

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

DANNIELLE PINTO LIMA

**O PROCESSO DE GESTAR E PARIR ENTRE OS *GUAJAJARA* DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO POLO BASE DE ARAME, NO ESTADO DO MARANHÃO.**

São Luís

2015

DANNIELLE PINTO LIMA

**O PROCESSO DE GESTAR E PARIR ENTRE OS GUAJAJARA DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO POLO BASE DE ARAME, NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde das Populações.

Linha de Pesquisa: SUS - Direito Sanitário, Políticas Setoriais, Participação e Controle Social.

Orientador: Prof. Dr. István Van Deursen Varga.

Coorientador: Prof. Dr. Claudio Zannoni.

São Luís

2015

Lima, Danielle Pinto.

O processo de gestar e parir entre os *Guajajara* da área de abrangência do polo base de Arame, no Estado do Maranhão / Danielle Pinto Lima. _ São Luís, 2015.

148 f.

Orientador: Prof. Dr. István van Deursen Varga.

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2015.

1. Saúde da mulher indígena. 2. Enfermagem – Gravidez. 3. Índio Guajajara – Arame (MA). 4. Etnografia. 5. Saúde pública. I. Título.

CDU 616-083:618.2:32(812.1)

DANNIELLE PINTO LIMA

**O PROCESSO DE GESTAR E PARIR ENTRE OS GUAJAJARA DA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DO POLO BASE DE ARAME, NO ESTADO DO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão
para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração: Saúde das populações.

Linha de Pesquisa: SUS - Direito Sanitário, políticas
setoriais, participação e controle social.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Rosana Lima Viana

Prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca

Prof^a Dr^a Rosilda Silva Dias

A todas as mulheres, por um parto digno e
respeitoso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela força, amparo e oportunidades que sempre me oferece para as realizações dos meus sonhos. A todos que contribuíram para realização deste trabalho.

Foram tantas dificuldades superadas para concluir este trabalho e tantas pessoas envolvidas nestas superações que, certamente, corro o risco de não citar alguém que colaborou comigo, por isso, desde já, peço sinceras desculpas e ofereço meus eternos agradecimentos a todos que me ajudaram.

Aos meus pais, Antônio Carlos de Oliveira Lima e Maria da Piedade Pinto Lima, pelas oportunidades dadas que alicerçaram a minha caminhada, além da confiança, apoio e amor incondicional, mesmo quando estão distantes.

Aos meus orientadores István Van Deursen Varga e Claudio Zannoni, pela contribuição com este trabalho, assim como pelo incentivo e pela experiência proporcionada de conhecer e aprender pessoalmente com os *Guajajara*. Sem a trajetória e a relação de trabalho e amizade que vocês possuem com os *Guajajara*, devido suas pesquisas anteriores, certamente seria inviável a realização deste trabalho.

À professora Rosilda Dias que, além de ter sido mais que professora durante a graduação, me deu forças para que eu construísse o trabalho que sempre quis fazer no mestrado, apresentando-me ao “Núcleo de Extensão e pesquisa com populações e comunidades Rurais, Negras Quilombolas e Indígenas” (NuRuNI), onde pude desenhar, juntamente com ela e com o professor Istvan, os primeiros traços desta pesquisa.

Agradeço especialmente ao professor Istvan, por ter compreendido e me ouvido diante das inúmeras barreiras que se colocaram à minha frente para realização deste trabalho. Barreiras essas que quase me levaram à desistência.

Eterna gratidão à minha amiga Mayara Pereira, parceira de todas as horas. Além de apoio técnico, me sustentou em tudo o que foi necessário para que eu pudesse prosseguir. À minha comadre Irlane Rocha, presente de Deus em minha vida, por me dar todo o apoio emocional necessário em todos os aspectos da minha vida, do profissional ao afetivo, de forma que me manteve firme e pude me levantar em tantas quedas que tive no meio do caminho. Vocês, incontestavelmente, foram o meu porto seguro.

À minha irmã Denisy Lima, ao meu marido Gilberto Cunha e ao motorista Marco César, os quais foram verdadeiros assistentes, auxiliando-me e me fazendo companhia durante a coleta de dados nas aldeias.

A todos os indígenas que participaram direta ou indiretamente da pesquisa, compartilhando suas experiências, alegrias, dores e frustrações. Vocês me fizeram aprender

tantas coisas sobre o misterioso processo de gestar e parir. Em especial à Marlene e ao Antonino, que sempre me acolheram com braços abertos, mesmo nos momentos mais inconvenientes.

Aos integrantes da banca examinadora, por aceitarem o convite para participação e pelas sugestões dadas, que em muito contribuíram para a melhoria deste trabalho.

Ao Centro de Integração Ativa do Ser (CAIS do Parto), em especial a Sueli Carvalho, parteira tradicional, pelos dois anos de aprendizado na ONG, o que certamente me despertou o interesse pelas práticas tradicionais indígenas no processo gravídico puerperal.

Por fim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, às amizades feitas durante este processo a todos os funcionários do PPGSA, pelos ensinamentos diários e pela convivência durante todo o curso.

Foram realmente muitos sentimentos envolvidos e muitos aprendizados durante estes dois anos de mestrado. Certamente me transformei em outra após esta experiência: adquiri maturidade e muita força, não apenas por tudo que esta experiência envolve, mas por causa do contexto específico, ao qual eu estava inserida durante o mestrado.

Acredito que esta pesquisa teve um propósito maior, pois, muito além da obtenção do título, decidi lutar e expor, em ambiente acadêmico, aquilo que acredito e amo verdadeiramente. Não fosse esse amor, certamente teria desistido. Não, não costumo deixar as coisas pela metade, mas direciono minhas energias para um alvo que realmente vale a pena, no caso, a melhoria e preservação do processo de gestar e parir entre os *guajajara*.

*“Para mudar o mundo é preciso mudar a
forma de nascer.”*

Michel Odent

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagens etnográficas, que objetiva estudar o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* da área de abrangência do polo base de Arame, no Estado do Maranhão. Para tanto, buscou-se descrever as principais práticas socioculturais e de cuidados tradicionais indígenas, bem como o itinerário terapêutico das gestantes indígenas e relatar a influência das práticas da medicina ocidental no universo das mulheres *Guajajara*, e identificar as situações-problema das mesmas em relação ao tema estudado. Os resultados apontam que o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* envolve práticas socioculturais e de cuidados tradicionais singulares, com a menarca e a festa do moqueado marcando o início deste processo. A gravidez não apresenta rituais ou cuidados específicos. Os partos, que há menos de três décadas, em sua maioria, eram realizados na aldeia, de cócoras, cercado de pessoas da confiança da gestante, atualmente, ocorrem majoritariamente no hospital, com a gestante sozinha ou com companhia restrita, em posição de litotomia e com utilização de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas. No pós-parto são vivenciados rituais específicos e uma série de restrições alimentares e físicas, durante os 30 a 40 dias de resguardo. O itinerário terapêutico destas mulheres é complexo e influenciado por múltiplos fatores como: idade, experiência anterior pessoal e/ou familiar, dificuldades de transporte e comunicação, precariedades na assistência à saúde nas aldeias, assim como o estímulo ao parto hospitalar dados pelos profissionais. Dentre os fatores que aparentam mais influenciar na mudança ocorrida no processo de gestar e parir *Guajajara*, ao longo do tempo está: o extenso tempo de convivência com a população “não indígena”, a evangelização da população, a atuação etnocêntrica do sistema de saúde e a aparente fragilidade da atuação da FUNAI. Mesmo se utilizando os conhecimentos da biomedicina, em algum momento do período gravídico puerperal, a maioria dos *Guajajara* consegue articular seus saberes tradicionais com os biomédicos. Conclui-se que, se por um lado, a inclusão de novos recursos terapêuticos neste processo trouxe possíveis benefícios, como a capacidade resolutiva, e a busca pela minimização de riscos à saúde, por outro, gerou novos riscos e danos como a medicalização do parto. Esta pesquisa revela uma necessidade urgente de rever a assistência prestada a esta população de modo que seja prestado um serviço seguro, de qualidade e que possa não apenas considerar os aspectos socioculturais e atores envolvidos, mas que de fato os dois saberes possam ser usados harmonicamente para a oferta de serviços de saúde dignos.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Saúde da população indígena. Parturição. Etnografia.

ABSTRACT

This is a qualitative research with an ethnographic approach that aims to study childbearing and giving birth among the Guajajaras in the Arame complex area, in Maranhão State. For this purpose, this study sought to describe the main sociocultural practices and the traditional indigenous care patterns, as well as the therapeutic itinerary of the indigenous pregnant, reports the influence of western medical practices in the universe of Guajajaras women, and identifies the problem-situations of these women in relation to the theme studied. The results show that the process of childbearing and giving birth among the Guajajaras involves sociocultural practices and unique traditional care, with the menarche and the “moqueado feast” as the beginning of this process. The pregnancy is a period of no rituals or specific care. Child birth that in less than three decades ago, in its great majority, was performed in the village, in squatting position, surrounded by people who the pregnant trusted, nowadays is performed mainly in hospitals with the pregnant alone or just with restricted company, in a lithotomy position, and having medical or surgical interventions. In the post-natal period special care is experienced and a series of food and physical restriction happens in 30 to 40 days immediately after the postpartum. The therapeutic itinerary of these women is complex and influenced by many factors like: age, prior personal and/or family experience, difficulties in transportation and communication, precarity in health assistance to the villages, as well as the incentive to the hospital birth given by the professionals. Among the factors that appear to influence most in the changing occurred in the process of childbearing and giving birth Guajajara over time are: the lengthy time of coexistence with the “non-indigenous” population, the evangelization of the population, the ethnocentric practices of the healthy system, and the apparently fragility of FUNAI’s performance. Even with the use of biomedicine knowledge at some time during the pregnant and puerperal cycle, the majority of the Guajajaras is able to articulate their traditional knowledge with the biomedical technicians. It was concluded that, in one hand the inclusion of new therapeutic resources in this process brought possible benefits, as the capacity of resolution, and the search for minimization of health risks; on the other hand, it has created risks and damage like the childbearing medicalization. This research reveals an urgent necessity to revise the assistance given to this population in order to provide a secure service, of quality, and that not only consider the sociocultural aspects and the parties involved, but also that the two knowledges can be used harmonically so that the provision of health services can be offered in a decent way.

Keywords: Woman’s health. Indigenous population health. Childbirth. Ethnography.

APRESENTAÇÃO

Meu envolvimento com o processo de gestar e parir indígena iniciou-se no âmbito da minha formação profissional em que, durante o período de residência em obstetrícia, tive a oportunidade de conhecer o trabalho de parteiras tradicionais através da ONG denominada Centro de Integração Ativa do Ser (CAIS do Parto).

Encantava-me a simplicidade com que as parteiras tratavam esse processo: o uso dos chás, das ervas, das manobras, o domínio de um conhecimento tradicional jamais obtido em livros. Também me impressionava a satisfação das mulheres ao serem atendidas por parteiras, mais do que quando eram atendidas por outros profissionais, no caso, os pautados na biomedicina.

Da mesma forma, os estudos sobre diferentes formas de se atender uma mulher em trabalho de parto, os congressos e os contatos com o movimento da humanização da assistência ao parto, levaram-me a conhecer o trabalho de Moysés Paciornik, que já apontava a riqueza do conhecimento tradicional das comunidades indígenas neste processo.

Durante minha experiência profissional, procurei assistenciar às mulheres de forma a terem partos humanizados, respeitosos, dignos e naturais, utilizando o mínimo de intervenções e agregando os conhecimentos apreendidos com as parteiras tradicionais.

Há quase quatro anos, em paralelo com a assistência prestada em maternidades públicas, dedico-me a auxiliar mulheres que procuram ter um parto humanizado na rede particular de saúde, por meio do “*Plenamente Grávidos*”: grupo de apoio à mulheres/casais que pretendam passar pela experiência do parto natural criado por mim e uma amiga de igual formação e que comunga da mesma ideologia.

Diante do exposto, ao ingressar no Mestrado de Saúde Ambiente era impossível, enquanto enfermeira obstetra e aprendiz das tradições das parteiras, perder a oportunidade de aprender pessoalmente com mulheres indígenas sobre esse tema tão encantador que é o “gestar e parir”.

Inicialmente, a proposta era fazer um trabalho específico com as parteiras tradicionais e realmente aprender o máximo com elas. Entretanto, ao conhecer a precariedade de atenção à saúde, nas quais estavam inscritas as mulheres *Guajajara*, seria vergonhoso não ampliar a pesquisa de modo a tentar contribuir de maneira efetiva com aquela população.

A estrutura do presente estudo compreende uma breve introdução ao tema, na qual se expõe os fatores envolvidos no processo de gestar e parir e como os fatores culturais podem agregar, a este momento, distintas formas de cuidado. Em seguida, justifica-se a

necessidade do estudo, em função da escassez de pesquisas sobre o assunto e, também, a necessidade de conhecimento das diferenças culturais para elaboração de políticas de saúde específicas.

Após detalhar os processos metodológicos seguidos para execução da pesquisa, na revisão de literatura, são abordados três grandes temas, que são fundamentais para a compreensão do que será exposto nos resultados desta pesquisa: a saúde indígena, os Saberes tradicionais X Biomedicina no processo do nascimento e a Cultura *Guajajara*.

No capítulo “Saúde indígena”, faz-se um aprofundamento sobre a trajetória das políticas públicas de atenção a saúde indígena no Brasil, enfocando-se a ausência de políticas públicas de atenção a saúde da mulher indígena e a dificuldade de obtenção de informações de saúde no contexto indígena. Finaliza-se esse capítulo com dados atuais sobre a situação de saúde desta população, focando-se a vulnerabilidade na qual estão inseridos, principalmente tratando-se da mulher indígena.

No capítulo “Saberes tradicionais X Biomedicina no processo do nascimento”, retrata-se a importância do respeito ao sistema tradicionais de saúde indígena e da sua articulação com os saberes biomédicos no contexto da interculturalidade.

No capítulo “Cultura *Guajajara*” são abordados aspectos anteriormente estudados por antropólogos sobre as questões sociais, econômicas, políticas e religiosas desta população, bem como sobre os rituais relacionados com o processo de gestar e parir anteriormente pesquisados.

Os resultados da pesquisa estão compilados no capítulo “O Modo *Guajajara* de Gestar e Parir: Ouvindo Suas Vozes”. Esse capítulo, além de retratar com riqueza de detalhes como é a gestação, o parto e o pós parto entre os *Guajajara*, possui um subcapítulo que apresenta a avaliação *Guajajara* sobre o sistema de saúde que mostra a omissão das políticas públicas de saúde indígena e expressa, com as falas comoventes, todo o sentimento de exclusão e vulnerabilidade dessa população em relação ao sistema de saúde ofertado.

No capítulo seguinte denominado “O Modo *Guajajara* de Gestar e Parir: Analisando o Contexto”, discutem-se as interferências externas no processo de gestar e parir *Guajajara*, o que inclui a medicina ocidental, a evangelização, a FUNAI, os profissionais de saúde, o DSEI. Analisam-se os fatores que interferem no itinerário terapêutico destas mulheres na busca por assistência e se contextualiza a realidade encontrada com as ações preconizadas para uma assistência digna e humanizada, reforçando o papel dos diferentes atores na prestação de serviços de qualidade.

Após a conclusão do trabalho, que retoma o que foi encontrado nesta pesquisa, finaliza-se com um capítulo de recomendações, que trás sugestões de ações que vislumbram uma melhoria da assistência prestada e da preservação cultural desta população.

Via este trabalho, inicialmente, como um grande desafio, pois questões antropológicas são minimamente trabalhadas na graduação dos profissionais de saúde. Da mesma forma o enxergo como uma oportunidade de sensibilizar os órgãos responsáveis pela saúde indígena, bem como os serviços pactuados que prestam serviços a esta população, nomeadamente, o Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, o Polo Base de Arame e Hospital e Maternidade do Município de Arame.

Espero, ainda, que este trabalho possa contribuir com a atenção ao parto em todo Brasil, e em especial no Maranhão, pois acredito que a exposição de outra maneira de assistência e a compreensão dessas questões permitirá avanços na atenção obstétrica no Brasil, incentivando a reflexão sobre práticas usualmente adotadas o que de alguma forma pode contribuir com a melhoria da atenção dada as mulheres, que muitas vezes são submetidas a partos traumáticos e desumanos seja na rede pública ou privada do país.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência adquirida
AIS	- Agente Indígena de Saúde
CASAIS	- Casas de Saúde Indígena
CCR	- Câmara de Coordenação e Revisão
CIMI	- Conselho Indigenista Missionário
CISI/CNS	- Comissão Intersectorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COIAB	- Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira
CONEP	- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSAI	- Coordenação de Saúde do Índio
DASI	- Departamento de Atenção à Saúde Indígena
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DGESI	- Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DSEIs	- Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSESI	- Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
EVS	- Equipes Volantes de Saúde
FNS	- Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
I CNPSI	- I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
II CNSPI	- II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas
INSI	- Instituto Indígena de Saúde
ISA	- Instituto Socioambiental
MPF	- Ministério Público Federal
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNASI	- Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNASPI	- Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas
PNPM	- Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SASI	- Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	- Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SIM	- Sistema de Informação de Mortalidade
SINAN	- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPI	- Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN	- Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSA	- Serviço de Unidades Sanitárias Aerotransportadas
TI	- Terras Indígenas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	JUSTIFICATIVA	19
3	OBJETIVOS	20
3.1	Geral	20
3.2	Específicos	20
4	HIPÓTESES	21
5	PROCESSOS METODOLOGICOS	22
5.1	Tipo de estudo	22
5.2	Local de estudo	22
5.3	População	23
5.4	Amostragem	25
5.5	Critérios para seleção dos participantes	27
5.5.1	Critérios de inclusão	27
5.5.2	Critérios de não inclusão	27
5.6	Coleta de dados	27
5.7	Etapas da pesquisa	28
5.8	Análise dos dados	30
5.9	Aspectos éticos e legais da pesquisa	30
6	REVISÃO DE LITERATURA	32
6.1	Saúde indígena	32
6.1.1	Trajetória das Políticas Públicas de Atenção a Saúde Indígena no Brasil	32
6.1.2	Políticas Públicas de Atenção a Saúde da Mulher Indígena	36
6.1.3	Sistemas de informação em saúde no contexto indígena	41
6.1.4	Saúde indígena atual	44
6.1.5	Saúde da mulher indígena	46
6.2	Saberes tradicionais X biomedicina no processo do nascimento	50
6.3	Cultura Guajajara	54
6.3.1	Aspectos sociais, econômicos e políticos	54
6.3.2	Ritual de iniciação feminina	60
6.3.3	Ritual de iniciação masculina	63
6.3.4	Religião	63
7	O MODO GUAJAJARA DE GESTAR E PARIR: OUVINDO SUAS VOZES	65

7.1	Gestação	68
7.2	Parto	71
7.2.1	Parto na Aldeia	74
7.2.2	Parteiras	78
7.2.3	Parto no hospital	87
7.3	Pós-parto	90
7.4	A avaliação Guajajara sobre o sistema de saúde indígena	95
8	O MODO GUAJAJARA DE GESTAR E PARIR: ANALISANDO O CONTEXTO.	102
9	CONCLUSÃO	110
10	RECOMENDAÇÕES	113
	REFERÊNCIAS	115
	APÊNDICES	126
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	127
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: GESTANTE	128
	APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: PARTEIRA	131
	APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: LÍDERES INDIGENAS	132
	APÊNDICE E – REGISTRO VISUAL DURANTE A COLETA	133
	APÊNDICE F – QUADRO DESCRITIVO DAS VISITAS REALIZADAS	139
	APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
	ANEXOS	142
	ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	143
	ANEXO B - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR	145
	ANEXO C - TERMO DE ACEITE DO COORIENTADOR	146
	ANEXO D - TERMO DE CIENCIA DA FUNAI	147
	ANEXO E – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DSEI	148

1 INTRODUÇÃO

Em todas as culturas, a maternidade é um dos acontecimentos mais importantes na vida social e reprodutiva das mulheres. Ao redor deste evento existem inúmeros fatores, costumes, mudanças e rituais envolvidos entre os diferentes grupos humanos. Cada cultura desenvolve um método de cuidado específico para este acontecimento (MALDONADO, 2000; MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008; NASCIMENTO, 2003).

Tratando-se de comunidades indígenas, os eventos de parto estão vinculados a um conjunto de fatores culturalmente situados, que envolvem não só os praticantes da medicina tradicional indígena, mas também a organização social e outros aspectos da cultura dos índios, tais como: cosmologia, história, parentesco, economia, política e rituais (FERREIRA; OSÓRIO, 2007).

Entre as mulheres indígenas, a concepção, a gestação e parturição envolvem a experiência de vida, tanto individual quanto coletiva, e a solidariedade, nas quais estas mulheres se auxiliam nesse processo, que constitui um evento bem mais amplo do que a simples reprodução de pessoas (BRASIL, 2014a).

Segundo dados do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – 2010), a população indígena brasileira é estimada em aproximadamente 896,9 mil indígenas, de 305 etnias, falantes de 274 línguas, distribuídas em 505 terras indígenas, as quais estão distribuídas em praticamente todo território nacional. A região nordeste possui a segunda maior população indígena do país, sendo o Maranhão o nono estado brasileiro com a maior quantidade de índios. Nesse território, os *Tenetheara/Guajajara* possuem o maior contingente populacional (COELHO, 1999; IBGE, 2012).

Cada um destes povos tem sua própria maneira de se entender e de se relacionar, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e, também, na relação que estabelecem com o meio ambiente e com o território nos quais estão inseridos. Diferem também no que diz respeito à experiência histórica na relação com as frentes de colonização e expansão da sociedade nacional, havendo desde grupos com mais de três séculos de contato intermitente ou permanente, até grupos com menos de dez anos de contato (BRASIL, 2002a).

Há uma grande diferença entre os povos indígenas que habitam o Brasil, principalmente em relação à cultura e à visão de mundo sobre o passado, o presente e o futuro, de modo que qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas

no Brasil precisa levar em consideração a enorme diversidade social existente (LUCIANO, 2006).

Considerando que a saúde da população indígena não pode ser compreendida sem a avaliação dos contextos socioculturais e ambientais, nos quais ela se insere, pode-se afirmar que os eventos ligados à saúde reprodutiva de mulheres indígenas estão inscritos em uma complexa dinâmica que envolve os saberes profissionais e das tradições, além da compreensão do processo saúde doença no contexto sociocultural (BUCHILLET, 1991a).

Atrelado a isso, sabe-se que a população indígena faz parte de um grupo de minorias que vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos: por exemplo, na maioria das vezes, os serviços de saúde destinados ao atendimento destas populações não se encontram preparados para prover atendimento especializado (COIMBRA Jr.; SANTOS, 2000).

Em se tratando das mulheres indígenas, as relações são duplamente discriminatórias, o que confere maior vulnerabilidade em saúde, com isso, demanda-se a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte (FERREIRA, 2013a).

Apesar da relevância do tema, a maioria das pesquisas encontradas sobre saúde reprodutiva restringe-se às infecções sexualmente transmitidas ou ao câncer ginecológico, em etnias específicas. As poucas pesquisas que estudam o processo de gestar e parir nas comunidades indígenas foram realizadas em poucas etnias situadas na Amazônia, Pernambuco e São Paulo, o que dificulta a possibilidade de generalização, pois cada comunidade indígena, de uma forma geral, apresenta singularidades (ATHIAS, 2004; COIMBRA; GARNELO, 2003; GIBERTI, 2013; MACÊDO, 2007; MENEZES, 2012; MOLITERNO et al., 2013; SILVA, 2014; SOUZA, 2002; WAKANÃ; GIL, 2007).

O estudo realizado pelo pesquisador Zannoni (1999) abordou a mitologia e os rituais referentes à gravidez e ao parto entre os *Tenetheara* no Maranhão, mas foi realizado há mais de 15 anos e o fizeram de maneira sucinta por não ser o objetivo da pesquisa. Ou seja, não contemplou a descrição complexa do processo como um todo, nem a influência das práticas da medicina ocidental no universo da mulher indígena da comunidade estudada.

Além do mais, os estudos antropológicos disponíveis não são imediatamente operacionalizáveis pelos profissionais diretamente vinculados ao subsistema de saúde indígena, exigindo um grande esforço de apreensão de seus sentidos e de reflexão sobre formas possíveis de aplicá-los em ações de saúde (COIMBRA Jr.; GARNELO, 2004).

É importante ressaltar que, segundo a portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004, do Ministério da Saúde, corroborando com o que prevê as determinações da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde, a “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas deve respeitar as culturas e valores de cada etnia, bem como integrar as ações da medicina tradicional com as práticas de saúde adotadas pelas comunidades indígenas.” (BRASIL, 2004a).

Desta forma, para propor modelos de intervenção culturalmente sensíveis, é necessário conhecer com maior precisão as sociedades às quais eles possam se destinar, além de pactuar com seus membros as melhores formas de orientar a aplicação de políticas de saúde reprodutiva, limitando assim os riscos de intervenções que, mesmo que, em tese, sejam baseadas no respeito à cultura indígena, possam se mostrar agressivas aos fundamentos de ordens sociais que não cabe modificar (COIMBRA Jr.; GARNELO, 2004).

Desta forma o conhecimento da diversidade social e cultural atreladas ao processo de gestar e parir dos povos indígenas são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de prevenção/promoção e educação para a saúde, adequados ao contexto local (BRASIL, 2002a).

2 JUSTIFICATIVA

Levando-se em consideração todos os fatores já mencionados, como a vulnerabilidade frente a uma série de agravos, a precariedade da assistência prestada, a necessidade de se prestar assistência que respeite as diferenças socioculturais envolvidas e a lacuna de conhecimento e pesquisas referentes ao tema, torna-se relevante a realização desta pesquisa, a qual tem por objetivo estudar o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* da área de abrangência do polo base de Arame, no Estado do Maranhão.

Atrelado a isso, os elevados índices de morbimortalidade materno-infantil entre as populações indígenas tornam ainda mais premente a necessidade de se realizar estudos que contribuam para elucidar as demandas, necessidades e pontos de vista sobre as mulheres indígenas que enfrentam graus diversos de desassistência ao pré-natal e ao parto, tanto no subsistema de saúde indígena, quanto no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em sua integridade.

Ressalta-se que a maioria dos estudos realizados com populações indígenas é feito por antropólogos que possuem uma linguagem própria, nem sempre de fácil compreensão e aplicabilidade para área da saúde. Logo, este estudo adquire importância e particularidade, pois é realizado por uma profissional de saúde, que está totalmente inserida no contexto e na prática do gestar e parir. Contribuindo, portanto, para a elaboração de políticas de saúde específicas para as comunidades estudadas.

Complementarmente, esta pesquisa também servirá como instrumento reflexivo sobre o resgate ao parto natural, temática amplamente discutida na atual luta contra a medicalização do parto e contra a violência obstétrica, na assistência prestada as mulheres, em geral.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* da área de abrangência do polo base de Arame, no Estado do Maranhão.

3.2 Específicos

- a) descrever as principais práticas socioculturais e de cuidados tradicionais indígenas relacionadas ao processo de gestação, parto e pós-parto;
- b) descrever o itinerário terapêutico das gestantes indígenas desta comunidade durante a gestação, parto e pós-parto;
- c) relatar a influência das práticas da medicina ocidental no universo das mulheres *Guajajara* destas comunidades;
- d) identificar as situações-problema dessas comunidades em relação ao tema estudado.

4 HIPÓTESES

As práticas socioculturais e de cuidados tradicionais indígenas relacionadas ao processo de concepção, gestação, parto e pós-parto apresentam singularidades que estão intimamente relacionadas às questões socioculturais e aos valores inerentes a estas comunidades.

Fatores como o subsistema familiar, as dificuldades operacionais e o desfecho da assistência prestada durante a gestação, parto e pós-parto influenciam na tomada de decisão sobre a escolha do itinerário terapêutico das gestantes indígenas desta comunidade.

As práticas da medicina ocidental dentro do universo da mulher indígena das comunidades estudadas não têm agregado o conhecimento milenar e os valores da medicina tradicional indígena conforme preconizado pela “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas”.

Há situações-problema, nas comunidades estudadas, referentes ao processo de gestar e parir que necessitam de ações específicas conforme a demanda da população.

5 PROCESSOS METODOLOGICOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, construída com abordagens teóricas etnográficas que utilizou dados quantitativos de maneira complementar.

Optou-se pela metodologia qualitativa por possibilitar a compreensão mais profunda dos fenômenos sociais, dando mais relevância aos aspectos subjetivos. A pesquisa qualitativa se caracteriza pela obtenção de dados descritivos procurando compreender os fenômenos estudados segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995a; GODOY, 1995b).

A abordagem etnográfica, que objetiva a descrição de um espaço cultural delimitado (POUPART et al., 2008), foi escolhida, pois a pesquisa pretende compreender a teia das relações sociais e culturais que se estabelecem no processo de gestar e parir de uma comunidade indígena.

Pelo método etnográfico pretende-se entender as comunidades analisadas através da maior aproximação possível do ponto de vista de seus membros, assim como descobrir quais as interpretações que eles dão aos acontecimentos que os cercam (NEVES, 2006).

5.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada no período de janeiro de 2014 a fevereiro de 2015, na comunidade *Guajajara* da Terra Indígena Araribóia, na área de abrangência do polo base¹ de Arame, no Estado do Maranhão.

O Subsistema de Saúde Indígena do SUS está organizado em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que abrigam 351 polos base. O DSEI é um espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que não guarda relação direta com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas (BRASIL, 2002a).

Os polos base são a primeira referência para as equipes multidisciplinares de saúde indígena que atuam em um conjunto de aldeias. No DSEI Maranhão existem seis polos

¹ Na ausência de postos de saúde indígena dentro das aldeias, os polos base são a primeira referência para a população indígena.

base, que estão localizados nos municípios de Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca (BRASIL, 2013a).

Este estudo se delimitou a estudar as comunidades *Guajajara* da TI Araribóia, na área de abrangência do polo base de Arame, no Estado do Maranhão. Arame é uma cidade de aproximadamente 31.702 habitantes, localizada a aproximadamente 440 km de São Luís. O polo-base de Arame é responsável por aproximadamente 1.309 famílias (IBGE, 2012).

Inicialmente foi eleito como ponto de partida do estudo a aldeia Nova e o movimento de mulheres indígenas da região. A escolha da aldeia foi motivada pela facilidade de acesso, comparando-a a outras etnias do estado, e também, após o vínculo criado no primeiro contato com a comunidade, na “Conferência local de Saúde Indígena” do polo base de Arame, em junho de 2013.

Em relação ao “movimento de mulheres indígenas”, acreditava-se ser este um bom local para coleta dos dados, pois sendo uma organização na qual houvesse um espaço em que elas desenvolveriam ações em defesa de seus direitos e interesses coletivos, imaginava-se que houvesse reuniões periódicas com as mulheres, principais protagonistas da pesquisa em questão.

Entretanto, as reuniões deste movimento não mantêm uma periodicidade em função da distância entre as aldeias, falta de transporte e de apoio logístico. Esse fator, atrelado à falta de previsão de um novo encontro durante o período de coleta inviabilizou a utilização deste movimento como local de coleta, mas constituiu um importante ponto de partida para o início da pesquisa em função das participantes do movimento.

Outro fator decisivo para a escolha do local foram as constantes denúncias desta comunidade em relação ao sistema de saúde atual, principalmente em relação à assistência prestada às indígenas grávidas (GUAJAJARA, 2012).

5.3 População

Tenetehara é uma palavra composta pelo verbo “ten” (ser), seguido do qualificativo “ete” (intenso, verdadeiro) e terminada com “hara” (aquele, o), correspondente ao “ser íntegro”, à “gente verdadeira”. Composição que exprime orgulho e uma posição singular, enquanto que *Guajajara* significa “donos do cocar” (GOMES, 2002).

Os *Tenetehara* estão divididos em dois subgrupos, os *Tembé* que habitam as Terras Indígenas (TI) de Alto Guamá, junto ao rio Gurupi, no Pará, e os *Guajajara* que vivem em TI no Maranhão.

Segundo a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), os *Guajajara* são uns dos povos indígenas mais numerosos do Brasil, composto por 18.342 habitantes, distribuídos em 11 Terras Indígenas na margem oriental da Amazônia, todas situadas no Maranhão (BRASIL, 2013b).

Vivem em regiões consideradas “florestas de transição”, pois habitam o limiar entre floresta amazônica e cerrado. Atualmente, embora suas terras estejam demarcadas, esta população não está livre de conflitos com madeireiras e carvoeiras regionais (RIBEIRO, 2009).

A TI Araribóia pertence aos povos indígenas *Guajajara* e *Guajá*, possui área oficial de 413.288 hectares, distribuída entre os municípios de Buriticupu, Arame, Amarante do Maranhão, Bom Jesus das Selvas, Grajaú e Santa Luzia. A etnia *Guajajara* representa quase 80% da população abrangida pelo DSEI do Maranhão. Em Arame, a população indígena é estimada, segundo o IBGE, em 2.512 habitantes. Porém, segundo os dados do DSEI, o município de Arame possui 4.227 habitantes indígenas e 25 aldeias.² Segundo dados ofertados pelo polo base de Arame, sob sua responsabilidade, estão aproximadamente 4.139 indígenas dispostos em 97 aldeias (IBGE, 2012; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015a).

Nas aldeias, o *Guajajara*, língua do tronco linguístico *Tupi-Guarani*, é falado como primeira língua, enquanto o português tem a função de língua de contato, que é entendida pela maioria. Desconhece-se a situação sociolingüística dos *Guajajara* que moram nas cidades (BRASIL, 2013b).

Durante a pesquisa observou-se que o português é de domínio dos homens; as mulheres mais jovens, em sua maioria, eram bilíngues, comunicavam-se com a pesquisadora em português; já as mais idosas falavam apenas a língua nativa, sendo necessário o auxílio de um intérprete bilíngue.

As casas, majoritariamente, são feitas de palha e de barro, em um tipo de habitação que se assemelha muito aos povoados do interior do Estado. A maioria das casas não possui banheiro e a água utilizada costuma ser proveniente de poços artesianos. A energia elétrica não está presente em todos os domicílios e a comunicação com o polo de saúde e entre as aldeias é precária, visto que das 97 aldeias apenas 4 possuem orelhão e não há

² Os dados divergem entre as fontes. Essa diferença ocorre em função de diferentes métodos utilizados para a obtenção de dados. A FUNAI e a FUNASA, por exemplo, trabalham apenas com as populações indígenas reconhecidas e registradas por elas, geralmente as populações habitantes de aldeias localizadas em terras indígenas reconhecidas oficialmente. O IBGE utilizou o método de auto-identificação para chegar aos seus números. Além disso, ainda existem povos indígenas brasileiros que estão fora desses dados, inclusive os do IBGE, e que são denominados “índios isolados”, ou índios ainda em vias de reafirmação étnica após anos de dominação e repressão cultural.

sistema de rádio implantado. Pouquíssimos indígenas possuem aparelho de celular e não há sinal telefônico na grande maioria das aldeias.

Na maioria dos casos, os domicílios são habitados por 3 a 15 pessoas entre filhos (as) e parentes. Quanto à atividade laboral, destaca-se o trabalho doméstico e a agricultura de subsistência (roçado). A renda pessoal das índias é proveniente, basicamente, dos programas de transferência direta da renda do Governo Federal (Bolsa Família e Bolsa Escola), pensão, aposentadoria e da produção artesanal: destaque para redes feitas em tear manual, bijuterias com penas de aves e miçangas.

O transporte é limitado, dependendo do transporte informal, que não tem horário definido, e de motocicleta, quando algum indígena a possui. A maioria das aldeias se encontra a quilômetros de distância uma das outras e do centro de Arame, onde está localizado o polo base e o hospital/maternidade da cidade.

É muito comum encontrar nas aldeias animais selvagens, principalmente macacos e araras que, na maioria das vezes, estavam presos por correntes, seja dentro de casa ou em árvores.

Fato curioso é que a maioria dos *Guajajara* se considera pertencente à crença evangélica e são poucos entre eles que tem certeza de suas idades. A maioria aparenta ter menos idade do que o registrado nos documentos de identidade, sendo raro observar cabelos brancos, mesmo entre os mais velhos.

5.4 Amostragem

Sob o ponto de vista qualitativo, os princípios de definição amostral se baseiam na busca de “aprofundamento e de compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação.” (MINAYO, 1993, p. 102).

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, utilizou-se uma amostragem não probabilística intencional, que priorizou os sujeitos que possuíam os atributos que se desejava conhecer, no caso em questão: parteiras, lideranças indígenas e índias que já tinham engravidado ou que estavam grávidas durante o período de coleta, bem como seus familiares.

A seleção dos integrantes deu-se da forma mais diversificada possível, na tentativa de conceber a representatividade dos mesmos, melhorar a qualidade das informações e de possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças.

Dos 4.139 indígenas dispostos em 97 aldeias, participaram da pesquisa 54, de 23 aldeias, das quais 12 foram visitadas; nas demais o contato ocorreu durante os encontros

realizados na aldeia que foi o ponto de partida da pesquisa. Foram analisadas aproximadamente 29 horas de conversas transcritas com 54 indígenas, dos quais 37 foram entrevistados e 17 apenas conversas informais em situações diversas, conforme descreve o quadro abaixo.

Quadro 1- Participantes da pesquisa.

Classificação	Número de pessoas entrevistadas	Número de conversas informais	Total
Caciques	09	01	10
Parteiras	16	05	21
Gestantes	07	02	09
Mulheres	05	06	11
ASI	-	01	01
Enfermeira do polo	-	01	01
Enfermeira do Hospital	-	01	01
Total	37	17	54

Fonte: Autor da pesquisa (2015)

Das 09 gestantes ouvidas, 03 gestavam pela primeira vez e tinham entre 15 e 16 anos. As demais tinham idades que variavam de 20 a 40 anos e estavam entre a segunda e décima segunda gravidez.

As parteiras ou aprendizes tinham entre 38 e 98 anos; todas já eram mães e tinham tido entre 04 e 16 filhos. Todas passaram pela experiência de parir na aldeia e apenas 06, por motivos de necessidade, pariram no hospital, 03 delas por via cesariana. As mulheres tinham idades que variavam de 23 a 40 anos e tiveram entre 02 e 14 filhos.

A idade das mulheres variou de 15 a 98 anos, evidenciando-se a diversidade do perfil e das gerações das pessoas entrevistadas na presente pesquisa. Observou-se, ainda, que entre a população estudada havia tetravós, bisavós, avós e mães de uma mesma família, constatação relevante, uma vez que permite a identificação de comportamentos vivenciados em diferentes momentos do ciclo de vida nessa comunidade.

A seleção das entrevistadas ocorreu inicialmente por meio de indicação de informantes gerais e lideranças locais. Durante as entrevistas, eram indicados novos candidatos adequados ao desenvolvimento da pesquisa.

Considerou-se suficiente o tamanho da amostra, após a verificação de reincidência das informações, quando as mesmas garantiam já o máximo de diversificação e abrangência, não desprezando informações singulares.

Não foi feita nenhuma discriminação quanto ao gênero, grupos sociais ou faixa etária dos sujeitos, desde que as gestantes menores de idade tivessem autorização dos responsáveis e que os participantes não apresentassem déficit cognitivo que prejudicasse o desempenho da pesquisa.

5.5 Critérios para seleção dos participantes

5.5.1 Critérios de inclusão

Ser indígena *Guajajara* da TI Araribóia, na área de abrangência do polo base de Arame.

Consentir em participar da pesquisa.

Estar ou já ter estado grávida, independente da faixa etária; e/ou

Ser ou já ter sido parteira, independente da faixa etária; e/ou

Ser ou já ter sido líder da comunidade, independente da faixa etária; e/ou

Ter acompanhado o trabalho de parto/parto de indígena aldeia ou no hospital, independente da faixa etária; e/ou

Ser voluntário (s) disposto (s) a discorrer sobre o processo.

5.5.2 Critérios de não inclusão

Não aceitar participar da pesquisa;

Gestantes menores de idade que não tiveram autorização dos responsáveis;

Apresentar déficit cognitivo que prejudicasse o desempenho da pesquisa.

Não se enquadrar nos critérios de inclusão.

5.6 Coleta de dados

Os instrumentos de pesquisa adotados foram: observações sistemáticas, direcionadas por um roteiro de observação (APÊNDICE A) e registradas em diários de campo; entrevistas semi-estruturadas, em formato de conversas informais (APÊNDICES B, C e D); registro áudio-visual, quando autorizado pela comunidade (APÊNDICE E).

No diário de campo foram anotados, de forma mais minuciosa possível, os acontecimentos ocorridos em campo, assim como as impressões subjetivas decorridas destes

acontecimentos. Os dados foram redigidos em forma de relatório após cada visita na comunidade.

Também foram considerados os dados obtidos em conversas informais com integrantes da comunidade, pois assuntos que inicialmente poderiam não interessar a pesquisa em outros momentos poderiam trazer informações valiosas que pudessem ajudar a compreender o processo estudado.

A entrevista semi-estruturada combinou perguntas abertas e fechadas, em que o informante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto sem se prender à indagação formulada (MINAYO, 1993).

As técnicas de entrevista semi-estruturada tiveram como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas também são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador abordar assuntos mais complexos e delicados (BONI; QUARESMA, 2005).

Desta forma, durante as entrevistas, buscou-se conversas descontraídas, de modo a deixar os entrevistados à vontade para discorrerem sobre o tema principal de cada categoria. As mulheres foram estimuladas a falar sobre suas experiências de parto, tanto dos seus filhos quanto de outras mulheres, das quais já tinham acompanhado. Os caciques foram estimulados a discorrer sobre a situação atual da sua comunidade em relação à gravidez e ao parto. As parteiras foram estimuladas a falarem sobre os partos que acompanharam. Somente após a exposição, caso durante a fala não fossem contemplados todos os dados que contam no formulário (APÊNDICES B, C e D), eram aplicadas perguntas específicas sobre os aspectos não abordados na fala.

5.7 Etapas da pesquisa

Na primeira etapa da pesquisa foram reunidos dados etnográficos para construir um cenário diagnóstico. Durante as visitas à comunidade, foram realizadas observações sistemáticas, que foram direcionadas por um roteiro de observação e registradas em diários de campo na tentativa de traçar um panorama da situação social da comunidade estudada.

As visitas informais já previstas no projeto entregue ao comitê de ética foram realizadas enquanto aguardavam-se os trâmites ético-legais para o desenvolvimento do estudo

e estão descritas no (APÊNDICE F). Por meio delas foi possível aprofundar o conhecimento sobre a população.

No total, foram realizados 03 encontros. A atividade grupal ocorreu na Aldeia Nova, considerada o ponto de partida para a coleta e para convite de outras aldeias, em função da influência que tem sobre as outras aldeias, principalmente a presidente do “movimento de mulheres.” Os encontros, além da presença de caciques, gestantes e parteiras, sempre contavam com a presença de muitas crianças, que brincavam o tempo todo durante nossas conversas.

Todas as aldeias foram convidadas pelos próprios indígenas. As aldeias que tinham interesse enviavam seus representantes. Em função da distância entre elas, contou-se com o transporte e motorista cedidos pela Universidade Federal do Maranhão. Os integrantes eram estimulados a relatar a situação atual de atenção à saúde das mulheres indígenas no período da gravidez, parto e pós-parto. O detalhamento dos participantes dos encontros está exposto no quadro abaixo.

Quadro 2 - Participantes dos encontros grupais.

Classificação	Número de aldeias	Número de caciques	Número de parteiras	Número de mulheres/gestantes	Total de participantes
1º encontro	07	06	07	10	23
2º encontro	15	06	16	12	34
3º encontro	15	08	19	11	38

Fonte: Autor da pesquisa (2015)

Ainda nessa etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas, realizadas com os principais atores do processo de gestar e parir: índias gestantes durante o período de coleta, bem como seus familiares, parteiras e lideranças indígenas.

Após as análises baseadas nos dados etnográficos dos primeiros contatos com os interessados, foi possível estreitar a investigação e conhecer a realidade do processo de gestar e parir desta comunidade, para somente então identificar as expectativas, e as situações-problema.

As informações coletadas serviram para que a pesquisadora pudesse ter uma visão parcial da realidade daquela comunidade e para que pudesse direcionar e validar a investigação que aconteceria posteriormente.

Em cada encontro era explicado o intuito de se realizar a presente pesquisa, eram orientados sobre os benefícios e riscos referentes à mesma e, depois de verificado interesse, era solicitada autorização das aldeias para posterior coleta.

Observou-se o interesse de boa parte das parteiras que se apresentavam com a intenção de conquistar o reconhecimento profissional pelos seus trabalhos e, consequentemente, a remuneração pelos seus serviços.

5.8 Análise dos dados

A maior preocupação da etnografia é obter uma descrição, a mais completa possível, do que um grupo específico de pessoas faz, e o significado das perspectivas imediatas que elas têm do que elas fazem (MATOS, 2001).

Desta forma, a análise dos dados envolveu a interpretação de significados e de função das ações humanas; assumiu o formato descritivo e interpretativo. As poucas análises quantitativas que foram incluídas adquiriram, nesta pesquisa, um papel acessório e complementar.

Após a transcrição e leitura exaustiva das entrevistas e das anotações do diário de campo, que foram analisados em conjunto, obteve-se uma descrição holística, criteriosa e detalhada.

Por se tratar de um material vasto, para facilitar a análise dos dados, todas as informações foram agrupadas de acordo com as situações vivenciadas, sendo categorizados em: gestação, parto, pós-parto, e avaliação *Guajajara* sobre o sistema de saúde indígena. A categoria “parto” foi subdividida em “parto na aldeia”, “parteiras” e “parto no hospital.” Isso devido o número excessivo de informações que fora obtido.

Uma vez elaboradas as inferências, retornou-se aos sujeitos e informantes-chaves para sua validação, buscando assim dados que pudessem confirmar, refutar ou complementar cada uma delas. Percebe-se, portanto, que a análise dos dados ocorreu de maneira circular.

5.9 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Esta pesquisa considerou o que dispõe a “Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)”, sendo submetida à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos sob o protocolo de número 866.682.

Diferentemente de estudos que envolvem seres humanos desenvolvidos em organizações de saúde, as normas para a pesquisa com povos tradicionais indígenas, no Brasil, exigem, além da aprovação no comitê de ética, a anuência da comunidade por intermédio de suas lideranças ou organizações de controle social local e de distrito, e, posteriormente, aprovação pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A interculturalidade e outras características específicas da comunidade foram respeitadas, sem qualquer prejuízo físico, psicológico ou moral às pessoas envolvidas na pesquisa.

Apresentaram-se às lideranças locais e aos participantes da pesquisa os objetivos e a metodologia da pesquisa, para solicitação de seus consentimentos por escrito, através da assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE” (APÊNDICE G), e/ou da impressão digital do mesmo para os que não sabiam escrever. Não houve recusa por parte de nenhuma liderança local.

No TCLE constavam as seguintes informações: justificativa e objetivos da pesquisa, liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa e garantia de anonimato dos sujeitos pesquisados durante e após a realização do estudo.

Nenhuma informação que permitia identificar os sujeitos pesquisados foi ou será divulgada, de forma a garantir a privacidade das informações e o anonimato dos sujeitos da pesquisa, utilizando-se os dados obtidos exclusivamente para os propósitos da mesma.

A identidade dos sujeitos do estudo foi preservada. Adotaram-se pseudônimos escolhidos pela pesquisadora que servirá para a identificação dos discursos. Para as mulheres optou-se por nome de flores, pois representam a feminilidade, e para as aldeias foram adotados nomes de madeiras, em função da relação conflituosa que há entre as aldeias e os madeireiros que atuam nas regiões.

Por exigir uma estrutura de relação participativa entre pesquisador e pessoas da situação investigada, antes de iniciar a coleta foram realizadas visitas informais na comunidade no intuito de criar uma maior aproximação com os moradores.

6 REVISÃO DE LITERATURA

6.1 Saúde indígena

6.1.1 Trajetória das Políticas Públicas de Atenção a Saúde Indígena no Brasil

O primeiro órgão de Estado criado para proteger e assistir aos índios foi o “Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPILTN)”, em 1910, através do Decreto nº 8.072, que, posteriormente, ampliou suas atribuições, criando um serviço de saúde para as populações indígenas, e passou a se chamar “Serviço de Proteção ao Índio (SPI).” Antes da implantação desses órgãos, tradicionalmente, a assistência aos povos indígenas era prestada ocasionalmente por missionários (MARTINS, 2013).

É a partir do SPILTN que as populações indígenas tornaram-se foco de políticas públicas, pois se inicia um processo de intervenção, por parte do Estado, voltado para atender, entre outras problemáticas, a saúde indígena (BERNARDES, 2011).

A assistência à saúde era desorganizada e esporádica, inserida no processo de pacificação, e restrita às ações de cunho emergencial, ao controle de nascimentos e óbitos. A distribuição de medicamentos e a assistência médica eram restritas aos Trabalhadores Nacionais.³ (BRASIL, 2004d; BRASIL, 1911).

Com a criação do Ministério da Saúde na década de 50, foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aerotransportadas (SUSA), objetivando a execução de ações emergenciais de saúde às populações indígena e rural em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para vacinações, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO – CIMI, 2013).

A assistência prestada pelo SPILTN permaneceu até 1967, quando o órgão foi extinto e substituído pela FUNAI que, baseada no modelo de atenção do SUSA, criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que existiram até a década de 70, compostas por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, um bioquímico, um motorista ou piloto de barco e, eventualmente, um intérprete indígena, que realizavam visitas esporádicas às comunidades

³ Segundo o decreto nº 9.214 de 15 de dezembro de 1911 poderiam ser considerados “Trabalhadores Nacionais” apenas aqueles chefes de família ou homens solteiros com mais de 21 anos de idade e menos de 60, que fossem trabalhadores agrícolas com capacidade física e psíquica para o trabalho, absoluta moralidade, não tendo cometido crime de qualquer natureza.

indígenas, prestando assistência médica especialmente em situações emergenciais e supervisionavam os trabalhadores locais de saúde, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (BRASIL, 2004d; BUCHILLET, 2007; CIMI, 2013).

Como afirma Adorno e Varga (2001, p. 10):

Essa política tutelar centralizadora resultou em um modelo de atenção estritamente "volante", emergencial e assistencialista, sem espaço para uma discussão sobre a coexistência e as perspectivas de integração com as práticas culturais de saúde dos grupos assistidos, sem articulação com o sistema de saúde de estados e municípios. Talhadas para situações emergenciais, as EVS realizavam ações rápidas e pontuais, de resolutividade logisticamente limitada.

A responsabilidade do Estado foi reafirmada no Estatuto do índio, Lei 6.001, de 19 de dezembro de 1973, que assegurou a eles: o regime geral da Previdência Social, os meios de proteção à saúde, facultados à comunhão nacional, e especial assistência dos poderes públicos em estabelecimentos a esse fim destinados (BRASIL, 1973; CONFALONIERI, 1989).

Até a segunda metade da década de 70, o movimento indígena não se articulava nacionalmente. Apesar de algumas experiências de aliança, a comunicação entre os movimentos indígenas só começou a se fortalecer no final dos anos 70, originando um movimento de alcance nacional, concomitante com o Movimento pela Reforma Sanitária que culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, a primeira a contar com a participação popular e na qual foi definida a necessidade de realização da 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (VARGA, 2005).

A realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (I CNPSI) poderia ser considerada o marco inicial da política de saúde indígena, atualmente em curso, e, talvez, um dos primeiros a contar com a presença de lideranças indígenas, mesmo sem a representação de todos os Estados brasileiros. O objetivo explícito da conferência era formular uma política de atenção à saúde indígena, então a cargo da FUNAI (GARNELO, 2004; VARGA; ADORNO, 2001).

De acordo com as deliberações aprovadas, os povos indígenas deveriam ter garantidos o acesso universal e integral à saúde e a participação em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações desenvolvidas. Este modelo de assistência específico e diferenciado lançou as bases para a implantação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), sob a gestão direta do Ministério da Saúde (CIMI, 2013).

Até o final da década de 90, a falta de uma política de saúde direcionada à população indígena dificultava o acesso dessa população aos serviços de saúde e, conseqüentemente, os indicadores de saúde não eram favoráveis. A população indígena era acometida por infecções respiratórias e intestinais, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças passíveis de prevenção pela vacinação, evidenciando a falta das ações sistemáticas e contínuas de atenção básica à saúde (PELLEGRINI, 2000).

O processo de formulação de uma política nacional de saúde para os povos indígenas que tentasse reverter esse quadro de desassistência foi retomado em 1988, com a nova Constituição Brasileira que, além de definir os princípios gerais do SUS, posteriormente regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, estabelecendo a competência privativa da União para legislar e tratar a questão indígena (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2004d).

Até 1991, a política de atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil era essencialmente assumida pela FUNAI, que enfrentou a carência crônica de recursos financeiros, a precariedade da infraestrutura, a falta de planejamento e de promoção das ações, a inexistência de um sistema de informação em saúde, a grande dispersão geográfica das comunidades indígenas, além da falta de preparo dos profissionais para atuar junto a comunidades culturalmente diferenciadas. De modo a remediar a falta de estrutura adequada de atendimento à saúde, a FUNAI, ao longo dos anos, assinou convênios com entidades governamentais e não governamentais, mas sem obtenção de situação sanitária satisfatória (BRASIL, 2004d; BUCHILLET, 2007; CONFALONIERI, 1989; INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL - ISA, 2014).

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os DSEIs como base da organização dos serviços de saúde. Como consequência, foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), com a atribuição de implementar o novo modelo de atenção à saúde indígena, subordinada à Fundação Nacional de Saúde (FNS),⁴ instituída pelo Decreto nº 100, de 16 de abril de 1991 (BRASIL, 2002a; BUCHILLET, 2007).

Com diz Varga e Adorno (2001, p. 13):

⁴ Desde a criação da Fundação Nacional de Saúde, todos documentos oficiais utilizavam a sigla FNS. A partir da edição do Decreto nº 4.409, de 04 de outubro de 2002, se encontra a utilização da sigla FUNASA. A modificação ocorreu para evitar confusão com o Fundo Nacional de Saúde que também utiliza a mesma sigla desde 1969, quando foi criado.

O período após a transferência das atribuições da FUNAI para os Ministérios foi conturbado por disputas políticas acirradas com os demais Ministérios e instituições envolvidos, pelo retorno, para seu âmbito, dessas competências e, sobretudo, da parcela do orçamento da União a elas correspondentes o que repercutiu diretamente sobre as ações em campo, prejudicando a necessária integração interinstitucional em sua execução, ocasionando casos frequentes de duplicidade e desperdício de recursos.

De 25 a 27 de outubro de 1993, realizou-se em Luziânia/GO a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas (II CNSPI), que definiu que o modelo assistencial para atenção à saúde indígena teria como base os DSEIs, decisão somente legalizada em 1999, com a “Lei Arouca” nº 9.836 (BRASIL, 1993; BRASIL, 1999a).

Em sentido oposto ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, em 19 de maio de 1994, o Decreto Presidencial nº 1.141/94 devolve a coordenação das ações de saúde à FUNAI e a partir da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio” atribuía à FUNAI responsabilidade pelo aspecto curativo, ou seja, pela assistência sanitária nas áreas indígenas e ao Ministério da Saúde, a responsabilidade de “executar ações de prevenção em saúde, controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico, capacitação de recursos humanos, imunização, além de outros programas do MS como o controle de DST/AIDS, da tuberculose, da cólera e outros, em forma diferenciada.” (BUCHILLET, 2007, p. 8).

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações de forma fragmentada e conflituosa, o que resultou em condições ainda mais precárias para a população indígena, a ponto de a “Comissão Intersetorial de Saúde Indígena do Conselho Nacional de Saúde (CISI/CNS)” solicitar a intervenção do Ministério Público Federal (MPF) (6ª CÂMARA DE COORDENAÇÃO E REVISÃO - CCR) em razão da omissão do governo federal em implementar uma política adequada de assistência à saúde indígena (BRASIL, 2002a; BUCHILLET, 2007).

A audiência pública realizada em novembro de 1997 concluiu que a responsabilidade estabelecida na Constituição Federal pela atenção à saúde indígena era do Ministério da Saúde no âmbito federal, e que “a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência configurava ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes.” (CIMI, 2013, p. 11).

Como resultado das reivindicações, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNASPI), que tem o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde contemplando a sua diversidade, o qual

deve ser arranjado em três níveis: a atenção nas próprias aldeias em postos de saúde, o referenciamento ao polo base e, por fim, à rede de serviços do SUS (BRASIL, 2002a).

Para suprir a necessidade de reformulação da gestão da saúde indígena no país, demanda reivindicada pelos próprios indígenas durante as Conferências Nacionais de Saúde Indígena, em agosto de 2010 com a Lei nº 12.314/2010, foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) no âmbito do Ministério da Saúde, que, para executar suas ações, conta com 03 departamentos: Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Atenção à Saúde Indígena (DASI), Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI); 34 DSEIs; polos base; Casas de Saúde Indígena (CASAIS) e postos de saúde (BRASIL, 2015).

Mais recentemente, em 2014, foi sugerido pelo governo um novo modelo de gestão da saúde indígena com a criação de um Instituto Indígena de Saúde (INSI), o qual ficaria responsável pela execução das ações que integram a PNASPI, definida pela SESAI, que deixaria o papel executor para ganhar uma dimensão de gestão. O projeto foi idealizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Segundo a proposta, trata-se de um instituto público, regido pelas normas do direito privado (BRASIL, 2014b).

6.1.2 Políticas Públicas de Atenção a Saúde da Mulher Indígena

A saúde reprodutiva indígena é marcada por formas distintas de organização social, pela constituição cultural da família, pelas regras de casamento e de residência, pelos padrões de idade da menarca e da menopausa, pelo casamento e nascimento do(a) primeiro(a) filho(a), pelas normas relativas à concepção e contracepção, tempo de aleitamento, pela realização do parto, entre tantas outros, que influenciam a demografia dessas sociedades por meio da reprodução biológica, social e culturais desses povos (PAGLIARO; MENDONÇA; BARUZZI, 2009).

Entretanto, apesar de a saúde reprodutiva indígena ser marcada por formas distintas de organização sociocultural, até o momento não existem políticas e programas específicos para a saúde da mulher indígena que possa orientar os profissionais de saúde a atenderem esta população conforme suas peculiaridades. O que tivemos, ao longo dos anos, foram ações governamentais voltadas para a população feminina de forma geral que, de alguma forma, acabaram beneficiando populações diferenciadas (AZEVEDO, 2009; FERREIRA, 2013a).

Neste contexto o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1983, sob as influências do movimento feminista, é considerado como a “pedra fundamental” de uma nova lógica para se pensar a assistência à saúde da mulher. Foi a partir do PAISM que a perspectiva de gênero passou a ser incorporada na prática da gestão e da atenção à saúde das mulheres (FERREIRA, 2013a; VENTURA, 2006).

Essa proposta rompia com a preocupação restrita da saúde materno-infantil na perspectiva do nascimento e da família, e incorporava ações voltadas para além do ciclo gravídico-puerperal, introduzindo um plano de assistência integral à mulher em todas as fases de sua vida, que abarcava, inclusive, as questões ligadas ao exercício da sexualidade e da autonomia reprodutiva feminina (BRASIL, 1984).

A rearticulação da organização das mulheres e a retomada do tema Saúde da Mulher, na agenda governamental, só ocorreram a partir de 1995, como resultado da Conferência do Cairo, realizada em 1994 (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007; SOUTO, 2008).

Em janeiro de 1994, mulheres indígenas representantes de vários povos e países das Américas se reuniram na cidade do Rio de Janeiro, para participar da Conferência Internacional da Saúde da Mulher – evento de preparação para a “Conferência Internacional da População e Desenvolvimento das Nações Unidas,” que aconteceu em Cairo, em setembro daquele mesmo ano. Elas fizeram uma declaração pontuando as ligações fundamentais entre a saúde reprodutiva e justiça social, e destacaram a impossibilidade de se separar saúde dos direitos humanos. Com isso, apresentaram um entendimento abrangente da reprodução como algo inseparável dos direitos legais, educacionais, econômicos e políticos (CONKLIN, 2004).

A “Conferência Internacional de População e Desenvolvimento”, realizada no Cairo, também foi um importante marco rumo à superação da visão instrumental da mulher e da reprodução, pois viabilizou a incorporação da perspectiva de gênero. Constituiu um marco na politização do tema da saúde reprodutiva, superando a ênfase tradicional em controle de natalidade e vinculando a discussão à multisetorialidade, à superação das desigualdades sociais e à participação democrática qualificada e informada (COIMBRA Jr.; GARNELO, 2004).

Mesmo o Ministério da Saúde tendo assumido, desde 1999, com intermédio da FUNASA, a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, apenas em 2004, com a implementação da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), foi que a mulher indígena foi incluída nas ações de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2004b).

Tal política é baseada nos princípios e diretrizes do SUS: busca promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras em todos os ciclos de vida e propõe que sejam introduzidas na rede pública ações que dizem respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que diz respeito às suas especificidades, que além de mulheres indígenas inclui: mulheres negras, mulheres em situação de prisão, com deficiência, trabalhadoras do campo e da cidade, as homossexuais, as no climatério/menopausa e na terceira idade (BRASIL, 2004b).

Um dos objetivos do PNAISM é promover a atenção à saúde da mulher indígena implantando a atenção integral à saúde delas, em 100% dos polos base. Como estratégia propõe apoiar técnica e financeiramente a capacitação de profissionais de saúde dos distritos sanitários especiais e a capacitação de profissionais para atuarem como multiplicadores em treinamentos de parteiras indígenas (BRASIL, 2004b).

Entretanto, apesar de o Ministério da Saúde assumir, desde 2004, com o PANAISM que “é fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para essas mulheres, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas”, (BRASIL, 2004c, p. 55) e apesar, também, dos ensaios das instâncias gestoras do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para elaborar uma política pública específica para atender esta população, até hoje, dez anos depois, nada foi efetivado (AZEVEDO, 2009; FERREIRA, 2013a).

Da mesma forma, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), que se baseia na PNAISM, apesar de reconhecer a precariedade dos serviços prestados às indígenas, bem como a insuficiência dos dados epidemiológicos para caracterizar a situação de saúde destes povos, não remete à necessidade de articulação dos mesmos com os sistemas tradicionais indígenas de saúde, como forma de qualificar a atenção à saúde da mulher indígena (FERREIRA, 2013a).

Nem a própria Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), instituída em 2002 para compatibilizar os direitos diferenciados constitucionalmente garantidos aos povos indígenas à Lei Orgânica da Saúde, por sua vez, não menciona as questões inerentes à relação entre gênero e saúde (FERREIRA, 2013b).

Essas demandas já vêm sendo apontadas há anos, a exemplo dos resultados dos encontros com mulheres indígenas. O “I Encontro das Mulheres Indígenas da Amazônia Brasileira”, realizado em junho de 2002, em Manaus, apresenta, em seu documento final, uma série de considerações e demandas relativas à necessidade de adoção de políticas específicas

de saúde para as mulheres indígenas como: a ampliação da participação delas como agentes Indígenas de Saúde e como professoras, a capacitação de mulheres indígenas para trabalhar com exames ginecológicos, além do aprimoramento de todas as parteiras indígenas, acompanhadas de auxiliares (COORDENAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES INDÍGENAS DA AMAZÔNIA BRASILEIRA - COIAB, 2002; VENTURA, 2006).

Outro encontro com resultado similar foi realizado em 2005, pelo Departamento de Saúde Indígena da FUNASA, a “Oficina de Mulheres Indígenas sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher Índia” em Brasília. O evento contou com 52 participantes das quais 23 eram mulheres indígenas de diferentes etnias; teve como objetivo debater os problemas de saúde inerentes a seu segmento populacional para implementação da atenção à saúde da mulher indígena. As lideranças indígenas reivindicaram maior participação feminina na elaboração das estratégias de ação e de políticas públicas voltadas para a assistência à mulher indígena (BRASIL, 2004d).

Os principais problemas de saúde identificados nesta oficina pelas indígenas foram: a falta de assistência à gestante e de realização do pré-natal; a desnutrição de mulheres e de crianças; a mortalidade por câncer de colo uterino e de mama; a dificuldade de se fazer o tratamento das DSTs em mulheres e homens; o alcoolismo e o uso de drogas; a violência contra a mulher e a prostituição; a pequena participação da mulher indígena nas instâncias de controle social; e o número pequeno de mulheres indígenas atuando como agentes Indígenas de Saúde (FUNASA, 2004d).

A vergonha que as mulheres indígenas sentem ao serem atendidas por profissionais de saúde homens foi uma das preocupações levantadas pelas representantes. No geral, as mulheres indígenas têm dificuldades em falar sobre seus problemas de saúde para um homem, seja indígena ou branco, especialmente se estes problemas estiverem relacionados à saúde sexual e reprodutiva. Para amenizar as dificuldades existentes nessa situação elas propuseram a contratação de Agente Indígena de Saúde (AIS) mulheres. As lideranças indígenas reivindicaram a criação de espaços para a maior participação das mulheres na elaboração das estratégias de ação e das políticas públicas voltadas para a assistência à mulher indígena (FERREIRA, 2013a).

Na população aldeada, questões relacionadas à saúde reprodutiva não costumam ser trazidas à atenção dos profissionais de saúde não indígenas. A demanda por cuidados pré-natais e nos partos costuma ser baixa, sendo este um campo pouco medicalizado, que as sociedades indígenas rionegrinas parecem preferir manter sob seu próprio controle, remetendo

aos serviços de saúde apenas uma pequena parcela de complicações de parto e puerpério (COIMBRA Jr.; GARNELO, 2004).

Observa-se também que, apesar dos avanços, as práticas de cuidado dirigidas as mulheres indígenas, muitas vezes são orientadas pelo modelo biomédico, que nem sempre considera as especificidades femininas, especialmente aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva em seu sentido mais amplo (COELHO et al., 2009).

As políticas direcionadas a esse segmento social, em consonância com os direitos diferenciados desses povos, devem considerar as mulheres indígenas como sujeitos relacionais inscritos em contextos particulares e imersos em sistemas de parentescos que organizam as relações sociais. Ou seja, faz-se necessário considerar a mulher em relação com os homens (pais, irmãos, esposos, filhos), e a importância da complementaridade entre os gêneros no cuidado com a saúde e na fabricação de novos seres indígenas (FERREIRA, 2013a).

Pensar a saúde da mulher indígena é compreender as relações de gênero, geralmente pautadas no princípio da complementariedade dos papéis desempenhados entre indígenas, bem como em sociedades patriarcais ou matriarcais (FERREIRA, 2013a).

Para atenção integral à saúde da mulher e da criança indígena, ou seja, para traçar uma rede de cuidado integral e diferenciada, é necessário perceber as relações sociais como sendo as linhas que tecem e atam os nós em uma rede, é preciso conhecer os caminhos percorridos pelas mulheres que buscam atendimento próprio no SASI-SUS e que buscam atendimento para suas crianças, conferindo respeito às escolhas e fomentando a autonomia dos Povos (BRASIL, 2014a).

Nos últimos anos, com a instituição da estratégia Rede Cegonha⁵, em 2011, pode-se considerar um avanço o fato de os princípios desta rede enfocar como essenciais: o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; assim como a promoção da equidade. Além disso, a estratégia acolhe o direito à diversidade de modelos de assistência ao parto e ao nascimento coexistentes no Brasil, incluindo aquele que ocorre em domicílio indígena e que é assistido por familiares e/ou por detentores das práticas e saberes de cada povo (BRASIL, 2011a).

Assim, conceber um modelo de atenção humanizado pressupõe institucionalizar as rotas traçadas individual e coletivamente, pela usuária e pela comunidade, no processo de

⁵ A Rede cegonha, instituída pela Portaria MS/GM, nº 1.459, consiste nãoa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

cuidar da saúde reprodutiva e da saúde da criança, como também no processo de cuidar da saúde de todos da aldeia/comunidade indígena (BRASIL, 2014a).

Por todos os fatores já abordados aqui, constata-se que as mulheres indígenas compõem uma parte dessa população culturalmente diferenciada e que demandam a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. (FERREIRA, 2013b)

6.1.3 Sistemas de informação em saúde no contexto indígena

A produção de informação sobre a saúde indígena, bem como o acompanhamento e avaliação da PNASI, tem como base o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que foi criado em 2000 (BRASIL, 2002a).

Além de acompanhar e avaliar a estrutura, o processo e os resultados da atenção à saúde dos povos indígenas, o SIASI tem como objetivo subsidiar os órgãos gestores e de controle social quanto à indispensável compatibilidade entre o diagnóstico situacional dos problemas de saúde identificados e as prioridades estabelecidas nos níveis técnico, social e político, visando a coerência entre ações planejadas e efetivamente executadas (BRASIL, 2002a). Sabe-se que:

O fluxo das informações deve ser pactuado com os municípios de referência e/ou estados e os dados gerados nos serviços de referência da rede do SUS devem ser encaminhados para os distritos. Nas circunstâncias especiais, em que couber ao distrito viabilizar todo o serviço de assistência na sua área de abrangência, o mesmo repassará estas informações para os respectivos municípios e/ou estados, a fim de alimentar continuamente os bancos de dados nacionais. O acesso permanente ao banco de dados deverá estar assegurado a qualquer usuário. (BRASIL, 2002a, p. 17).

Entretanto, apesar do que foi preconizado em 2002 pela PNASI e diferentemente dos demais sistemas de informação em saúde no país, o SIASI mantém restrições de acesso ao sistema, que é de uso exclusivo dos gestores da política nacional de saúde indígena e dos profissionais que atuam no órgão gestor, o que inviabiliza sua consulta e utilização pelos usuários, pelas instâncias de controle social do SUS e por pesquisadores externos a estes órgãos de gestão (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; VARGA; VIANA, 2014).

É importante ressaltar que após a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação e da consequente portaria nº 1.583, de 19 de julho de 2012 “qualquer pessoa, natural ou jurídica, poderá formular pedido de acesso à informação às unidades do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas por meio dos respectivos

Serviços de Informação ao Cidadão.” Nessa regra inclui-se a FUNASA e seu respectivo sistema de informação (BRASIL, 2012a, p. 2).

Vale reforçar que a negativa de acesso às informações, objeto de pedido formulado às unidades do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, quando não fundamentada, sujeitará o responsável a medidas disciplinares, nos termos do art. 32 da Lei nº 12.527, de 2011 (BRASIL, 2012a).

Entretanto, outros importantes problemas e limitações são apontados na literatura acerca do referido sistema, tais como: os instrumentos de coleta, que deixam de contemplar variáveis importantes para a construção de um perfil epidemiológico; a capacitação dos recursos humanos; a ausência de interface com os demais sistemas nacionais de informação em saúde; a dificuldade de acesso às informações e a não utilização das informações para o planejamento das ações; dificuldades operacionais como a inexistência ou o mau funcionamento dos equipamentos (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007; VARGA; VIANA, 2014; VIANA, 2005).

Outro fator que merece destaque é que, apesar de ter sido concebido para funcionar em 09 módulos: demográfico, morbidade, imunização, saúde bucal, nutrição, acompanhamento à gestação, recursos humanos, infra-estrutura e saneamento, atualmente estão disponíveis no SIASI local apenas 04 módulos: demográfico, imunização, morbidades e saúde bucal (BRASIL, 2011b; SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Entre as potencialidades do sistema, destacam-se a sua simplicidade (pois é de fácil manuseio, podendo ser operacionalizado e analisado nas instâncias locais), a sua integralidade e as possibilidades de desagregações. O sistema disponibiliza dados sobre a composição das famílias, permitindo realizar a transferência de dados entre aldeias, ou até mesmo entre DSEI (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Apesar dos avanços do processo de implantação dos DSEIs, a precariedade das informações vem prejudicando a oferta de serviços de saúde resolutivos e adaptados às necessidades e peculiaridades da população indígena (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2003a).

A existência de registros epidemiológicos sistemáticos é de grande valia para fins do planejamento, implementação e avaliação de serviços e de programas de saúde. Informações confiáveis são também imprescindíveis para viabilizar análises sobre as múltiplas e complexas interrelações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e etnicidade (COIMBRA Jr.; SANTOS, 2001).

Outros institutos vêm colaborando para a obtenção de informações sobre a saúde indígena no Brasil. O ISA, por exemplo, disponibiliza dados populacionais sobre os povos indígenas no Brasil, como desagregação segundo etnia. Os dados do ISA derivam de levantamentos feitos nas aldeias por antropólogos, indigenistas e outros profissionais, mas não considera, por exemplo, a população indígena residente em cidades e os grupos indígenas ditos “reemergentes” (ISA, 2015).

Lima (2009) em estudo que objetivou analisar a política de informação no contexto da atenção à saúde indígena no Brasil, detectou que a mesma vem sendo implementada ao longo dos anos, centrada em um objeto de vigilância restrito, abrangendo eminentemente as doenças transmissíveis. Ele evidenciou, ainda, fragmentação e paralelismo de informação, quando comparados com os demais sistemas do SUS, seguindo fluxos e comandos distintos, o que dentre outros fatores, contribui para que a Política de Informação em Saúde Indígena não contemple a perspectiva da vigilância em saúde e atenda parcialmente às especificidades etnicoculturais (LIMA, 2009).

Observam-se, então, que as informações de saúde dos povos indígenas do país ainda carecem de adequações e de novas investigações que possam transformar essas informações em instrumentos de gestão, capazes de intervir positivamente nos quadros de saúde das populações e comunidades indígenas (VIANA, 2005).

Dessa forma, pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas, ainda mais se considerarmos a enorme diversidade sócio-cultural e de experiências históricas de interação com a sociedade nacional (COIMBRA Jr.; SANTOS, 2001).

Diversos autores têm apontado dificuldades na obtenção de informações confiáveis, de dados suficientes para elaboração de uma análise epidemiológica e caracterização consistente do perfil de saúde das populações indígenas no Brasil (COIMBRA JR., 2005; COIMBRA JR.; SANTOS, 2001; VARGA; VIANA, 2014).

O próprio Ministério da Saúde assume que não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e diversas organizações não-governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde aos povos indígenas. O que é agravado pela grande heterogeneidade de métodos de coleta desta informação entre os serviços do SUS (BRASIL, 2002a; VARGA; VIANA, 2014).

Uma das mais agravantes deficiências do sistema de informações em saúde é a não contemplação da identificação étnica e do domicílio do paciente indígena, entre outros

dados. O IBGE ao qual cabe produzir as informações demográficas oficiais do país - trabalha com um conceito de população indígena fundamentado no quantitativo dos cidadãos recenseados nesta categoria de “raça/cor” por autodeclaração ao longo dos Censos Demográficos de 1991, 2000 e 2010.

O mesmo, em tese, ocorreria no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do SUS do país. O que dificulta conhecer dados específicos sobre eventos vitais (nascimentos e mortes) e sobre as principais causas de adoecimento em nas diferentes etnias no Brasil (AZEVEDO, 2000; BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; VARGA; VIANA; BATISTA, 2013).

A inexistência de estatísticas básicas e confiáveis enfraquece politicamente a saúde indígena e gera um potencial desperdício dos já escassos recursos. Esse quadro de “invisibilidade” da saúde indígena tem profundas implicações sobre o aperfeiçoamento de uma política de saúde para as populações indígenas no país, assim como o planejamento, a definição de orçamentos e a avaliação de programas e de serviços de saúde, garantindo às populações indígenas uma possibilidade de acesso mais equitativo aos serviços no SUS (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

A escassez de informações em saúde dos povos indígenas no Brasil é uma condição que persistiu em diversos momentos históricos, apesar das mudanças periódicas de atores político-institucionais responsáveis pela gestão dessa política setorial. Embora relevantes, os dados disponíveis são fragmentários e expressam situações particulares que não possibilitam uma visão de conjunto das condições de vida e situação de saúde dos grupos étnicos (GARNELO; BRANDÃO; LEVINO, 2003).

Apesar das limitações em obter dados sobre a saúde indígena, tentou-se retratar nos subcapítulos seguintes a realidade da saúde indígena nos tempos atuais.

6.1.4 Saúde indígena atual

Atualmente, apesar dos convênios bilionários feitos pela FUNASA para atender à saúde indígena de forma complementar e da parceria com o “Programa Mais Médicos”, o subsistema de atenção à saúde indígena tem recebido avaliações negativas e têm sido recorrentes os discursos de atendimento descontínuo e de baixa qualidade, a elevada rotatividade e/ou falta de profissionais, a escassez de materiais e equipamentos, a descontinuidade no fluxo de recursos financeiros repassados para os DSEIs e problemas

logísticos que dificultam o deslocamento dos profissionais para atuar com regularidade nas aldeias (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; VARGA; VIANA; BATISTA, 2013).

Mesmo limitados, os dados disponíveis demonstram que a qualidade no atendimento prestado nos DSEIs é insatisfatória e que agravos à saúde que poderiam ser resolvidos nas aldeias e polos-base continuam sendo encaminhados para as cidades, onde as unidades de referência também oferecem serviços de baixa qualidade, além do mais, possuem longas filas de espera e frequentemente recusam-se a tratar os indígenas. Essas remoções superlotam as Casas de Saúde Indígena e oneram desnecessariamente as famílias indígenas com remoções que interrompem suas rotinas de subsistência (GARNELO, 2012).

Pode-se afirmar que a fragmentação do cuidado nunca permitiu que se tivesse um olhar tripartite para a questão indígena na saúde, garantindo a assistência sem perder o respeito à diversidade cultural e estabelecendo regras justas de financiamento. Ou seja, a inserção da saúde indígena no SUS ainda não aconteceu de forma satisfatória. O que é evidenciado nos dados disponíveis sobre saúde indígena, que embora precários, indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira em geral (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2014b).

Apesar da dificuldade de traçar um perfil epidemiológico para os povos indígenas no Brasil, os autores também são unânimes em afirmar que persistem os elevados níveis de mortalidade infantil, de doenças transmissíveis e outros agravos ligados à má qualidade das condições de vida das famílias indígenas (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012).

As elevadas taxas de mortalidade por causas externas também são indicativas de que os problemas sociais de maior complexidade, como o alcoolismo e a violência, têm contribuído cada vez mais com as estatísticas vitais. As doenças infecciosas e parasitárias, somadas às do aparelho respiratório, ainda representam as principais causas de adoecimento e morte de indígenas no país, o que certamente se relaciona às condições adversas de saneamento e habitação, diretamente associadas à baixa cobertura e qualidade dos serviços de saúde encontrada nas aldeias do país (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; VIANA, 2005).

Em relação à morbidade, verifica-se uma alta incidência de infecções respiratórias e gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, evidenciando-se um quadro sanitário caracterizado pela alta ocorrência de agravos que poderiam ser significativamente reduzidos com o estabelecimento de ações sistemáticas e contínuas de atenção básica à saúde, no interior das terras indígenas (BRASIL, 2002a).

Embora as doenças infecciosas continuem a ocupar um papel proeminente no perfil epidemiológico indígena no país, alguns autores apontam para um processo de transição epidemiológico no qual estas, que historicamente sempre tiveram papel de destaque, passam a dividir espaço com as doenças crônicas não-transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. A sobreposição de perfis epidemiológicos também se verifica na população brasileira em geral, mas é possível que seja mais intensa entre os povos indígenas. (BASTA; ORELLANA; ARANTES, 2012; COIMBRA JR., 2005).

Estudos mostram que a taxa de mortalidade por suicídio, na população indígena, foi mais do que o dobro da observada na população não indígena. Em algumas etnias chegando a apresentar taxas cerca de 40 vezes maior que a brasileira (OLIVEIRA; LOTUFO NETO, 2003; SOUZA; ORELLANA, 2012).

Ainda que estejam ausentes os elementos quali-quantitativos que nos permitam embasar uma análise epidemiológica mais abrangente e sofisticada, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil são precárias, colocando-as em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional. Tal situação de marginalidade é recorrente, nas mais diversas regiões das Américas (BRASIL, 2002a; COIMBRA JR., 2005).

Coimbra e Santos (2001) afirmam que o complexo quadro de saúde indígena está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais, atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas nas diversas regiões do país, ao longo do tempo.

Minorias étnicas e raciais no Brasil vivenciam situações de exclusão, marginalidade e discriminação que, em última instância, as colocam em posição de maior vulnerabilidade frente a uma série de agravos. Os dados e informações referentes à saúde indígena revelam problemas relativos à falta de acesso às condições adequadas de saneamento e moradia, à segurança alimentar, às políticas públicas de desenvolvimento social e econômico e às ações integrais de cuidados à saúde e são apenas alguns dos múltiplos reflexos decorrentes da persistência de desigualdades (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000).

6.1.5 Saúde da mulher indígena

A atenção à saúde no Brasil revela-se ainda mais precária quando analisamos a situação das indígenas que, assim como as mulheres negras, fazem parte de grupos populacionais que estão mais expostos a tratamentos inadequados e ações insuficientes de

cuidado e prevenção. A situação das mulheres indígenas agrava-se, ainda, pelo fato de constituírem um grupo bastante suscetível ao desenvolvimento de doenças e carências nutricionais, em função de alterações fisiológicas e hormonais ocorridas ao longo da vida. (VENTURA, 2006; FALÚ, 2006).

Se os dados gerais sobre a saúde indígena disponíveis são escassos, no contexto da saúde das mulheres índias as dificuldades são ainda maiores. Os autores que discorrem sobre este tema são unânimes ao indicar a precariedade dos conhecimentos epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, permanecendo uma lacuna no conhecimento dos determinantes sócio-culturais, ambientais e biológicos da saúde reprodutiva desta população, o que compromete tanto o debate sobre o tema, como o próprio planejamento da saúde (AZEVEDO, 2009; COIMBRA JR.; GARNELO, 2003; FERREIRA, 2013a; MONTEIRO; SANSONE, 2004).

As poucas pesquisas epidemiológicas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena tendem a ser restritas, enfocando particularmente as infecções sexualmente transmitidas ou o câncer ginecológico. Além disso, em sua grande maioria, tanto os estudos antropológicos, como os epidemiológicos, foram realizados dentre poucas etnias situadas na Amazônia, o que restringe a possibilidade de generalização (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

Tal configuração tem dificultado a realização de um diagnóstico preciso a respeito da qualidade de vida desta população e representa importante desafio ao delineamento de uma política de saúde reprodutiva, assim como de um programa universal que atenda a diversidade de demandas no campo da saúde reprodutiva da mulher indígena no país (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

Estes fatores são agravados pelo fato de que o SIASI, sistema responsável pela produção de informação sobre a saúde indígena, não contém as informações de nascimentos, variáveis básicas como peso ao nascer, “apgar” do recém-nascido, tipo de gravidez, número de consultas de pré-natal e número de filhos tidos anteriormente. Nas informações de mortalidade também não constam as variáveis como: o tipo de óbito, o total de ocorrência do óbito e as relacionadas à condição do óbito (VARGA; VIANA, 2014).

Um dos poucos dados conhecidos é referente aos altos níveis de fecundidade das mulheres indígenas. Dado este que difere entre as situações do domicílio desta população de forma que as indígenas residentes fora das terras acompanham o padrão da população não indígena, com uma baixa fecundidade (IBGE, 2012).

Os pouquíssimos estudos disponíveis revelam também um quadro alarmante, marcado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões

ginecológicas de etiologia variada, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores do baixo ventre, dispareunia e leucorréia (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

Só no ano de 2013, no Brasil, foram 68 casos de AIDS entre indígenas notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), sendo 28 gestantes infectadas e 12 óbitos de mulheres causados pelo vírus HIV (BRASIL, 2014c).

Segundo o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), no ano de 2012 foram registrados na população indígena brasileira, 23 óbitos maternos, sendo 16 por causas diretas, geralmente causas evitáveis, resultado da baixa qualidade da assistência pré-natal, de intervenções desnecessárias, omissões e tratamentos incorretos (BRASIL, 2012b).

Apesar de existir uma síntese dos indicadores de saúde indígena, não há nela dados referentes à saúde da mulher, como mortalidade materna, via de parto, número de consultas pré-natais. O único dado referente às mulheres indígenas diz respeito à cobertura vacinal de 10-49 anos (BRASIL, 2010a).

O único inquérito da FUNASA que aponta alguns dados específicos da mulher são os referentes ao I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado entre 2008-2009 em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), que teve por objetivo caracterizar o estado nutricional de mulheres entre 14 e 49 anos de idade e crianças menores de cinco anos, com base em uma amostra probabilística representativa da população indígena residente em aldeias de quatro macrorregiões do país, a saber: Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste, nas quais foram entrevistadas 6707 mulheres, 6285 crianças, e visitados 5277 domicílios e 113 aldeias coletados no período de 2008 e 2009 (ABRASCO, 2010).

Segundo esse inquérito, a população de mulheres indígenas em idade fértil (entre 10 e 49 anos de idade), em 2010, era de 177.748 mulheres, cujo campo nutricional é marcado pelo excesso de peso evidenciado em 46% das mulheres pesquisadas (ABRASCO, 2010).

O mesmo inquérito indica, com base na amostra de mães com filho vivo menor de 60 meses, que a média de consultas no pré-natal foi de 4,65 por mulher, sendo observadas diferenças regionais, variando de 2,9 consultas na região Norte a 5,29 na Nordeste. Em relação à primeira consulta do pré-natal, 46,2% fizeram no primeiro trimestre de gravidez, conforme recomendado pelo MS, seguido de 45,1% das consultas iniciadas no segundo trimestre e 8,7%, no terceiro trimestre (ABRASCO, 2010).

Dados mais atuais apontam que a proporção de nascimentos cujas mães fizeram sete ou mais consultas de pré-natal aumentou em todas as regiões brasileiras, para todos os grupos etários e níveis de escolaridade das mães e para todas as categorias de cor-raça do

recém-nascido, com exceção das indígenas que teve redução de 26% para 19,5% entre 2000 e 2010 (BRASIL, 2012c).

Dados do Ministério da Saúde acrescentam que, em 2010, 14,3% das indígenas brasileiras pariram por cesariana. Para a população indígena, houve um aumento na mortalidade proporcional de menores de um ano de idade - de 16,7% para 20,7% - entre 2000 e 2010. A proporção de óbitos nessa faixa etária era 2,6 vezes mais elevada que na população de raça-cor branca em 2000, elevando-se para 7,1 vezes no ano de 2010, sendo as infecções da criança (principalmente as pneumonias e diarreias) as principais causas de mortes infantis entre os indígenas, indicando que este subgrupo populacional tem um perfil de causas semelhante ao existente no Brasil em décadas passadas (BRASIL, 2012c).

Outros estudos têm apontando para elevadas taxas de morbi-mortalidade por doenças infecto-parasitárias e elevada desnutrição. Em vários grupos verifica-se, concomitantemente, o aumento da incidência de doenças metabólicas (diabetes *mellitus*), cardiovasculares, obesidade, alcoolismo e suicídio. Quadros estes que tem implicações em todas as fases da vida da mulher, e não apenas sobre seu ciclo reprodutivo, mas que podem potencializar riscos quando associados à gravidez (COIMBRA JR.; GARNELO, 2004).

A situação alarmante em relação à saúde da mulher indígena já era esperada, visto que o próprio Ministério da Saúde afirma que a atenção à saúde da mulher dos povos indígenas é precária, não se conseguindo garantir ações como a assistência pré-natal, de prevenção do câncer de colo de útero, de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/ Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida AIDS, dentre outras (BRASIL, 2011c).

De maneira geral, as ações de saúde voltadas para as mulheres indígenas são focadas no controle do pré-natal, parto e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e de mama, imunização, prevenção das DST/HIV/AIDS, atenção em planejamento reprodutivo e vigilância nutricional das gestantes em algumas regiões (BRASIL, 2004d).

Segundo Coimbra Jr. e Garnelo (2004), o desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena caminha par-e-passo com a precária infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Na maioria das vezes os serviços de saúde destinados ao atendimento destas populações não se encontram preparados para prover atendimento especializado. Por conseguinte, informações sobre morbidade e mortalidade, nem mesmo materna, são geradas, o que compromete não somente o debate sobre este tema, como também impõe sérios limites a um planejamento mais adequado das ações de saúde.

Vale ressaltar que as mulheres indígenas, além de invisíveis perante questões de saúde pública, enfrentam situações de descaso em outras dimensões, pois também estão sujeitas a tráfico, violência e trabalho infantil. As negras e as indígenas continuam a ser tratadas como subalternas, desvalorizadas no mercado de trabalho, tanto rural quanto urbano, sujeitas ao trabalho sexual e excluídas do acesso a serviços adequados de saúde e educação (TAVARES, 2011).

6.2 Saberes tradicionais X biomedicina no processo do nascimento

Todas as sociedades humanas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de tratamento das doenças. Esses sistemas tradicionais de saúde são, ainda hoje, o principal recurso de atenção à saúde da população indígena, apesar da presença de estruturas de saúde ocidentais (BRASIL, 2002a).

A “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas” tem como diretriz a atenção diferenciada, com respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena, e a articulação entre os sistemas terapêuticos (BRASIL, 2002a).

Entretanto, na prática, a estrutura burocrática de atenção à saúde desconhece as dinâmicas das sociedades indígenas e utiliza como forma básica de tratamento a biomedicina ocidental, o que põe em confronto noções diversas de saúde e doença e acabam por influenciar e/ou modificar não só as concepções do fenômeno-saúde e doença desta população, mas também os valores relativos ao corpo, a sociedade e suas crenças (OLIVEIRA; COELHO, 2005).

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica (BRASIL, 2002a). (BRASIL, 2002)

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002, p. 23) define medicina tradicional como:

Práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias diversas que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir enfermidades.

Em geral, os sistemas indígenas de saúde podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico, em que fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo de saúde/doença e cura (LANGDON, 2001).

Entretanto, os profissionais da saúde que trabalham com a população indígena têm sua formação embasada pela biomedicina, que em seu *sensu strito* tem como enfoque principal a biologia humana, a fisiologia ou a fisiopatologia, em que a doença é vista como um processo biológico universal e a visão de corpo é basicamente mecânica e cartesiana (LANGDON, 1999; LANGDON, 2001).

Esses dois modelos estão situados na zona de intermedicalidade, na qual os conhecimentos médicos dos povos indígenas têm sido tratados como não médicos. Além disso, a prática e a experiência da sobrevivência, o xamanismo, o uso de plantas medicinais e os conhecimentos das parteiras têm sido desvalorizados em relação aos conhecimentos biomédicos (FOLLÉR, 2004).

Esta conduta, denominada etnocentrismo, é um fenômeno que envolve o encontro entre o mundo do “eu” e o mundo do “outro”, de maneira que há uma tendência em avaliar e julgar os valores do outro, tomando como referência os valores do mundo do “eu” (ROCHA, 1988).

Trata-se, assim, de julgar outras culturas, tomando os nossos valores e as nossas crenças como o centro. Valoriza-se a cultura na qual se está inserido, menosprezando e diminuindo os valores daqueles que são diferentes de nós e que são considerados inferiores (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008).

Essa hierarquia é tão evidente que, atualmente, para que as medicinas tradicionais sejam integradas ao sistema oficial de saúde, elas precisam ser aprimoradas e validadas pela ciência biomédica, assim como seus praticantes precisam ser qualificados. Com isso, pode-se afirmar que as medicinas tradicionais não são reconhecidas pelo Estado pelo seu valor intrínseco, mas apenas na relação hierárquica que estas estabelecem com a ciência moderna que, por sua vez, possui o poder de atribuir-lhe validade (FERREIRA, 2013a).

Por outro lado há autores que analisam a validação de resultados tradicionais pela ciência contemporânea como reconhecimento de que os paradigmas e práticas de ciências tradicionais são fontes potenciais de inovação da nossa ciência (CUNHA, 2007).

Vale ressaltar que, independente de ser validado ou não, de acordo com a Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas, os povos indígenas têm o direito de manter, controlar, proteger e desenvolver seu patrimônio cultural, seus conhecimentos

tradicionais, suas expressões culturais tradicionais, seus medicamentos tradicionais, suas práticas de saúde, incluindo a conservação de suas plantas, animais e minerais, que são de interesse vital do ponto de vista médico (NAÇÕES UNIDAS, 2008).

Entretanto, apesar de garantido esse direito, a dicotomia de saberes influencia a assistência da saúde e estabelece contrastes entre a forma do “branco” *versus* o modo do “índio” de gestar e de parir, visto que neste processo é inevitável a medicalização do corpo da mulher e o abandono de certas práticas tradicionais referentes a este processo em função da desvalorização dos saberes tradicionais referentes aos sistemas de parto indígenas, o que tem um efeito desagregador sobre a organização sociocultural indígena (FERREIRA, 2010).

Segundo os dados que aparecem em etnografias que descrevem as sociedades indígenas, num passado recente, o parto era um evento que não necessariamente implicava a intervenção de um especialista. A ajuda, quando necessária, provinha do meio familiar mais próximo. Em muitos casos, a mulher dava à luz sozinha na floresta ou simplesmente contava com a ajuda de alguma parenta mais velha e de mais experiência, como a mãe ou a avó (INSTITUTO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO ETNOGRÁFICA, 2007).

Entretanto, a partir do século XIX, com a consolidação da biomedicina, o corpo feminino passa a ser apropriado por esta forma de saber que o reduz a seus aspectos biológicos e o parto, que inicialmente era realizado em domicílio e dominado por parteiras mulheres, é gradualmente transformado em um ato médico e masculino e passa a ser realizado nos hospitais (VIEIRA, 2008).

Apesar de a hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente. Simbolicamente, a mulher foi despida de sua individualidade, autonomia e sexualidade, por meio do cerimonial de internação – separação da família, remoção de roupas e de objetos pessoais, ritual de limpeza com enema, jejum, não deambular. Ou seja, a atenção foi organizada como uma linha de produção, e a mulher se transformou em propriedade institucional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

A consolidação da presença do médico na cena do parto está associada à criação de um instrumental próprio (fórceps, pelvímetero, sondas, agulhas, tesouras, ganchos e cefalotribos) e a práticas cada vez mais intervencionistas, fatos que foram usados para construir uma imagem de conhecimento científico, competência e superioridade dos médicos em relação às parteiras, que usavam apenas as mãos nas suas manobras e diagnósticos (MARTIN, 2006).

Assim, instaura-se o modelo tecnocrático de assistência ao parto. Nesse modelo, o corpo da mulher é compreendido como máquina e a assistência prestada como linha de produção. O hospital, por sua vez, torna-se a fábrica, o corpo da mãe, a máquina, e o bebê representa o produto de um processo de fabricação industrial. A obstetrícia passa a desenvolver ferramentas e tecnologias para a manipulação e melhoria do processo inerentemente defeituoso do nascimento, caracterizado pelo sistema de linha de montagem industrial (DAVIS-FLOYD, 2001, tradução nossa).

Essa padronização da parturição desconsidera os aspectos culturais das mulheres e a possibilidade das mesmas protagonizarem esse acontecimento. Sabe-se que as práticas de cuidado relacionadas ao parto são fortemente influenciadas pelo contexto cultural do sujeito, sendo necessário respeitar esses aspectos na assistência ao indivíduo. É preciso ressaltar também que o nascimento não deve ser associado diretamente à medicina, uma vez que não estamos falando de cura, movimento feito pela biomedicina, que entende o ciclo gravídico puerperal de forma patológica, passível de intervenções médicas (FERREIRA, 2010).

Ao se estudar parto e nascimento, deve-se levar em conta que tais eventos ocorrem como um processo fisiológico, que também têm uma linguagem cultural, portanto deve ser visto como um evento holístico. É tanto um evento universal, biologicamente falando, quanto um momento evento particular de cada sociedade. Trata-se, portanto, de um evento biossocial, no qual a fisiologia do parto é significada culturalmente (GUALDA, 2002).

Desta forma para realizar uma adequada assistência a populações indígenas, é sempre importante analisar a medicina indígena de forma isenta de preconceitos e considerar a preservação desta prática milenar como um dos objetivos a ser alcançado, visto que para que um tratamento seja bem-sucedido, pela lógica indígena, o tratamento deve se dirigir a ambas as forças causais, as naturais e as místicas (BRASIL, 2004d).

Buchillet (1991b), analisando a relação entre os sistemas tradicionais de saúde e doença dos povos indígenas e o sistema médico ocidental, relata que a maior parte dos povos indígenas no Brasil possui seus sistemas tradicionais como recurso principal em termos de atendimento à saúde e recomenda que as políticas públicas de assistência à saúde indígena sejam articuladas aos sistemas tradicionais próprios.

Portanto, como a própria Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas preconiza, para a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas, que é necessário fugirem da simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença. É imprescindível o reconhecimento da diversidade social e cultural

dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde (BRASIL, 2002a).

Langdon (1999) defende que a atenção à saúde indígena deve estar pautada no princípio de tolerância que é definido como o “respeito, a aceitação e o apreço da riqueza e da diversidade das culturas,” de modo que o assegurar à saúde indígena inclua também o reconhecimento dos seus saberes.

A criação de uma política de atenção à saúde da mulher indígena deve ser vista com muita prudência, pois possuem tendência em medicar os corpos femininos, intervindo, principalmente, sobre os processos reprodutivos indígenas socialmente concebidos. Políticas direcionadas às mulheres indígenas devem considerá-las como cidadãs inscritas em contextos singulares e imersas em sistemas de parentescos que são bases das relações sociais da etnia. (FERREIRA, 2013a)

É necessário focar na interculturalidade para atenção à saúde, colocar como fator central o respeito à dignidade humana e transformar a usuária em protagonista deste processo. Trata-se de dar valor e autoridade às vivências e necessidades das pessoas que utilizam o sistema de saúde, tendo a flexibilidade para incorporar à atenção elementos que sejam significativos, respeitando as tradições e tendo um cuidado integral capaz de aceitar e respeitar as diferenças, fazendo com que a experiência seja vivenciada de uma maneira mais satisfatória (SADLER, 2009, tradução nossa).

6.3 Cultura *Guajajara*

6.3.1 Aspectos sociais, econômicos e políticos

Os povos indígenas no Brasil conformam uma enorme diversidade sociocultural e étnica. Cada povo indígena constitui-se como uma sociedade única, na medida em que se organiza a partir de uma cosmologia particular própria, que baseia e fundamenta toda a vida social, cultural, econômica e religiosa do grupo. Deste modo, a principal marca do mundo indígena é a diversidade de povos, culturas, civilizações, religiões, economias. Uma multiplicidade de formas de vida coletiva e individual (LUCIANO, 2006).

São povos que representam culturas, línguas, conhecimentos e crenças únicas, e sua contribuição ao patrimônio mundial – na arte, na música, nas tecnologias, nas medicinas e em outras riquezas culturais – é incalculável. Eles configuram uma enorme diversidade cultural, uma vez que vivem em espaços geográficos, sociais e políticos sumamente

diferentes. A sua diversidade, a história de cada um e o contexto em que vivem cria dificuldades para enquadrá-los em uma definição única. Eles mesmos, em geral, não aceitam as tentativas exteriores de retratá-los e defendem como um princípio fundamental o direito de se autodefinirem (LUCIANO, 2006).

Apesar de estarem localizados em um amplo espaço geográfico, os *Guajajara* possuem muitos traços característicos que são comuns às comunidades desse povo (SILVA, 1995).

Desde o final do século XVII, os *Guajajara* mantêm contato com os “civilizados”, conservando um padrão de cultura bem característico, mas não se pode negar que neste contato profundas modificações ocorreram, uma vez que dentro das etnias se operaram importantes processos de mudança sociocultural, enfraquecendo sobremaneira as matrizes cosmológicas e míticas em torno das quais girava toda a dinâmica da vida tradicional (LUCIANO, 2006).

Wagley e Galvão (1955), como muitos autores a eles contemporâneos, adotaram o termo “aculturação” para denominar este processo no qual elementos culturais que não são próprios a determinados grupos indígenas são absorvidos e são readaptados em harmonia com seu todo cultural, em função do contato permanente ou continuado entre duas. Segundo os autores, a cultura *Guajajara* estaria passando por um processo de transição no qual dentro de uma geração, ou pouco mais, ocorreria o processo de mudança dessa cultura para o “abrasileiramento.”

Entretanto, a utilização desse conceito vem sendo cada vez mais criticada e combatida por antropólogos e outros especialistas das ciências sociais, pois segundo essa concepção, a cultura seria um conjunto de valores, práticas e signos imutáveis no interior de uma sociedade. Porém, a cultura não pode ser vista de uma forma estática, ela é um processo dinâmico e aberto em que hábitos e valores são sistematicamente ressignificados (BOIANO; OLIVEIRA, 2010).

Varga (2002) afirma que os *Guajajara* são os indígenas do Maranhão com mais tempo de convívio com nossa sociedade e ressalta “a rapidez com que captam as “regras do jogo” e os “interesses” de cada um dos diversos interlocutores que têm em nossa sociedade”, uma sensibilidade e facilidade de apreensão que, segundo ele, é um traço cultural distintivo dos *Guajajara*.

São remanescentes dos “*Tupi-Guarani*” e utilizam a língua materna, classificada no tronco linguístico *Tupi*, como primeira língua. O português, que não é de grande domínio,

principalmente pelas mulheres, vem em segundo lugar e não costuma ser utilizado entre eles, e sim com os “não índios.” (RIBEIRO, 2009).

A estrutura social entre os *Tenetebara* se baseia na “família extensa”, que é constituída por um número de famílias simples e unida entre elas por laços de parentesco. Esta se constitui a partir do casamento realizado entre as filhas do chefe de família e parceiros de outras famílias, que, assim, atraem trabalhadores masculinos para dentro do grupo familiar, sendo que a residência é matrilocal, ou seja, o marido vai morar na casa da esposa ou dos sogros (ZANNONI, 1999).

São denominadas “famílias extensas” por aglutinarem um número de pessoas e de famílias muito maior que uma família tradicional européia. Uma família extensa indígena geralmente reúne a família do patriarca ou da matriarca, as famílias dos filhos, dos genros, das noras, dos cunhados e outras famílias afins que se filiam à grande família por interesses específicos (LUCIANO, 2006).

Já para Wagley e Galvão (1955) a “família extensa” está baseada no controle de um homem sobre suas filhas, que aqui também incluem as filhas dos irmãos. O que, em essência, transforma a “família extensa” em um grupo de mulheres relacionadas por parentesco, mas sob a liderança de um homem. Dentro de uma aldeia encontram-se várias “famílias extensas”.

Entre os *Guajajara* predomina o casamento monogâmico, mas existem alguns casos de poligamia. Geralmente os casamentos ocorrem entre pessoas da mesma família ou de grupos vizinhos, mas também são encontrados casamentos entre “brancos.”⁶ (SILVA, 1995).⁷

A família poligâmica mais comum é aquela em que um homem se casa com duas irmãs ou com uma mulher viúva, cuja filha, depois de moça, torna-se sua segunda esposa. Há também casos de um homem ter mais de três mulheres (GOMES, 2002).

O jovem recém-casado é obrigado a trabalhar para o sogro na roça dele, o que implica em mão de obra para o sustento daquela família por pelo menos dois ou mais anos, até que o casal possa decidir os rumos de suas vidas. Neste sentido, Zannoni (1995) afirma que seria mais importante entre os *Tenetebara* ter filhos do sexo feminino que do masculino, para Gomes (2002), entretanto, não há predileção entre meninos ou meninas (ZANNONI, 1995).

⁶ Categoria que, para os *Guajajara*, engloba todos os não-indígenas, inclusive negros, mestiços, pessoas de ascendência oriental, etc.

⁷ Segundo informações do orientador da pesquisa, embora bem mais raros, entre os *Tenetebara*, também, há casos de poliandria, ou seja, uma mulher com vários maridos.

Gomes (2002) afirma também que apesar de não haver dúvidas de que os homens têm uma predominância política sobre as mulheres, estas, especialmente depois de se tornarem avós, são vozes de peso nas questões políticas e nas decisões sobre a vida familiar e comunitária.

As aldeias *Guajajara* não obedecem a formato padrão, geralmente as casas são cobertas de palha, algumas poucas de telhas, com paredes de pau-a-pique; umas ainda de palha de babaçu, com divisões simples, geralmente sem janelas e construídas, quando possível, perto de riachos, lagoas ou fontes de água. Geralmente em um canto da casa é construído um quarto reservado para o casal e para os filhos pequenos o resto da casa é espaço livre onde são armadas as redes (ZANNONI, 1995).

Em suas terras trabalham como agricultores e como caçadores; também pescam nos rios e riachos. A maioria de sua população subsiste na base de uma economia que não produz excedentes suficientes para sustentar um estilo de vida equivalente ao dos pobres empregados das cidades e da zona rural. Algumas dezenas deles têm empregos no órgão indigenista, algumas centenas recebem aposentadoria rural e com isso se portam com um padrão de vida de pobres remediados. Uns poucos têm empregos melhores como chefes de posto, professores estáveis e, quando vivem nas cidades, alcançam um padrão local de classe média baixa (GOMES, 2002).

As crianças geralmente estudam em escolas localizadas nas próprias aldeias ou são enviadas para aldeias onde há escolas, de modo que, atualmente, uma grande parte dos *Tenetechara* é alfabetizada. Alguns pais almejam que seus filhos estudem na cidade e façam curso superior (GOMES, 2002).

A economia dos *Tenetechara* é de subsistência, e em raras exceções estão preocupados em acumular, cenário que vem mudando com o contato com os regionais que levaram os *Guajajara* a mudar aos poucos o seu relacionamento com a terra e sua produção, assim como a preocupação com o futuro de filhos e netos, além de pensar em obter bens antes não necessários como roupas, medicamentos, etc (ZANNONI, 1995).

Desta forma, começam a agregar outros elementos a sua cultura, como “o arroz”, por exemplo, que antes não fazia parte de sua alimentação, mas que hoje tem significado particular como produto de troca, pois faz parte das necessidades de economia regional (ZANNONI, 1995).

Os produtos da roça são colhidos pelas mulheres e trazidos para a casa por elas, e o homem é responsável pela caça, o qual obtém com uso de espingarda ou arco e flecha, geralmente auxiliado por um cão de caça. Também é responsabilidade do homem o preparo

da roça após a qual, depois de pronta, passa a ser responsabilidade da mulher. A antiga função de guerrear e, portanto, de manter a segurança da aldeia, está sendo substituída pela função política junto à sociedade (ZANNONI, 1995).

Os produtos de roça mais comuns são: mandioca, macaxeira, milho, feijão, arroz, abóbora, melancia, melão, fava, cará, gergelim, amendoim, cana. As frutas mais frequentes na região deste estudo são: mamão, caju, manga, goiaba, laranja, ata, banana, maracujá, tanja, coco d' água, catolé, tucum, pati, guarabiraba, pitomba e macaúba (ZANNONI, 1995).

A casa, sendo residência matrilocal, é de propriedade da mulher do chefe da “família extensa”, assim como todos os pertences dentro dela. Ao homem pertence apenas sua espingarda, arco e flechas, os cachorros, instrumentos de trabalho e alguns objetos pessoais (ZANNONI, 1995).

Zannoni afirma que, apesar da pressão exercida ao longo de todos estes anos de contato, os *Guajajara* não se integraram nos padrões econômicos regionais. O escambo ainda hoje persiste entre os *Guajajara* e os regionais. Outra forma de subsistência é o artesanato que antigamente se restringia à confecção de artefatos de palha, os quais hoje são mais para uso interno. Atualmente produzem para troca artefatos de plumas de pássaros ou de pena de galinha coloridos artificialmente, assim como artesanato de algodão com fabricação de redes (ZANNONI, 1995).

Nas cidades se relacionam em atitudes de prudência, às vezes humildade, às vezes com destemor. Portam-se com desconfiança em relação a desconhecidos, mas não se fecham ao diálogo e ao conhecimento do novo (GOMES, 2002).

A distinção desta população com os camponeses pobres, remediados ou agregados começa pela própria fisionomia. Uma parte deles aparenta traços mestiços de brancos e negros, mas a maioria tem fisionomia de índio, mesmo quando ostentam roupas “boas”, óculos, sapatos e os demais artefatos característicos dos regionais (GOMES, 2002).

Para Zannoni (1995), para entender a cultura deste povo é necessário refletir sobre o conflito cultural ali existente: o conflito é o “motor cultural” que gera o dinamismo e restabelece a coesão sócio-político-econômica, pois a cultura *Tenetehara* é “igualitária na medida em que não aceita a projeção política e econômica de uns indivíduos sobre os outros”, o que faz com que mais cedo ou mais tarde eles tenham que “compartilhar” do destino de todos, permitindo que este “conflito” mantenha o nivelamento socioeconômico de todos.

Em quase todas as aldeias há um cacique ou capitão que serve de intermediário entre a comunidade indígena e os “brancos”. Geralmente o cacique é um chefe de “família extensa” e normalmente é aquele que tem mais facilidade de se expressar na língua

portuguesa, mas estes chefes em geral não têm o poder de decisão sobre o grupo (WAGLEY; GALVÃO, 1955).

Em algumas aldeias os caciques são apenas figuras decorativas e suas ordens nunca são cumpridas pelos demais indivíduos ou até mesmo pelo seu grupo familiar, ficando assim sua autoridade bastante reduzida. Somente em alguns casos, os chefes desfrutam de autoridade. Não é um indivíduo com autoridade total como geralmente se supõe (WAGLEY; GALVÃO, 1955).

Apesar de os primeiros estudos etnográficos com os *Guajajara* realizados por Wagley e Galvão (1955) pronunciarem que dentro do espaço de vida de uma geração, ou pouco mais, o processo de mudança dessa cultura tribal indígena para uma regional, brasileira, estará em vias de se completar, no decorrer de quase quarenta anos desses estudos, o que foi percebido por outros autores foi uma tendência ao reavivamento dos padrões tradicionais da cultura indígena (DINIZ, 1983, tradução nossa).

Com exceção da integração efetiva de alguns indivíduos como grupo, segundo Diniz (1983, tradução nossa), os *Tenetehara-Guajajara* mantêm seus padrões culturais tradicionais, mesmo sem abdicar dos bens manufaturados obtidos com os “brancos” e da “proteção” governamental, que os leva a uma ambivalência de comportamento própria de quem tem que viver e se adaptar a dois mundos culturais diferentes.

Segundo Diniz (1983, tradução nossa), isso se percebe facilmente não só pela manutenção da língua indígena entre si, mas também na ênfase do xamanismo e do ritual de iniciação das jovens e na economia de subsistência, baseada na agricultura de derruba e queima, na caça e secundariamente na coleta e na pesca contínua, sendo completamente operada pelos *Tenetehara-Guajajara*.

Ao lado disso, no entanto, vendem pequenos excedentes e às vezes sacrificam o próprio auto-consumo para obter bens manufaturados. A venda da força de trabalho em atividades braçais foi diminuída, pela proibição do órgão protetor. Todavia, o artesanato, embora nem sempre com o esmero desejável quanto à durabilidade, carrega dinheiro para compra de suas necessidades advindas com o convívio interétnico (DINIZ, 1983, tradução nossa).

Outros autores reforçam que a mudança cultural dos *Tenetehara* se apresenta como processo gradual e praticamente livre de conflitos. De um lado, os *Tenetehara* têm ainda diante de si uma série de transformações radicais antes de chegarem a identificar-se com a população vizinha, uma vez que mantêm essencialmente coesa a sua primitiva imagem

do mundo e um núcleo de valores nativos que lhes orientam o comportamento, mas de outro, já deram um passo decisivo para a sua eventual “destribalização.” (SCHADEN, 1968).

Esta população cresce a cada dia e, por mais que a população das cidades próximas muitas vezes não os veja como índios propriamente ditos, eles se dizem como tal e assim são vistos pelos órgãos responsáveis (RIBEIRO, 2009).

Muitos são evangélicos, muitos falam português como segunda língua, muitos vão à escola e à cidade. Todos votam, mesmo os que não conhecem nada da língua portuguesa. Muitos vão ao banco sacar os benefícios dados pelo governo e fazem compras no comércio local. Muitos casam com “brancos (as)”, mas permanecem se afirmando *Tenetehara* e, muitos têm orgulho disso, diferentemente da época de Wagley e Galvão, quando ser “civilizado” era o desejado (RIBEIRO, 2009).

Mas como afirma Schaden (1968), é difícil, no entanto, analisar os fenômenos “aculturativos” dos *Tenetehara*, visto que seu sistema cultural anterior às influências não foi descrito, podendo, portanto, apenas ser reconstruído parcialmente e por via indireta, através do exame de cultura atual em confronto com a dos caboclos vizinhos e a de diferentes populações *tupi-guarani*. De forma que não há como evitar o cunho hipotético de muito do que se anuncie sobre os traços distintivos da cultura *Tenetehara* de origem e conseqüentemente, dos fenômenos ditos “aculturativos”

6.3.2 Ritual de iniciação feminina

Um dos rituais de extrema importância para a reprodução cultural deste povo, segundo Zannoni (1995), é a chamada “Festa do Moqueado”, que se pratica na passagem da puberdade para a idade adulta das adolescentes *Guajajara*.

Tal ritual, conforme os relatos dos autores que pesquisaram o tema, vem sofrendo alterações ao longo dos anos. Pesquisas mais antigas, como as de Wagley e Galvão (1955), relatam que antigamente, após a primeira menstruação, a menina moça ficava reclusa em pequenas “tocaias” distantes da aldeia cerca de 50 metros, já Silva (1995) e Zannoni (1995) descrevem a reclusão dentro da casa do pai improvisada com palhas.

Todos são unânimes ao afirmar que elas têm seus corpos pintados com jenipapo, que ficam reclusas e com abstinência alimentar de carnes de caça, que se prolonga até o dia da festa, a qual pode variar de meses a anos, a depender da quantidade de caça obtida. Zannoni (1995) afirma que elas têm as franjas dos cabelos cortados após a pintura e que não podem sair nem para satisfazer as necessidades fisiológicas. Indica também que neste mesmo dia os

cantores da aldeia, contando a participação de outras mulheres, encenam com os maracás⁸ e cantam pedindo proteção para a jovem menstruada contra os espíritos maus.

Neste período, a menina reclusa apenas poderá beber água aquecida, deverá olhar sempre para frente e não abandonar o isolamento, mesmo que seja, como já foi dito, para satisfazer necessidades fisiológicas. Caso saia, deverá ir acompanhada por uma criança da família, para evitar assombrações. Sob sua rede é colocada uma esteira de palha de coco babaçu, para evitar que pise no chão. Neste período ela não poderá coçar os olhos, nem a cabeça, com as unhas, evitando dessa forma, a cegueira nos olhos e, na cabeça, as caspas (SILVA, 1995).

Durante esse período, também não pode tomar banho, porque o espírito da água gosta, particularmente, de moça pintada e pode levá-la. Assim, a partir do segundo dia ela é asseada pela avó, da cintura para baixo, com água morna, visto que água fria é considerada para eles água viva. A comida é sempre aquecida para não fazer mal durante esse resguardo e um beiju quente é colocado em sua cabeça afim de não criar cabelos brancos (ZANNONI, 1999).

Passado os sete ou dez dias, o fim do isolamento é marcado por um banho depois de ser instruída pelas mulheres mais velhas (mães e avós) sobre a vida adulta. Antes de sair da reclusão, a moça é avisada com uma batida na parede do quarto por um jovem com uma palha, rompem-se umas tripas de cutia que estão atravessadas na porta e inicia uma corrida perseguida pelos rapazes até o local onde será banhada com água dormida contendo folhas de batata doce (ZANNONI, 1995).

Após o banho volta para casa, onde terá que realizar algumas atividades domésticas específicas das mulheres adultas, demonstrando que é bem disposta ao trabalho. A primeira delas é servir o mingau para os participantes do ritual, posteriormente começa a ralar a mandioca para tirar goma, quando o dia amanhece varre a casa e faz outras atividades domésticas (ZANNONI, 1999).

Daí em diante, o pai da moça convida os homens da aldeia para saírem para caçar e trazerem carne suficiente para a refeição formal, que tem lugar diante da cerimônia. A carne de caça é conservada através do sistema de moqueado, que consiste em colocar a carne em cima de um jirau onde há fumaça contínua que, ao mesmo tempo, espanta insetos, desidrata e conserva a carne (SILVA, 1995).

⁸ Maracá é um instrumento musical feito de cabaça que contém sementes em seu interior.

Zannoni (1995) explica que há todo um ritual para os caçadores irem à mata efetuar a caçada: “Se pintam de urucum e jenipapo, e cobrem a cabeça de folhas do mato, cantam e tocam buzinas e apitos,” o que serviria para pedir permissão aos espíritos da floresta.

A cerimônia costuma ser iniciada na lua cheia, porque assim se pode enxergar a noite e proteger a moça e os cantadores. A lua cheia é considerada lua sadia, lua gorda, lua redonda, na qual a moça tem que se orientar para ser formosa, robusta e ter bons partos (ZANNONI, 1999).

No dia da cerimônia, bem cedo, os parentes mais próximos cuidam da decoração das jovens que vestirão uma saia longa por cima dos corpos totalmente pintados com jenipapo e ornados de penas de pássaros, grudadas ao seu corpo da cintura para baixo e usam uma franja de penas sobre a fronte (SILVA, 1995; ZANNONI, 1995).

Os demais jovens recebem uma faixa de tecido de algodão, tingida de vermelho com urucu, que será amarrada em seus braços e pernas. O corpo também é pintado com jenipapo e todos usam cocar e colares, além desses ornamentos, levam também a haste decorada de uma flecha (SILVA, 1995).

À tarde a carne é retirada do jirau e são cozidas em pedaços em água sem sal. Ela será trocada várias vezes. As primeiras que contêm a fuligem são desprezadas enquanto as demais são usadas para serem misturadas com a farinha, para ser consumido durante a festa (ZANNONI, 1995).

Os convidados das demais aldeias ao se aproximarem do local da festa dão salvas de tiros avisando, assim, que estão chegando. A cerimônia se inicia com o toque do maracá. A partir daí começam os cantos e as danças, que se prolongam por toda a noite, durante a qual uma parte do moqueado é consumida ficando outra parte para o final da festa, quando se distribui a carne cozida na água durante toda a noite, junto com a farinha de mandioca (SILVA, 1995).

Uma mudança atual referida por Zannoni (1995) é o fato de atualmente as moças serem retiradas por volta das 22 horas para descansar até antes do amanhecer, quando voltam para a cantoria que só finaliza por volta de oito e trinta da manhã, momento em que as jovens são colocadas sentadas em esteiras e comem um pedaço de carne oferecido geralmente pelo cantor.

Antes de oferecer a carne para a moça o cantor principal ajoelha-se frente a ela e passa um pedaço da carne nas articulações dos braços e das pernas dizendo:

Esse daqui estou passando para não dar dor de cabeça, não dar convulsão, não dar epilepsia, não dar eclampsia, pra você quando parir não variar, não perder a mente.

Você vai ter o direito de comer tudo sem inchar a barriga pode comer farinha de puba, carne de porco, carne de gado e não vai ter nada. Pode comer tudo que tiver direito. (ZANNONI, 1999, p. 75).

O fim do ritual simboliza não somente o momento no qual a moça está liberada para comer as carnes antes ditas como “remosas”, mas principalmente a introdução da moça na fase adulta, na qual está liberada para casar, ter filhos e, assim, contribuir para o aumento da família, o que gerará braços para o sustento econômico (ZANNONI, 1995).

6.3.3 Ritual de iniciação masculina

Diferentemente da iniciação feminina, este ritual não tem data ou acontecimentos específicos que marquem sua realização. Também não há um período de reclusão. Aqui também há enfeites, mas estes são preparados pelos pais dos jovens, como o capacete feito de penas de arara, braçadeiras e tornozeleiras feitas com casca de tucumã e/ou catolé. Além do jenipapo, é também utilizado o urucu. A pintura dos rapazes é semelhante a uma camisa com listras horizontais e verticais. Os braços, as pernas, os punhos e os tornozelos são pintados com círculos transversais. Os cabelos são enfeitados com plumas de gavião real (ZANNONI, 1999).

A cantoria acontece em uma casa sem paredes, margeada por esteiras que saem rumo ao mato, para que os rapazes possam satisfazer suas necessidades fisiológicas, visto que não podem pisar no chão para não serem atacados por maus espíritos. Os jovens acompanham a cantoria ritmada pelo maracá. À noite, o cantor convida os jovens a sair para frente da casa, ainda sobre as esteiras (ZANNONI, 1999).

Ao raiar do dia, o cantor convida os jovens a entoar uma cantoria própria e então entrega o maracá ao jovem que terá por de trás de si uma jovem segurando seu ombro e acompanhando a dança. O maracá é que distingue um homem comum de um cantor. Desta forma, somente quem passar por esse ritual poderá usar esse instrumento, que é considerado a voz dos espíritos (ZANNONI, 1999).

6.3.4 Religião

A religião também é um elemento presente no mundo *Guajajara*, o qual está povoado de seres sobrenaturais. Dentre eles está Tupã, o criador do homem e de todas as

coisas do universo. Existe ainda uma variedade de mitos, as águas e a mata têm seus donos: seres que as preservam e que podem causar doenças nos homens (SILVA, 1995).

Zannoni (1995) cita Maíra, o herói cultural desse povo, que foi quem ensinou a trabalhar na roça, o “dono das caças” ao qual têm que se pedir autorização para matar os animais da mata, o “espírito das águas” e os demais espíritos correspondentes das plantas.

Há também os espíritos errantes dos mortos e dos animais que são perigosos para os vivos. Daí a figura do “PAJÉ” se tornar imprescindível junto à comunidade, justamente para controlar esses espíritos (SILVA, 1995).

Estando algum índio doente, seus familiares chamam o PAJÉ ou “XAMÃ”. Esse será bem recebido pela família do doente. Ao ver o doente, o pajé colocará a mão sobre a parte afetada ou dolorida, e o fará fumando e tirando longas tragadas e baforadas. Então, nesse primeiro contato, será reconhecido ou identificado se o paciente está ou não com feitiço.

Quando chega a noite, o Pajé começa a cantar, sempre fumando, e sai da casa para um caminho, onde vai falar com os espíritos que o protegem. Estes lhe informarão qual a pessoa que fez o mal. Ao retornar, já vem totalmente transformado fisionicamente. Enquanto isso, o pessoal que acompanha na sessão continua cantando. O doente será levado à sua presença, então o XAMÃ, que está fumando e soltando grandes baforadas, colocará a boca no local afetado e chupará bastante, caindo em seguida para trás, ficando desmaiado por alguns minutos. Voltando ao seu estado normal, põe o que chupou para fora, como se estivesse vomitando, ficando com isso preso na mão. Em seguida, esfregará entre as mãos, cortando assim a ligação com a pessoa que fez a feitiçaria (SILVA, 1995).

7 O MODO GUAJAJARA DE GESTAR E PARIR: OUVINDO SUAS VOZES

O processo de gestar e parir começa bem cedo entre os *Guajajara*, logo após a festa do moqueado, um ritual de passagem da menina moça, que ocorre após a primeira menstruação, como foi explicado no capítulo 6.3.2.

A maioria dos relatos evidenciou a permanência da essência do rito, entretanto, com o passar dos anos, algumas mudanças foram percebidas. Geralmente a festa acontecia da seguinte forma:

“Quando a menina menstrua pela primeira vez, fica recolhida em casa, de “resguardo” na “toca”, por uma semana. Durante este período, ela fica toda pintada de jenipapo e isolada, recebendo apenas visitas restritas e com dieta também restrita. Sai de casa apenas para satisfazer as necessidades fisiológicas e com um pano na cabeça para se proteger do sereno [...]. No período do resguardo, quando a menina vai comer, pegam a gordura do animal e passam nela, para que a mesma não passe mal ao comer aquela comida. Passam também algodão queimado no pé pra proteger a menina da cobra [que vira rapaz e vai namorar ela]; depois desse evento uns dois ou três meses, o pai vai atrás da caça para fazer a festa do moqueado. A festa de apresentação da menina moça acontece somente após o pai ter conseguido carne moqueada o suficiente para festa. Enquanto isso, a menina moça não pode comer a caça e fica com restrição alimentar. Este período é como uma preparação para a maternidade, visto que, após a festa, a moça não somente é liberada para comer carne de caça, como também para casar e ter filhos.” (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

Antigamente, a festa acontecia meses depois da menstruação, atualmente, em função da escassez da caça, algumas aldeias se juntam e fazem uma festa coletiva com meninas moças de várias aldeias. Em função disso, a festa pode demorar mais de dois anos pra acontecer, sendo que algumas aldeias nem fazem mais. Em uma das aldeias visitadas, o cacique afirmou não ter feito o ritual de iniciação com nenhuma das duas filhas:

“Pra mim é mesma coisa, né?... minhas filhas come caça, se eu matar um macaco, cutia elas também participam ali na hora... é ruim quando a gente participa e elas ficam ali só olhando... [...] Naquele tempo eles tinham medo, eles tinham muito medo, ai acontecia, né? eles não tinha Jesus no coração... e hoje ainda tem muitas pessoas ainda hoje que não come carne de macaco não come carne de paca porque dizem assim que tem espírito... rapaz bicho assim que Deus deixou pra gente não tem espírito não ele deixou foi pra comer mesmo....” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

O mesmo cacique afirmou que, apesar de algumas aldeias daquela região ainda fazerem a festa, elas não mantinham o formato oficial: *“Hoje nossa cultura tá misturada com a cultura do branco,”* afirmou que atualmente muitos utilizavam cachaça e carne de gado, diferentemente de antigamente, quando só usavam fumo, maconha e chibé. Também afirmou que em algumas aldeias de outras regiões próximas, como as da cidade de Amarante, a festa se mantinha viva, acrescentando que este era o momento de escolher um parceiro para a filha:

o pai escolhe uns rapazes que depois dos sete dias de resguardo vão literalmente correr atrás da filha, enquanto a mãe está à espera da filha. Aquele que pegar pode namorar a índia moça, *“mas ela fica costurando eles, dificultando, tem que suar pra pegar.”*

“Por lá é organizado, né?... por aqui não é organizado... é de qualquer jeito que eles faz... quando tem uma festa assim é uma festa pra eles, eles dão valor mermo... eles dão valor....” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

Durante os encontros, outras falas também revelavam que a não realização da festa de iniciação parecia não estar apenas relacionada com a escassez da caça, mas também com questões religiosas, visto que muitos eram agora evangélicos e, por isso, estavam postergando a iniciação sexual das filhas. Nesse ponto, também foi evidenciado a falta de apoio logístico da FUNAI no incentivo à manutenção da cultura:

“É mais tem pastor que diz que não pode cantar que é pecado, que não pode fazer mais festa da nossa cultura que é pecado, tudo é pecado... assim nossa cultura morre.” (CACIQUE DA ALDEIA SAPUCAIA).

“Teve uma vez que o povo tava dizendo também que não era mais pra cantar mais... pular mais... mas eu não deixo de jeito nenhum... agora mesmo eu tava questionando com eles [se referia a FUNAI] sobre a festa do moqueado... pra conseguirem lá uma assistência lá do carro da alimentação também... pra torrar farinha mas disseram que não tem recurso, que daqui pra frente vai ter que ser com os outros órgãos agora...” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Nossa cultura... não tá nem usando mais porque nós pegamo a cultura do branco... mas esse é nosso documento, nossa identidade, não pode deixar.” (CACIQUE DA ALDEIA CARNAÚBA).

A preocupação com a “perda” cultural nas gerações futuras também foram atribuídas ao fato de que muitas meninas tinham vergonha das festas culturais, que não querem mais colocar pena no corpo, nem pintá-lo, assim como não queriam mais falar a língua indígena, apenas o português. Mais, na primeira oportunidade que tinham, elas demonstram interesse em sair da aldeia.

Esta “perda” cultural foi evidenciada ao longo da pesquisa, em outras situações distintas do assunto pesquisado. Em especial, chamou-nos atenção a fala de um índio que, curioso para saber o motivo da presença do carro da universidade, afirmou: *“Nós sono igual aos branco agora.”* Entretanto, essa questão não foi analisada nesta pesquisa. Pode-se abordar esse assunto em outras pesquisas.

Mas, independente da realização da festa do moqueado, a menstruação continua sendo um rito de passagem da menina moça. E como as meninas costumam menstruar por

volta dos 12 anos de idade, era muito comum ouvir relatos de mulheres que estavam grávidas ou que tiveram seu primeiro filho ainda na adolescência,⁹ aos 13 ou 15 anos.

“Depois do moqueado que as veze tá com doze ano já sabe namorar de todo jeito! ... com doze ano já ta é casada.” (IRIS, PARTEIRA DA ALDEIA CAJUEIRO).

As mulheres entrevistadas tinham em média 07 filhos. Algumas tinham dificuldade de lembrar o número de filhos e precisavam da ajuda de conhecidos presentes, no momento da entrevista. Uma das entrevistadas, aos 50 anos e bastante lúcida, chegou a perder as contas em relação ao número de filhos, contudo, não demonstrou nenhum constrangimento com a falta de memória:

“Filho é muuuito... mais de 10 que eu tem... só quando se ajuntar tudim pra eu saber.” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

O intervalo médio de um filho para o outro era de 02 a 03 anos, o que posteriormente foi revelado estar relacionado com a cultura deles de aguardar a criança ser mais independente para só então se ter outros filhos. Uns fazem uso de contraceptivos, outros optam pela abstinência sexual.

Apesar de ser ofertado às mulheres e de já fazer parte do cotidiano de algumas delas, o uso de contraceptivos, principalmente o “comprimido” e a “injeção”, não parece ser frequente, visto que a maioria prefere não evitar filhos. Algumas acreditam que faz mal a saúde o uso desses remédios. Outras colocam sobre a responsabilidade de um ser superior a determinação sobre a hora certa de se ter os filhos:

“Tem mulher que evita com injeção, comprimido essas coisa ai assim... eu mermo não, Deus é quem sabe o tempo de ter menino.” (GARDÊNIA, DA ALDEIA JENIPAPO).

“Antigamente não tia essas coisa não... agora que tem... tem muitas pessoas também que quando toma essas coisas pra evitar, aquele remédio, que faz é adoecer com essa evitação.” (MARLENE, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“... Deus é quem sabe a hora de ter menino... vou ter até Deus não querer mais.” (TULIPA, DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

Desta forma, as mulheres passaram grande parte de suas vidas grávidas, ou no puerpério, concomitantemente com suas atividades domésticas. Em contrapartida, alguns fatos observados durante a pesquisa sugerem que esta realidade pode estar mudando, principalmente entre as mais jovens:

⁹ No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069, de 1990, define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade.

“Certa vez enquanto eu ouvia o coraçãozinho de uma das gestantes, havia uma menina de 13 anos que estava na oitava série e ficou me observando examinar a barriga. Ela afirmou que queria ser técnica de enfermagem e que não pretendia namorar tão cedo, que iria primeiro estudar pra depois pensar nisso.” (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

O aborto foi um assunto difícil de ser abordado, já que parece ser um assunto proibido. Sempre que o tema era abordado, os indígenas eram categóricos em dizer que “não podia”, ou mesmo fugiam do assunto. Houve questionamentos sobre isso em diversas ocasiões, principalmente com as parteiras, que pareciam dominar o uso de ervas e de “remédios do mato”. Mesmo assim, elas não falavam sobre nada que pudesse ser utilizado para se perder o bebê ou para se evitar a gravidez.

Certa vez, um dos caciques chegou inclusive a mencionar que *“elas devem ter os remédio delas ai... mas só elas que sabem.”* Isso indica que deve ser um segredo feminino, mas como as entrevistadas quase sempre estavam acompanhadas por um homem, o qual geralmente era o cacique, acredita-se que isso pode ter interferido na obtenção desta informação.

Posteriormente, porém, ao falar-se sobre chás que poderiam ser utilizados para a saída da placenta, sem querer deixaram escapar que *“Tem a casca de Jacarandá que eu ouvi dizer que faz é perder a criança, ai deve servir também pra sair a placenta.”* A única referência citada em relação ao aborto.

Trabalhos anteriores feitos na mesma população, como o de Zannoni, revelaram o “cerol”, resina retirada de uma planta, e outro remédio feito com unhas queimadas de gado e de burro aos quais se adicionam mastruz, alho e pimenta do reino.

Da mesma forma se possuem segredos, rituais, chás ou “remédios do mato” para facilitar a gravidez da índia, não houve comentários.

7.1 Gestação

Não foi uma tarefa fácil obter informações sobre a gestação entre os *Guajajara*. Por mais que fosse modificada a forma de se perguntar, assim como o momento, o contexto e as pessoas, mesmo assim, poucas informações foram obtidas. Acredita-se que, por ser um momento encarado com tanta naturalidade entre eles, talvez por isso não haja tantos cuidados ou práticas diferenciais. Ou talvez por eles não perceberem que determinadas atitudes são próprias da gestação, não costumam discorrer sobre elas. Ou ainda, porque as práticas culturais relacionadas a este período talvez tenham sido “diluídas” ao longo do tempo, com a

perda das parteiras mais antigas e experientes. Ou, talvez, o tempo de coleta e de convivência com as gestantes possa ter sido insuficiente para revelar práticas aqui não descritas.

Em geral, a maioria das mulheres *Guajajara* descobre que está grávida apenas pela ausência da menstruação, que geralmente é acompanhada de outros sintomas como o “entojo” (náuseas) e vômitos. Algumas parteiras dizem desconfiar da gravidez mesmo antes de a barriga começar a crescer, através de outros sinais como, por exemplo, o aumento da frequência cardíaca:

“Eu sei assim... eu óio na vista da pessoa e óio nisso aqui assim [apontou pra região do pescoço entre as clavículas] porque os pulso dela fica batendo muito ligeiro né?... ai a pessoa ta buxuda... cum dois mese já muda a pulação, né?... cum dois meses a gente vai procurar na barriga da pessoa a gente já acha, né? Quando vai se formando a gente já vê grande...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Não parece haver uma preocupação exata com o tempo da gestação, muito menos uma preocupação com a procura precoce do serviço de saúde para se certificar ou não da gravidez. A maioria afirmou esperar a barriga crescer pra se ter certeza da gravidez. A gestação é contada em meses, com a contagem iniciando a partir do mês que a menstruação não vem e indo até o nono mês.

As gestantes, após confirmação da gravidez, fazem ou não o pré-natal. Umas não o fazem por opção, o que é mais frequente principalmente entre as mulheres que já tiveram outros filhos na aldeia, sem complicações. Outras não o fazem ou o fazem de maneira fragmentada, em função da dificuldade de transporte e da falta de alguns exames no polo, principalmente da USG. Muitas citaram a dificuldade de comunicação com polo, agravada pelo número reduzido de visitas dos profissionais nas aldeias. Essa demora dificulta a marcação de consultas e exames.

Segundo os relatos, o pré-natal, quando ocorre, restringe-se a medições da barriga e ausculta do bebê, e a realização de um ou outro exame. Não foi descrito por nenhuma das gestantes orientações mais específicas sobre a gestação ou preparação para o parto.

Ao serem indagadas sobre o acompanhamento com as parteiras da aldeia durante o pré-natal, foram unânimes em afirmar que somente procuram a parteira se desconfiam que há algo de errado com o bebê. Neste caso, procuram a parteira para que ela possa “*pegar a barriga*” e ver se o bebê “*está no normal*”, expressão muito utilizada para saber o posicionamento da criança. Normal, aqui, significa estar na posição cefálica (de cabeça para baixo). Em algumas situações foram citados casos em que a parteira foi solicitada em função de o bebê não estar se mexendo, mas essa procura geralmente parece ser tardia, apenas depois

que o bebê está há dias sem mexer, o que geralmente implica em óbito, quando não há mais o que fazer:

“Elas procura assim... se o menino ta no normal... se tá torto... repara aqui meu buxo tia! Aí se tiver direito eu digo, se não tiver também digo, se dé trabalho também eu digo... eu entendo assim que as veze não ta bem agasalhadin dentro do buxo aí tem que ir pro hospital...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Teve uma vez né? Teve uma vez que minha sobrinha tava cum dor né? Já tava com 5 dias que ela cum dor não dizia pra ninguém... aí quando foi onze hora da noite o marido dela foi lá me chamar... a barriga dela tava fria que nem que gelo e o braço do menino pro lado de fora... o menino já tinha morrido, era um meninozin homem... aí eu ajeitei o menino pra ela, botei o braçozinho dentro dela, virei o menino... aí nasceu mas já tava morto... tava despelando.” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

A maioria das gestantes e das mulheres entrevistadas afirmou não ser necessário nenhum cuidado especial durante a gravidez. Elas continuam exercendo suas atividades normalmente na roça, ou com os outros filhos.

“Quando a gente tá buxuda come tudo também, com nós é assim... pode sim... pra nós não tem isso... carrega peso... carrega mandioca na cabeça.” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Algumas poucas citaram certa restrição alimentar e que evitam esforços físicos que possam causar quedas, outros “sustos” e também satisfazer o desejo por alimentos, o que poderia afetar na hora do parto:

“Quando tá gravi [grávida] não pode trabalhar muito, nem fazer comida muito assim o tempo tudo que aí custa pra nascer... demora né?... Assim pegar fogo muito as vez sol quente também não pode pegar não... que dai na hora de pari vai da muito trabai ... e muitas vez o bebe não nasce assim normal... nasce duente.” (TULIPA, DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

Entretanto, o fato de as restrições, principalmente as físicas, terem sido apontadas, em sua maioria, pelas mulheres mais jovens, conclui-se que nesses casos talvez não fossem por orientação originada na aldeia *Guajajara*, o que pode ser observado em um comentário informal feito por um dos caciques durante os encontros:

“Me disseram uma vez em Imperatriz, que muié grávida não pode ficar lavando roupa agachada se abaixando esfregando a roupa, muié gravi tem lavar a roupa é em pé ela não pode ta se estragando.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

Ao serem indagados sobre festas, ou rituais feitos durante a gravidez, a maioria dizia que não se fazia nada, entretanto, certa vez, um cacique comentou que quando a mulher está grávida eles fazem uns brinquedos para quando a criança crescer, brincar: para as meninas, fazem redinha e para os meninos, um arco e uma flecha em miniatura. Entretanto,

foi um fato isolado e que se confunde com o ritual realizado na infância para a preparação para introdução de outros alimentos, além do leite materno citado por Zannoni (1999, p. 61):

Sendo a avó materna a encarregada da festa, ela deve providenciar os enfeites distintivos do sexo da criança. Assim, para a criança do sexo masculino prepara-se um arco, duas flechas, um maracá e um mocó¹⁰, tudo em miniatura; se for do sexo feminino, prepara-se o fuso¹¹, o balaio, o mania (rede), a tipoia e o Kaipó, também em miniatura, junto a um pouco de algodão.

Quando indagados sobre a maneira que eles faziam para descobrir o sexo do bebê, sem o auxílio de ultrassons, disseram, apenas, que as mais antigas sabiam, mas ninguém soube explicar como faziam para saber. Acabavam sabendo o sexo apenas com o ultrassom.

Indagados sobre a predileção pelo sexo da criança, se preferiam meninas ou meninos, disseram que não havia predileção, mas que antigamente havia sim uma euforia maior quando era menino, visto que os meninos serviriam pra eles, caçando.

Apesar de pesquisas anteriores realizadas há duas décadas terem apontado para abstinência sexual durante a gravidez naquela comunidade, os relatos demonstraram que, se o casal quisesse, poderia ter relações sexuais durante a gestação. Respeitando-se o conforto sentido pela mulher, ou o medo do marido em machucar a criança.

7.2 Parto

Diferentemente da nossa sociedade, em que o parto é um momento associado a medo, a dor, a sofrimento e, acima de tudo, um processo no qual a maioria das mulheres acredita que realmente necessitam de auxílio médico, para os *Guajajara* o parto parece ser um momento bem mais simples de ser vivido, mesmo com as dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

É muito comum ouvir relatos de mulheres que pariam sozinhas, principalmente as que não eram “mães de primeira viagem”. Outras pariam com o auxílio da mãe, da sogra, de uma parteira ou do marido que, geralmente, era solicitado para segurar a esposa pelas costas, enquanto ela fica de cócoras. Nesse processo, o homem pode ou amarrar uma corda pra puxar e botar força, ou se pendurar na rede enquanto fazem força em cima de uma esteira colocada ao chão.

“Quando eu pari eu merma que me dicocava aqui com uma mão aqui né? [Apontou pras partes íntimas] ai com outra aqui eu sacudia o menino assim ai nascia né? Desse jeito! ai botava na rede aqui, ai terminava de despachar tudo ai quando

¹⁰ Pequena sacola de palha ou de algodão usada pelo caçador para carregar munições.

¹¹ Instrumento roliço sobre o qual se forma, ao fiar a maçaroca.

minha sogra vinha tava tudo de normalzin eu me levantava de vagarzin era assim... Essa derradera aqui [apontou par a filha menina que parecia ter uns 7 anos] essa foi tirada... mas os outro mermo foi tudo normal... graças a Deus tudo normal!” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Eu nunca que fui em negócio de hospital. Tive 4 menino e nunca fui pra hospital! Eu paria era sozinha! Eu merma peguei! Nem o pai também não tava lá, não tinha nem parteira, a parteira fui eu merma! Teve um que eu tava lá dentro do mato ai caiu eu botei logo aqui [apontou para o meio da saia] e sai andando ate chegar la em casa. Agora minhas meninas pari no hospital teve uma que pariu sozinha.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

O pajé, que é uma figura muito citada em trabalhos anteriores, realizados há cerca de duas décadas, nessa mesma aldeia na qual foi realizada esta pesquisa, não foi citado em quase nenhum dos relatos atuais. Alguns poucos afirmaram que antigamente o pajé auxiliava a parteira no parto. Atualmente, pela forma como se expressavam, parecia que, para alguns, ter um pajé em sua aldeia é motivo vergonhoso:

“Na minha aldeia não tem pajé! Graças a Deus!” (CACIQUE DA ALDEIA BABAÇU).

“Os pajé tão matando nossos parente tudim, ai nós não quer mais... ficam invejando os parente ai joga o caruara [feitiço] pra matar eles... Pajé sabe dos feitiço que mata, né?” (CACIQUE DA ALDEIA CAJUEIRO).

“Se tu quer saber o pajé... teu amor não vai mais morar contigo não...” (CACIQUE DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Eu acho que pajé não tá usando o Deus não... pajé ta usando alguma coisa... por isso que ele ta jogando as coisa no parente... se fosse ela tava fazendo as coisas boa pros parente não as coisas ruim” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Nosso pajé é Deus, que ajuda nós!” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

Alguns partos ocorriam na aldeia, outros no hospital. Das 37 mulheres ouvidas na pesquisa, a maioria pariu na aldeia. Do total de 268 partos relatados, 178 foram partos normais que aconteceram na aldeia, enquanto 62 foram partos hospitalares: 51 partos normais e 11 cesarianas. A maioria das índias preferia parir na aldeia.

Entretanto, os partos das 09 mulheres da pesquisa, que tinham até 23 anos, tempo em que a FUNASA passou a se responsabilizar pela saúde indígena, os valores invertem radicalmente: entre elas, 14 partos foram hospitalares, sendo que 10 normais e 04 partos cesarianos. Nessa lista, apenas 02 partos foram na aldeia. Dentre todas essas que tinham que tinham até 23 anos, apenas 01 afirmou preferir parir na aldeia.

Apesar de o objetivo desta pesquisa não ter sido fazer análises quantitativas sobre o assunto, para se comprovar que o cenário realmente estava mudando, foram analisados os

dados dos partos de todas as aldeias de responsabilidade do polo. Com isso, chegou-se a conclusão de dados bem alarmantes: dos 133 partos ocorridos no ano de 2014, segundo os dados do polo base de arame, 90 ocorreram no hospital, desses, 16 via cesariana e 74 normais. Apenas 43 partos ocorreram na aldeia.

Os motivos apresentados pelas entrevistadas sobre a opção pelo parto no hospital destacam-se: o medo de complicações como sangramento, parto pélvico, transverso, medo de morte e possíveis problemas que pudessem atribuir à parteira que acompanhasse um parto problemático. Isso pode ser observado nas falas abaixo:

"Por causa de que na aldeia faz é sangrar muito, né? tem algumas vezes que não é normal aí cria problema também para parteira e no mermo momento tem veize que acontece algum coisa... assim quando a pessoa vai parir não tem?... aí muitas veize a pessoa sente alguma coisa ... o menino não tá normal... às veize tá atrevesado ... tem isso também..." (TULIPA, DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

Em função desses fatores, mas também pela falta de transporte adequado de mulheres experientes na aldeia, gradativamente, avança sobre a comunidade medos de que ocorram intercorrências. Tudo isso contribui bastante para que as gestantes mais jovens optem por parir no Hospital da cidade.

Durante a coleta, vivenciou-se de perto o perigo da falta de transporte nas aldeias, em um dia específico desta pesquisa: certa aldeia, a qual não fez parte desta pesquisa: um índio desconhecido avisou a um dos informantes que tinha uma índia em uma aldeia próxima que estava com “dor de ter menino”. Ela estava grávida de gêmeos previstos pra nascerem apenas no mês seguinte. O índio veio pedir ajuda, pois não havia carro para transportar a gestante até a cidade:

"Chegando na aldeia, encontro uma gestante com a barriga que parecia pequena para estar com 8 meses e de gêmeos. Pensei: "Ou ela tá com menos de 08 meses, ou já perdeu todo líquido, porque essa barriga tá pequena!" Perguntei como ela estava, desde que horas tava com dor, se tinha sangrado, se tinha perdido líquido, mas ela não falava português só balançava a cabeça confirmando e dizia "hum hum" pra todas as perguntas que eu fazia. As mulheres que se aglomeraram ao nosso redor confirmaram que ela estava assim desde madrugada e que já tinha outros filhos. Perguntei se ela queria que eu escutasse os bebês, ela consentiu meio envergonhada. Estavam ali em alto e bom tom os dois coraçõezinhos batendo forte. "Graças a Deus, pensei". Com aquelas informações o mais coerente era não perder tempo: colocamos a gestante e sua mãe no carro e fomos direto pra Arame. A gestante ficou calada o tempo todo, não demonstrava que estava com muita dor, pelo contrário, por alguns instantes, até duvidei que estivesse em trabalho de parto, pois naquele momento estava calma, não sangrava nem perdia líquido. Vi a barriga contrair forte apenas o3 vezes durante os quase 40 minutos até chegar em Arame. Graças a Deus chegamos a tempo no hospital. Logo depois do almoço passei no hospital para saber como estavam, se haviam sido transferidos para Grajaú, em função da prematuridade, para minha surpresa fui informada que 15 minutos depois que chegaram na maternidade ela havia parido! Graças a Deus estavam todos bem, o casal de recém-nascidos pesava cerca de 2 kg cada. Ao mesmo tempo em que fiquei aliviada ao vê-los ali tão bem ao lado da mãe e do pai, não pude deixar de

imaginar como teria sido caso esses bebês fossem menores e precisassem de suporte. Não pude conter o aperto no peito pensando na realidade daquela gente, que deve passar por situações piores do que aquelas, todos os dias por falta de transporte, de comunicação eficaz, de assistência à saúde de qualidade.” (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

Por causa da dificuldade em pedir auxílio quando há necessidade e pela escassez de transporte, a maioria dos indígenas, inclusive os mais velhos, têm preferido os partos no hospital, pois mesmo eles acreditando que a aldeia é o espaço onde as gestantes podem sim parir, pelo medo de que haja casos que necessitem de alguma interferência médica, acham mais seguro ir logo para o hospital, independente de a gravidez ser de risco ou não. Em algumas aldeias todos os partos têm ocorrido no hospital, mesmo se tratando de mulheres que já pariram anteriormente.

“Aqui todo mundo pari no hospital pra não acontecer o que aconteceu... porque aqui nem parteira não tem.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Mas eu to gostando desse trabai de vocês viu? Porque não é toda hora que tem... principalmente o carro que nem esse ai que vocês ajudaram lá onti... Se não tivesse aquele carro de vocês bem ai onte lá? Aqueles meninozin como que ficava?... é assim que nós vive aqui... tem que ter as coisa pra comunicar... pra trazer os carro.” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

Muitos afirmaram, também, que as gestantes que fazem pré-natal no polo são orientadas a irem para a maternidade quando começam a sentir “dor de parto”, pois segundo os profissionais, o hospital seria mais seguro, visto que em caso de complicações já estariam lá com todo o suporte necessário.

7.2.1 Parto na aldeia

Quando os partos acontecem na aldeia, o cenário parece se repetir quase sempre. A mulher começa a sentir a “dor de parto” em silêncio, como se fosse um segredo; costumam avisar o marido na madrugada, se ele estiver presente e pedem que eles avisem outras pessoas, geralmente a mãe ou a avó (que na maioria das vezes ou é parteira ou já tem vasta experiência com partos). Às vezes, chamam a sogra.

Apesar de ser um evento essencialmente feminino, em muitos momentos o marido é solicitado para auxiliar a parteira no que for necessário ou para ajudar a mulher a fazer a força, e mantê-la de cócoras apoiada nele ou até mesmo agarrada em seu pescoço.

“O marido entra sim... Agora marido o nosso é assim... quando a gente sofre... na hora de ganhar bebezinho... na hora que tá difícil ele segura por aqui [apontou para a axila]... acocora assim e o marido segura por aqui... se aguentar segura se

não aguentar amarra uma corda assim também... pra botar força.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“quando eu tinha meus menino quem cuidava mermo era minha mãe... depois que ela ia embora é que ele [marido] cuidava, que ele disse que não tia coragem de ficar com a gente, né?... mas se ele quisesse podia... eu não ia dizer não sai!...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Não é só a muié que fica lá também não na hora tem que ter um home lá perto também segurando a muié dele... o que ele goste o que não quera ele tem que ta lá se chamar!” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Eu pari foi assim de cócoras... ai como nós tem o marido ele também tem que botar força com nós lá pra puder da força.” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Algumas vezes, foram relatados partos assistenciados pelo marido, os quais agiam por causa da ausência de mulheres mais experientes na hora ou em casos de partos que aconteciam rapidamente:

“Ela tava na rede e me pediu pra botar a esteira de palha de baixo da rede, que ela ia se segurar na rede e que ia pegar o menino (...). Quando o menino desceu, ela disse o menino já ta no chão já, agora pega ele... mas antes disso eu levei logo a água (...). Ele não queria chorar, né?... ai ela me pediu assim... banha ele que ele vai chorar! ai eu banhei e ele chorou ... Tá ok ... mas e agora como é que eu vou fazer?... Não agora vai ter que cortar o imbigo ai!... ai eu cortei o imbigo... não foi com facão nem com a tesoura não, porque os índios mais velhos tinham um negócio de uma carnajuba...Ai ela pediu ... eu cortei o imbigo amarrei com um cordãozinho.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“não mais tem home que pega mermo! Quando ta na hora aperriado não tem jeito tem que pegar...” (CACIQUE DA ALDEIA MURICI).

“Tem um fio meu que mora lá no Cururupu que só ele mesmo que pega os menino dele sozin... só pare dentro de casa mermo a muié dele.” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

Às vezes o trabalho de parto começa enquanto a gestante está trabalhando na roça, no meio do mato. Dependendo de quantos partos ela já tenha tido, não é improvável que lá mesmo ela venha a parir:

“Teve um que eu mermo que peguei sozinha dentro do mato... a mãe tava distante... Deu aquela vontade me mijar ai me sentei (ficou de cócoras) assim e agarrei o toquinho gritando lá, ai na hora que nasceu eu botei assim dentro do vestido, enrolei assim na ropa assim no vestido e fui andando assim devagarinho... o coisa aqui [placenta] na mão mesmo... quando eu cheguei lá dentro do quarto ai eu botei ele na redinha eu botei aquele coisa [placenta] no chão também... cortei assim... (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“tem vez que era eu mermo que pegava meus menino... eu não vou mentir... minha mãe pegou uns pouco menino meu... tudo em casa eu nunca tive menino no hospital... tinha vez eu mermo... era no chão de cócora em riba de uma esteira, em riba de um pano...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Na verdade, algumas até preferem parir assim, sozinhas, longe de olhares curiosos. Na fala de alguma delas fica claro que o parto é um grande evento na aldeia e que, por isso, durante o processo, muitos queiram ou auxiliar ou assistir. Isso incomoda algumas grávidas, que parecem ter vergonha e acabam não demonstrando o que estão sentindo para não chamar atenção.

"Nós Guajajara nós faz é avisar os mais velho e convidar os outros, nós faz é ficar a noite todim lá no redor da mulher sofrendo... eu já trabaiei ... cansei de segurar muié... tem vez que ficar a noite todim." (CACIQUE DA ALDEIA ANDIROBA).

"Teve um esse ultimo que eu tava na roça ai a dor me aperriou lá ai eu fiquei lá mermo!... porque eu tenho vergonha dos meus menino... cortei o umbigo interrei a placenta, peguei o menino assim e botei no meio das perna apoiei na saia e vim." (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

"Minha muié era assim, quando tava com buxo ai de vez em quando eu dizia... na hora que tu sentir tu não vai negar não... ai na hora que ela sentia ela me dizia logo..." (CACIQUE DA ALDEIA MURICI).

"Tem umas que tu não vê nem um grito muié... elas negam... elas fica com vergonha..." (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

Quando indagadas sobre a dor no parto, eram unânimes ao responder que "tem que doer". Algumas afirmaram não terem sentido tanta dor, já outras disseram que sentiram, mas aqui, a dor é encarada como parte inevitável do processo, portanto, nenhuma delas demonstrou ter medo da dor.

"Já tem muitas pessoas que não sente dor não... que pari assim sem falar nada, mas a maioria sofre... o meu eu sofri foi muito... eu gritava mermo só da dor... mas ela ta dizendo aqui que ela e a filha dela mesmo não gritou não... elas não grita." (TRADUÇÃO DE FALA DAS MULHERES DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

"Tem que sentir a dor... é normal" (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ)

"A muié é dura, viu? Ela não geme, ela não reclama! É uma coisa!" (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

Apesar de não haver restrições quanto à posição de parir na aldeia, parece haver uma preferência entre gestantes e parteiras pelo parto de cócoras. Na maioria das vezes, a mulher ficava de cócoras em cima da esteira apoiada pelo marido, pendurada em seu pescoço, ou segurando uma corda ou se apoiando na rede. Uma minoria citou o parto dentro da rede. Na aldeia não teve relato de partos com a mulher deitada.

"Sabe como é Guajajara não tem cama tem que ser de coca mermo! Em cima da esteira!" (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

"Elas tem que parir é de cócoras... deitada não pode porque o menino sobe pra cima, né?... tem delas que pari na rede mas eu prefiro a mulher descer pro chão que

é mais mió que na rede.. na rede dá mais trabai.” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Eu pari foi assim de cócoras... ai como nós tem o marido ele também tem que botar força com nós lá pra puder da força.” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL)

A conduta é expectante, sem a realização de toques vaginais. A mulher pode deambular livremente. Apesar de terem afirmado não ser uma proibição, parece comum a mulher ficar sem comer durante o trabalho de parto.

“Quem disse que quer comer essa hora minha irmã?!?! Se essa dor ta te cubrindo como é que tu pode cumer as coisas? ... água bebe... não é que a gente não que da de cume não é ela mermo que não quer...” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Ela não pode cumer cum dor... ai dispois que faz o parto é que bebe... mas se tiver sentindo dor não pode! porque o sangue ta agitado, né?... não pode.” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Não parece haver muita preocupação com o tempo de duração do parto. Havia relatos de partos rápidos, outros demorados. Quando indagados sobre o tempo máximo que se podia esperar para um parto ocorrer na aldeia respondiam:

“Tem deles que nasci ligerin... tem deles que demora... tem que esperar o horário! Não tô te dizendo que essa mulher sofreu foi seis dias! e nasceu...Não tem que desesperar não... porque tem muita parteira que tem experiência, né?... quando neném ta normal, tá normal a parteira sabe... nem que seja dois dias, três dias... mas ta na mão da parteira, né?... quando não ta, a parteira sabe também... dai tem que caçar um jeito... de primeiro era assim!” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Demonstravam em suas respostas imensa segurança na fisiologia do processo e no conhecimento das mulheres mais experientes. Quando questionadas sobre “como sabiam se o bebê estava bem visto já que não tinham aparelho”, respondiam com tom de impaciência que a criança é monitorada apenas pelos movimentos fetais, pareciam indignadas por terem que responder pergunta com resposta tão óbvia:

“A gente passa a mão! no bebe! menina... se ta tudo ajeitadinho... se ta mexendo... ai se não ta ela chega a discunfiar... e tem parteira que ajeita também... que vira.” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Agora que já mudou foi tudo ai a gente fica usando apareio pra saber o coração dele... que na época a gente passa é a mão! criança se mexe na barriga da gente, né?... só pegava assim... [simulou pegando na barriga de uma gestante que estava participando da conversa] a gente sente!” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Quando o nascimento está na iminência de ocorrer, quem estiver com a mulher e for “aparar” a criança, coloca um pano entre os braços e literalmente apenas “apara” a criança,

sem a realização de nenhuma manobra, só ocorrem intervenções em casos atípicos, como em partos pélvicos, sendo que, mesmo nestes casos, a grande maioria parece manter a conduta expectante.

Quando indagados das complicações que já haviam acontecido em partos realizados na aldeia, apenas dois casos foram relatados, por meio do relato de uma mesma mulher que teve 04 filhos na aldeia assistenciados por uma parteira experiente, e outros dois complicados, que foram assistenciados por outra pessoa que, segundo ela, não sabia “ajeitar”:

"foi de parto que morreu os dois, um tava de pé e o outro tava assim [atravessado]... Ai a vó quebrou o braço assim... não sabe ajeitar... porque tem que puxar devagazinho..." (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Excetuando-se esses dois casos, não houve outro relato de óbitos fetais de partos ocorridos na aldeia, apenas um óbito materno que teria acontecido há muitos anos, desta vez em decorrência de um parto com uma mulher que não tinha experiência, mas quis fazer o parto da própria filha. Segundo os informantes, como ela não tinha experiência, equivocou-se ao cortar o umbigo antes da placenta sair. Com isso, a placenta ficou dentro e índia gestante faleceu.

7.2.2 Parteiras

Em quase todos os relatos de partos na aldeia, a figura da parteira estava presente. Elas atuam na gestação, no parto e no pós-parto, em que, além de cortarem o umbigo e prestarem os primeiros cuidados ao bebê, também orientam a mãe sobre amamentação e cuidados com a criança. Muitas vezes elas dão o primeiro banho. Além de auxiliarem em todo o processo, por vezes acabam auxiliando nas atividades domésticas.

Segundo a contagem dos indígenas das 23 aldeias que participaram dos encontros, havia nas aldeias um total de 38 parteiras. Destas, 21 participaram da pesquisa.

Apesar de em apenas uma das aldeias investigadas não ter uma parteira, já não é comum à atuação das parteiras no parto. Um dos motivos é o fato de a maioria já serem senhoras de idade e já apresentarem alguma limitação de saúde. A idade média das parteiras ou de aprendizes entrevistadas foi de 58 anos, variando de 38 a 98 anos, 07 delas tinham 60 anos ou mais.

Outro fator que influenciava no fato de elas não atuarem mais é em decorrência da preferência de boa parte das mulheres, principalmente as mais novas e “mães de primeira viagem” em terem seus filhos no ambiente hospitalar.

Posteriormente, foi revelado, nas conversas, que a denominação “parteira” é uma denominação da cultura “do branco”. Apesar de eles terem incorporado essa denominação, principalmente após uma capacitação que acontecera ali há muitos anos, pelos missionários, para eles qualquer pessoa com experiência poderia “pegar menino”. Não sendo, portanto, uma atribuição exclusiva da parteira. Na hora do parto, a mãe ou a avó da gestante também pode ser chamada para auxiliar no processo.

Pelos relatos, observa-se que recebe a denominação de parteira aquela que, além de “pegar” os bebês das mulheres mais novas de uma “família extensa”, também já “pegou” ou “pega” de mulheres de outras aldeias. Mas, de maneira geral, elas atuam somente nas aldeias das quais fazem parte, acompanhando os partos de filhas e netas.

As parteiras aprendem geralmente com parteiras mais velhas o conhecimento milenar que é repassado de mãe pra filha, ou aprendem com os próprios partos. Algumas aprenderam algumas coisas com missionários que há um tempo realizaram uma capacitação no local.

“Faz muuuito tempo que eu pego menino... minha mãe era parteira também... eu ia com ela não sabe?... como o doutor, o doutor também não pega o filho sozinho de uma muié, né?... pois do mermo jeito é a parteira, não pega sozinha... tem que ter acompanhante... a parteira não é sozinha... e eu acompanhei ela que era parteira, né? a veia [se referia a sua mãe]... ela me chamava pra mim ajudar... eu bem mais de sete parto eu peguei mais minha mãe... que toda muié que ia ganhar menino eu ia com ela... ela falava assim... oia eu vou te ensinar porque eu não sei mais quanto tempo eu aguento.. tinha vez que ela colocava eu pra pegar... ela me colocava pra eu me dicocar em frente da muié... e ela continuava sacudindo o buxo da muié em cima e eu embaixo....” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Eu aprendi em mim mesma! Teve minha tia também que eu acompanhei muito, ela me chamava pra ajudar... ai eu olhava tudinho.” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

“Minha tia que me ensinou virar, quando não tava certo ela botava minha mão e dizia assim pra mim ... pode reparar aqui não tem cabeça não, tá aqui tu vai sentir a cabecinha bem durinha aqui... ai ela ia girando, girando, ai eu aprendi” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

“Teve um missionário que me ensinou, a mulher dele também...”. (CAMÉLIA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Não há um rito específico para a iniciação como parteira, nem um processo de formação específico. Há as que são aprendizes, as quais têm a oportunidade de acompanharem suas mães ou avós da família nos partos, por anos, antes de atuarem pela primeira vez. Outras iniciam sua atuação pela necessidade de alguma mulher em trabalho de parto. Auxiliam por dom ou por falta de opção, não parece ser uma escolha própria:

“Do primeiro que eu peguei... ela mandou o meninozinho dela me chamar... eu fiquei tremendo, mas não tem como... a mãe não tava aqui... eu tava sabendo como

era que eu já tinha visto minha mãe pegando menino... ela tava lá deitada na rede... ai eu disse pra ela pra num se mexer muito... pra não matar o menino que tinha que ficar com as perna aberta... mas não demorou muito não... cortei o umbiguinho eu amarrei.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Quando chega aquele aperreio, você não sabe pra onde que vai, ai tem que ser tu mermo, ai acostuma.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“É o jeito... É o jeito... a gente tá precisando de nós... ai tem que ir.” (HORTÊNCIA, PARTEIRA DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Quando minha sobrinha tava sofrendo aqui e o marido dela foi me chamar... eu tava morando bem ali... era bem ali minha casa, aí ele foi ali me chamar, ei tia vem aqui que minha mulher tá sofrendo... eu ai meu Deus do céu o que é que vou fazer agora?! [botou a mão na cabeça com ar de desespero] eu não sei pegar menino! eu não sou parteira! ...mas eu vou assim mermo... ai eu vesti minha roupa ali... entrei ali... ai eu vi a mulher dele assim levantando assim de pé... não minha tia eu não aguento mais não!... eu aguenta sim! pera aí deixa eu caçar um pano aqui... eu cacei um pano e a cabecinha tava saindo pra fora ai eu botei o pano assim [simulou colocar um pano entre os dois braços entreabertos e estendidos em direção a cabecinha do bebe] com um pouco caiu o bebezinho aqui chorando... nasceu!” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Eu tinha... eu tinha... é... ai faz tempo!... eu tinha 13 anos... eu era novinha esse tempo... é porque lá foi surpresa ai não tinha parteira lá, aí o jeito era eu mermo, ai eu fui lá porque ela tava lá gritando, ai eu fui lá ver o que era, ai ela disse: - num é que eu tô cum dor aqui eu sozinha!. Ai eu fui lá ajudar ela, ai eu fiquei lá passando a mão na barriga dela lá e ajudei ela, até que o menino dela nasceu, eu fiz só botar o pano aqui nas minha mão e botei aqui de baixo dela e peguei o menino, eu já sabia já que a mãe já contava pra mim e ela foi dizendo lá também o que era pra fazer ... ai depois desse tempo passou uns tempo eu tinha uns vinte... ai teve uma muié que tava grávida, era dois menino gêmeos, eu não sabia não, né? Ai na hora que nasceu um, né? Ai eu achei diferente a barriga da muié ai quando eu peguei na barriga dela de novo mexeu! Ai eu fique assustada! Tem dois! Ela desmaiou na hora que eu disse pra ela que era dois... ai eu fiquei sacudindo ela mandando ela acordar lá dentro da rede e botei os menino na outra rede... ai eu fui indo fui indo até hoje. (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

Apesar de existir um aprendizado e uma prática envolvida no conhecimento milenar que estas parteiras carregam em sua prática, a fé estava sempre presente na maioria das falas como um instrumento direcionador.

“Tem que pedir coragem pra Deus não tem que ter medo não... não tem outra pessoa... pra servir tem que fazer aquele serviço agora... quando a pessoa fica aperreada lá tem que ir... não tem outra pessoa tem que ajudar...” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Na hora do aperreio Deus ajuda menina! Ele ensina as coisa pra gente!.” (ACÁCIA, PARTEIRA BENZEDEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Eu sei assim um pouco... mais não sei é muito, né?... [ficou envergonhada] só eu mesmo que posso rezar nas pessoas... ai eu peço a Deus na hora pra virar a criança que não tá no normal, né?” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Teve uma que chegou aqui que chorou muito que o bebe dela não tava normal não tava errado, ai quando eu cheguei lá ela choro... me olhô assim e disse tô ferrada

minha irmã que o bebê não tá normal não, ai eu disse assim pra ela não chorar não que tamo aqui só nós duas, mas Deus tá com nós e ele é fiel ai eu botei aqui assim a mão [na barriga] e fiquei lá mexendo pra ela ai eu disse pra ela agora teu nenenzinho ta bem aqui assim, tá virado ai quando o dotor vai reparar vai ta bonzin. Ai não demorou muito não ai ela foi lá no dotor porque ele disse que no outro dia ia lá pro Grajau pra ser cesárea ai no mermo dia ela pariu foi normal, ai o dotor ficou perguntando o que que tinha acontecido que tava virado.” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

Duas das parteiras entrevistadas que, por sinal, tinham mais de 60 anos, além de parteiras, admitiram-se como “benzedeiras” e “curadeiras”. Em dois momentos distintos, foi possível vivenciar e sentir de perto a profissão de fé dessas mulheres, o que evidencia que a espiritualidade delas vai além da assistência à mulher no período da gravidez, parto ou pós-parto:

“Aproveitando que minha garganta estava doendo já há alguns uns dias, não podia perder a oportunidade e pedi pra ela passar a mão na minha garganta. Com uma mão apoiava meu pescoço e cabeça e com a outra passava a mão com movimentos vigorosos e ao mesmo tempo suáveis enquanto dizia algumas palavras “na língua” como em uma oração. Agradei beijando aquelas mãozinhas enrugadas e calejadas de uma vida difícil. Quando perguntei quem a havia ensinado, ela disse que Deus foi quem ensinou”. (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

Não falavam deste dom claramente, afirmavam coisa do tipo “ela era muito boa de curar os meninos apenas passando a mão” ou “ainda hoje quando os menino se machuca ela é boa danada de passar a mão e cura é ligeiro”. Talvez o receio de se assumirem como benzedeira esteja relacionado ao mesmo motivo dos pajés de não quererem se assumir.

“A gente não pode dizer que sabe isso ou aquilo, só quem sabe é deus os beneficios que já fiz.” (BEGÔNIA DA ALDEIA BURITI).

“A gente não pode nem fazer uma reza em alguém que ta doente que o povo diz que é feitiço, a gente não pode ensinar as mais novas porque dizem que a gente e feiticeira.” (TUIA DA ALDEIA SUCUPIRA).

Outro fato observado foi o da relação que fica entre a parteiras e os bebês que elas “pegam”. Em nada se assemelha com a relação do profissional de saúde que, porventura, possa vir a acompanhar o trabalho de parto de uma gestante, visto que não se trata de uma relação profissional.

“Os menino que eu peguei também me chama é de mãe... o da minha sobrinha também me chama de mãe... o da menina li ó me chama de mãe... todos meu neto que tem aqui me chama é de mãe... só tem um neto que me chama de vó que é do Genivaldo que é casado com uma branca.” (GIRASSÓL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

As parteiras são solicitadas principalmente durante o parto, não parece haver um acompanhamento rotineiro durante a gestação. Em algumas situações específicas, a parteira é solicitada para verificar se está tudo certo ou para “ajeitar” a criança. Por vezes, quando o

parto ocorre muito rápido, ela pode ser chamada também apenas no pós-parto para cortar o cordão e orientar os primeiros cuidados como bebê.

As parteiras, quando estão presentes no parto, vão ao encontro da gestante munidas geralmente de um pano limpo para “aparar” o bebê, uma talinha de pau para cortar o cordão umbilical, geralmente canajuba¹², um pedacinho de fio, que pode ser um pedaço de barbante ou um fio da própria rede, e se tiver em casa ou for de fácil acesso, pode levar algum “remédio do mato”, o mais falado entre elas era um que parecia um cogumelo, mas que não sabiam dizer o nome. Posteriormente, conversando com outras parteiras, descobriu-se que este cogumelo utilizado para fazer um chá quando a mulher sangra muito é o Urupé.

"Eu pego menino é assim... quando é na hora de pegar.. na hora de nascer... eu boto um pano por aqui [simulou um pano entre os dois braços] e um também pra forrar aqui [apontou para o chão]... ai cai...ai apara... e na hora de coisar aquele coisa também [se referia a placenta] se sangrar muito óia aqui o remédio ó que nós fizemo [apontou para uma espécie de cogumelo, chamado urupé] também quando sangue vem muito... ai a gente faz o chá ... isso aqui cria nos pau... pra cortar o coisa também [se referia ao cordão umbilical] ó aqui a tesourinha ai [mostrou um pedaço de tala de canajuba]... aqui material... ai ... pra cortar o cordão ai do meninozinho... bota algodãozinho bem aqui na pontinha... amarra primeiro ai corta por aqui e bota algodãozinho aqui... agora isso daqui corta, heim [levantou o pedaço de tala de pau que usa para cortar o cordão do bebê]!" (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Mas na ausência desses materiais, elas apenas vão para a casa da mulher e, enquanto estão aguardando o nascimento, outras pessoas são acionadas, por exemplo, o marido, para providenciar o que for necessário. Não parece haver uma preocupação com o material, tudo é visto com muita simplicidade e, na maioria das vezes, na base do improviso.

"Eu vou mermo só com as minhas ropinha e minhas mãos, né? Elas tem os paninho dela que elas me dão, né?... ai corto o imbigó com a tisorá... quando não tem tisorá eu corto com a talinha de coco... ai amarrar amarra com cordão, faz aquele cordãozinho do algodão, né?... quando não tem algodão amarra até com o coisa da rede e amarra e pronto..." (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

"Levo só a coragem e minhas mãos." (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

"Nós Guajajara antigamente faz é assim não usava pano... ai se tiver a roupa do pai nós faz é rasgar e bota pano ali pra pegar as criança." (CACIQUE DA ALDEIA ANDIROBA).

Os relatos demonstraram que, apesar de a maioria manter uma conduta expectante durante o trabalho de parto, algumas parteiras possuem conhecimento sobre o uso de alguns chás e “remédios do mato” que podem auxiliar na hora do parto. Foram citados com maior

¹² Canajuba é um tipo de bambu de espessura e diâmetro finos, cuja casca é cortante. Literaturas mais antigas revelam que ela tem um significado particular ligado aos espíritos. Onde os *Guajajara* se serviam dela para tirar o mal.

frequência “chá de pimenta do reino” e “chá de cidreira”, para acelerar o parto. Uma das parteiras citou o “chá de quiabo” e comentou o uso do ovo cru, outra citou o óleo de guariba e de arraia.

“têm um chá... a gente pisa a pimenta do reino faz o chá e dá pra muié... eu dô quando tá sentindo dor que tá demorando um pouco ai a gente dá, né?... cidrera também...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“A gente pisa um pimenta do reino, morna e bota pra ela tomar.” (ACÁCIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“na hora do parto também antes de ter dá chá também tem aquele... como é o nome?... hum... cidreira.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Outras, em proporção menor, também possuem conhecimento sobre a versão externa, manobra obstetrícia de pouco domínio na obstetrícia atual, quase rara, em função do medo e da falta de prática dos profissionais da área. Nessa técnica, o bebê é mudado de posição ainda dentro da barriga para ficar na posição mais fisiológica, a cefálica, ou seja, com a cabeça para baixo. Entretanto, os relatos revelam que é mais provável este conhecimento ser de domínio das mais velhas. Também parece haver variações sobre a maneira de realizar tal manobra.

“Quando a cabeça não tá aqui [apontou em direção ao baixo ventre], vai pegando assim [demonstrou alguns movimentos com as mãos]... de vagarzinho... ajeitando assim... e vira.” (CAMÉLIA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Quando eu pego no buxo dela [apontou pra parte superior da barriga] eu acho isso aqui [apontou para os pés] acho isso aqui [apontou para os braços], acho o bumbum, ai tá no normal, quando eu acho isso aqui [apontou pra cabeça] eu digo não tá no normal... a gente sabe (...) Muié tem vez que eu viro, mas da trabai eu nem gosto dessa arrumação de virar puque dá trabalho de mais porque a gente sobe a muié [as pernas pra cima], segura a cabeça pra baixo ai tem que ficar mexendo pra virar pra rodar ele pra ficar no normal, né?” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Basta botar a mão e virar de vagarzinho... é porque a gente vê a cabecinha aqui né? [apontou para a parte de cima da barriga]... ai a gente bota a muié deitada na rede bem retinha assim, ai a gente vai saber que a cabeça tá bem aqui [apontou novamente para o mesmo lugar] ai a gente vai só devagazin assim [simulou os movimentos que fazia].” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

“Teve uma que eu tava lá só pra visitar uma buchuda lá, ai tinha uma lá que tava gritando lá batendo na bunda mandando o menino sair da barriga dela, ai eu fui lá ajeitar, ai quando eu botei a mão, não tinha cabeça aqui não [apontou para o baixo ventre] ele tava aqui assim [apontou pro lado da barriga], ai eu ajeitei quando eu saí de lá não demorou não, pariu logo.” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

Assim como em relação à versão externa, algumas poucas possuem conhecimento sobre o parto pélvico e demonstram naturalidade frente a uma situação que, no Brasil, muitas

vezes é vista com temor, em função da inexperiência da maioria dos profissionais com esse tipo de parto. Algumas, apesar de não demonstrarem conhecimento de manobras específicas, mantêm uma conduta expectante, que atualmente tem se demonstrado por meio de evidências científicas, uma das condutas adequadas na assistência deste tipo de parto.

“Ela disse que quando vem de pé a gente faz assim, que ele vinha assim [demonstrou a saída dos pés do bebê] ai quando fica só a cabeça pega no queixinho assim e puxa pra não ficar preso.” (CAMÉLIA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“De pé já!... ai demora de mais! Ai eu fico passando a mão nela até que nasce!” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Tem um ali, que ele já ta grandin, né?... fui eu que peguei ele... ele tem os olhin piquninim parecendo os olhin de curica, mas nasceu bem... nasceu primeiro os pé né? Ai depois ai inganchô.. ai eu suspendi ela duma vez, arribei ela assim [demonstrou colocar a mulher que estava de cócoras em pé]... ai nasceu assim empezin...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Primero que peguei da minha nora também... neta... depois dela [apontou para outra mulher que estava entre nós], depois o outro também... tem um bucado lá... artuzin também... minha nora também tava sofrendo essa hora... o pé ficou lá dentro, só a perna fora... a vó também tava pegando menino também... sabe tudin...” (AMARANTO, PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

“Tem vez que os nosso parente fica com medo de pegar a criança... eu não... eu sempre vi a minha vó pegar criança eu não tinha medo não aí depois e que a gente chegou nos wtiua, eu acompanhei a missionária ai me ensinou de pega criança quando criança tá assim de pé ... quando a criança tá assim de pé aí tem que gira um pouco assim... quando o braço tá todinho aqui [apontou para um dos lados da barriga] ai bota a mão assim [lá dentro da mulher]... até puxar para baixo de vagazinho assim ai quando não tem como tirar outra mão, o braço dele ai tu vira por aqui assim [lá dentro da mulher pelo outro lado]... que dá certo e aí bota a mão por aqui também até chegar aqui [apontou pro ombro] ai puxa esse otro braço puxa assim devagazinho...” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Teve um outro que ela pegou de bunda também... de uma pessoa aqui na aldeia daquela otra parteira que mora lá do outro lado... esse foi difícil... porque é assim... pra podê se ajeitar ele bota a perna primeiro ai tem que virar um poquinho pra sair a perninha dele e o otro também ... ai tem que tirar os bracinho também... tudo normal ai sai sozinho... esse demorou... ai depois desse ai ...depois que teve esse essa muié virou parteira também.” (ANÊMONA, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Uma das parteiras em especial, a que parecia ser a mais experiente, contou com toda sua simplicidade uma história na qual o bebê estava com um dos pés para fora: ela colocou o pezinho pra dentro e fez a versão externa (que geralmente é feito antes do parto) na hora do parto e, segundo o relato, logo em seguida, estando na posição mais fisiológica, o menino nasceu.

Apenas uma parteira comentou sobre a influência da lua nos nascimentos. Segundo ela, a lua cheia seria a “mais forte” e que, portanto, a mais favorável aos

nascimentos:

“Quando a lua tá nova a força é mais fraca, quando tá no meio do céu as dor é mais forte... ai já sente assim a força da criança...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Foram poucos os relatos de parto gemelar, mas assim como os demais, foi descrita a conduta expectante. E não parecia ser algo que gerasse medo ou apreensão por parte da parteira.

Apesar de, entre as meninas mais jovens da aldeia, esses conhecimentos nem sempre serem valorizados, entre os mais velhos, a sabedoria e a presença da parteira é muito bem vista.

“Nós tem confiança em primeiro lugar em Deus e em segundo lugar na parteira que não sai do lado da muié.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

“É uma coisa que nós fica admiradol, né? Como é que uma parteira sabe que um menino não tá normal? Porque o doutor entende através de aparelho e da leitura também, a parteira não! É uma coisa muito interessante!”(CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

Apesar de ser uma atuação essencialmente feminina e de em algumas situações esporádicas o marido acabar auxiliando a esposa, foi revelado, durante a coleta, um caso inusitado: a existência de um parteiro (o qual também é pajé). Trata-se de um senhor que não soube revelar a idade, mas que aparenta ter mais de 60 anos, e que, além de ter sido o parteiro dos seus 13 filhos, auxilia no parto de outras mulheres, caso seja chamado. Ele se mostra detentor de muitos conhecimentos: das ervas medicinais, das rezas, sabe ajeitar barriga e atender parto pélvico. Diz que tudo o que sabe aprendeu com Deus, o qual se refere como o pai verdadeiro.

“Teve uma vez que tinha uma mulher cum dor já tinha uns dias... ela tinha ido na cidade ai disseram que não tava na hora... quando ela voltou, a dor voltou ai eu fui lá olhar ela, mexi na barriga e ajeitei, fui só cochilar quando me espantei já tinha descansado.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Eu sei curar... as pessoas quando vão no médico que não da jeito me procuram... ai eu ajudo.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

Durante os encontros, apesar de a maioria dos caciques ter concordado que era importante a parteira continuar atuando para que esses conhecimentos não fossem perdidos ao longo das gerações, em contrapartida, afirmaram que quase todas as parteiras mais antigas morreram e que as mais novas não se interessavam mais em seguir esta “profissão”, visto que, por ser um trabalho não remunerado, tem havido uma grande desistência. Além do mais, esse

trabalho demanda muita responsabilidade e há o perigo de contaminação, já que precisam lidar com sangue, sem equipamentos de proteção.

“Mas tem que ter um recurso pra manter o trabai da parteira... porque pros branco todos trabai tem salário e pra nós não existe.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

“Eu acho que a parteira que tá com ela da uma ajudin e no hospital o doutor deixa pra lá e as enfermeira também... A parteira fica com mais cuidado porque fica perto toda hora.” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Teve um que ela foi pra uma outra aldeia atrás da parteira, ai ela pegou o nosso segundo menino. Ai no outro menino nosso ela ganhou no hospital porque a fia dela gostava de falar assim que só a mãe dela que pegava e ficava cuidando e a gente não dava nada pra ela, que ela passava noite pegando sangue e ficava adoentada e não ganhava nada ai a gente não quis procurar ela não.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

“Minha mãe até brigava comigo porque ela sentia essas coisa de durmência nas mão dela também... ela tu não vai fazer essas coisas não que não presta... ela dizendo pra mim né? Ai como hoje eu sinto essa durmência nas mão também... acho que é por causa do sangue porque o sangue é quente... porque nós não tem material ai o jeito é a mão mermo... Tem vez que não tem nem toaia... ai é cum blusa cum saia...” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“A tia dizia assim que o sangue da pessoa tem aquele mal cheiro e a índia parteira não tem a proteção, ai quando chêra aquele cheiro quando vai ficando velha fica doendo depois ... nosso sangue diz que é mais forte que do bicho, do animal, ai sempre ela dizia assim quando ela terminava de pegar uma criança ela dizia assim me dá uma dose de cachaça que era pra acabar o mal cheiro... ai eu digo é muito pra ela [apontou pra mulher dele] que quando ela tiver mais velha ela vai ficar sentindo esse mal estar.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

Por todos estes motivos, todas as parteiras ouvidas afirmaram que somente fazem esse “trabalho” por falta de opção, pois não iriam deixar de ajudar alguém que está precisando:

“Eu gosto porque não tem outro jeito... não tem outra pessoa... não tem jeito... mas pego só daqui mesmo nunca fui noutra aldeia... mas se me chamar também eu vou...” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Não é muito bom não porque dá muito trabai pra gente, mas Deus ajuda e a gente pega...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Apesar de todo o reconhecimento em relação ao trabalho da parteira, muitos admitem que sua atuação tenha limitações e que em alguns casos são necessárias intervenções que não podem ser feitas no hospital. Enxergam a necessidade de assistência conjunta da biomedicina com as práticas tradicionais.

“Na nossa aldeia tem parteira e tem pajé. No caso que adoce às vezes o pajé pode me curar ali, se o pajé disser que não tem como me curar eu tenho que caçar o hospital e procurar o dotor, a merma coisa as muiéres também primeiro a parteira

tem que passar se o menino tá bem pra depois procurar o hospital.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

“Doutor e parteira tem que ter parceria os dois... isso é muito importante porque quando elas vão fazer pré-natal elas vão só e a parteira tinha que tá junto pra saber se o neném tá no normal ou não.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

7.2.3 Parto no hospital

Como foi constatado nos relatos, a maioria partos hospitalares foram opcionais, não por complicações após tentativa de parto na aldeia. Não era raro ouvir relatos de mulheres que chegavam a morar temporariamente em aldeias mais próximas, no último mês de gestação, por terem tido receio de não dar tempo de ir para o hospital ou de entrarem em trabalho de parto na madrugada, momento em que se não houver transporte particular a locomoção é quase impossível, visto que dependem do transporte informal, que não tem hora certa de passar e é inexistente na madrugada. Desta forma, mesmo os que confiam no trabalho da parteira, por vezes acabam encaminhando a gestante para o hospital.

“Tem quatro mulheres adulta aqui que acompanham as outra pra ganhar, né? elas não sai de perto enquanto não ganham, né? Mas se não tiver um transporte não tem como se privinir...” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

“Você não vê essa mulher ai que a menina dela morreu dentro da barriga dela... foi porque? porque não tinha carro.” (CACIQUE DA ALDEIA JENIPAPO).

Também não há comunicação via rádio, os sinais de telefonia são inexistentes, a comunicação depende de telefones públicos, que só estão presentes em pouquíssimas aldeias e raramente funcionam. Como as aldeias são distantes do centro de Arame, onde fica o hospital, sendo a mais próxima a 06 km de distância, é inviável ir de outra forma, se não de carro e, mesmo assim, às vezes se demora tanto para conseguir um transporte durante o dia que acaba não dando tempo de se chegar ao destino.

“Muitas vezes que quando o carro vem pegar a muié que tá sentindo dor que não dá nem tempo de chegar no Arame... teve uma vez que o motorista parou de uma vez a mulher que tava parindo escorregou numa vez nos foi abrigado a pular de dentro do carro pra ela ficar só.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

Em função disso, nas aldeias mais próximas, alguns acabam por tentar ir sem o carro e se viram como podem. Chegou-se a ouvir relatos de mulheres que chegavam a ir na garupa da bicicleta de seus maridos, mesmo com os riscos de complicações em função do transporte e do perigo de parir no meio do caminho. O medo de parir na aldeia às vezes é tão grande, que algumas acabam assumindo riscos, para garantirem o parto no hospital.

“Porque na época era estrada de chão, né? não tinha asfalto não tinha nada não. Eu fiquei assim pensando... rapaz... só amanhã agora que não tem carro aí eu fiquei ali na pista esperando, né? É ainda bem que Deus me ajudou nesse dia que vinha uma caminhonete vazia lá do Grajaú isso era de tarde quase seis hora já aí eu peguei ela falei com o rapaz e disse rapaz me ajuda que depois a gente acerta aí..” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“a gente caça um jeito... porque não tem um carro pra levar... não tem moto e mermo assim em cima da moto não pode levar...” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Teve um que ela começou a sentir de noite umas oito horas da noite aí botei ela na garupa da bicicleta, na ladeira nós ia andando aí quando chegou lá em cima nos descia na bicicleta até que nós chegamo já era umas meia noite tava tudo fechado, aí ela colocou ela pra lá e disse que só ela que fica aí ela entro sozinha.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

“Teve uma de outra aldeia que já tava mais de semana sofrendo aí trouxeram pra mim olhar, aí eu ajeitei e disse pra ela que agora dava pra ter na aldeia que tava normalzin era só esperar a hora, mas ela tava com medo de parir aqui, disse que já podia caminhar agora, mas nesse tempo tinha que atravessar o rio pra chegar no hospital, mas ela tava com medo né? Ai eu disse dá de ganhar aqui! Mas ela não quis não, ela foi eu fui atrás, segurando a mão dela caminhando atravessando o rio, aí quando chegou no outro lado ela só botou o pé no chão aí aperriou ela na bera do rio, aí eu tava com um vestido desse tamanho assim [apontou para o calcanhar] aí eu quando ela sentou assim [ficou de cócoras] só butei o vestido assim e aparei. Eu disse pra ela que dava de ganhar na aldeia mas ela teimou.” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

Apesar de todo sacrifício para chegar até o hospital a tempo de parir, alguns relatos apontam certa insegurança quando o parto acontece na maternidade, não apenas pelo contexto, que é totalmente diverso da cultura *Guajajara*, como também por alguns relatos de complicações nos partos ocorridos no hospital.

“A gente fica preocupado, né?... lá não entra todo mundo... aí nós não sabe o que tá acontecendo lá... na aldeia não... na aldeia tá sentindo uma dor bem aqui os parente tão ali tudo junto, né? e qualquer coisa tem uma pessoa que vai contar lá fora.” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Nós que somo cacique nos fica preocupado... A mulher que vai ter neném bota muita força! Acho acontece essas morte no hospital porque a mulher bota muita força e no hospital não tem ninguém que segura ali. Na aldeia tem a mãe a parteira... A nossa nação de índio pra ganhar filho é diferente da cidade, na aldeia é diferente! Muié que vai ter neném no hospital deve sofrer de mais porque não tem ninguém pra segurar.” (CACIQUE DA ALDEIA SUMAUMA).

Alguns motivos parecem estar relacionados com essa insegurança, entre eles, o fato de nem sempre a gestante poder ser acompanhada na hora do parto. Também, o fato de não conhecerem ou não compreenderem ao certo algumas intervenções realizadas no hospital.

Entre as mulheres que optaram por parir no hospital, são frequentes os relatos negativos sobre o parto, principalmente entre as que viveram as duas experiências de parto (na aldeia e no hospital). Disseram que ficavam sozinhas no quarto hospitalar, ou não podiam

escolher o acompanhante.

“Quando elas vão pro hospital, vai a mãe ou se não tiver a mãe vai algum parente, mas eles não deixam homem entrar não só mulher ... Se o parto acontece no hospital a mulher tem direito a uma acompanhante mulher, o marido não pode entrar se quiser.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Meu marido foi mais eu ele entrou... ele é branco! ele não deixava ficar lá no hospital sozinha com a parteira não.” (TULIPA, DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“elas tão falando aqui que esse povo que vai acompanhando não entra lá não... entra dentro do hospital mas lá no quarto que ela vai ganhar o neném tem vez que não entra não, ficam com as enfermeira que trabalha lá... tem vezes que entra...” (CACIQUE DA ALDEIA ANDIROBA).

Em todos os relatos hospitalares, a posição para parir foi a posição de litotomia, posição considerada desconfortável, principalmente para aquelas que já haviam parido na aldeia. A maioria delas foi medicada com soro, para aumentar a dor; raramente foi citado nos relatos o “corte”, expressão referente à episiotomia.¹³

“Na primeira me deram duas injeção de força na bunda 2 vezes... Na segunda foi uma na bunda e outra na veia depois que viram que era gêmeos...” (ROSA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Uma vez eu fui lá a parteira pegou o meninozinho que tina acabado de nascer e ela pegou foi assim [mostrou que ela pegou o bebe pelos pé os deixando de cabeça pra baixo] ai depois agarrou por aqui assim [segurando a criança pelo pescoço com os pés soltos]. Como é que pega uma criança desse jeito?!?! É por isso que mata o bebezim assim lá no hospital. Eu vi!!!! Teve a filha da menina também que eu fui mais ela... Ela tava sofrendo ai eu fui mais ela. Ai depois que chegou lá ai ela disse assim: “Te deita aqui muié!!!! [com tom de grosseria] Ai ela ficou lá com as perna aberta assim pra cima. Eu vi também!!! Eu tava oiando! Ai quando a bebe saiu ela fez do mesmo jeito! Desse jeito mata o bebezim!” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Uma vez minha sobrinha foi lá buxuda pari lá no hospital e diz que a enfermeira fez foi por o joeio na boca do estomago dela pra sair o menino ai dismintiram até a custela dela! ai a sogra dela foi mais ela e deu uma mãozada nela lá!” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Lá dentro do hospital tem deles que não tem experiência, a parteira tem experiência, acumpanha! A parteira ajuda, o doutor não, o doutor, a enfermeira deixam a mulher lá com a perna aberta amarrada, desse jeito dói!” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Já entre as mães de primeira viagem, talvez por não possuírem um parâmetro para comparar o parto no hospital e o parto na aldeia, geralmente possuem uma fala positiva ou neutra a respeito do atendimento no hospital. Mas não há muitos elogios. Apenas uma gestante que já havia parido em Arame e em um segundo momento foi parir em Grajaú,

¹³ A episiotomia é a ampliação cirúrgica do canal do parto mediante uma incisão perineal realizada durante a fase final do 2º período do parto (período expulsivo), realizada com tesoura ou bisturi e necessita de reparo por meio de sutura – Thacker (1983)

afirmou:

“Quando eu tive o primeiro lá no Grajaú eu achei assim que eu tive mais atenção das enfermeiras lá, elas ficavam acompanhando, quando eu fui pro Arame eu demorei pra ser atendida porque na hora não tinha parteira e ela demorou pra chegar.” (CALÊNDULA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Outra questão que parece preocupar alguns caciques e muitas parteiras é o número de mulheres que estão parindo via cesariana, pois segundo eles a mulher não fica a mesma depois da operação.

“Se uma índia faz um cesário ela não fica mais do jeito que era no passado... é doente todo tempo... aqui mermo tem uma sobrinha mermo que tá cum probema por causa do cesário ... teve uma outra parenta também que pariu gêmeo agora tá cum pobrema também.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

7.3 Pós-parto

Assim que o bebê nasce, elas esperam a placenta sair espontaneamente, somente depois é que cortam o cordão, sob o risco de hemorragia, caso o façam antes. Depois que a placenta sai o cordão é cortado com tala, geralmente de canajuba, tala de coco ou taboca, e é amarrado com um pedaço de fio de algodão. O bebê é colocado na rede, enquanto a mãe aguarda sentada, em cima da esteira, o sangramento diminuir. Somente após a diminuição do sangramento é que a mãe se junta ao bebê na rede e vai dar o peito.

“Ai quando nasce, os avós mais velho que vai ensinar a cortar o umbigo... tem os centímetros ai ... ai corta com taboquin ou carnajubin se não tiver também tem o talho de palha.” (CACIQUE DA ALDEIA ANDIROBA).

“Na hora de cortar tem um pau que por aqui não tem não, o canajuba, esse que nós cortava... olha uma vez no Grajau tinha uma muié que tava descansando... ai Tetê minha cunhada: Ei menina vem trazer pelo menos um pedaço de pau pra cortar umbigo de menino... ai os menino tava comendo picolé acolá muié ai a gente foi lá reparar... ai achei assim no chão: Oia aqui o pauzin muié! Pois peguemo esse umbigo de menino e cortemo ...(...)...amarro com um cordãozin de coisa.. tem aquele algodão assim também ai nós trocia assim... ai bota o menino na rede fia...”. (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Aqui...esse aqui é pra amarrar o imbigio do bebe, quando despacha tudim... ai depois corta, marra aqui no umbigo do bebê ai corta com as coisinha aqui... e isso aqui é pro sangramento ... Se nasceu ai bota na rede... ai passa um tempo ... quiser mamar ai bota no peito... ”. (Azaléia, parteira da aldeia Jenipapo)

“Nós Guajajara a gente corta o umbigo é com isso aqui!” [apontou pra uma talinha]. (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Na maioria das vezes, a placenta sai sozinha, sem a necessidade de nenhuma intervenção, mas em algumas situações, nas quais houve a demora, foi apontado em uma grande proporção o uso do “chá da folha de pitomba”, de “casca de jacarandá”, da “folha de

quiabo” e de uma planta a qual só sabiam na língua, “apeiuapel”, assim como ações auxiliares, como soprar uma garrafa ou fazer massagem na barriga. Algumas respostas inusitadas: por exemplo, palmadas no sacro e o uso do chumbo.

“Sai por conta mesmo... se demora eu dou o litro pra ela soprar ou então dou umas três palmada de chinela nela aqui [apontou para o sacro].” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

“Eu já vi uma muié do meu ti... ai pegava uma garrafa de cachaça e mandava soprar... Ai elas pega e embola com um pano assim e enterra... elas não jogam não faz é enterrar em baixo da terra.” (BROMÉLIA DA ALDEIA MURICI).

“Quando não sai logo aquelas coisa eu fico é sacudindo assim [demonstrou chacoalhando a barriga].” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“A gente lava a espingarda, né?... ai a gente tira aquela água de dentro da espingarda e dá um poquin...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Só teve uma menina que demorou pra ela pra sair placenta ai tem um remédio também... tem a folha disso aqui também [apontou para o pé de pitomba] pisa e bota pra ferver e bota pra beber... mas se demorar também tem coisa a garrafa também ... eu vi muita pessoa soprar... sai ligeiro...se não sai daquele jeito com chá se demorar bota três caroço de chumbo ai cai ligeiro...” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Teve uma vez que eu vi minha mãe dizer pra uma mulher que tava falando de uma mulher que a placenta não saiu –“Dá um chumbo pra ela que sai logo.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

Caso, após a saída da placenta, a mulher sangrasse muito, também foram citados o uso de alguns chás. A maioria delas mencionou o “urupê”, o “jatobá de vaqueiro”, “chá da folha de algodão”, “gergelim preto”, “mastruz” e “casca de quina.”

“Esse aqui também do mesmo jeito [jatobá de vaqueiro]... aqui também tem um primeiro remédio também que não tenho aqui agora... só lá nos mato... não truce não... que se doente por aqui [apontou pra barriga] ai tu bota pra esquentar pra beber ai desmancha tudo ai por dentro o sangue cuiado.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“chá de algodão também é bom pra parar o sangue.” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Ela tá dizendo que quando o menino nasce, não fica aquelas coisa dentro da mulher parida? Ai quando aquilo ali não vai sai, vai demorar pra a sair ai tem que pisar gergelim preto e da pra ela pra desocupar logo ligêro.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Também apontou pra um “negócio” que parecia um cogumelo e que, depois de muita insistência minha em saber o que era aquilo, eles explicaram que nascia da palmeira que chamava URUPÉ: “bota quando tá muito sangue.” (DIÁRIO DE CAMPO DA PESQUISADORA).

A quina também costuma ser utilizada no pós-parto. Alguns citaram seu uso no

período de 04 dias após o parto, período aproximado da queda do umbigo do bebê. Outros apenas ao final do resguardo. Neste caso, a quina seria utilizada não apenas para “limpar” o útero, mas também para evitar problemas no estômago ao ingerir determinadas comidas.

“Na hora que cai o umbiguin nós bebe... pra ficar sadia a barriga da gente... bota a casca de quina de moio deixa lá de noite... ai sete da manhã bebe... amaaaarga muié...” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Quando vai terminar o resguardo trás um casca de pau que é muito amargo ai do mato... porque quando termina o resguardo a gente vai comer uma carne assada assim ai tem que se preparar pra não doer na barriga, pra não sentir nada.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Quando a mulher tem neném tem aquele cheiro de sangue que ela respira ai fica ruim daquele cheiro ai tem que tomar remédio do mato, casca de quina... depois que o imbigio da criança caiu... bota de moio e no outro dia de manhã toma, mas só um pouquinho porque amarga, diz que é bom até pra Malária, diz que é bom até pra diarréia é bom pra tudo.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

A maioria das mulheres afirmou que dificilmente “machuca” o canal de parto, mas caso aconteça, umas nada fazem, outras colocam “remédio do mato”, o único citado foi a “casca do cajá”. Outras vão para o hospital.

“Rasga também... ai se não tiver remédio sara por conta ai se doer muito leva pro hospital (...) a placenta?! enterra no chão, cava buraco pra não jogar no mato, se jogar no mato o cachorro come e morre.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Se tiver rasgado bota remédio em cima ou leva pro hospital...” (MAGNÓLIA, PARTEIRA DA ALDEIA BURITI).

No bebê é dado banho somente no dia seguinte, fazem apenas uma rápida limpeza, retira-se o excesso de sangue. Uma das parteiras ensinou a técnica de acrescentar alfavaca ou limão ou sal na água do primeiro banho da criança, para evitar cólicas no bebê e citou o banho de sol.

“banhar? ai não dá banho não, é só pra alimpar mermo... acho que no outro dia porque na hora que nasce... naquela hora mesmo a gente não pode banhar, porque sai assim quente também com a quenturinha que tem... ai não pode banhar na hora só se friar primeiro alimpa com o pano ai depois fica aquele negocinho [vérnix] e no outro dia é que a gente da banho... ai a parteira mesmo que dá... eu mermo faço é assim... pra limpar a mãe também... lavar roupa... fazer cumida... eu cuidei.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Depois que nasce nós não banha a criança com água fria... só nos outro dia que a gente faz a limpeza, bem limpim... e sendo um menino duentinho ai nós banha com limão, nós banha com alfarraca, ai bota um tiquin de sal pra não da muita espremedeira, né? Pra criança não dá muito pobrema no buchim dele, né?... (...) ... Ai bota a água no sol e banha a criança... tem que banhar duas vezes porque a quentura é muita né? Ai banha de manhã e banha de tarde... tem vez que banha três veze, né? Ai banha de manhã, banha meio dia, banha de tarde, né?” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Os cuidados com o umbigo são: a limpeza e o uso da semente do cajá. Uma minoria citou também a folha de algodão seca e a noda do pé de cajú. O umbigo geralmente cai com 03 ou 04 dias, período bem menor que o comumente encontrado, nos casos em que há o uso do “álcool 70%”, produto recomendado nas maternidades. Apesar da não utilização do álcool, não foi relatado casos de infecção ou complicações em relação ao umbigo do bebê.

“Se tiver na hora caroço seco do cajá a gente queima, a gente bota minha mãe gostava botar... nim três dias talvez cai.” (IRIS, PARTEIRA DA ALDEIA CAJUEIRO).

“bota o leite de pé de caju, não tem aquele noda?... ai a gente rapa e bota no umbiguin até cair...” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Tem caroço de cajá... tem isso ai e tem tumbem ode... o de... abóbora... cai ligero... na nossa nação é assim tem vez que cai ligero de três dia de quatro dia... ai se demora tem que ir atras de casa de pau” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Além destes cuidados, no resguardo do parto a mulher e o marido passam por um ritual, no qual colocam o primeiro beiju quente, antes de comer, na cabeça, para não ter muito cabelo branco e na barriga, para não ter problemas no estômago ao comerem futuramente determinadas comidas “mais pesadas.” Também fazem um mingau que é colocado em uma vasilha e colocado também na barriga, para não ter problemas no estômago. No pé colocam macaxeira quente cozida, para evitar rachaduras.

A mulher só sai de casa após o período de 05 dias, mas continuam os cuidados do resguardo, que costuma durar de 30 a 40 dias, e contempla restrição física e alimentar, na qual a mãe é proibida de comer coisas “remosas”, como feijão, porco, galinha caipira, porco, alguns peixes e paca. A carne de boi é liberada. Geralmente a puérpera conta com o apoio da mãe, sogra, ou do próprio marido nos afazeres de casa. No parto cesariano os cuidados e as restrições são ainda maiores.

“Dura uns 40 dias... se não tiver a mãe, a sogra... ai o marido ajuda também... se tiver parente perto também os parente ajuda... ai pega uma galinha caipira, mata e faz pra ela comer... porco não pode... tatu ... essas coisa assim.” (IRIS, PARTEIRA DA ALDEIA CAJUEIRO).

“Só sai com cinco dias pra fora, né?... ela que se banha a gente vai só busca a água pra ela banhar... cum seis dias vai fazendo as coisas devagarzin (...). Não dá de cumer carregado né?... ai ela tem que cumer o pirãozinho dela, né?... dispois que pariu come... ela come o arroz, ela come frango, ela come o pirão... não pode cumer é todo o peixe e toda a carne... mas o resto nós damo (...). Cesárea não pode comer todas coisa, não pode andar... não pode fazer as coisas... ai a gente vai lutando lutando...” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Agora nós... tatu não come, paca também não come e o porcão também... catitu... peixe pode, tem peixe que não pode, pode só o carazinho e as piabinha também... só

depois que pari e a galinha também... carne de gado também se tiver.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

A amamentação foi relatada pela maioria como algo tranquilo, sem maiores complicações. O peito é dado em livre demanda e continua enquanto a mãe tiver leite, algumas amamentam até os sete anos. A complementação com outros alimentos não parece padrão, mas ocorre no mínimo após os seis meses de vida do bebê.

“Dá peito quando tá chorando, quando não tá chorando... é toda hora... mas se tu bota só em um o outro fica menos um pouco.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Depois de um ano que começa a dar papinha.”(VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

Em alguns casos, quando a produção de leite não é suficiente, elas utilizam o chá ou suco da semente de melancia batida. Quando o peito empedra, a folha da melancia quente é colocada sobre os seios e feita a ordenha. Uma das parteiras citou o “pentear” as mamas com a costa de um pente.

“Se não der o peito, o peito fica doido que não pode nem mexer o braço.” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Tem a semente de melancia e a folha também... três vezi, aí cria leite... cria... até a melancia mermo, se a gente come aí cria leite... porque só tem água, né?.” (GIRASSOL, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“Pisa a semente da melancia, bota aguinha dentro, só um poquin, cõa aí tira leitin e da pra ela beber (três dedos), se não vai criar tem que da outra de novo.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Tem que ser um litro de semente... é muita melancia! Tem que juntar muita semente... aí tira o leite e bebe, se não tomar todo, aí guarda na geladeira e vai bebendo.” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

“Na hora que aquela muié cria muito leite, aí fica doendo pra ela... aí tira um poquin do leite.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Se tem pouco leite faz um remédio pra ela também... semente da melancia e a folha também... minha vó me ensinou foi assim.” (IRIS, PARTEIRA DA ALDEIA CAJUEIRO).

Algumas mulheres amamentam grávidas e, após o parto, dão o peito para os dois simultaneamente. Porém, a amamentação em período gestacional pode causar diarreia no bebê mais velho ou a própria criança acabava deixando de mamar, pois o gosto do leite muda. Algumas mulheres comentaram que, caso a gestante estivesse amamentando, o ideal era parar a partir do 7º mês, pois aquele leite tirado já era do outro bebê. Desta forma o ideal era esperar a criança crescer e chegar ao menos aos dois anos, para se ter outro filho.

“Só pode depois que o menino tá sentando no chão.” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Às vezes só com dois ano que pode ter outro, né? Quando já começa andar sozinho... mas tem uns outro que não espera não... tem que esperar pro menino não abusar... o menino fica abusando, fica chorando de mais, as vezes adoeci, vixi aí... aí é bom esperar...” (JASMIM, APRENDIZ DE PARTEIRA DA ALDEIA URUCUM).

7.4 A avaliação Guajajara sobre o sistema de saúde indígena

Os relatos revelam que muita coisa mudou nas últimas duas décadas, depois que a FUNASA assumiu a saúde indígena. Anteriormente era de responsabilidade da FUNAI, a qual atualmente é responsável pela política indigenista, o que inclui a proteção física e cultural desta população.

Sabe-se que o intuito desta mudança era, dentre outros, melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada a esta população, incluindo-se a atenção dada durante o período gravídico puerperal. Desta forma, nada mais justo do que esta avaliação ser feita por quem usufruiu dos dois modelos.

De certo modo, todas as pessoas que participaram da pesquisa, seja com entrevistas formais ou conversas informais acabaram opinando sobre o que acham do modelo de saúde atual, principalmente no que concerne à mulher em sua fase reprodutiva. Porém, os caciques talvez por serem referências dentro das aldeias e, de certa forma, estarem sempre cientes de tudo o que acontece na aldeia, foram os principais informantes da realidade vivida diariamente por estas mulheres.

Este subcapítulo descreve elogios e críticas tecidos pelos indígenas durante a pesquisa, tanto em relação aos órgãos responsáveis pela saúde indígena, quanto em relação aos profissionais que lidam diretamente com esta população e suas condutas. Contabilizaram-se mais críticas do que elogios. Não teve um informante que se mostrasse totalmente satisfeito com o atual sistema de saúde.

Dentre as principais reclamações, estavam: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, ocasionada pela falta transporte e a falta de comunicação com a aldeia. A maioria das aldeias está a quilômetros de distância do polo base e do hospital local, portanto, depende do transporte informal, o qual não tem hora certa para aparecer e quando há é no período diurno. A comunicação à distância é quase nula, visto que as operadoras telefônicas locais não cobrem a área indígena, das 97 aldeias, apenas 04 delas possuem telefone público que em sua maioria não funcionam.

Afirmam que hoje, apesar de existirem carros do DSEI, os mesmos não estão disponíveis quando eles necessitam. Admitem, porém, que em tempos anteriores as condições eram mais precárias. Quando previam qualquer complicação, contavam com o auxílio da FUNAI, que até pouco mais de duas décadas mantinha alguns postos estratégicos, cujos profissionais auxiliavam nos partos na aldeia. Ou também providenciavam a remoção, caso fosse necessária.

“Antigamente não tinha carro, só tinha uma Mercedes no Angico torto, mas a enfermeira vinha andando trazendo remédio nas costas... Hoje tem um monte de carro lá em Arame, mas não querem nem pisar mais aqui... eles não andam por aqui não, andam só lá por Arame... tem uns 18 dias que dizem que não vem porque não tem combustive... Quando eles vem se tiver parente doente eles levam... se não... só conversa mermo... A boca deles assim é dizer que vai miorá, e não miora nunca, ali mermo quem tá gritando é o branco, Guajajara mermo não tem voz não.” (CACIQUE DA ALDEIA CAJUEIRO).

“Quando a gente vai reclamar não tem remédio não tem carro não tem combustível não tem nada... tem carro mais não tem o pra correr, tem doutor mais não tem remédio.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Lá em Grajaú tem tudo pros parente lá... tem carro , tem posto na aldeia cum teco de enfermagem que dorme na aldeia ... só aqui que não tem nada...Nós não tem ninguém por nós não Dona, nós somos sozinho... quem tem dinheiro paga... tem uma aldeia ai que a enfermera vai direto mas é porque eles pagam, juntam dinheiro e paga.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Depois que passou pra FUNASA cada vez mais tá piorando, piorando... no tempo da FUNAI era melhor... bem ali no Angico tinha enfermaria vinha médico de São Luís, eles dormia ali mesmo, tinha doutor, tinha dentista, tinha enfermeira... nesse tempo era bom de mais...agora não tem mais nada... não tem mais doutor, não tem mais carro da FUNAI, nesse tempo tinha, dentro da aldeia mesmo, qualquer coisas que acontecia o pessoal levava, né? Pra Teresina, São Luís...” (VIOLETA, PARTEIRA DA ALDEIA MURICI).

“Pra mim ficou pior viu? Porque quando era na mão da FUNAI era muito bem era bem tratado, né? ... tiro pelo meu menino que pegou malária, né? Ai fumo pra lá pra FUNAI que lá era tratamento... lá em Imperatriz... ai fumo pra lá aí o menino já tava mior um pouco... ai depois pegou tuberculose, aí foi mais seis meses de tratamento lá... mas também ele foi bem tratado não faltava nada pra ele lá... ai sempre a FUNAI dava um trocadin pra comprar leite a banana pra comprar pra ele... mas hoje não faz mais não... tudo a gente que tem que comprar... era mió...” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Teve uma vez muié que desceu muié o umbiguim da criança... neste tempo tinha era a FUNAI ainda... ai não teve jeito levaram pro hospital... neste tempo tinha carro no Angico torto... tinha a Mercedes... ai levaram pro Arame ai descansou”. (CACIQUE DA ALDEIA MURICI).

Todas as dificuldades citadas interferem em todos os aspectos da saúde dessa população, o que não seria diferente em relação ao pré-natal no qual as dificuldades com transporte e falta de exames prejudicam a realização da assistência básica que deve ser dada à

gestante. Muitas mulheres relataram ter passado por toda a gravidez sem ter feito nenhuma consulta, situação causada pelo restrito número de vistas dos profissionais na aldeia.

Após acesso ao controle de gestantes e acompanhamentos pré-natais realizados no polo, foi possível constatar a veracidade das reclamações, visto que nos registros do polo não se encontravam os nomes de gestantes que já se encontravam no fim da gestação. Segundo os funcionários, em função do restrito número de profissionais era inviável visitar todas as aldeias. Assim, muitas índias ficaram sem acompanhamento durante a gestação.

Apesar de existirem ASI responsáveis pelas aldeias, raramente eles foram citados pelos indígenas. Um funcionário do polo, informalmente, afirmou que a falta de treinamento e a forma pela qual são selecionados pode ser um fator que agrave a situação. Situação esta que os próprios indígenas reconhecem e criticam:

“Às vezes os próprio nosso parente que trabaia no teco do enfermage não dá valor pro parente... as veze da mais valor pro dinheiro e não se interessa pra tratar os parente dele.” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

Outro problema apontado foi o descrédito no potencial dos profissionais e a falta de material, exames e medicações, sejam durante o pré-natal, no parto, no pós-parto ou quando as visitas nas aldeias aconteciam. A precariedade de realização de pré-natal e acompanhamento contínuo nas aldeias, por vezes, acabava com desfechos desfavoráveis.

“Às vezes falta remédio, não tem material pro paciente, as vezes tem que levar pro Grajaú, se tiver material ali no Arame, faz ali no Arame, se não tiver ai leva pro Grajaú.” (CACIQUE DA ALDEIA CAJUEIRO).

“Parece que em Grajaú é mió... é mais adiantado do povo que trabaia... sabe mais as coisas que daí de Arame.. é tudo novato ali... não tão sabendo das coisa ainda não... Muitas veze não tem remédio... se vai fazer cirurgia não tem o nestesia lá, ai a gente leva lá pra Grajaú.” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Tudo que chega ali naquele polo some, chega rádio some, chega carro eles usa... o dinheiro vem... mas ai cadê?! que lá não tem nada não um remédio... tudo a gente que tem que comprar... teve uma vez que o médico passou um remédio pra mim um era R\$75,00 o outro era R\$33,00 eu só comprei o de R\$33,00... não tinha dinheiro.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Ultrassom mermo não tá tendo não, nem por conta deles nem por conta do SUS a gente mermo que arruma o dinheiro e faz.” (PAPOULA DA ALDEIA GUARAPARI).

“Ali... pré natal não tem nada, as que tiveram foi porque pagaram... nunca que tem ultra som, nem exame, nem remédio, nem nada, nem sei pra que tem aquele polo ali... nem sei pra quê que tem aqueles carro também... vive passeando pelo arame... mas aqui mermo não passa.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Agora esses novato Dr. que tão fazendo consulta... tem muita pessoa que fica com medo... tem um dotorzin que chegou lá agora... um pretin lá cubano que passou remédio que nem existia!” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Uma vez esse Dr. cubano que veio lá pra fazer o consulta com muié grávida ele machuco pouco a barriga dela lá... ela fico foi a noite todinha sentido essa dó de pé de barriga...” (HORTÊNCIA, PARTEIRA DA ALDEIA JACARANDÁ).

Em contrapartida, apesar de compreenderem que possuem um conhecimento próprio sobre a “auto cura”, com o uso de plantas medicinais que poderiam estar sendo utilizadas por eles, muitas vezes demonstraram certa dependência dos medicamentos do polo:

“Eles quando vem aí diz que não pode mais traze um comprimido pra aldeia... nem um dipirona pra parar a dor... ontonte eles veio aí... aí eu porcurei mas ela disse que proibiram trazer remédio... Antigamente nós não usa aquele remédio da farmácia não... era casca de pau, foia, canaru seco, era assim... só que desse não tem aqui...” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

Especificamente, em relação à assistência prestada durante o parto nas maternidades, muitas pessoas, principalmente as que já acompanharam as gestantes durante o trabalho de parto na maternidade, assim como as próprias gestantes, evidenciaram seus descréditos na qualidade da assistência prestada. Apontaram, inclusive, condutas que acreditavam estarem erradas e que, de fato, por vezes, são prejudiciais à saúde dos envolvidos. Em alguns casos, resultou-se em óbitos maternos ou fetais.

“Não tá com oito mês que a nenenzinha dela morreu.. .essa daí morreu lá no hospital ... o dotor puxou assim! Nasceu de pé assim também aí o dotor ficou aperriado lá aí ficou puxando... puxando...doido! ... botarra muito sangue pela boca da criança era um menino muito grande de mais... eu falei pro doutor quando eu tava vindo da aldeia aí eu avisei ele que minha nora tava vindo, tava sofrendo de noite que tava a noite sofrendo aí ele disse pode deixar que gente vai lá pegar mais ainda vai demorar, né? aí ele demorou... quando ele chegou lá o menino já tava com os pé assim do lado de fora! ele tava coisando lá ele tava puxando! o neném nasceu morto mais foi porque mataram... mataram lá! porque ela tava vivo! Agora ele não sabe trabaia não sabe fazer! quase que a mãe dela morreu também e eu lá aperriada também sozinha também cuidando dela quase que eu morria nesse dia! Eu tinha falado pro dotor fazer cesárea mas eles disseram lá quem não ia fazer não que vai demorar... aí estavam querendo inventa que a menina tava morta dentro da barriga dela! É nada foram eles que matou! eles que mataram a criança.” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

“O pessoal ali ficaram com medo, viu?... porque ali em Arame morreram duas meninas viu?... Era até nossos parentes... cortaram ela aí deu aquela hemorragia, levaram pra Grajaú e não teve mais jeito e a outra irmã dela foi do mermo jeito a mesma coisa... um ta com 2 anos o outro foi ano passado...” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Rapaz acho que pra mim piorou, né?... tipo já morreram muita menina grávida no hospital de parto... o dotor não da conta, né?... no ano passado morreram duas jovens no hospital... uma menina dos witua... deu confusão os índios foram lá quebraram tudo... mas não resolveram nada não.” (CACIQUE DA ALDEIA MURICI).

“Tem mais de ano, teve uma sobrinha dela que ela foi ajudar lá no hospital junto com uma enfermeira lá do hospital que era parteira também, mas sangrou de mais e não resistiu não morreu, nesse dia não tinha médico pra fazer cirurgia, nesse tempo

só era um médico, ai quando viajava acontecia isso.” (CACIQUE DA ALDEIA URUCUM).

“Foi essa semana que a irmã dela foi ganhar a meninazinha dela lá no hospital, e morreu a meninazinha dela... ai ele amarrou um pano por aqui assim por cima da barriginha dela e prensou assim a meninazinha dentro da barriga da mãe dela e morreu.” (ORQUÍDEA, PARTEIRA DA ALDEIA JEQUITIBÁ).

“Teve um que morreu uns 05 dias depois do parto. Esse eu pari no hospital, o parto foi complicado foi preciso o médico puxar o menino, quebraram isso aqui dele ele tava todo inchado, todo quebrado... mas isso foi por causa do médico e da parteira do hospital que não me atendeu ela disse se nem o médico que é o médico não te atendeu eu que sou parteira não posso fazer nada... quem me atendeu nesse dia foi uma acompanhante que tava acompanhando uma sobrinha dela que me ajudou ai passou pouco tempo aconteceu a historia que a gente falou que a mãe morreu e só o meninozinho sobreviveu e ficou por isso mesmo.” (MARIAZINHA MULHER, ESTAVA GRÁVIDA NO 1º ENCONTRO).

Segundo os relatos, na maioria das vezes, quando se tratava de parto na aldeia, tudo ocorria bem. É raro ouvir-se falar em óbitos, seja materno ou fetal.

“Muié agora eu não sei quantos parto que eu já peguei...dispois que eu cheguei aqui já peguei dois da menina acolá... peguei bem já uns três... esse ano já peguei daquela muié ali [apontou pra uma das casas próximas]... tudo tranquilo graças a Deus!... nunca foi pro hospital dispois... todo menino que eu pegava nunca foi pro hospital sangrando muito assim... graças a Deus!” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

No total foram 05 relatos de óbitos fetais e 05 de óbitos maternos, todos ocorridos no hospital. Apenas 02 casos de óbitos fetais e 01 de óbito materno, em partos acontecidos na aldeia. Os óbitos fetais estão relacionados à posição anômala do bebê, assim como casos de bebês muito grandes. O óbito materno foi ocasionado por hemorragia. Em todos os casos foi citada a in experiência dos profissionais como um fator agravante para ambos os ambientes. Após as mortes que aconteceram no hospital, muitos começaram a questionar a segurança no atendimento hospitalar e a comparar a assistência prestada no hospital e na aldeia.

“Essas índias que são parteira... que nem a mãe! ela sabe ajeitar! se o nenenzinho não tiver normal... isso que nem elas tão falando aqui, que podia entrar mas ela, né? ... que muitas veze as muié que trabalha lá dentro não sabe ajeitar... por isso que faz matar! A muié do meu irmão mataram o neném dela foi desse jeito puxando a força porque não sabem ajeitar... aí quebra as perna, quebra o pescoço os braços dele... muitas vezes morre é assim no hospital... e muitas vez a muié que ganha neném na aldeia num tem nadinha.... não tem nadinha... nunca nasceu neném assim com o braço quebrado, com a cara roxa, com as pernas roxa... porque a muié sabe agazaiar e ageitar devagazinho.” (CACIQUE DA ALDEIA ANDIROBA).

“Agora a própria grávida vai pro hospital tem vez que ou ela que vai viver ou o nenezin dela... A parteira de lá quando o nenenzin vem mal a enfermera de lá de qualquer jeito puxa... ai de qualquer jeito vai tirar e ele vem morrendo também...” (HORTÊNCIA, PARTEIRA DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Naquela época parteira trabalhava direitinho dentro da aldeia e a mulher descansava direitinho na aldeia... tranquilo... a parteira conhece sim... quando menino tá bem ruim cunhece... quando tá atrevessado, sabe também...” (CACIQUE DA ALDEIA CAJUEIRO).

“De primera quando a muié ficava grávida não tinha hospital não... paria era na aldeia... e não morria não... a gente caçava um jeito pra nascer... usava óleo de guariba de arraia... passava pela barriga por aqui assim... naquela época ninguém conhecia essa cesárea... e agora é só com o doutor agora... e corta e morre.” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Eles já tão ai desde a época da minha vó... Eu acho que piorou porque as mulheres tão adoecendo por causa da cesariana... depois da cesárea não fica mais igual, né? Quando não tinha eles quando dava alguma coisa errada a gente chamava o pajé pra ajudar ai ele virava a criança, ajeitava, dava remédio do mato... Mas tinha caso que não tinha jeito ai morria... hoje tem cesárea... Tem coisa que é boa e tem coisa que é ruim, né?... hoje quando precisa da cesárea tem... mas é ruim porque dentro da aldeia não tem ninguém, né?... e não tem transporte.” (MARGARIDA, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

“Lá dentro do hospital tem deles que não tem experiência, a parteira tem experiência, acompanha! A parteira ajuda, o doutor não, o doutor, a enfermeira deixam a mulher lá com a perna aberta amarrada, desse jeito dói!” (AMARÍLIS, PARTEIRA DA ALDEIA PAU BRASIL).

Além do atendimento assistencial, muitos se queixaram da falta de acolhimento durante a procura pelos serviços.

“Teve o da ôtra menina bem ali que eu que acompanhei ela... que já tava com o menino morto na barriga... eles não arrumaram caixão pra meninazinha dela... Na hora que nasceu a meninozin dela viraram pra ela e disseram assim... tá morto! botaram assim no canto em cima da cama assim... vamo deixar aqui... amanhã não sei como vão fazer ai eu falei... oi você tem que ajeitar caixão pra esse menino aqui issa aí não é cachorro não! Isso ai é gente também! se você não arrumar cachão pra ele vamu processar vocês tudim aí eles falaram pra calar a boca que eu tava com raiva... vocês tá querendo jogar no lixo, né? tu que jogar essa menina no lixo?! isso tá errado! você vai ter que arrumar caixão pra essa menina bem ai! e tem que levar pra aldeia pra o pai e os parente vê lá também ” Finalizou dizendo que no outro dia tinham conseguido caixão pra enterrar.” (AZALÉIA, PARTEIRA DA ALDEIA JENIPAPO).

Eles afirmam que compreendem a dimensão da precariedade da assistência e garantem que reclamam com frequência da falta de atendimento, mas as reclamações geralmente não são atendidas. Sentem-se excluídos desse sistema, queixam-se da maneira que o sistema está organizado, pois as ações são impostas e não dialogadas.

“Tem muita coisa errada só quem tem poder são eles lá... olha a uns anos atrás eles há uns 3 anos sei lá quando criaram o conselho local... pronto! parece que não existe mais saúde tudo é do jeito deles lá um dia desse mesmo eu fui reclamar e eles disseram lá no conselho olha aqui é só pros conselho cacique não tem voz aqui não... Só aqui nessa região são uns 15 conselhos mas eles não tão resolvendo nada não, e só a confusão.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Eles ai não tão preocupados com saúde de nós não... eles não tão nem ai pra nós.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Todas as vezes eles fazem as coisa por de trás do cacique sem combinar nada lá... não pode reclamar nada.” (CACIQUE DA ALDEIA JACARANDÁ).

“Tem uma coisa também que os parentes reclamam muito aqui, que o pessoal funcionário né da saúde lá do polo só trabalha de segunda a sexta, sábado e domingo ninguém adoece né? porque não fica ninguém... ai de vez em quando os parentes tão reclamando.” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

“Nós não tem voz não moça! tudo quem decide é o conselho.” (CACIQUE DA ALDEIA ARAUCÁRIA).

“Eu tenho pra mim que quando a gente se junta tudo os cacique a gente se resolve melhor... (...) Fizeram uma reunião lá no Bacabal que os índios foi pra lá.. mas que não deixaram a gente falar que nos não podia falar... só os conselheiros lá... que eles que resolve tudo...” (CACIQUE DA ALDEIA JATOBÁ).

8 O MODO *GUAJAJARA* DE GESTAR E PARIR: ANALISANDO O CONTEXTO

Observou-se, com esta pesquisa, que o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* envolve práticas de cuidados tradicionais singulares, que estão intimamente relacionadas às questões socioculturais desta população.

A gravidez na comunidade pesquisada é vista como um acontecimento importante, entretanto não foi possível perceber as especificidades da cultura *Guajajara*, dificuldade esta encontrada por outros pesquisadores, como Menezes (2012) e Scopel (2014). Acredita-se que, para obtenção de mais dados sobre a gestação, seria necessário um convívio mais duradouro e permanente na aldeia, de maneira que se observassem mais o dia a dia das gestantes, o que pode ser considerada como uma das limitações da pesquisa. Porém, sabe-se que, outras pesquisas de campo que tiveram tempo maior de convívio com eles, também apontaram a mesma dificuldade.

Scopel (2014), em sua pesquisa etnográfica com mulheres Munduruku, no Amazonas, afirma que, inicialmente, também sentiu a mesma dificuldade na obtenção de dados específicos sobre a gravidez, mesmo fazendo observação participante. Reforça que, apenas na terceira etapa de sua pesquisa, quando engravidou, foi que conseguiu acessar novas informações em função das orientações que eram dadas a ela no atual contexto a que vivia.

Outro fator limitante da pesquisa foi a dificuldade em se comunicar com as mulheres que não falavam português, não apenas pela necessidade de intérprete, mas também em função de a maioria delas demonstrar certa timidez em falar com uma pessoa não indígena, visto que esse costuma ser um papel exercido pelos homens.

Para compensar essa limitação foi necessário conversar várias vezes e em ocasiões diferentes com elas, para que se criasse um vínculo. Mesmo assim, certos “segredos” femininos foram difíceis de desvendar, pois sempre havia um homem entre elas, geralmente o cacique ou o esposo da mulher entrevistada.

Observou-se também com esta pesquisa, uma mudança gradual ao longo dos tempos em relação aos cuidados tradicionais indígenas durante a gestação, parto e pós-parto, de forma que, com o passar dos anos, alguns personagens, rituais, conhecimentos tradicionais, bem como práticas xamânicas¹⁴ e de autoatenção¹⁵ parecem estar correndo risco de extinção, a

¹⁴ O Xamanismo é produto de saber acumulado por tradição com base experimental e simbólica, fundado sobre a relação harmoniosa entre indivíduo, meio ambiente e cultura, em práticas ritualizadas de cura (MELLO, 2010).

¹⁵ Autoatenção pode ser considerada um conjunto de soluções buscadas no seio das famílias, nos grupos de pertença, na comunidade, no âmbito religioso, com trabalhadores de cura. **Fonte bibliográfica inválida especificada.**

exemplo da festa do moqueado e da presença da parteira e do pajé nos partos, juntamente com seus conhecimentos acerca de chás, ervas, manobras obstétricas, partos pélvicos e versão externa.¹⁶ Enquanto outros conhecimentos, mais similares às práticas de cuidado da medicina ocidental estão sendo agregados, como a institucionalização do nascimento.

Essas alterações no modo de parir geram percepções díspares entre os diversos integrantes da aldeia e, por vezes, trazem desentendimentos que podem prejudicar a harmonia dentro dela. Dentre os fatores apontados nos relatos que aparentam mais influenciar nesta mudança, além do extenso tempo de convivência com a população “não indígena”, estão a evangelização da população, a atuação etnocêntrica do sistema de saúde que atende esta população e a aparente fragilidade da atuação da FUNAI, órgão responsável por proteger a identidade étnica da população indígena.

Segundo Zannoni (1995) a vida religiosa originária dos *Guajajara* é importantíssima para sua sobrevivência cultural, visto que suas ações estão regidas pela vida espiritual, vida esta sempre relacionada a elementos sobrenaturais. Desta forma, a mudança de crença imposta com a conversão ao cristianismo tem gerado conflitos, pois passam a lidar com crenças totalmente distintas, por vezes contraditórias, e que findam por influenciar diretamente na não realização de determinados rituais culturais que envolvem não somente o parto, mas todos os aspectos de suas vidas.

Da mesma forma, sabe-se que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), a especificidade cultural desta população confere aos povos indígenas o direito a uma atenção diferenciada, que deve ser garantida por profissionais de saúde. Entretanto, os partos que há menos de três décadas, majoritariamente, eram realizados da forma mais fisiológica possível, na aldeia, de cócoras, cercado de pessoas da confiança da gestante e de ritos específicos, atualmente, ocorrem majoritariamente no hospital, um ambiente alheio a gestante, no qual muitas delas, às vezes se encontram sozinhas ou com companhia restrita, na posição de litotomia,¹⁷ e com utilização de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas.

Assim, além de todas as dificuldades e barreiras que as mulheres indígenas precisam superar para ter assistência hospitalar, ainda são submetidas a uma assistência que, além de desconsiderar suas particularidades culturais, é vista por eles como precária.

16 Manobra não muito utilizada no Brasil na qual o profissional gira o bebê dentro do útero, colocando-o na posição adequada para o parto. As evidências atuais demonstram que se trata de uma manobra de baixo custo que reduz o risco de parto pélvico vaginal e cesariana.

17 Posição na qual a gestante se deita em uma maca estreita com as pernas para cima apoiadas em uma perneira.

Também foram evidenciados, com esta pesquisa, casos de violência obstétrica¹⁸ e utilização de condutas inadequadas, algumas obsoletas e potencialmente danosas durante a assistência ao parto dentro do ambiente hospitalar. Dentre elas, destacam-se o uso rotineiro da posição de litotomia, o uso intramuscular de ocitócitos,¹⁹ uso da manobra de Kristeler²⁰ e manobras inadequadas na condução dos partos pélvicos.

Desde 1996 a OMS aponta que a posição verticalizada apresenta mais vantagens do que a posição dorsal durante o parto, causando menos desconforto e dificuldade de puxos, menos dor durante o trabalho de parto, menos traumatismo vaginal ou perineal, melhor perfusão para o bebê, com maiores valores de apgar.²¹ (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010; OMS, 1996).

O “acocorar” faz parte dos hábitos diários dos *Guajajara*, e por si só, já é uma preparação para o parto, que, quando não sofre interferência externa, em sua maioria, acontece de cócoras na aldeia. Paciornik (1997) verificou que esta posição exercita a musculatura perineal e adjacente de tal forma que, mesmo ao se tratar de grandes multíparas, as indígenas apresentam melhor estado genital, com menor ocorrência de incontinência urinária, prolapso ou rupturas perineais (PACIORNIK, 1997).

Há ainda estudos que defendem o parto de cócoras como o modo intuitivo de dar à luz, recomendando sua prática pela preservação de princípios fisiológicos, como maior diâmetro do canal vaginal, menor compressão de grandes vasos e mais força gravitacional positiva. Sendo, portanto, uma conduta que faz parte da realidade cultural das mulheres *Guajajara* e deve ser encorajada, mesmo em ambiente hospitalar (SABATINO, 2010)

Já a ocitocina que por vezes pode ser necessária durante o trabalho de parto, especialmente quando as contrações não se mostram eficazes para a evolução do mesmo, deve ser utilizada com cautela, em função dos riscos. Para a indução ou a potencialização do trabalho de parto, segundo a própria bula da medicação, deve ser utilizada somente por via endovenosa, com controle de gotejamento e jamais intramuscularmente, devido os riscos fetais e maternos associados ao risco de hiperestimulação, que pode ser perigosa para o feto e aumentar a incidência de ruptura uterina (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010; OMS, 1996).

18 Todo ato praticado pelo profissional da equipe de saúde que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes em trabalho de parto, em situação de abortamento e no pós-parto/puerpério.

19 Medicação com capacidade de aumentar a contratilidade uterina.

20 Manobra que consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê. Apesar de ser feita com a mão, alguns relatos desta pesquisa evidenciaram o uso inclusive do cotovelo.

21 Teste que avalia a o nível de adaptação do bebê à vida fora do útero. Quanto maior o valor melhor a adaptação.

Em relação à manobra de Kristeller, não existe evidência da utilidade desse procedimento que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos à gestante, como fratura de costela, descolamento prematuro de placenta, ruptura ou inversão uterina, aumento do risco de lacerações de terceiro e quarto grau da vagina e do períneo e/ou danos ao bebê, como aumento da probabilidade de complicações associadas à distócia de ombros, fratura da clavícula, trauma encefálico e estiramento do músculo esternocleidomastoideu. (BRASIL, 2001; VERHEIJEN; RAVEN; HOFMEYR, 2009, tradução nossa).

Vale ressaltar que de acordo com as portarias n.º 569/2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, n.º 1.067/2005 que institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e a n.º 1.459/2011, que institui a Rede cegonha,²² toda mulher tem o direito ao nascimento seguro e à assistência humanizada no momento do parto. Devendo, portanto, receber cuidados com mínima interferência por parte da equipe de saúde, uso de condutas baseadas em evidências científicas, utilização dos métodos menos invasivos e mais naturais e a acompanhante de livre escolha da parturiente.

Da mesma forma deve ser respeitada a escolha da mulher sobre o local e a posição do parto respeitando a diversidade cultural, étnica e racial dessas mulheres. Significa dizer que o parto domiciliar indígena deve se inserir na trama da rede de assistência obstétrica com acesso e qualidade, conforme preconiza a Rede Cegonha, em implementação nas diferentes regiões de saúde do País (BRASIL, 2014a).

Entretanto, foi evidenciado nesta pesquisa, por meio das falas dos entrevistados, que os profissionais desencorajaram os partos na aldeia, ao invés de proporcionarem suporte necessário para perpetuar com segurança seus costumes e crenças.

De acordo com as diretrizes da FUNASA, dentre os tantos outros instrumentos para proporcionar suporte de saúde nas aldeias e minimizar os efeitos adversos da distância e dificuldade de comunicação, está a construção de postos de saúde indígenas nas aldeias. Sendo que o posto de saúde tipo II poderá possuir uma infraestrutura física capaz de alojar o auxiliar de enfermagem e a equipe multidisciplinar, e prevê dentre outros: a execução do acompanhamento do desenvolvimento infantil e de gestantes, primeiros socorros; comunicação via rádio, e garantia de transporte (BRASIL, 2002b).

Entretanto, por todos os relatos aqui apresentados, observa-se que não está sendo disponibilizado nas aldeias nenhum suporte para a perpetuação segura do parto na aldeia.

²² Estratégia do governo composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras, pelo SUS, atendimento adequado, seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal e o parto, até os dois primeiros anos de vida do bebê.

Observa-se, também, um completo descaso e desrespeito às práticas culturais desta população, uma relação hierárquica e etnocêntrica existente entre o saber biomédico e o saber tradicional, assim como falta de preparo do sistema de saúde indígena para atuarem neste contexto sociocultural diferenciado.

É certo que não é possível e nem o objetivo desta pesquisa culpar ninguém pela situação atual desta população, entretanto os dados aqui apontados, somado aos óbitos afirmados pelos próprios indígenas, merecem melhor investigação. Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não há aqui dados suficientes para comprovar a elevada taxa de mortalidade materna e neonatal nesta população, entretanto os relatos apontam que o hospital, teoricamente um espaço que deveria ser seguro para as mulheres terem seus filhos, é justamente o local onde os óbitos maternos e neonatais, assim como as complicações, são mais frequentes.

O que requer a necessidade de maior investigação acerca do tema, visto que além de ser considerada como melhor indicador da saúde da população feminina, a mortalidade materna reflete a qualidade da assistência prestada durante o pré-natal, parto e puerpério, além de ser considerado um dos mais sensíveis indicadores de pobreza e de iniquidade social, já que se refere às mortes precoces, evitáveis, que em sua quase totalidade atinge as mulheres que têm menor acesso aos bens sociais (BRASIL, 2012c; VIANA; NOVAES; CALDERON, 2011).

Da mesma forma, sabe-se que os óbitos maternos e infantis ocorridos no país podem ser evitados, podendo ser prevenidos com a melhoria da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, assegurando o acesso da gestante e do recém-nascido, em tempo oportuno, a serviços de qualidade (SANTOS NETO; ALVES; ZORZAL, 2008).

O pré-natal foi outro serviço que, pelos relatos, acredita-se que estão sendo ofertados de maneira precária, visto que boa parte das entrevistadas afirmou não estar realizando o acompanhamento durante a gestação e as que estavam disseram faltar exames e que as consultas não são frequentes.

Fator preocupante, pois, apesar de o parto ser considerado um processo fisiológico, sabe-se que eventualmente existem gestações de risco, as quais vão demandar cuidados específicos para garantir a segurança da mãe e do bebê (OMS, 1996).

Além do mais, o pré-natal pode ser um espaço privilegiado para que os profissionais de saúde atuem conjuntamente e concatenadas (os) com o cuidado tradicional indígena, sobretudo por possibilitar um diálogo com competência cultural para atingir o cuidado transcultural (FERREIRA, 2013a).

Da mesma forma, as visitas frequentes às aldeias poderiam se tornar uma oportunidade de aproximação com os diversos atores deste processo, assim como dos rituais, conhecimentos tradicionais e práticas xamânicas e de autoatenção utilizados por eles, a fim de buscar uma atenção isenta de preconceitos e que, verdadeiramente, garanta a preservação desta prática milenar.

Nesse sentido, os Agentes Indígenas de Saúde têm papel fundamental como representantes de um vínculo possível entre os diferentes modelos de atenção, mas assim como nesta pesquisa, onde raramente os AIS foram citados e quando foram, referiram-se a eles como personagens alheios às necessidades dos integrantes da aldeia, outros estudos apontam além da falta de envolvimento, a falta de competência técnica para efetivar esta conexão entre os distintos saberes, visto que muitas vezes não são formados para que possam fazer o equilíbrio entre seus saberes com a biomedicina. Logo, quando ocorrem, os atendimentos na aldeia só levam em consideração os saberes biomédicos (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012; LANGDON, 2006).

Em outras pesquisas, assim como nesta, foi observado que a presença do AIS, por vezes, revela conflitos referentes à posição que ocupam, relacionados aos faccionalismos locais, sendo muitas vezes apropriados como fonte de acesso a bens e serviços como medicamentos, combustível, e o próprio salário que recebem (NOVO, 2008).

Apesar de não ser o objetivo da pesquisa, não se pode deixar de registrar que nos dados fornecidos pelo polo base de Arame, referente à saúde indígena daquela população nos anos de 2013 e 2014, observou-se ausência de registros importantes. A maioria das mulheres entrevistadas não estava cadastrada como gestantes nesse banco de dados e alguns nascimentos ocorridos nestes anos que foram registrados na pesquisa, também não estavam contabilizados, assim como os óbitos apontados pelos indígenas entrevistados.

Sousa, Scatena e Santos (2007) afirma que a subnotificação da morbidade em geral é decorrente da descontinuidade da assistência nas aldeias, tornando-se praticamente impossível resgatar essa informação nos períodos de ausência das equipes das áreas indígenas, e reforça que a não permanência dessas equipes em área também ocasiona uma demora no envio dos dados para as demais instâncias, e conclui dizendo que:

Se o modelo de gestão e organização de serviços preconizados para os DSEI vier a ser cumprido de fato, permitirá um monitoramento das condições de saúde nas comunidades indígenas, desde que feitos ajustes estruturais no sistema. O modelo, pautado na atenção primária, com equipes permanentemente em áreas e subsidiado com um sistema de informação adequado, diminuiria a subnotificação de nascimentos, doenças e óbitos. (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007, p. 859).

Em relação ao “itinerário terapêutico”, termo utilizado pela literatura socioantropológica para definir os caminhos percorridos por pessoas buscam cuidados terapêuticos, sabe-se que o conhecimento sobre os itinerários de pessoas em busca de atenção à saúde pode contribuir para compreensão sobre o comportamento humano, em relação ao cuidado e utilização de serviços de saúde e, também, pode ser uma importante ferramenta para a qualificação da assistência (CABRAL et al., 2011).

Nesta pesquisa não foi evidenciado um padrão único na busca pela atenção à saúde durante o processo de gestar e parir entre os *Guajajara*. Trata-se de um processo complexo que envolve diversas possibilidades e atores. Entretanto, a escolha pelo local do parto parece ser influenciada pela idade das mulheres e pelas experiências anteriores, pessoais e/ou familiares, o que evidencia uma tendência entre as mulheres mais jovens com até pouco mais de duas décadas em procurarem o pré-natal sempre que disponível e escolherem o hospital como local para terem seus filhos. Já as com mais de 30 anos também buscam com frequência o pré-natal, mas preferem parir na aldeia com auxílio de mulheres mais experientes e de seu núcleo familiar, sejam elas consideradas parteiras ou não.

Fatores como o subsistema familiar, dificuldades operacionais e desfecho da assistência prestada durante a gestação, parto e pós-parto, a precariedade da assistência à saúde nas aldeias, assim como as orientações de estímulo ao parto hospitalar dadas pelos profissionais, também parecem ter influência na tomada de decisão sobre a escolha do itinerário terapêutico das gestantes indígenas desta comunidade.

Em relação ao pré-natal, o número restrito de visitas dos profissionais do polo base nas aldeias parece ser um dos maiores fatores que dificultam a realização deste acompanhamento nos dois grupos acima delimitados, visto que a distância das aldeias até o polo dificulta a ida destas gestantes até a cidade. Também foi apontada como empecilho a limitação na oferta de exames de sangue e de imagem pelo polo.

Quanto à procura pelo hospital como melhor local para ter seus filhos, também parece estar sendo influenciada pelo estímulo dos profissionais de saúde e pela realidade de enclausuramento que esta população se encontra, sem garantia de comunicação e transporte, o que gera, conseqüentemente, medo de tentar o parto na aldeia.

No pós-parto predomina, entre os dois grandes grupos, a utilização das práticas de atenção tradicional, tanto em relação aos cuidados com a mãe quanto em relação aos cuidados com o bebê.

Entretanto, mesmo utilizando-se os conhecimentos da biomedicina em algum momento do período gravídico puerperal, a maioria dos *Guajajara* consegue articular seus

saberes tradicionais com o biomédico; as escolhas também parecem levar em conta o pertencimento familiar.

9 CONCLUSÃO

A descrição etnográfica, juntamente com as análises das falas retratadas nesta pesquisa, permite concluir que o processo de gestar e parir entre os *Guajajara* envolve práticas socioculturais e de cuidados tradicionais singulares, que estão intimamente relacionadas às questões socioculturais desta população e ao ambiente no qual estão inseridos.

A mulher *Guajajara* é culturalmente preparada, não apenas para ser mãe, mas também para passar boa parte de sua vida adulta dentro deste processo de gestar e parir. A festa do moqueado, ritual de passagem de menina para moça, que ocorre após a primeira menstruação, quando a maioria tem por volta de 13 anos, marca o início deste processo.

Durante a gravidez, não foram relatados cuidados ou preparos específicos, a maioria das gestantes continuam, durante a gestação, exercendo normalmente suas atividades domésticas, apenas com algumas restrições alimentares e limitações de esforços físicos que possam vir a causar quedas e consequentes perdas ou danos ao bebê.

Entretanto, só o fato de permanecerem acoradas durante a maior parte do dia por si só, já pode ser considerado um preparo para o parto, visto que a maioria quando pari na aldeia o faz de cócoras. Ainda neste período, apesar de não parecer ser rotina o acompanhamento com parteiras durante a gravidez, ocasionalmente elas são solicitadas para avaliarem o bem estar do bebê.

O parto que, há menos de três décadas, em sua maioria, era realizado na aldeia, com o auxílio de mulheres mais experientes dentro da “família extensa”, geralmente avó, mãe ou sogra, sejam elas parteiras ou não e com a presença do marido que auxilia a mulher a ficar de cócoras, a fazer a força ou dá suporte necessário para quem estiver auxiliando no parto, atualmente, ocorre majoritariamente no hospital, com a gestante sozinha ou com companhia restrita, em posição de litotomia e com utilização de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas.

No pós-parto é vivenciada uma série de restrições alimentares e físicas durante os 30 a 40 dias de resguardo. A amamentação costuma ser relatada como um período sem complicações, em livre demanda e continua enquanto a mãe tiver leite, algumas amamentam até os sete anos. A maioria das mulheres aguarda seus filhos tornarem-se mais independentes, por volta dos 02 anos, para ter outros filhos.

Os *Guajajara* demonstraram ter recursos terapêuticos da medicina tradicional indígena, específicos deste período gravídico puerperal, a exemplo de manobras e técnicas

obstétricas específicas e o domínio no uso de ervas e chás utilizados para prevenir e tratar eventuais problemas advindos deste período.

O itinerário terapêutico destas mulheres é complexo e influenciado por múltiplos fatores e atores como: idade, experiência anterior pessoal e/ou familiar, dificuldades de transporte e comunicação, a precariedade da assistência à saúde nas aldeias, assim como o estímulo ao parto hospitalar dadas pelos profissionais. De forma que há uma tendência entre as mulheres mais jovens em procurarem o pré-natal e parto hospitalar, onde predomina o modelo biomédico, com medicalização excessiva e intervenções muitas vezes desnecessárias.

Os dados desta pesquisa evidenciam uma mudança no processo de gestar e parir *Guajajara*, com agregação gradual das práticas ocidentais de atenção ao parto em detrimento das práticas tradicionais, entretanto, mesmo se utilizando dos conhecimentos da biomedicina, em algum momento do período gravídico puerperal, a maioria dos *Guajajara* demonstrara conseguir articular os saberes tradicionais com o biomédico.

Dentre os fatores que aparentam mais influenciar na mudança ocorrida no processo de gestar e parir *Guajajajara* ao longo do tempo estão o extenso tempo de convivência com a população “não indígena”, a evangelização da população, a atuação etnocêntrica do sistema de saúde e a aparente fragilidade da atuação da FUNAI.

Percebe-se com esta pesquisa que, se por um lado a inclusão de novos recursos terapêuticos no parto trouxe possíveis benefícios, como: a capacidade resolutiva e a busca pela minimização de riscos à saúde, por outro, gerou novos riscos e danos, como: a medicalização do parto, a dependência excessiva de alguns recursos e até mesmos o óbito de mães e bebês aparentemente injustificados.

Também foi possível com esta pesquisa detectar que dados importantes referentes à saúde desta população, como o número exato de mulheres gestantes, nascimentos e óbitos, não estão sendo eficientemente registrados, pelo polo base de Arame. Isso pode estar relacionados com o insuficiente número de visitas dos profissionais de saúde nas aldeias.

Conclui-se que há uma necessidade urgente de rever a assistência prestada a esta população durante o período gravídico puerperal, de modo que seja prestado um serviço seguro, de qualidade e que conforme as recomendações da própria FUNASA, possa não apenas considerar os aspectos socioculturais e atores envolvidos, mas que de fato os dois saberes possam harmonicamente serem utilizados para a oferta de serviços de saúde dignos.

Cabe também reforçar a importância de esforço coletivo entre os diversos órgãos responsáveis pela saúde e preservação desta população, a fim de que, juntos com a população, possam identificar os nós críticos desta problemática e traçar as possíveis soluções. Para isso,

faz-se necessário, portanto, garantir a participação política da comunidade nos processos de planejamento, gestão e avaliação da atenção Mas, antes de tudo, será necessário esforço para resgatar a confiança da população nos órgãos responsáveis, visto que a mesma encontra-se abalada pela atuação precária na qual se encontram.

10 RECOMENDAÇÕES

Diante das problemáticas evidenciadas com esta pesquisa e com o intuito de contribuir com as comunidades estudadas, seguem algumas sugestões de condutas que podem, de maneira direta ou indireta, contribuir para a melhoria da assistência prestada a estas comunidades:

Parceria do DSEI com as universidades, para que a temática indígena seja incluída na grade curricular, com o incentivo de especializações para os profissionais que trabalham com estas populações e, também, na elaboração de cursos de educação permanente. Esta ação, além de instigar nos futuros profissionais interesse em atuar com populações indígenas, promoverá aos profissionais que já trabalham com estas comunidades capacitações e educação continuada para atuarem frente a populações culturalmente diferenciadas, respeitando e valorizando suas especificidades.

- a) Capacitação específica para os agentes de saúde indígena, para que cientes do seu papel possam exercer sua função.
- b) Elaboração de manuais específicos que direcionem a atuação dos profissionais durante o período gravídico puerperal.
- c) Parceria do polo base de Arame com a prefeitura municipal de Arame, no intuito de promover adequação do ambiente hospitalar para atender às índias durante o parto, de forma que sejam respeitadas as especificidades culturais, incluindo-se cuidados mínimos, como a garantia da presença de pessoas de confiança da mulher, seja a parteira, a mãe, a sogra, avó ou o marido, a possibilidade de parto de cócoras e a oferta de profissionais capacitados para respeitarem essas possibilidades e ofertarem assistência segura e livre de intervenções desnecessárias.
- d) Contratação urgente de um maior número de profissionais, na tentativa de garantir as visitas periódicas nas aldeias, afim de que o acompanhamento ao pré-natal, ao parto, do número de nascidos e óbitos seja verdadeiramente conhecido pelo polo, pois somente apropriando-se da verdadeira situação de saúde indígena e atuando-se diretamente nas comunidades, será possível conhecer as dificuldades e atuar para melhorias.
- e) Garantir a comunicação das aldeias com o polo base em caso de urgências.

- f) Garantir o transporte entre a aldeia e o polo ou hospital, para os casos de urgências e para a realização dos exames necessários durante o pré-natal.
- g) Construção de postos de saúde nas aldeias, conforme preconizado pela FUNASA, o que estimulará a realização de partos de baixo risco na aldeia, visto que, com os postos, há a garantia de atendimento emergencial e de remoção, caso seja necessário.
- h) Criação de capacitações para as parteiras, respeitando-se e estimulando-se os saberes tradicionais.
- i) Elaboração de projetos que visem a fortalecer e incentivar os conhecimentos, as práticas e rituais tradicionais desta população.
- j) Elaboração de projetos que incentivem a apropriação dos indígenas dos seus direitos de saúde.
- k) Elaboração urgente de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher indígena.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. **I inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas**. [S.l.], 2010.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, v. 38, n. 11, nov. 2010.
- ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 189-209.
- AZEVEDO, E. Censos demográficos e “os Índios”: dificuldades para reconhecer e contar. In: RICARDO, C. A. **Povos indígenas no Brasil, 1996-2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 79-83.
- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do alto rio negro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, dez. 2009.
- BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L. **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: MEC, 2012. cap. 2. p. 60-107.
- BERNARDES, A. G. Saúde indígena e políticas públicas: alteridade e estado de exceção. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 36, jan./mar. 2011.
- BOIANO, M. K.; OLIVEIRA, O. D. História e cultura indígena: transformações da cultura ameríndia. In: SALÃO DE EXTENSÃO E CULTURA DA UNICENTRO, 3., 2010. **Anais...**, 2010.
- BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, p. 68-80, 2005.
- BRASIL. **A integração da saúde indígena no sus: uma proposta da gestão estadual**. Brasília, DF: CONASS, 2014b.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão intersetorial de saúde indígena – CISI**. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cisi/index.html>. Acesso em: 4 set. 2014.
- _____. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de gestão 2012**. Brasília, DF, 2013b.
- _____. **Decreto no 3.156, de 27 de agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos nºs 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999.

_____. **Decreto nº 9.214, de 15 de Dezembro de 1911.** Brasília, DF, 1911. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-9214-15-dezembro-1911-518009-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

_____. Estatuto do Índio. **Lei n.6001, de 19 de dezembro de 1973.** Brasília, DF: Diário Oficial do Congresso Nacional, 1973.

_____. **Lei no 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Brasília, DF, 1999a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm. Acesso em: 23 mar. 2014.

_____. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. **Povos indígenas: o índio Guajajara.** Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJA63EBC0EITEMID0F0E8C69757740BF8BEA00577BE61324PTBRNN.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. _____. Fundação Nacional do Índio. **Terras indígenas,** 2015a. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática.** Brasília, DF, 1984.

_____. _____. **Boletim Epidemiológico - HIV/AIDS.** Brasília, DF: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2014c.

_____. _____. Distrito Sanitário Especial Indígena. **Portal da Saúde,** 10 jun. 2013a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1767>. Acesso em: 15 mar. 2013.

_____. _____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde, água, esgotamento sanitário e melhorias sanitárias em áreas indígenas.** Brasília, DF, 2002b.

_____. _____. _____. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira.** Brasília, DF, 2004d.

_____. _____. _____. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas.** 2. ed. Brasília, DF, 2002a.

_____. _____. _____. **Relatório de gestão 2010 - FUNASA.** Brasília, DF, 2011b.

_____. _____. _____. **Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010.** Brasília, DF, 2010a.

_____. _____. Governo propõe criação de Instituto de Saúde Indígena. **Portal Brasil,** 2014b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/governo-propoe-criacao-de-instituto-de-saude-indigena>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

_____. _____. **Humanização do parto e do nascimento.** Brasília, DF, 2014a. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

_____. _____. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília, DF, 2001.

_____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007.** Brasília, DF, 2004b.

_____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2011c.

_____. _____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011a.

_____. _____. **Portaria nº 1.583, de 19 de julho de 2012.** Dispõe, no âmbito do Ministério da Saúde e entidades a ele vinculadas, sobre a execução da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que versa sobre a Lei de Acesso à Informação, e do Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, que a regulamenta. Brasília, DF, 2012a.

_____. _____. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Brasília, DF, 2002b.

_____. _____. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília, DF, 2012c.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF, 2004c.

_____. _____. Sistema de informações sobre mortalidade - SIM. **DATASUS**, 2012b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

_____. _____. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher.** Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério Público Federal. **Portaria nº 852, de 30 de setembro de 1999.** Brasília, DF, 1999b.

_____. **Portaria nº 70/GM em 20 de janeiro de 2004.** Brasília, DF, 2004a.

_____. **Relatório da II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas.** Brasília, DF, 1993.

_____. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Portal da Saúde**, 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 4 jan. 2015.

BRITO, C. A. G. D.; LIMA, N. T. Medicina e antropologia: a saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942 -1956). Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. **Ciências Humanas**, v. 8, n. 1, p. 95-112, jan./abr. 2013.

BUCHILLET, D. A questão da integração dos sistemas médicos: problemas e perspectivas – uma introdução. In: BUCHILLET, D. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental.** Belém: CEJUP, 1991a. p. 243-246.

- _____. **Bibliografia crítica da saúde indígena no Brasil (1844 - 2006)**. Quito: Abya-Yala, 2007.
- _____. **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG, 1991b.
- CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433 – 4442, nov. 2011.
- CIMI. **A política de atenção à saúde indígena no Brasil**: breve recuperação histórica sobre a política de assistência às saúdenas comunidades indígenas. Brasília, DF, 2013. p. 28.
- _____. **Violência contra os povos indígenas no Brasil**. Brasília, DF: Conselho Indigenista Missionário, 2012.
- CIPD. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento - Cairo. Plataforma de Cairo. **Instrumentos Internacionais de Direitos das Mulheres**, 1994. p. 137.
- COELHO, E. D. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.
- COELHO, E. M. B. **Territórios em Confronto. A disputa pela terra indígena entre índios e brancos no Maranhão**. Fortaleza: Tese de doutorado, 1999.
- COIAB. **Relatório do I Encontro das mulheres indígenas da Amazônia brasileira**. Manaus, 2002.
- COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANDONE, L. **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. cap. 7. p. 153-174.
- _____; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.
- _____; SANTOS, V. S. Perfil epidemiológico da população indígena no Brasil: considerações gerais. In: GOLDBAUM, M. **Perfil epidemiológico da população brasileira**. Brasília, DF, 2001. p. 1-37.
- _____.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. **Documento de Trabalho nº 7**. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia, Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia /Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Velho, 2003.
- COIMBRA JR., C. S. R. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, out./dez. 1989.

CONKLIN, B. A. O conceito de direitos reprodutivos na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 175-188.

COSTA, A.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para as mulheres. **Saúde em Debate - CEBES**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75-77, p. 13-24, jan./dez. 2007.

CRUZ, O. **O vocabulário de quatro dialetos indígenas do Maranhão**, 1972.

CUNHA, M. C. D. Relações e dissensões entre saberes tradicionais e saber científicos. In: CONFERÊNCIA NA SBPC, 2007, Belém. **Anais...**, Belém, 12 jul. 2007.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int J Gynecol Obstet**, v. 75, n. 1, p. 5-23, 2001.

DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 819 – 831, may. 2012.

DINIZ, E. S. Convívio e dependência: os Tenetehára-Guajajara. **Journal de la Société des Américanistes: Société des Américanistes**, Paris, v. 69, p. 117-27, 1983.

FALÚ, A. Avanços e desafios. In: UNIFEM. **O progresso das mulheres no Brasil**. Brasília, DF: Fundação FORD, 2006. p. 7-9.

FERREIRA, L. O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 203-219, jan./mar. 2013b.

FERREIRA, L. O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. 2010. 261f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____. 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**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013a.

_____; OSÓRIO, P. S. Medicina Tradicional Indígena em Contextos. In: REUNIÃO DE MONITORAMENTO, 1., 2007, Brasília. **Anais...**, Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato. In: LANGDON, E. J. L. G. L. **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

GARNELO, L. **Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1990 a 2004**. Porto Velho: Centro de Estudos em Saúde do Índio, 2004. p. 29.

_____. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: _____; PONTES, A. L. (Org.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília, DF: MEC, 2012. cap. 1. p. 18-58.

_____; BRANDÃO, L. C.; LEVINO, A. Saúde indígena: dimensões e potencialidades dos sistemas de informação geográfica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 7., 2003, Brasília. **Anais...**, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

_____; MACEDO, G.; BRANDÃO, L. C. **Os povos indígenas e a construção da política de saúde no Brasil**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

GIBERTI, A. C. **Nascendo, encantando e cuidando: uma etnografia do processo de nascimento nos Pankararu de Pernambuco**. 2013. 196f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, p. 57-63, 1995b.

_____. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, p. 20-29, 1995a.

GOMES, M. P. **O índio na história: o povo Tenetehara em busca da liberdade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GUAJAJARA, P. Mãe Guajajara morre após parto em Arame e indígenas denunciam precariedade e descaso na saúde: depoimento. **Jornal Vias de Fato**, 2012. Disponível em: <<http://www.viasdefato.jor.br>>. Acesso em: 2 maio 2012.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto**. Curitiba: Editora Maio, 2002.

HERINGER, R. R. Diversidade racial e relações de gênero no Brasil contemporâneo. In: PITANGUY, J.; BARSTED, L. L. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil**. Brasília, DF: UNIFEM, 2006. p. 140-165.

IBGE. **Os indígenas no censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2012.

INSTITUTO DE PESQUISA E DOCUMENTAÇÃO ETNOGRÁFICA: olhar etnográfico. **Projeto: “valorização e adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e do Sul do Amazonas.”** Florianópolis, 2007.

ISA. Povos indígenas no Brasil. **Instituto Socioambiental**, 2013. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/guajajara/1726>>. Acesso em: 26 set. 2013.

_____. Povos indígenas no Brasil. **Instituto Socioambiental**, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/politicas-indigenistas/saude-indigena/introducao>>. Acesso em: 26 nov. 2014.

_____. Povos indígenas no Brasil. **Instituto Socioambiental**, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

LANGDON, E. J. A tolerância e a política de saúde do índio no Brasil: são compatíveis os saberes biomédicos e os saberes Indígenas? In: GRUPIONI, B. D. E. A. **Povos indígenas e tolerância: construindo práticas de respeito e solidariedade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p. 157-165.

LANGDON, E. J. et al. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2637 – 2646, dec. 2006.

LANGDON, E. J. **Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século**. Isla de Margarita, 1999.

LIMA, T. F. P. D. **Política de informação no contexto da atenção à Saúde indígena: uma análise a partir da perspectiva da Vigilância em saúde**. 2009. 225f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

LUCIANO, G. S. **O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje**. Brasília, DF: MEC, 2006.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. São Paulo: Saraiva, 2000.

MARCOLINO, D. L. **Saúde das mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa**. 2012. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A. L. **Política de saúde indígena no Brasil: reflexões sobre o processo de implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena**. 2013. 126f. Dissertação (Mestrado em Modalidade Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.

MATOS, C. L. G. **A abordagem etnográfica na investigação científica**. 2001. Disponível em: <<http://www.ines.org.br/paginas/revista/Abordg-etnogr-paraMonica.html>>. Acesso em: 11 maio 2010.

MELATTI, J. C. O índio na história: o povo Tenetehara em busca da liberdade. **Revista de Antropologia**, v. 46, n. 1, p. 259-269, 2003.

MENEZES, M. D. O. **Gestar e parir em terra de juruá: a experiência de mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo**. 2012. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA. **Guía técnica para atención del parto culturalmente adecuado**. Ecuador, 2008.

MOLITERNO, A. C. M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Santa Catarina, v. 22, n. 2, p. 293–301, 2013.

MONTEIRO, S.; SANSONE, L. **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração das nações unidas sobre os direitos dos povos indígenas**. Rio de Janeiro, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005.

NASCIMENTO, M. J. Preparar o nascimento. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 21, n. 1, p. 47-51, jan. 2003.

NOVO, M. P. **Os a gentes indígenas de saúde do Alto Xingu**. 2008. 161f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

OLIVEIRA, A. C. A. **Ritos, Corpos e intermedialidade análise das práticas de resguardos de proteção entre os Ramkokamekra/Canela**. 2008. 134f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

OLIVEIRA, A. C. A.; COELHO, E. M. B. A disputa de poder-saber: biomedicina x sistemas xamânicos. REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 57., 2005, Fortaleza. **Anais...**, Fortaleza, 2005.

OLIVEIRA, C. S. D.; LOTUFO NETO, F. Suicídio entre os povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 4-10, 2003.

OLIVEIRA, M. C. D. Os modelos de cuidados como eixo de estruturação de atividades interdisciplinares e multiprofissionais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2008.

OMS. **Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Genebra, 2002.

_____. **Maternidade segura**: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra, 1996.

PACIORNIK, M. **Aprenda a nascer e viver com os índios**: parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

PAGLIARO, H.; MENDONÇA, S.; BARUZZI, R. Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, p. 479-491, set./dez. 2009.

PELLEGRINI, M. Povos indígenas e a conquista da cidadania no campo da saúde: o desafio de participar. In: RICARDO, C. A. **Povos indígenas no Brasil 1996/2000**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2000. p. 139-142.

PELLON, L. H. C.; VARGAS, L. A. Cultura, interculturalidade e processo saúde-doença: (des)caminhos na atenção à saúde dos Guarani Mbyá de Aracruz, Espírito Santo. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1377-1397, dez. 2010.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

RIBEIRO, F. A. Guajajara: ainda uma cultura em transição? Uma análise sobre a participação indígena em processos eleitorais. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 26., 2008, Porto Seguro. **Anais...**, 2008.

_____. A. **Políticas tenetehara e tenetehara na política: um estudo sobre as estratégias de uma campanha eleitoral direcionada a uma população indígena**. 2009. 172f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ROCHA, E. P. G. **O que é etnocentrismo?** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

ROMEU, U. M. **A dona do corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra-BA**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SABATINO, H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. **Revista Tempus Actas Saúde**, Brasília, v. 4, n. 4, p. 143-148, 2010.

SADLER, M. **Re-visión del parto personalizado: herramientas y experiencias em chile**. Chile: Universidad de Chile, 2009.

SANTOS NETO, E. T. D.; ALVES, K. C. G.; ZORZAL, M. A. L. R. D. C. D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, apr./june. 2008.

SCHADEN, E. Persistência e mudança da cultura Tenetehára. In: _____. **Aculturação indígena: ensaio sobre fatores e tendências da mudança cultural de tribos índias em contacto com o mundo dos brancos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1968. p. 145-157.

SCOPEL, R. P. D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku**. 2014. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

SILVA, E. R. D. **O cotidiano dos Guajajara da área indígena Pindaré: 1978/1944**. São Luís: Universidade Federal do Maranhão, 1995.

SILVA, L. S. D. **Práticas e cuidados em saúde reprodutiva de mulheres da etnia Kambiwá**. 2014. 100. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

SOUSA, M. D. C. D.; SCATENA, J. H. G.; SANTOS, R. V. O sistema de informação da atenção à saúde indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 853 – 861, apr. 2007.

SOUTO, K. M. B. A política de atenção integral à saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**, Brasília, v. 10, n. 22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA, J. **Mulheres pataxó Hã-hã-hãe**: gênero, sexualidade e reprodução. 2002. 68f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

SOUZA, M. L. P. D.; ORELLANA, J. D. Y. Suicídio em indígenas no Brasil: um problema de saúde pública oculto. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 489 – 492, dec. 2012.

TAVARES, R. R. Igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. In: BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. **Progresso das mulheres no Brasil 2003–2010**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011. p. 7-14.

VARGA, I. V. D. A política de saúde indígena no Brasil. In: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO (Org.). **Índios na cidade de São Paulo**. São Paulo, 2005. v. 1. p. 33-35.

_____. **Pelas fronteiras e trincheiras do indigenismo e do sanitário**: a atenção às DST em comunidades indígenas, no contexto das políticas e práticas indigenistas e de saúde, na Pré-Amazônia. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____; ADORNO, R. D. C. F. Terceirizando a indianidade?: sobre a política nacional de saúde para os povos indígenas, aos '500 anos'. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 9-26, 2001.

_____; VIANA, R. L. Saúde da população indígena. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. D. S.; FERNANDES, J. J. S. **Atenção à saúde de populações vulneráveis**. Barueri: Manole, 2014. v. 1. p. 258-283.

_____; _____. BATISTA, L. E. Saúde da população indígena: do paradigma da tutela ao horizonte das políticas de promoção da igualdade racial. In: VENTURI, G. (Org.). **Indígenas no Brasil**: demandas dos povos e percepções da opinião pública. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2013. v. 39. p. 143-175.

VENTURA, M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. In: UNIFEM. **O progresso das mulheres no Brasil**. Brasília, DF: Fundação FORD, 2006. p. 211-239.

VERHEIJEN, E. C.; RAVEN, J. H.; HOFMEYR, G. J. Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 7, n. 4, oct. 2009.

VIANA, L. R. **Condições de saneamento em áreas indígenas**: uma discussão sobre o sistema de informação de Saneamento em Área Indígena (SISABI) no Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão, com enfoque nas aldeias Timbira. 2005. 180f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

VIANA, R. D. C.; NOVAES, M. R. C. G.; CALDERON, I. Mortalidade materna: uma abordagem atualizada. **Comunicação, Ciências Saúde**, v. 22, Supl. 1, p. 141 – 152, 2011.

VIANNA, F. O novo modelo de atendimento. In: RICARDO, C. A.; RICARDO, F. (Org.). **Povos indígenas do Brasil: 2001-2005**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2006. p. 131-133.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

WAGLEY, C.; GALVÃO, E. **Os índios Tenetehara: uma cultura em transição**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Cultura, 1955.

WAKANÃ, G. S.; GIL, L. P. Caracterização dos sistemas de parto: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. S. **Medicina tradicional indígena em contextos**. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2007. p. 37-47.

ZANNONI, C. **Conflito e coesão: o dinamismo Tenetehara**. Brasília, DF: Conselho Indigenista Missionário, 1999.

ZANNONI, C. **Wiriri Piterere Ipaw (A lagoa das borbunas): o conflito nos Tenetehara da região de Barra do Corda - MA**. São Luís: UFMA, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. NA COMUNIDADE:

Como é o ambiente? (saneamento, clima, moradia, pessoas, etc)

Como as pessoas se comportam/relacionam?

Qual a forma de organização social/financeira?

Qual a relação deles com a cidade?

Como é o estilo de vida destas pessoas?

Qual a relação delas com os profissionais de saúde?

Qual a relação delas com a saúde?

Qual a relação delas com o ambiente?

2. NO LOCAL DO TRABALHO DE PARTO/PARTO/PÓS-PARTO:

Em que local ocorre?

Quais as condições do ambiente (limpeza, ventilação, luminosidade, etc)?

Quem está presente? Que papel desempenham? Como se comportam?

Como a parturiente se comporta? (alegre, triste, chora, conversa, é protagonista, é espectadora, etc)?

Quem direciona o trabalho de parto?

São feitos rituais? Quais? Com que finalidade? Quem direciona?

Como é feito o acompanhamento (a parturiente é examinada? Por quem? Com que frequência? De que forma? Que instrumento são utilizados? Há registro?

Ela se alimenta? De que?

Existem métodos de alívio da dor? Quais?

Que posição a parturiente adota? Ela que escolheu?

O bebe sai espontaneamente? São feitas manobras? Quem pega o bebe?

Ocorreu alguma intercorrência? Qual? Qual foi a conduta tomada? Teve efetividade?

Quanto tempo durou o processo?

O que fazem com o bebê? Com o umbigo? Com a placenta?

Que cuidados são prestados a mulher e ao bebê?

Em que momento as pessoas vão embora?

3. NO PUERPÉRIO:

Como é a relação mãe/bebê/pai/família?

Como é a amamentação?

Como é o resguardo? Que cuidados?

Que problemas acontecem? Como resolvem?

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: GESTANTE

IDENTIFICAÇÃO Nº _____
 Aldeia: _____
 Nome: _____
 Estado civil: _____ Ocupação: _____
 Idade: _____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Filhos vivos: _____
 Filhos mortos:
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Local dos partos anteriores: _____
 Data da entrevista: ____/____/____

1. GESTAÇÃO:

- 1.1. Você está grávida de quantos meses?
- 1.2. Você e seu marido queriam engravidar?
- 1.3. Fizeram alguma coisa para engravidar?
- 1.4. Há algum ritual/prática que é realizado antes da concepção? Qual?
- 1.5. Você gosta de estar grávida? Por quê?
- 1.6. O que significa estar grávida pra você?
- 1.7. O que muda na sua rotina quando você está grávida?
- 1.8. O que muda na rotina do seu marido quando você está grávida?
- 1.9. O que muda na sexualidade quando se está grávida?
- 1.10. Alguém orienta ou cuida de você durante a gravidez na comunidade? Quem?
Como?
- 1.11. Você faz consultas de pré-natal na cidade com médicos/enfermeiras?
- 1.12. Sua alimentação muda? O que muda?
- 1.13. Você faz exercícios?
- 1.14. Como se prepara para parir?
- 1.15. Vocês fazem algum ritual durante a gravidez? Qual? qual o motivo? Como é feito?
- 1.16. Você sabe quando aproximadamente vai parir? Como você calcula?
- 1.17. A lua tem alguma relação com o parto? Qual?

2. PARTO:

- 2.1. Como você sabe que chegou a hora do parto?
- 2.2. Quem você chama na hora do parto?
- 2.3. Seu marido pode participar? Se não porque?
- 2.4. Onde acontece o parto? Como é feita a escolha do lugar?
- 2.5. Acontece de parir fora da comunidade? Onde? Porque?
- 2.6. Você gosta de parir? Porque? Onde e Como foram seus partos anteriores?
- 2.7. É feito algum ritual durante o trabalho de parto? Qual? Qual o motivo? Como é feito?
- 2.8. Existem parteiras aqui? Quem são elas? (irmãs, primas, avós) O que elas fazem durante o parto?
- 2.9. Você toma alguma coisa para acelerar o parto ou aliviar a dor?
- 2.10. Você come ou bebe durante o trabalho de parto? O que?
- 2.11. Você toma banho durante o trabalho de parto? Porque?
- 2.12. Em que posição você fica na hora de ter o bebe?
- 2.13. Quem pega o bebe?
- 2.14. O que fazem para a placenta sair?
- 2.15. O que é feito com a placenta depois?
- 2.16. O que é feito com o umbigo do bebe?
- 2.17. Se as partes íntimas se machucarem na hora do parto o que é feito?
- 2.18. Se o bebe não nascer bem o que é feito?
- 2.19. Você amamenta assim que o bebe nasce? Se não porque?
- 2.20. Seus partos anteriores duraram quanto tempo?
- 2.21. Seus partos anteriores tiveram alguma complicação? Qual? O que foi feito?
- 2.22. As mulheres costumam ter problemas durante o parto? Quais? O que é feito?
- 2.23. É comum a mãe ou o bebe morrer durante o parto? O que costuma causar as mortes?

3. PÓS-PARTO:

- 3.1. Como são os primeiros dias depois do parto?
- 3.2. Que cuidados você tem depois do parto?
- 3.3. Onde você fica? Porque?
- 3.4. Alguém cuida de você? Quem? O que ela faz?
- 3.5. São feitos rituais? Quais? Com que finalidade? Quem direciona?
- 3.6. Como é sua alimentação depois do parto?
- 3.7. Quanto tempo demora para o umbigo cair? Quais os cuidados até a queda?

- 3.8. Até quanto tempo você amamenta? Vocês costumam ter problemas com a mama durante a amamentação? o que fazem?
- 3.9. Quando você volta a ter relações sexuais com seu marido?
- 3.10. Quanto tempo dura o resguardo? Quais são os cuidados?
- 3.11. As práticas da comunidade em relação ao processo de gestar e parir mudaram após o contato com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)? O que mudou? Como vocês encaram esta mudança? Positivamente? Negativamente?

APÊNDICE C - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: PARTEIRA

IDENTIFICAÇÃO Nº _____
 Comunidade: _____
 Nome: _____
 Estado civil: _____ Ocupação: _____
 Idade: _____ Gesta: _____ Para: _____ Aborto: _____ Filhos vivos: _____
 Filhos mortos:
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1. Desde quando você é parteira?
2. Como você adquiriu os conhecimentos sobre o processo de gestar e parir?
3. Você gosta de exercer a sua função? Por que?
4. Qual a sua relação com a mulher/família que você acompanha?
5. Quantos partos você atende por mês na comunidade?
6. Que instrumentos você utiliza na gestação/parto e pós parto? Qual a finalidade deles?
7. Que rituais são feitos durante o processo de gestar e parir? Como e qual finalidade?
8. As práticas da comunidade em relação ao processo de gestar e parir mudaram após o contato com a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)? O que mudou? Como vocês encaram esta mudança? Positivamente? Negativamente?
9. É comum ocorrerem complicações com a mãe ou bebê na gestação/parto/pós-parto? Quais? Como vocês procedem?

APÊNDICE D - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS: LÍDERES INDIGENAS

1. IDENTIFICAÇÃO Nº _____
 Comunidade: _____
 Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Função: _____
 Estado conjugal: _____ N° de filhos vivos _____
 Filhos mortos:
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____
 Sexo: _____ Idade: _____ Motivo: _____

Data da entrevista: ____/____/____

1. Qual a seu papel na comunidade?
2. Qual a sua relação com a mulher/família que está grávida?
3. Você participa de que forma do processo?
4. As práticas da comunidade em relação ao processo de gestar e parir mudaram após o contato com o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)? O que mudou? Como vocês encaram esta mudança? Positivamente? Negativamente?
5. Que rituais são feitos durante o processo de gestar e parir? Como e qual finalidade?
6. É comum ocorrerem complicações com a mãe ou bebe na gestação/parto/pós-parto? Quais? Como vocês procedem?
7. O que você acha que poderia mudar para melhorar a assistência a mãe/família grávida?

APÊNCIDE E – REGISTRO VISUAL DURANTE A COLETA

- **Imagens do local de estudo:**



Figura 1- Entrada da cidade de Arame-MA .



Figura 2- Hospital Municipal de Arame.



Figura 3- Casas das aldeias.



Figura 4- Igreja Evangélica da aldeia.



Figura 5- Forno de barro.



Figura 6- Horta suspensa.

- **Imagens de atividades locais:**



Figura 7- Rede no tear.



Figura 8- Linha para confeccionar tipoia.



Figura 9- Confeção de bijuteria com miçanga.



Figura 10- Pintura corporal Guajajara.

- **Pessoas *Guajajara*:**



Figura 11- Cacique Guajajara.



Figura 12- Guajajara voltando da caça.



Figura 13- Mulher Guajajara.



Figura 14- Mulher Guajajara.



Figura 15- Família Guajajara.



Figura 16- Benzedeira Guajajara.



Figura 17- Benzedeira Guajajara.



Figura 18- Mãe Guajajara.



Figura 19- Mãe Guajajara.



Figura 20- Mãe Guajajara.



Figura 21- Criança Guajajara.



Figura 22- Criança Guajajara



Figura 23- Criança Guajajara..



Figura 24- Criança Guajajara.



Figura 25- Criança Guajajara

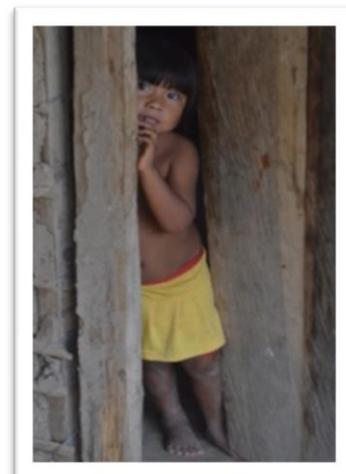


Figura 26- Criança Guajajara



Figura 27- Parteira Guajajara



Figura 28- Parteira Guajajara



Figura 29- Parteira Guajajara

- **Parteiras simulando o parto na aldeia:**



Figura 30- Aparando o bebê



Figura 31- Colocando o bebê na rede



Figura 32- Aguardando diminuir o sangramento.

- **Festa do Moqueado:**



Figura 33- Moça Guajajara na tocaia.



Figura 34- Festa do moqueado.



Figura 35- Festa do moqueado.



Figura 36- Festa do moqueado.

- **Coleta de dados:**



APÊNDICE F - QUADRO DESCRITIVO DAS VISITAS REALIZADAS

Classificação	Data	Acontecimentos
1ª visita	11 a 13 de junho de 2013	Participação da Conferencia Local de Saúde Indígena de Arame (preparatória da etapa Distrital da V Conferencia Nacional de Saúde Indígena). Foi um primeiro movimento de aproximação e uma oportunidade de conhecer a realidade local, demandas e interesse de participação na pesquisa para poder se certificar da viabilidade de realização da mesma.
2ª visita	17 a 19 de janeiro de 2014	Apresentação detalhada do projeto de pesquisa (objetivos, os métodos de coleta, os benefícios da pesquisa, riscos) e solicitação de autorização para realização da pesquisa. Conversa sobre a realidade local com os informantes iniciais e conversas informais com quatro gestantes desta aldeia.
3ª visita	06 a 09 de junho de 2014	Realização do primeiro encontro coletivo. Permitiu a outras aldeias conhecer a proposta da pesquisa de modo que pudessem solicitar participação das demais. Possibilitou conhecer a realidade local, visualização da diferença entre a assistência de parto prestada por parteiras na aldeia e por parteiras não indígenas, técnicas, enfermeiras e médicos no hospital e identificar as necessidades em relação à assistência prestada.
4ª visita	08 a 10 de agosto de 2014	Permitiu conhecer novos participantes, apresentar novamente a proposta e discutir sobre como as mulheres pariam em suas aldeias. Foi possível reafirmar os dados anteriores e discutir sobre a importância da preservação cultural. Recolhimento das autorizações dos caciques presentes.
5ª visita	21 a 24 de agosto de 2014	Iniciado com dança cultural na língua, por iniciativa deles com o propósito de reforçar a importância da manutenção da cultura. Debate interno feito na língua sobre as demandas local, com posterior participação da pesquisadora. Delimitação dos problemas. Visita a quatro aldeias com coleta de dados.
6ª visita	09 a 12 de outubro de 2014	Visita a oito aldeias com coleta de dados.
7ª visita	7 a 10 de janeiro de 2015	Visita a seis aldeias com coleta de dados.

APÊNDICE G - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: “O processo de gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do polo base de Arame no Estado do Maranhão”

Venho solicitar sua participação voluntária na pesquisa da enfermeira obstetriz Dannielle Pinto Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, sob orientação do Prof. István Van Deursen Varga e co-orientação do Prof. Claudio Zannoni. Esta pesquisa tem por objetivo estudar o processo de gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do polo base de Arame no Estado do Maranhão.

Sua participação é fundamental para a realização desta pesquisa, necessitando para tal, que responda algumas perguntas referentes ao objetivo da pesquisa através de uma entrevista. A sua participação neste estudo contribuirá para a produção de conhecimento que servirão de subsídios para a elaboração futura de políticas de saúde específicas, adaptadas à realidade de sua comunidade.

Existem riscos mínimos de desconforto no momento de responder algumas perguntas da entrevista. Medidas preventivas serão tomadas para minimizar qualquer risco, incômodo ou constrangimento, garantindo o anonimato dos participantes e locais pesquisados, assim como, assegurando, condição e local adequados para realização da entrevista. Entretanto, mesmo assim caso se sinta constrangido em responder alguma pergunta você poderá negar-se e passar para a pergunta seguinte.

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em reuniões e/ou publicações (revistas, jornais científicos e de circulação), contudo, sua identidade não será revelada durante essas apresentações. Garantimos que ninguém saberá que você está nesta pesquisa, a menos que você mesmo forneça esta informação. Você pode aceitar ou não participar do estudo, e terá liberdade de desistir da mesma a qualquer momento sem prejuízos.

Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento pela participação.

Você receberá uma cópia deste termo em que constam os contatos dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa, os quais, podem tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Em caso de qualquer dúvida, em qualquer etapa do estudo, inclusive após a publicação da mesma, você poderá procurar esclarecimentos com: Enfermeira obstetriz Dannielle Pinto Lima (98) 88851243; Prof. István Van Deursen Varga

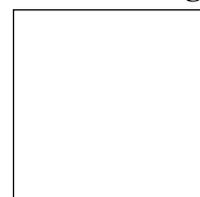
(98) 3232–3837; Prof. Claudio Zannoni (98) 3232–3837; o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão, no telefone (98) 3272-8708 ou endereço: na Avenida dos portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, Prédio do CEB Velho PPPG, Bloco C Sala 07.

Peço que após ter lido este termo e esclarecido qualquer dúvida, você assine abaixo se estiver de acordo em participar como voluntário da pesquisa.

Sujeito da Pesquisa (ou Responsável)

Pesquisadora

Digital



São Luís: ____/____/____

ANEXOS

ANEXO A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**



AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, ANTONINHO PROVIDENCIA GUASAJARA,
ocupante do cargo de Cacique da Aldeia Nova

Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto de pesquisa intitulado “O processo de gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do Polo-Base de Arame no Estado do Maranhão” sob responsabilidade de Danielle Pinto Lima, aluna de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, sob orientação do Prof. István Van Deursen Varga e co-orientação do Prof. Claudio Zannoni. E autorizo a realização da referida pesquisa no (a) Aldeia Nova, localizada em Arame - Maranhão após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Antoninho Providencia Guasajara

(Assinatura)

Arame, 18 de janeiro de 2014.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO



**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE**

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, MARLENE GOMES GUASAJARA,
ocupante do cargo de Presidente do movimento de
mulheres das indígenas de Arame - Maranhão
Declaro que tenho conhecimento sobre o projeto de pesquisa intitulado “**O processo de
gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do Polo-Base de
Arame no Estado do Maranhão**” sob responsabilidade de Dannielle Pinto Lima, aluna de
mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do
Maranhão, sob orientação do Prof. István Van Deursen Varga e co-orientação do Prof.
Claudio Zannoni. E autorizo a realização da referida pesquisa no (a)
movimento de mulheres indígenas de Arame-MA
após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos.

Marlene Gomes Guasajara
(Assinatura)

Arame, 18 de janeiro de 2014.

ANEXO B - TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.



Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Prof. (a) Dr. (a) **István Van Deursen Varga** aceito orientar o Projeto Orientado de Dissertação do(a) mestranda **DANNIELLE PINTO LIMA**, preliminarmente intitulado **O processo de gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do Polo-Base de Arame no Estado do Maranhão.**

Por ser verdade, firmo o presente termo.

São Luís/MA, 28 de janeiro de 2014.

Assinatura do (a) Professor (a)

ANEXO C - TERMO DE ACEITE DO COORIENTADOR**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Fundação Instituída nos termos da Lei nº 5.152, de 21/10/1966 - São Luís - Maranhão.



Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente

TERMO DE ACEITE DO ORIENTADOR

Eu, Prof. (a) Dr. (a) **Claudio Zannoni**, aceito orientar o Projeto Orientado de Dissertação do(a) mestrando **DANNIELLE PINTO LIMA**, preliminarmente intitulado **O processo de gestar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do Polo-Base de Arame no Estado do Maranhão.**

Por ser verdade, firmo o presente termo.

São Luís/MA, 28 de janeiro de 2014.

Assinatura do (a) Professor (a)

ANEXO D - TERMO DE CIENCIA DA FUNAI



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI
COORDENAÇÃO REGIONAL DO MARANHÃO
RUA SIMPLICIO MOREIRA, 1115 - CENTRO - IMPERATRIZ - MA
CNPJ: 00.059.311/0007 - 88
Fones: 99 3525 1762 - FAX 3525 2885.
Email: cpl.criimperatriz@funai.gov.br

Memo. nº 497/2014/GAR/CR-MA

Imperatriz - MA, 23 de julho de 2014

À Sr^a Sorahia Maria Segall
ASSESSORA DA PRESIDÊNCIA DA FUNAI

Assunto: Ingresso em Terra Indígena (Proc. Nº 08620.049049/2014-89)

Senhora Assessora,

Em atendimento ao Memorando nº 303/2014/PRES/FUNAI-MJ, venho por meio deste, manifestar **CIÊNCIA** desta Coordenação Regional sobre a solicitação de ingresso na Terra Indígena Araribóia, povo Guajajara, da pesquisadora **DANIELLE PINTO LIMA**, com o objetivo de desenvolver o projeto de pesquisa científica intitulada "*O processo de gerar e parir na Terra Indígena Araribóia da área de abrangência do Polo-Base de Arame no Estado do Maranhão*"; sob a supervisão do Prof. Dr. István Deusen Varga.

Atenciosamente,

JÚLIO CÉSAR GOMES PINHO
Coordenador Regional

ANEXO E - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DSEI

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DO MARANHÃO
Rua 03 de Janeiro, 166-Jardim – CEP: 65040-450 – São Luís/MA – Fone: (98) 2016-7467
Email: dsotma.sesai@saude.gov.br

Ofício nº11/2015/GAB/DSEI-MA/SESA/MS

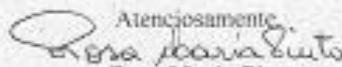
São Luís, 06 de janeiro de 2015.

A Sua Senhoria a Senhora
ZULIMAR MÁRITA RIBEIRO RODRIGUES
Coordenadora do PPGSA-UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Praça Madre Deus nº02- 2º andar- Madre Deus
CEP 65025-560
São Luís/MA

Prezada Senhora,

Em atenção ao Ofício nº 01/2015-PPGSA, referente a solicitação de autorização no acesso dos dados pertinentes à Saúde Materno Infantil diretamente do Polo Base de Arame/MA, cujo objetivo é compor a Dissertação da aluna Dannielle Pinto Lima, informo que este Distrito autoriza a aluna realizar o referido trabalho, e solicito desta coordenação cópia da conclusão do trabalho.

Sendo assim, este Distrito está à inteira disposição para quaisquer outras informações complementares que entender por necessárias.

Atenciosamente,

Rosa Maria Pinto

Subs. Eventual do Coordenador Distrital de Saúde Indígena do Maranhão