva a equipe médica a olhar as pacientes como subordinadas; dois estudos no México observaram que grande parte dos prestadores consideravam as mulheres não merecedoras de cidadania médica; um estudo no Uruguai observou que a atitude negativa do prestador pode ser um obstáculo ao atendimento de mulheres buscando serviços de aborto voluntários.
Oyarce e Pedrero, 2010 (40)	Latino-americano	Populações indígenas e afrodescendentes	Análise de dados do país	Existe uma "situação da violência sistemática" que impede que as mulheres afrodescendentes e de outros grupos étnicos minoritários obtenham acesso a atenção em estabelecimentos médicos. Os programas de saúde falharam no atendimento de suas necessidades médicas nos ambientes de assistência de saúde e na vida cotidiana.
Feilker-Kantor, 2011 (41)	Área de Elias Piña, República Dominicana	Mulheres haitianas buscando atenção médica	Entrevistas, observação direta	Relatos de discriminação contra as haitianas por parte da equipe médica com negligência, abuso verbal e humilhação pública.
García-Jorda et al., 2011 (42)	Havana, Cuba	Parturientes em maternidades, seus companheiros, obstetras	36 entrevistas/observação de mulheres em trabalho de parto	As mulheres relataram partos não humanizados e excessivamente medicalizados; observação de estruturas de poder entre médicos e pacientes; falta de autonomia com relação ao próprio corpo durante o parto; restrições à participação dos companheiros; e violência física.
Rohloff et al., 2011 (43)	Áreas rurais, Guatemala (comunidades principalmente Maias)	População maia buscando serviços de saúde institucionais	Resumo de estudos anteriores e observações gravadas pelos autores	O antagonismo direcionado aos indígenas pobres de áreas rurais, que permeia a vida social/cultural, se manifesta no meio clínico: a maioria dos prestadores censuravam os modelos de saúde indígenas/tradicionais. Os pacientes expressaram temor e falta de confiança nos médicos. A negligência/ignorância com relação aos pacientes indígenas era frequentemente manifestada nos prestadores de serviços; a maioria tinha pouca fluência nos idiomas maias.
Enderle et al., 2012 (44)	Brasil	269 adolescentes que deram à luz na Universidade Federal do Rio Grande	Entrevistas em profundidade	As adolescentes informaram com frequência negligência da equipe médica; expressões de dor eram ignoradas; e as opiniões a respeito dos procedimentos eram desconsideradas.
Ishida et al., 2012 (45)	Guatemala (país com alta proporção de indígenas)	Mulheres indígenas e não indígenas	Análise da regressão logística de amostras aleatórias da Pesquisa Nacional de 2009 sobre Saúde Materna e Infantil	O parto institucional entre as indígenas era cerca da metade da ocorrência em mulheres latinas. O atendimento da necessidade de contraceptivos modernos era também significativamente inferior. Essas diferenças étnicas foram atribuíveis em parte ao fato de que as mulheres indígenas não falavam espanhol.
Muñoz Bravo et al., 2012 (46)	Cauca, Colômbia	Mulheres nasas grávidas buscando atendimento biomédico, parteras indígenas, promotores locais da saúde	Estudo etnográfico usando entrevistas em profundidade, amplo levantamento, grupos focais	Os obstáculos experimentados pelas nasas que buscavam serviços maternos eram: desprezo pelas tradições nasas, barreiras na comunicação e idioma, horário de visita restritivo, carência de funcionários ou rotatividade frequente, falta de recursos financeiros e inaccessibilidade geográfica. As mulheres nasas e as assistentes tradicionais confiam pouco nos estabelecimentos de saúde.
Wurtz, 2012 (47)	América Latina	Mulheres indígenas em idade reprodutiva	Revisão bibliográfica	Em toda a América Latina, as mulheres indígenas sofrem com maiores taxas de gravidez indesejada e aborto perigoso que as não indígenas. Os programas/serviços de planejamento familiar demoraram a alcançar as populações indígenas, particularmente nas áreas remotas, e com frequência não proporcionam o atendimento culturalmente apropriado.
Aguilar et al., 2013 (48)	São Paulo, Brasil	18 prestadores de serviços de saúde dos setores público e privado	Entrevistas semiestruturadas	Os profissionais de saúde reconheceram a existência de práticas de discriminação/desrespeito contra as mulheres durante o atendimento pré-natal, o parto e o pós-parto; porém, também reconheceram que a equipe médica não considerava como violência as ameaças verbais/comentários negativos.

(Continuação)

TABELA 1. (Continuação)

Autores ano (referência)	Região geográfica	População estudada	Modelo do estudo	Resultados
Van Dijk et al., 2013 (49)	Guatemala	Equipe médica, comadronas (parteiras maias) e mulheres maias usando os estabelecimentos para o parto	107 entrevistas semiestruturadas	Apesar de uma política nacional estabelecida em 2000 para incorporar as práticas tradicionais de parto nos estabelecimentos médicos, muitas comadronas informaram que se sentem desrespeitadas/desprezadas pela equipe médica e várias mulheres maias relataram ainda não ter acesso a atenção culturalmente apropriada. As mulheres maias sentiram que foram negligenciadas e que suas crenças tradicionais foram ignoradas.
Gamlin, 2013 (50)	Zona de Jalisco, México	Trabalhadores migrantes huichol	Estudo etnográfico usando as entrevistas em profundidade e observação	Iniquidade extrema entre os indígenas huichol e os profissionais da saúde. Relatos de repressão dos médicos por suas práticas culturais/sociais 'nocivas à saúde' e de autoridade para negar-lhes o pagamento de seus benefícios "Oportunidades" (programas de transferência condicional de dinheiro em espécie). Os participantes do estudo, principalmente mulheres, relataram constrangimento/humilhação causado pela equipe médica.
Yajahuanca et al., 2013 (51)	Iquitos, região de Loreto, Peru	Mulheres kukama kukamirias	25 entrevistas individuais com grávidas, lactantes, parteiras (homens e mulheres), fitoterapeutas e parceiros da saúde, bem como observação dos serviços	A preferência pela atenção tradicional é justificada por sentimentos de negligência e vulnerabilidade em centros de saúde institucionais, decorrentes da falta de consideração por parte dos serviços de saúde com as especificidades culturais e de bem-estar das mulheres kukamiria kukamas.
Castro, 2014 (12)	México	Equipe de serviços de saúde reprodutiva	Observação nas salas de parto, grupos focais, revisão bibliográfica	O abuso e o desrespeito às pacientes no México provém da educação/formação dos estudantes de medicina. Na faculdade de medicina, nos estágios e nas residências médicas, os novos doutores são cercados por um ambiente hierárquico que subordina as mulheres e promove a passividade. O castigo como método didático reaparece quando os médicos punem as pacientes a fim de incitar/desencorajar certos comportamentos.
Castro e Erviti, 2014 (52)	México	Mulheres que deram à luz em um estabelecimento médico, equipe médica a cargo	Análise de 25 anos de estudos sobre violência obstétrica	Violência contra as parturientes em estabelecimentos médicos no México é problema persistente, mas é em geral considerado uma questão de "qualidade da atenção", em vez de violação ou violação de direitos humanos.
Chomat et al., 2014 (53)	Departamento Quetzaltenango, Guatemala	Mulheres maias que deram à luz recentemente	Estudo transversal, incluindo levantamentos em campo de 15 minutos	Taxas extremamente baixas de utilização de estabelecimentos médicos para partos e atendimento pré-natal decorrente de: falta de confiança nos tratamentos biomédicos, percepção de pouca qualidade nos atendimentos, tratamento discriminatório/condescendente, equipe médica que não domina idiomas indígenas, constrangimento ao ser examinada, maior confiança nas parteiras. Outros fatores talvez sejam experiências anteriores com funcionários/estabelecimentos da de saúde, influência de cônjuge/familiares, crenças com respeito a gravidez/atenção a apropriada.
Scorza Leighton et al., 2014 (18)	Chile	Mulheres migrantes Peruanas buscando assistência de saúde	Entrevistas em profundidade	As mulheres Peruanas relataram discriminação dos prestadores de serviços de saúde chilenos e tratamento como se não merecessem atenção
Valeggia, 2014 (5)	Chaco Gran, norte da Argentina e Departamento de Sololá, Guatemala	Mulheres indígenas tobas (Argentina) e mulheres maias Tzutujil (Guatemala)	Revisão bibliográfica	Na Guatemala, as mulheres tzutujiles experimentaram "discriminação triplíce: por serem pobres, mulheres e indígenas" nos ambientes de saúde. Os profissionais da saúde culpavam as práticas culturais pelos problemas de saúde da mulher. Em Gran Chaco, a equipe médica não tratou as necessidades específicas das mulheres indígenas.
Gamlin e Hawkes, 2015 (54)	Zona de Jalisco, México	Mulheres migrantes indígenas huichol	Estudo etnográfico usando entrevistas em profundidade e observação	Muitas escolheram um parto sem assistência médica por temerem maus-tratos/constrangimento por prestadores de serviços médicos que consideram as mulheres indígenas moralmente inferiores.
Planas et al., 2015 (55)	Lima, Peru	Mulheres de perfil indígena e mestiço	O estudo transversal controlado e randomizado em 351 estabelecimentos de saúde pública. Mulheres se fizeram de pacientes buscando planejamento familiar, seguindo um roteiro e incorporando perfis indígenas/mestiços	Embora não tenha sido encontrada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os dois perfis étnicos, os prestadores de serviços de saúde só cumpriram 37% de tarefas técnicas requeridas pelas diretrizes de planejamento familiar do Peru – um nível de qualidade muito baixo. O estudo não permitiu a comparação com as mulheres de um grupo étnico dominante.

concluiu que a exclusão social dos indígenas manifestava-se particularmente nos meios clínicos, onde os prestadores de serviços de saúde frequentemente rechaçam o povo maia e suas crenças, culpando suas práticas culturais pelas doenças (43). De modo semelhante, um estudo de 2008 da Colômbia descreveu as iniquidades no âmbito dos sistemas de saúde como produto de padrões mais amplos de exclusão social e estrutural dos afrodescendentes e outras minorias étnicas (32). O que se observou no Peru também indica que a escassez de recursos humanos na saúde e de provisões médicas nos centros de saúde pode aumentar a discriminação por parte dos prestadores (6).

Desfechos de saúde e discriminação em serviços de saúde

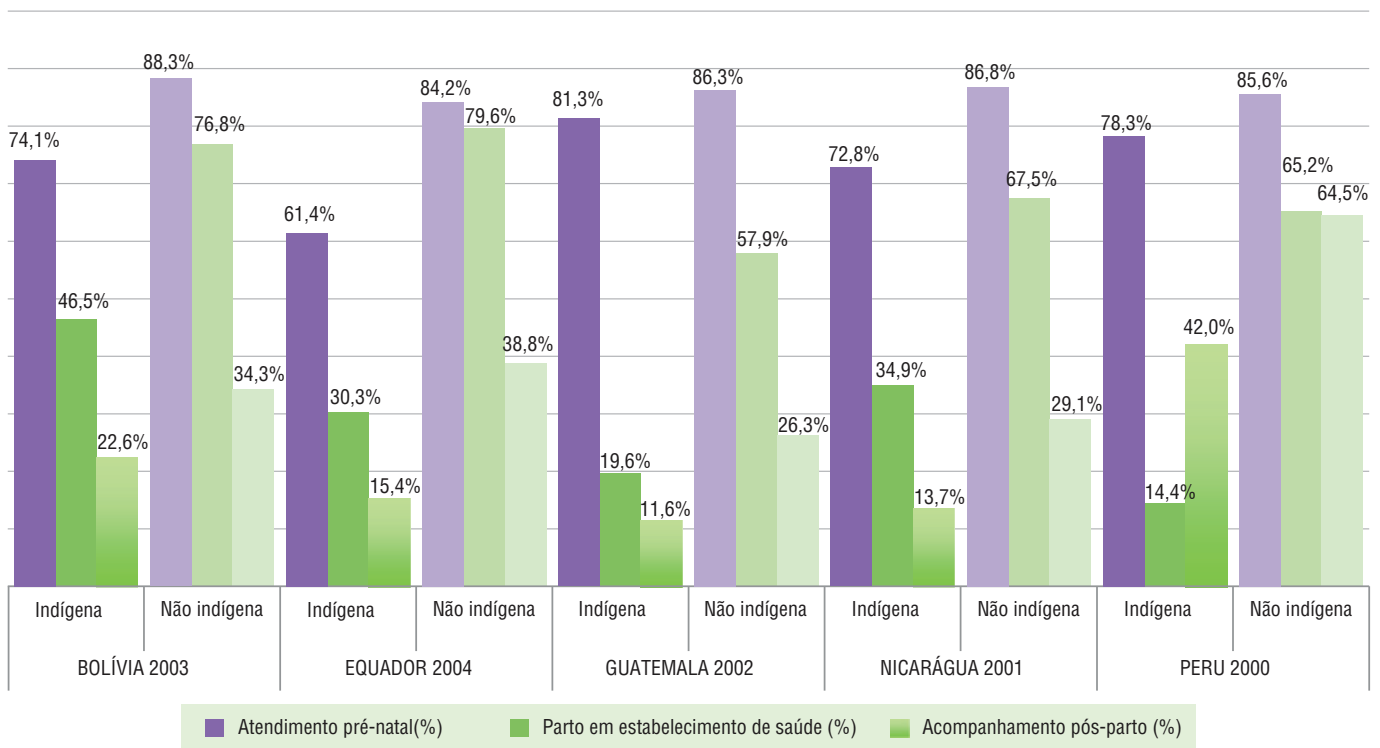
Até agora, poucos estudos quantificaram especificamente os efeitos da discriminação sobre os desfechos de saúde entre as mulheres indígenas e afrodescendentes nos estabelecimentos de saúde na América

Latina. Entretanto, os estudos incluídos nesta revisão indicam numerosos efeitos de curto e longo prazo que podem ser resultado deste fenômeno. Primeiramente, a discriminação na atenção à saúde pode promover desfechos de saúde não equitativos entre as mulheres de grupos étnicos dominantes e minoritários. Um relatório da CEPAL de 2010 atribuiu a alta razão de mortalidade materna (RMM) na América Latina e no Caribe à discriminação dos sistemas de saúde contra as mulheres indígenas e afrodescendentes (40). Esse relatório afirma que os desfechos de saúde desiguais entre as mulheres dos grupos étnicos dominantes e aquelas das minorias étnicas são resultado do racismo institucionalizado (40). Um relatório de 2007 dos Physicians for Human Rights (médicos pelos direitos humanos) também atribuiu a alta razão da mortalidade materna no Peru à marginalização social e política das mulheres indígenas manifestada no sistema de saúde do país (6).

As estatísticas latino-americanas de mortalidade infantil e materna apoiam

essas discussões. Como exemplo, em 1996, a taxa de mortalidade infantil (TMI) entre crianças afro-brasileiras foi de 62,3 por 1.000 nascidos vivos, quase o dobro da TMI de 37,3 das crianças de descendência predominantemente europeia (56). Os dados de seis países indicaram que as crianças indígenas e afrodescendentes experimentaram uma TMI mais elevada que outras (57). Além disso, em 2006, as mulheres indígenas da América Latina tiveram uma RMM de 2–3 vezes maior em média de que as razões nacionais (58). De acordo com um relatório de 2013 da Federação Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho, as RMM mais elevadas na Bolívia, Guatemala, Guiana, Honduras e Panamá são observadas em áreas predominantemente indígenas (59). Dados de 2007 (3) mostraram as desigualdades drásticas das RMM de mulheres brasileiras identificadas como negras (*preta*) e aqueles identificados como brancas (*branca*): na faixa etária de 20–24, as mulheres negras tiveram uma RMM de 44,5 por 100 000 nascidos vivos, ainda

FIGURA 2. Porcentagem de grávidas indígenas e não indígenas na Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru que fizeram pré-natal, deram à luz em um estabelecimento de saúde e tiveram acompanhamento pós-parto, 2000–2004



Fonte: Oyarce AM RB, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2010.

que as mulheres brancas apresentassem uma razão de 23,4; na faixa de 25–29 anos de idade, a razão foi de 61,9 para as negras e 40,5 para brancas.

Os efeitos da discriminação por parte do prestador comprometem diretamente o acesso ao tratamento (60). Diversos estudos qualitativos declaram que a discriminação do prestador, juntamente com as barreiras financeiras, afetam os índices de utilização dos serviços de saúde entre as mulheres de minorias étnicas (6, 25, 26, 31, 34). Um relatório da CEPAL de 2010 identificou a falta de acesso cultural e linguístico dos serviços de saúde materna como fator-chave, dissuadindo as mulheres de minorias étnicas de buscar atenção médica (40). Entre os estudos comunitários, três observaram que em 2004, 2007 e 2014, diversas mulheres maias na Guatemala decidiram dar à luz em casa por temerem negligência, abuso verbal e tratamento culturalmente inapropriado por parte da equipe de saúde (26, 31, 53). De fato, somente 13% das mulheres participantes no estudo de 2014 deram à luz em um hospital, pois temiam a falta de atendimento de qualidade, barreiras de comunicação com os médicos e maus-tratos da equipe (53). De modo semelhante, em um estudo de 2008, na área indígena Yacapaní, na Bolívia, 37% das mulheres participantes mencionaram o temor de maus-tratos por parte da equipe como um empecilho importante para buscar atenção médica (34). Um relatório de 2007 também mencionou que a má qualidade e a inadequação percebidas nos serviços de saúde materna desencorajaram as mulheres indígenas no Peru a buscar atendimento (6).

Dois relatórios da CEPAL incluíram a utilização desagregada dos serviços de saúde, de acordo com a condição indígena da mulher em cinco e sete países selecionados, respectivamente. A figura 2 mostra que na Bolívia, Equador, Guatemala, Nicarágua e Peru, a porcentagem de mulheres indígenas que tiveram atenção pré-natal, deram à luz em centros de serviços de saúde e tiveram acompanhamento posterior foi sistematicamente inferior à de não indígena (40). De modo semelhante, a presença de um atendente qualificado no parto na Bolívia, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e Peru (figura 3) foi mais frequente entre não indígenas de que entre mulheres indígenas (1).

A discriminação por parte do prestador de serviços de saúde contra mulheres

indígenas e afrodescendentes pode também dificultar a formulação ou a implementação das políticas de promoção dos direitos dos indígenas (25, 61). Conforme se discute em um estudo qualitativo de 2004 do Chile, os prestadores de serviços de saúde deveriam ter um papel na formulação e na promoção das políticas para determinar práticas interculturais de atenção, mas os prestadores não costumam apoiar tais políticas se consideram a atenção intercultural desnecessária ou se consideram que a saúde dos indígenas não merece iniciativas especiais (25). Além disso, o pessoal da saúde que tem preconceito racial pode não cumprir as políticas antidiscriminatórias promulgadas.

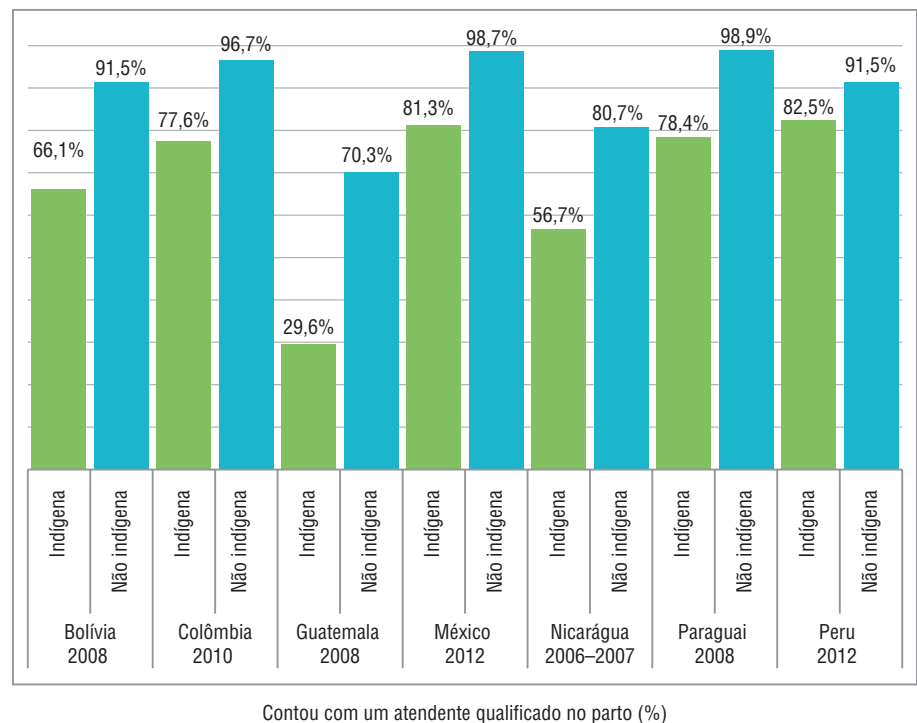
Redução da discriminação em saúde

Até agora, diversos países e organizações implementaram iniciativas em pequena escala que são promissoras no tocante à mitigação da discriminação contra a mulher de minorias étnicas nos ambientes de atenção à saúde latino-americanos. Tais iniciativas podem ser

agrupadas em duas categorias segundo a finalidade. A primeira consiste em diversas iniciativas que promovem a humanização da atenção médica e a ênfase na melhora das experiências das mulheres durante o parto (37, 49, 62). Esses programas de humanização do parto buscam dar maior poder à parturiente para que tenha a possibilidade de se comunicar abertamente com seus prestadores de serviços de saúde, expressar suas preocupações e desejos a respeito da experiência do parto e receber atenção segura, com base em evidências. As iniciativas de humanização do parto eficazes capacitam os profissionais para que prestem atendimento culturalmente apropriado, não discriminatório e de alta qualidade às mulheres de todos os perfis étnicos, sociais e econômicos, devendo inspirar a equipe médica para que respeite as pacientes como seres humanos em vez de tratá-las somente como um corpo em trabalho de parto (62).

O segundo grupo de intervenções centra-se na promoção da atenção intercultural. Criada para melhorar a qualidade da atenção médica a indígenas ou outras minorias étnicas, a atenção intercultural

FIGURA 3. Porcentagem de mulheres indígenas e não indígenas que tiveram um atendente qualificado no parto na Bolívia, Colômbia, Equador, Guatemala, México, Nicarágua, Paraguai e Peru, 2004–2012



Fonte: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Guaranteeing Indigenous people's rights in Latin America. Santiago: CEPAL; 2014.

TABELA 2. Revisão bibliográfica sobre as intervenções para mitigar a discriminação contra a mulher de minorias étnicas por parte dos profissionais da saúde na América Latina, 2008–2015

Referência	Descrição		
	Local (ano), organização	Programa	População-alvo
Misago et al., 2001 (67)	Ceará, Brasil (1996–2001), Agência de Cooperação Internacional do Japão e Ministério da Saúde	Projeto Luz (também chamado Projeto de Melhoramento de Saúde Materno-infantil)	Assistentes tradicionais do parto, equipe médica em hospitais em cinco municípios do Ceará
Duarte-Gómez et al., 2004 (64)	Puebla, México (2003– presente), Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado	Hospital Integral com Medicina Tradicional	Profissionais da saúde, profissionais de medicina tradicional e indígenas buscando assistência de saúde
Kavongo et al., 2005 (68)	Peru (2002), CARE e Projeto Evitando a Morte e Invalidez Materna	Fundações para Melhorar a Gestão de Emergências Maternas	Profissionais da saúde e pacientes
Vivar, 2007 (69)	Family Care International do Equador (2005), Projeto de Qualidade e o Distrito de Saúde Tungurahua	Sem título—projeto para compreender as necessidades e valores indígenas na atenção à saúde	Pacientes indígenas e Profissionais
Bowser e Hill, 2010 (37) and USAID, 2008 (70)	Empresa de Equador (de 2008), Universitária de Pesquisa, FIS, Projeto de Garantia da Qualidade e Melhoramento de Assistência de Saúde se Projetam da USAID, e Projeto de Sobrevivência Infantil de Equador	Sem título— adaptação cultural de programas de nascimentos	Provedores e pacientes indígenas
Oyarce e Pedrero, 2010 (40)	Peru (2004), UNICEF e Ministério da Saúde	Sem título— programa para melhorar a saúde materna	Mulheres indígenas, profissionais da saúde

Processos		Resultados	
O programa integrou as parteiras e as atendentes tradicionais do parto nos estabelecimentos biomédicos e conduziu uma série de oficinas, seminários e sessões de treinamento para aumentar a empatia e as estratégias de comunicação da equipe médica ao longo de cinco anos.	A Secretaria de Saúde de Puebla criou uma série de políticas e programas para transformar cinco hospitais existentes em “Hospitais Integrals” que ofereciam atenção intercultural para promover a utilização de serviços de saúde entre as populações indígenas. Os conselhos indígenas locais participaram recomendando a reestruturação dos hospitais. A medicina e as práticas tradicionais tornaram-se disponíveis nos estabelecimentos e a equipe médica recebeu capacitação em atendimento intercultural.	Um estudo usando Procedimento Antropológico de Avaliação Rápida declarou o programa bem-sucedido ao estabelecer uma cultura da humanização nos estabelecimentos de saúde materna. A experiência do Projeto Luz foi posteriormente ampliada a outros municípios no Estado do Ceará e a outros estados no Nordeste do Brasil.	Um estudo de caso examinando a transformação do Hospital Cuetzalán em um “Hospital Integral com Medicina Tradicional” revelou que as considerações financeiras afetavam a formulação das políticas interculturais de atenção. Entretanto, a análise de dados hospitalares e das entrevistas com prestadores de saúde e pacientes indígenas indicou que os programas interculturais de atenção do hospital prometiam ao incentivarem a utilização dos serviços de saúde e oferecerem atenção eficaz.
O programa realizou várias oficinas em cinco estabelecimentos de saúde materna que enfocavam a qualidade da atenção, os direitos humanos e a não discriminação contra mulheres indígenas. Os estabelecimentos médicos também adotaram novas placas nos idiomas locais, cadeiras de parto vertical, cortinas de privacidade, entre outros.	O número de consultas de atendimento obstétrico de emergência aumentou e relatou-se melhora nos sistemas de encaminhamento e no ambiente em geral. Entretanto, o programa não produziu nenhuma evidência concreta com respeito às práticas respeitosas e não discriminatórias e as melhorias gerais de qualidade não foram medidas.	O projeto observou que a liberdade de escolher a posição de parto, a qualidade da atenção e a prestação de informações integrals eram os componentes culturais da atenção mais importantes. Os serviços de saúde pública de Tungurahua estão incorporando esses componentes nos atendimentos padrão de partos. Os resultados dessas novas práticas não foram especificados.	O projeto observou que a liberdade de escolher a posição de parto, a qualidade da atenção e a prestação de informações integrals eram os componentes culturais da atenção mais importantes. Os serviços de saúde pública de Tungurahua estão incorporando esses componentes nos atendimentos padrão de partos. Os resultados dessas novas práticas não foram especificados.
O programa em quatro hospitais regionais procurou tornar a atenção à saúde mais receptivo às ‘expectativas culturais’ das usuárias por meio de visitas de <i>coaching</i> em 2008 para prestar apoio às equipes aprimoradas.	A meta do projeto foi humanizar e adaptar culturalmente o parto através do diálogo entre prestadores de serviços de saúde de medicamento e usuários tradicionais e modernos.	Informou-se que o projeto aumentou a presença de membros da família durante o parto, a satisfação da usuária e o número total de partos institucionais.	Informou-se que o projeto aumentou a presença de membros da família durante o parto, a satisfação da usuária e o número total de partos institucionais.
O programa criou casas de maternidade perto dos estabelecimentos médicos para as mulheres e suas famílias permanecerem antes do parto. Também reformou os estabelecimentos de saúde materna para que contassem com cadeiras de parto vertical e implementou políticas para garantir que mulheres pudessem trazer acompanhantes às enfermarias dedicadas ao parto, e permitiram a presença de atendentes tradicionais de parto nos estabelecimentos. Para os profissionais da saúde, o programa ofereceu capacitação em atenção intercultural.	O programa criou casas de maternidade perto dos estabelecimentos médicos para as mulheres e suas famílias permanecerem antes do parto. Também reformou os estabelecimentos de saúde materna para que contassem com cadeiras de parto vertical e implementou políticas para garantir que mulheres pudessem trazer acompanhantes às enfermarias dedicadas ao parto, e permitiram a presença de atendentes tradicionais de parto nos estabelecimentos. Para os profissionais da saúde, o programa ofereceu capacitação em atenção intercultural.	Após o sucesso inicial, este programa foi adotado pelo Ministério da Saúde do Peru como a norma nos estabelecimentos médicos em todo o país.	Após o sucesso inicial, este programa foi adotado pelo Ministério da Saúde do Peru como a norma nos estabelecimentos médicos em todo o país.

(Continuação)

TABELA 2. (Continuação)

Referência	Local (ano), organização	Programa	População-alvo	Processos	Resultados
Torri, 2012 (71)	Chile (1999- presente), Associação de indígenas chilenos, governos regionais e municipais do Chile	Hospital Makewe	Indígenas mapuches e profissionais da saúde que os atendem	Um dos primeiros hospitais interculturais no Chile, Makewe é dirigido principalmente por líderes de associações indígenas locais e incorpora curandeiros locais e práticas tradicionais mapuches ao modelo biomédico de parto. As placas e os textos no hospital são escritos tanto em espanhol como em Mapudungun. A equipe médica é fortemente incentivada a estudar a cultura mapuche.	25 de 32 pacientes entrevistados escolheram o hospital por causa de seus serviços de alta qualidade. A maioria dos pacientes informou que a comunicação com os prestadores de serviços de saúde foi "integral e satisfatória" e muitos médicos relataram relações estreitas com líderes mapuches locais. Outros pacientes expressaram que os sistemas de saúde interculturais não eram verdadeiramente interculturais por não terem melhorado a pobreza e a exclusão que afeta os mapuches. Outras questões pendentes incluem a falta de regulamentação nacional das práticas de atenção interculturais e o financiamento mínimo do governo para os programas de saúde interculturais.
Fahey et al., 2013 (66)	Quatro distritos do norte da Guatemala (2011–2012), projeto aprovado por conselhos de avaliação internos de diversas universidades, financiado pela OMS e pela Fundação Bill e Melinda Gates	Programa de Resgate Obstétrico e Neonatal: Tratamento Ótimo e Oportuno (PRONTO)	Profissionais da saúde e comadronas (atendentes tradicionais do parto)	Já operacional no México e no Quênia, o PRONTO foi adaptado para a implementação nos centros comunitários na Guatemala. O programa primeiro realizou grupos focais para identificar os obstáculos específicos à atenção em estabelecimentos de saúde e realizou capacitação de humildade cultural para prestadores com a participação de comadronas e a simulação de cenários que exigem competência cultural.	A experiência do PRONTO na Guatemala indica que a aprendizagem interativa, inclusive a simulação, é uma maneira eficaz de promover a fluência cultural entre os profissionais da saúde. As atividades centrais do programa poderiam ser aplicadas em outros meios com pequenos ajustes de acordo com o contexto cultural específico no qual é aplicado.
Torri e Hollenberg, 2013 (61)	Tinguiyaya, zona de Potosí, Bolívia (2007), Cooperazione Internazionale e rede de saúde municipal Tinguiyaya	Saúde familiar comunitária e intercultural	Prestadores de serviços de saúde e curandeiros tradicionais em centro de saúde projetado para prestar serviços culturalmente apropriados	O projeto-piloto procurou aumentar a utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres indígenas e melhorar sua satisfação. A equipe do projeto construiu um centro de saúde que incorpora tanto a biomedicina como a medicina tradicional, realizou oficinas para aumentar a sensibilidade cultural e a respectiva competência dos profissionais da saúde, bem como instalou os curandeiros tradicionais ao lado dos profissionais biomédicos.	As entrevistas com profissionais biomédicos, curandeiros tradicionais e mulheres usuárias revelaram que os curandeiros tradicionais se sentiram menosprezados ou discriminados pelos profissionais biomédicos. Há progresso na melhoria da atenção culturalmente apropriada para mulheres indígenas, mas esforços adicionais precisam ser envidados para melhorar a comunicação e o respeito entre os curandeiros tradicionais e os profissionais biomédicos.
Van Dijk et al., 2013 (49)	Vários departamentos da Guatemala (2000–presente), Unidade de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e Interculturalidade na Guatemala, Ministério da Saúde	Programa Nacional de Medicina Tradicional e Alternativa (PNMNTA)	Profissionais biomédicos na área de saúde materna e comadronas, parteiras tradicionais maias	O Ministério da Saúde ofereceu treinamentos multidisciplinares para os funcionários dos serviços de saúde em todo o país, para explicar as práticas obstétricas tradicionais, enfatizar a importância dos serviços culturalmente apropriados e melhorar a aceitação dos comadronas em serviços de atenção materna. Alguns estabelecimentos foram reconstruídos/redecorados para serem atrativos para mulheres indígenas. As comadronas foram permanentemente instaladas nos serviços de saúde ou permitiu-se que acompanhassem as mulheres na experiência do parto. As mulheres receberam atenção nos idiomas maias, seja através do pessoal bilingue ou de comadronas intérpretes.	O grau em que os programas tinham sido executado e tinha tido êxito ao melhorar a atenção intercultural variada enormemente pelo departamento e serviço de saúde. Em muitos casos, os prestadores biomédicos condescenderam a comadronas e tentaram "corrigir" as suas práticas, criando uma estrutura de poder entre prestadores tradicionais e biomédicos. Muitas mulheres os usuários ainda notificam barreiras para obter atenção culturalmente apropriada. Enquanto o programa melhorou a busca de atendimento entre muitas mulheres maias, mais esforços são necessários para melhorar as atitudes, assim como respeito e consciência para os direitos e cultura indígena entre os prestadores.
Diehl e Langdon, 2015 (72)	Terra indígena Kaingáng (TIK), Brasil (2000), sistema de atenção à saúde dos indígenas brasileiros	Kaingáng (população indígena)	Análise de tensões e negociações antes/ depois da implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no Brasil	Nos anos noventa, a disponibilidade dos serviços de saúde em TIK era intermitente. Havia um posto de saúde/enfermaria no maior povoado de TIK. Com o tempo, as equipes móveis constituídas de médicos, dentistas e enfermeiras visitaram os povoados fornecendo vacinações, diagnóstico inicial, distribuição de medicamentos e assistência dental. Desde 1998, um dentista e um médico veem os pacientes uma vez por semana no maior município.	O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena criou novas funções novas para a população indígena, promovendo sua participação no planejamento e execução dos serviços de saúde, assim como o respeito por sua cultura e estruturas organizacionais. Entretanto, em 2004, a política ficou mais centralizada, ampliando o papel dos municípios na prestação de serviços de saúde e reduzindo o papel das organizações indígenas. Os indígenas desde então têm sofrido perda da autonomia e autodeterminação.

incorpora os idiomas falados por minorias étnicas e reconhece a existência de modelos alternativos de saúde e cura (25). As práticas de atenção interculturais são adaptadas para se ajustarem às necessidades das populações específicas a que atendem e buscam primordialmente criar culturas de não discriminação, respeito e competência cultural no âmbito dos sistemas de atenção à saúde (25). Alguns componentes específicos dos programas interculturais de atenção são frequentemente estes a seguir: oficinas de comunicação para que a equipe médica aprenda idiomas indígenas, bem como técnicas para estabelecer um diálogo aberto com os pacientes (25, 26, 63), sessões de capacitação para promover a sensibilidade cultural e a humildade entre os prestadores (64–66) e instalação dos profissionais de medicina tradicional dentro dos estabelecimentos de serviços de saúde biomédicos (26, 61). Os programas tanto foram implementados diretamente em sistemas médicos e educacionais por governos locais e ministérios da saúde como foram executados como programas de formação profissional separados, supervisionados por organizações independentes.

A lista das intervenções abordando a discriminação dos prestadores pode ser encontrada na tabela 2 (40, 49, 61, 64, 66–72). É importante notar que a grande maioria das intervenções enfocou mulheres indígenas ou populações indígenas em geral. Esta revisão bibliográfica não encontrou evidência de intervenções especificamente direcionadas às mulheres afrodescendentes ou de outros grupos minoritários. Conforme a tabela 2, a humanização da atenção e os programas de saúde interculturais têm obtido níveis variáveis do sucesso, com algumas intervenções trazendo lições importantes para estratégias futuras de redução da discriminação contra indígenas, afrodescendentes e outras mulheres de minorias étnicas. Primeiramente, algumas intervenções demonstram que o sucesso do programa depende em grande medida no financiamento e apoio contínuo do Ministério da Saúde. O Hospital Cuetzalán em Puebla, México, diminuiu temporariamente o número de serviços interculturais em 2000, quando a Secretaria de Saúde do Estado parou de financiar programas voltados para a cultura como medida de economia de recursos (64), e o estudo de caso de 2012 do Hospital Makewe no Chile revelou que a

falta de apoio do Ministério da Saúde consistiu em uma das principais barreiras à continuação do bem-sucedido programa intercultural de atenção do hospital para atender às necessidades das populações mapuches (71).

Outra lição dessas intervenções foi que a incorporação dos profissionais de medicina tradicional nos estabelecimentos de serviço biomédicos não necessariamente garante a prestação de atenção não discriminatória. Embora o Fundo Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Ministério da Saúde do Peru tenham conseguido melhorar a atenção à saúde materna ao incorporar maternidades culturalmente apropriadas, cadeiras de parto vertical e outras estruturas físicas em estabelecimentos médicos (40), outras intervenções tiveram resultados mais modestos.

Um estudo de 2013 em Potosí, Bolívia, por exemplo, revelou que os prestadores de serviços de saúde tinham pouco respeito pelo desejo de colaboração com curandeiros tradicionais instalados nos estabelecimentos de saúde pública para melhorarem a atenção intercultural para os indígenas (61). De modo semelhante, embora a Guatemala tenha promulgado uma lei em 2000 para incorporar as partes tradicionais maias em estabelecimentos médicos, um estudo de 2013 observou que muitos sentiram o desprezo por parte da equipe médica, e as mulheres maias relataram dificuldades para obter acesso à atenção culturalmente apropriada (49).

Como esses programas ilustram, as intervenções exitosas precisam ir além da simples implementação de um parâmetro jurídico exigindo que os profissionais tradicionais e biomédicos coexistam nos estabelecimentos médicos. A colaboração provavelmente requer aumentar a humildade cultural e o respeito dos prestadores médicos. Algumas intervenções oferecem algumas ideias de estratégias possíveis para alcançar esse objetivo. Primeiramente, um programa na Guatemala demonstrou que a capacitação com simulação poderia melhorar eficazmente a humildade cultural entre os prestadores (66). Outro projeto no Brasil também demonstrou ser possível aumentar a humanização do parto com a capacitação no serviço da equipe médica (67). Embora um projeto de 2002 no Peru não tenha medido os resultados específicos de discriminação e atitude dos funcionários, os resultados mostraram o aumento da satisfação e da utilização dos serviços de

saúde entre as mulheres indígenas, sugerindo que o enfoque de direitos humanos pode ser uma estratégia eficaz para promover práticas não discriminatórias entre prestadores de serviços de saúde (68). Além disso, muitos dos programas interculturais de atenção bem-sucedidos enumerados na tabela 2 promoveram e incluíram a participação direta da população-alvo em sua elaboração e administração (70, 71).

DISCUSSÃO

A discriminação nos ambientes de atenção à saúde pode, de saída, dissuadir as mulheres indígenas e afrodescendentes de buscar atendimento médica. Quando acabam por buscar atendimento, as mulheres de minorias étnicas estão mais sujeitas que outras mulheres a receberem uma atenção médica de qualidade inferior ou a serem submetidas a esperas mais longas — ambos fatores que impossibilitam desfechos ótimos de saúde — e a experimentarem constrangimento, humilhação, exclusão e outros tipos de violações de direitos humanos. A escassez de recursos humanos, a falta de medicação, a obsolescência ou falta de reparos dos equipamentos médicos, o não cumprimento dos protocolos e a debilidade dos sistemas de encaminhamento, entre outros, sabidamente comprometem a qualidade da atenção dos usuários de serviços de saúde independentemente de seu grupo étnico, no entanto a discriminação no ambiente de atenção à saúde é um determinante de desfechos de saúde não equitativos que precisa ser mais bem compreendido e abordado.

Esta análise inicial pode formular algumas questões abrangentes. Primeiramente, a discriminação e a violência contra a mulher de minorias étnicas em ambientes clínicos na América Latina são questões prementes e negligenciadas que merecem mais pesquisa e ação no âmbito nacional e regional. A impunidade com que ocorrem essas violações e a maneira como são normalizadas tanto pelas mulheres como pelos prestadores de serviços de saúde refletem a sociedade como um todo (13). Em segundo lugar, é essencial para a redução da discriminação o estabelecimento de parcerias colaborativas e horizontais entre mulheres de minorias étnicas e seus profissionais da saúde. Essa forma de participação comunitária deve ocorrer no contexto das discussões mais amplas com respeito à igualdade de gênero e

aos direitos de populações indígenas e afrodescendentes. Terceiro, prestadores de serviços de saúde devem ser capacitados para entenderem o impacto da discriminação e da violência nos desfechos de saúde dos grupos étnicos minoritários e sua contribuição à persistente desigualdade em saúde.

Por fim, a mitigação da discriminação requer mudanças nas políticas de saúde e nos sistemas como um todo que vão além de abordar o comportamento dos provedores de serviços de saúde individualmente. Sustentamos que as estratégias voltadas exclusivamente para a mudança do comportamento dos prestadores terão impacto limitado porque não abordam o contexto mais amplo: as necessidades das mulheres e a desigualdade socioeconômica sobre a qual se constroem as relações intra-hospitalares. Como argumentam inúmeros estudos realizados no México, os maus-tratos sofridos pelas pacientes são uma forma de violência institucional arraigada tanto no sistema de educação médica do país como nas estruturas de poder hierárquicas dentro dos hospitais. As ações discriminatórias por parte dos prestadores médicos refletem, sem dúvida, preconceitos pessoais, entretanto, também provêm de padrões gerais da área médica que com frequência representam as mulheres como inferiores ou não merecedoras de cidadania médica e de outros direitos (12, 38). As políticas e estratégias de maior escala que transformam a dinâmica de poder no âmbito das escolas de medicina, dos estabelecimentos de saúde e da sociedade em geral são essenciais para desenraizar a causa de uma manifestação prevalente de iniquidade na atenção à saúde, ou seja, a discriminação social e a violência contra as mulheres e as minorias étnicas.

Esta análise não encontrou evidências claras de tais intervenções em grande escala na América Latina, salvo em um caso recente. Em 2007, o Governo da Venezuela promulgou a lei orgânica "Direito da

mulher a uma vida livre de violência" para enfrentar a discriminação e as desigualdades econômica, social e política que afetam as mulheres em todo o país, bem como definir "violência obstétrica" como um delito criminal sujeito a multas (73, 74). De acordo com um estudo envolvendo 500 indivíduos da equipe médica três anos depois, 89% conheciam o termo "violência obstétrica" e 87% sabiam da existência da lei; porém, 73% estavam pouco familiarizados com os procedimentos para apresentar queixa desses delitos (75). Conseqüentemente, a criminalização da violência obstétrica criou um precedente para estratégias de políticas futuras, mas seu êxito requer programas complementares que familiarizem o pessoal da atenção à saúde com as definições específicas de violência obstétrica e mecanismos de responsabilização.

Limitações

Devem-se considerar algumas limitações desta análise. Apesar de importantes avanços, como a inclusão de dados sobre o grupo étnico no censo e nas pesquisas em várias partes da América Latina desde 2000, continua a haver uma escassez de informação sobre os desfechos de saúde das minorias étnicas, especialmente dos indígenas e afrodescendentes. Além disso, esta pesquisa se limitou aos estudos com resultados publicados que poderiam ser identificados por bancos de dados com ferramentas de busca. Isso excluiu a maioria dos livros e dos capítulos de livros. Ademais, devido ao foco nas minorias étnicas, esta análise pode ter excluído mulheres que, independente de seu grupo étnico, possam ter sido discriminadas na atenção à saúde pela pobreza ou outras condições estigmatizantes.

CONCLUSÕES

A discriminação por partes dos prestadores de serviços de saúde contra as mulheres indígenas e afrodescendentes é uma

barreira primária ao acesso da atenção à saúde de qualidade na América Latina. Em última análise, as práticas discriminatórias dissuadem as mulheres de buscar atendimento. Dito isso, as estratégias voltadas somente para o comportamento do prestador têm impacto limitado por não abordarem as necessidades das mulheres e o contexto de desigualdade socioeconômica existente no ambiente de atenção à saúde. Para garantir desfechos de saúde ótimos para as pessoas de todos os grupos étnicos na América Latina, a discriminação nos ambientes de atenção à saúde precisa ser compreendida como um importante determinante dos desfechos de saúde não equitativos e, portanto, erradicada.

Em termos gerais, é preciso mais pesquisa para determinar as diversas formas e efeitos da discriminação e da violência experimentada pelas mulheres indígenas e afrodescendentes nos ambientes de atenção à saúde, assim como definir boas práticas na elaboração, implementação e avaliação dos programas para promover a atenção não discriminatória e atender às necessidades das mulheres.

Agradecimentos. Arachu Castro foi financiada por doações da Zemurray Foundation à Cátedra Samuel Z. Stone para a Saúde Pública na América Latina, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine (Nova Orleans, Louisiana, EUA), ocupada pela pesquisadora. Os autores desejam agradecer a Amparo Gordillo as discussões anteriores sobre o tema, a Madeline Noble a assistência na pesquisa e a Óscar Mujica, Anna Coates e Roberto Castro suas contribuições encorajadoras.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração de responsabilidade. O conteúdo deste artigo é estritamente de responsabilidade dos autores e não reflete necessariamente as opiniões ou políticas da RPSP/PAJPH nem da OPAS.

REFERÊNCIAS

1. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. *Guaranteeing Indigenous people's rights in Latin America*. Santiago: CEPAL; 2014.
2. Banco Interamericano de Desenvolvimento. *Voice and visibility: Afro-descendants and the Inter-American Development Bank*. Washington (DC): BID; 2015.
3. Rangel M, del Popolo F. *Juventud afrodescendiente en América Latina: realidades diversas y derechos (in) cumplidos*. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2011.
4. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: *I Seminário Nacional de Saúde da População Negra*. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde; 2004.
5. Valeggia C. *The Global and the local: health in Latin American Indigenous women*.

- Health Care Women Int. 2014; 1–15. DOI: 10.1080/07399332.2014.954704.
6. Yamin AE, Cole J, Moore Simas TA, Brown M. *Deadly delays: maternal mortality in Peru: a rights-based approach to safe motherhood*. Cambridge, Massachusetts: Physicians for Human Rights; 2007.
 7. Krieger N. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am J Public Health*. 2012;102(5):936–44.
 8. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009; 135(4):531–54.
 9. Castro A. Contracepting at childbirth: the integration of reproductive health and population policies in Mexico. In: Castro A, Singer M, eds. *Unhealthy health policy: a critical anthropological examination*. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 2004. Pp. 133–44.
 10. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Services*. 1992;22(3):429–45.
 11. Organização Mundial da Saúde. *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. WHO Statement. Geneva: OMS; 2014.
 12. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol*. 2014;76(2):167–97.
 13. Freedman LP, Kruk ME. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. *Lancet*. 2014;384(9948):e42–4.
 14. Jewkes R, Penn-Kekana L. Mistreatment of women in childbirth: time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med*. 2015;12(6): e1001849.
 15. Organização Pan-Americana da Saúde. *Saúde nas Américas, 2012*. Washington (DC): OPAS; 2012.
 16. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1595–601.
 17. Goldade K. “Health is hard here” or “health for all”? The politics of blame, gender, and health care for undocumented Nicaraguan migrants in Costa Rica. *Med Anthropol Q*. 2009;23(4):483–503.
 18. Scozia Leighton C, Leiva C, Garrido N, Leiva A. Barreras interaccionales en la atención materno-infantil a inmigrantes peruanas. *Revista Sociedad y Equidad*. 2014;(6):6–33.
 19. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med*. 2015;12(6): e1001847.
 20. Castro R. Formas de precariedad y autoritarismo presentes en la vivencia de la reproducción en el área rural de Morelos. In: Stern C, Echarri C, eds. *Salud reproductiva y sociedad Resultados de investigación*. Cidade do México: El Colegio de México; 2000. Pp. 33–66.
 21. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de interações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(1): 125–32.
 22. de Oliveira ZM, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Esc Enferm USP*. 2002;36(2):133–40.
 23. Castro R, Ertivi J. Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health Hum Rights*. 2003;7(1):90–110.
 24. Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003; 82(1):89–103.
 25. Alarcón-Muñoz AM, Astudillo P, Barrios S, Rivas E. Política de salud intercultural: Perspectiva de usuarios mapuches y equipos de salud en la IX región, Chile. *Rev Med Chile*. 2004;132(9):1109–14.
 26. Roost M, Johnsdotter S, Liljestrand J, Essen B. A qualitative study of conceptions and attitudes regarding maternal mortality among traditional birth attendants in rural Guatemala. *BJOG*. 2004;111(12): 1372–7.
 27. Alarcón-Muñoz AM, Vidal-Herrera AC. Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Publica Mex*. 2005; 47(6):440–6.
 28. Leal MdC, da Gama SGN, da Cunha CB. Racial, sociodemographic, and prenatal and childbirth care inequalities in Brazil, 1999–2001. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(1):100–7.
 29. Fernández Juárez G. Salud e interculturalidad: Sugerencias para organizaciones de salud en contextos indígenas, a partir de una experiencia boliviana. *Rev Dialectol Tradiciones Pop*. 2005;60(2):29–53.
 30. Teixeira NZ, Pereira WR. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuiabá-MT. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(6): 740–4.
 31. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Pub Mex*. 2007; 49(2):86–93.
 32. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pub*. 2008;10(1):58–71.
 33. Nagahama EE, Santiago SM. Práticas de atención ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1859–68.
 34. Otis KE, Brett JA. Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home? *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(1):46–53.
 35. Almeida MS, Silva IA. Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(2):347–54.
 36. Roost M, Jonsson C, Liljestrand J, Essen B. Social differentiation and embodied dispositions: a qualitative study of maternal care-seeking behaviour for near-miss morbidity in Bolivia. *Reprod Health*. 2009;6:13.
 37. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Washington (DC): USAID-TRAction Project; 2010.
 38. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. In: Castro R, López Gómez A, eds. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional*. Mexico City: UNAM, CRIM; 2010. Pp. 49–72.
 39. Castro R, López Gómez A. Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Mexico: UNAM, CRIM. 2010.
 40. Oyarce AM RB, Pedrero M. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe; 2010.
 41. Felker-Kantor E. Perceptions of maternal health care among Haitian women in the Dominican Republic: do race and ethnicity matter? Miami: University of Miami; 2011.-37.
 42. García-Jorda D, Díaz-Bernal Z, Acosta Alamo M. El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1893–902
 43. Rohloff P, Diaz AK, Dasgupta S. “Beyond development:” a critical appraisal of the emergence of small health care non-governmental organizations in rural Guatemala. *Hum Organ*. 2011;70(4):427–37.
 44. Enderle Cde F, Kerber NP, Susin LR, Goncalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):287–94.
 45. Ishida K, Stupp P, Turcios-Ruiz R, William DB, Espinoza E. Ethnic inequality in Guatemalan women’s use of modern reproductive health care. *Int Perspect Sexual Reprod Health*. 2012;38(2):99–108.
 46. Muñoz Bravo SF, Castro E, Castro Escobar ZA, Chávez Narvaez N, Ortega Rodríguez DM. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008–2009. *Rev Universidad Industrial Santander Salud*. 2012;44:39–44.
 47. Wurtz H. Indigenous women of Latin America: unintended pregnancy, unsafe abortion, and reproductive health outcomes. *Pimatisiwin*. 2012;10(3):271–82.
 48. Aguiar JM, d’Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2287–96.
 49. Van Dijk M, Ruiz MJ, Letona D, García SG. Ensuring intercultural maternal health care for Mayan women in Guatemala: a qualitative assessment. *Cult Health Sex*. 2013;15(suppl 3):S365–82.
 50. Gamlin JB. Shame as a barrier to health seeking among Indigenous Huichol migrant labourers: an interpretive approach of the “violence continuum” and “authoritative knowledge.” *Soc Sci Med*. 2013;97: 75–81.
 51. Yajahuanca RdSA, Fontenele CV, Sena BF, Diniz SG. Parto no posto de saúde e em casa: Uma análise da assistência ao parto entre as mulheres Kukamas Kukamirias do Peru. *J Hum Growth Dev*. 2013;23(3):1–9.

52. Castro R, Erviti J. 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. Rev CONAMED. 2014;19(1):37–42.
53. Chomat AM, Solomons NW, Montenegro G, Crowley C, Bermudez OI. Maternal health and health-seeking behaviors among Indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. Rev Panam Salud Publica. 2014;35:113–20.
54. Gamlin JB, Hawkes SJ. Pregnancy and birth in an Indigenous Huichol community: from structural violence to structural policy responses. Cult Health Sex. 2015;17(1): 78–91.
55. Planas ME, García PJ, Bustelo M, Cárcamo CP, Martínez S, Nopo H, et al. Effects of ethnic attributes on the quality of family planning services in Lima, Peru: a randomized crossover trial. PLoS One. 2015;10(2):e0115274.
56. Cordeiro AMNR. Saúde da População negra: Um espaço de ausências. Padê: Estudos em filosofia, raça, gênero e direitos humanos. Brasília: UniCEUB, FACIS; 2007.
57. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas. Santiago: CEPAL; 2006.
58. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. Lancet. 2006;367(9525):1859–69.
59. Canadian Red Cross Society, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Maternal, newborn and child health in the Americas. A report on the commitments to women's and children's health. Geneva: International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies; 2013.
60. Oyarce AM, Ribotta B, Pedrero MM. Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos. Santiago: Comisión Económica para América Latina e o Caribe; 2010.
61. Torri MC, Hollenberg D. Indigenous traditional medicine and intercultural health care in Bolivia: a case study from the Potosi region. J Community Health Nurs. 2013;30(4):216–29.
62. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:S25–37.
63. Vargas LA, Navarro RC, Casillas LE. La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. Bol Soc Mex Hist Filo Med. 2010;13(1):21–6.
64. Duarte-Gómez MB, Brachet-Márquez V, Campos-Navarro R, Nigenda G. Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla. Salud Publica Mex. 2004;46:388–98.
65. Alarcón-Muñoz AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003;131(9):1061–5.
66. Fahey JO, Cohen SR, Holme F, Buttrick ES, Dettinger JC, Kestler E, et al. Promoting cultural humility during labor and birth: putting theory into action during PRONTO obstetric and neonatal emergency training. J Perinat Neonatal Nurs. 2013;27(1):36–42.
67. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D, et al. From 'culture of dehumanization of childbirth' to 'childbirth as a transformative experience': changes in five municipalities in northeast Brazil. Int J Gynecol Obstet. 2001;75:S67–72.
68. Kayongo M, Esquiche E, Luna MR, Frias G, Vega-Centeno L, Bailey P. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. Int J Gynecol Obstet. 2006;92(3):299–307.
69. Vivar SC. Ecuador addresses cultural issues for pregnant women. Lancet. 2007; 370(9595):1302.
70. United States Agency for International Development. USAID Health Care Improvement Project. Washington (DC): USAID; 2008.
71. Torri M. Intercultural health practices: towards an equal recognition between Indigenous medicine and biomedicine? A case study from Chile. Health Care Anal. 2012;20(1):31–49.
72. Diehl EE, Langdon EJ. Transformações na atenção à saúde indígena: Tensões e negociações em um contexto indígena brasileiro. Universitas Humanística. 2015;80: 213–36.
73. Perez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. Int J Gynaecol Obstet. 2010;111(3):201–2.
74. Poljak AV. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. Rev Ven Estudios Mujer. 2009;14(32): 125–46.
75. Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. Rev Obstet Ginecol Ven. 2012;72(1):4–12.

Manuscrito recebido em 30 de abril de 2015.
Versão revisada aceita para publicação em 10 de julho de 2015.

ABSTRACT

Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America

Objective. To identify and understand the barriers to equitable care within health care settings that women of ethnic minorities encounter in Latin America and to examine possible strategies for mitigating the issues.

Methods. This was a comprehensive review of the literature from 2000–2015 available from the online databases PubMed, Google Scholar, EBSCOhost, and SciELO in Spanish, English, and Portuguese, using a keyword search that included the Region and country names.

Results. Health provider discrimination against Indigenous and Afrodescendant women is a primary barrier to quality health care access in Latin America. Discrimination is driven by biases against ethnic minority populations, women, and the poor in general. Discriminatory practices can manifest as patient-blaming, purposeful neglect, verbal or physical abuse, disregard for traditional beliefs, and the non-use of Indigenous languages for patient communication. These obstacles prevent delivery of appropriate and timely clinical care, and also produce fear of shame, abuse, or ineffective treatment, which, in addition to financial barriers, deter women from seeking care.

Conclusions. To ensure optimal health outcomes among Indigenous and Afrodescendant women in Latin America, the issue of discrimination in health care settings needs to be understood and addressed as a key driver of inequitable health outcomes. Strategies that target provider behavior alone have limited impact because they do not address women's needs and the context of socioeconomic inequality in which intra-hospital relations are built.

Key words

Equity; health inequality; ethnicity and health; minority health; health of Indigenous peoples; health services, Indigenous; social discrimination; prejudice; gender and health; Latin America; Caribbean Region.