

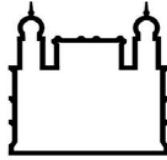


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“A CONVERSA DE HOJE É QUE PARIR É NO HOSPITAL:”
implicações e desafios à saúde indígena.**

Núbia Maria de Melo e Silva

**Rio de Janeiro
Dezembro de 2017**

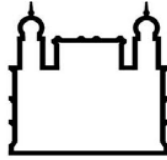


**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“A CONVERSA DE HOJE É QUE PARIR É NO HOSPITAL:”
implicações e desafios à saúde indígena.**

Núbia Maria de Melo e Silva

**Rio de Janeiro
Dezembro de 2017**



**Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**“A CONVERSA DE HOJE É QUE PARIR É NO HOSPITAL”:
implicações e desafios à saúde indígena.**

Núbia Maria de Melo e Silva

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, da Fundação Oswaldo Cruz e do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança.

Orientadora: Claudia Jannotti Bonan

**Rio de Janeiro
Dezembro de 2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Silva, Núbia Maria de Melo e.

"A conversa de hoje é que parir é no hospital": implicações e desafios à saúde indígena. / Núbia Maria de Melo e Silva. - Rio de Janeiro, 2017.

133 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Ciências) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2017.

Orientador: Claudia Jannotti Bonan.

Bibliografia: f. 125-133

1. Parto indígena. 2. Atenção diferenciada e o parto. 3. Mulheres indígenas e o parto. I. Título.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo que analisa experiências e sentidos do parto da mulher Pankararu por meio de narrativas de gestores e profissionais da saúde indígena do Polo Base Pankararu (PBP) e do Polo Base Entre Serras (PBES), do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). As narrativas versaram sobre como a atenção diferenciada perpassa ou se oculta frente à relação dos entrevistados e das entrevistadas com o parto das mulheres indígenas. Para tanto, foi realizada uma escuta sobre a formação para atuar nesse campo; sobre as normativas da gestão que orientam a atuação das EMSI; sobre as orientações e condutas práticas mantidas durante o acompanhamento pré-natal; sobre a relação que mantêm com o parto biomédico e o parto tradicional Pankararu e, por fim, sobre a rede de referência obstétrica da região e a chegada da estratégia Rede Cegonha no estado. Com uma equipe eminentemente composta por indígenas, essencialmente da própria etnia Pankararu, os encontros e esbarrões entre os modelos indígena e biomédico têm instituído dois movimentos em terras Pankararu: um movimento de resistência, fortalecimento e crescimento do modelo tradicional de atenção ao parto, nas aldeias Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros, e nas demais, um movimento de priorização do modelo biomédico. Enquanto nas três aldeias citadas, de 2012 a 2015, prevaleceu o parto tradicional, nas demais, as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) priorizaram o encaminhamento das mulheres para parirem no hospital, mesmo quando isso significava o atendimento em uma rede desestruturada, que envolvia peregrinação, ausência de acompanhante e violências obstétricas. A supremacia do modelo médico hegemônico, tem determinado que a atenção ao parto médico-hospitalar é a única forma capaz de prover controle de riscos e segurança à saúde da mulher e do bebê, também se faz presente na postura de delegar aos exames e ao acompanhamento médico no pré-natal o poder de diagnosticar o parto que pode assistido pela parteira e acontecer sob a égide do modelo Pankararu. Tal atitude subalterniza os modelos indígenas, de paradigmas não biomédicos, e desautoriza os saberes de suas medicinas, bem como o poder e saber da parteira, de modo a banalizá-los diante da medicina científica. Nesse cenário encontram-se as implicações e os desafios da atenção diferenciada ao parto das mulheres indígenas, o que no contexto da Rede Cegonha (RC) se torna ainda mais pertinente, visto que essa estratégia tem o compromisso de contribuir para superar o modelo médico hegemônico intervencionista que tem prevalecido na cena do parto brasileiro.

Palavras-chave: Parto indígena. Atenção diferenciada e o parto. Mulheres indígenas e o parto.

ABSTRACT

This is a qualitative study that analyzes the experiences and meanings of the Pankararu woman's birth through narratives of managers and professionals of indigenous health of the Base Pankararu (PBP) and Polo Base Entre Serras (PBES), the Indigenous Special Sanitary District of Pernambuco (DSEI-PE). The narratives dealt with how the differentiated attention is hidden from the relationship of interviewees and interviewed with the birth of indigenous women. In order to do so, a list was made on training to act in this field; on the management regulations that guide the performance of EMSI; on the guidelines and practical practices maintained during prenatal care; about the relationship they maintain with the biomedical delivery and the traditional Pankararu birth and, finally, about the obstetric referral network of the region and the arrival of the strategy Stork Network in the state. With an eminently indigenous group, essentially of the Pankararu ethnic group itself, encounters and obstacles between the indigenous and biomedical models have instituted two movements in Pankararu lands: a movement of resistance, strengthening and growth of the traditional model of childbirth care in the villages Brejo dos Padres, Jitó and Saco dos Barros, and in the others, a movement of prioritization of the biomedical model. While in the three villages mentioned, from 2012 to 2015, traditional childbirth prevailed, in the others, the Multidisciplinary Indigenous Health Teams (EMSI) prioritized the referral of women to give birth in the hospital, even when this meant attending in a destructured network, which involved pilgrimage, absence of companions and obstetric violence. The supremacy of the hegemonic medical model, which determines that attention to medical and hospital delivery is the only way to provide risk and safety control to the health of the woman and the baby, is also present in the posture of delegating to exams and follow-up prenatal physician the power to diagnose childbirth that may be attended by the midwife and happen under the aegis of the Pankararu model. Such an attitude subalternizes indigenous models of non-biomedical paradigms and disproves the knowledge of indigenous medicine, as well as the power and knowledge of the midwife, so as to trivialize them in the face of scientific medicine. In this scenario, the implications and challenges of differentiated care for the delivery of indigenous women are found, which in the context of the Stork Network (CR) becomes even more pertinent, since this strategy is committed to contribute to overcome the hegemonic medical model that has prevailed in the Brazilian birth scene.

Keywords: Native childbirth. Differential care and childbirth. Indigenous women and childbirth.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

TABELA 1 - Mapa descritivo das entrevistas.....	65
GRÁFICO 1 - Número de partos de mulheres indígenas, por local e tipo de parto. DSEI - Pernambuco. Período 2011/2015.....	77
GRÁFICO 2 - Número de partos de mulheres indígenas, por local e tipo de parto. Polo Base Entre Serras. Período 2011 a 2015.....	78
GRÁFICO 3 - Número de partos de mulheres indígenas, por local e tipo de parto. Polo Base Pankararu. Período 2011 a 2015.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAM	Agente Indígena de Saneamento Ambiental
APSI	Atenção Básica em Saúde Indígena
BP	Boas Práticas
CASAI	Casa de Apoio da Saúde Indígena
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI PE	Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ICLSMuIn	I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas
IMIP	Instituto Materno Infantil de Pernambuco
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IT	Itinerário Terapêutico
MBE	Medicina Baseada em Evidência
MMH	Modelo Médico Hegemônico
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PB	Polo Base
PBES	Polo Base Entre Serras
PBP	Polo Base Pankararu
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
PNH	Política Nacional de Humanização
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RS	Região de Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena integrado ao Sistema Único de Saúde
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terra Indígena
TIES	Terra Indígena Entre Serras
TIP	Terra Indígena Pankaruru
UBSI	Unidades Básicas de Saúde Indígena

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	10
2	INTRODUÇÃO.....	13
3	OBJETO.....	18
	3.1 Objetivo geral.....	18
	3.2 Objetivos específicos.....	18
4	MARCOS POLÍTICOS E NORMATIVOS.....	19
	4.1 O HumanizaSUS como marco político.....	19
	4.2 A atenção à saúde da mulher e as políticas de atenção ao parto e nascimento	21
	4.3 Políticas de saúde indígena e atenção ao parto	26
	4.4 Organização e institucionalização da saúde indígena.....	28
5	QUADRO TEÓRICO.....	31
	5.1 Modelos biomédico e indígenas de atenção ao parto: a (difícil) convivência de modelos de atenção à saúde – encontros, desencontros, abraços e esbarrões.....	31
	5.2 Autoatenção e o parto das mulheres indígenas.....	37
	5.1 O risco do parto: um mito da “verdade biomédica”	42
	5.2 Atenção diferenciada, clínica ampliada e compartilhada: a distância entre intenções e gestos.....	45
	5.3 Clínica ou Cuidado? Caminhos verticalizados e horizontalizados de produção de sujeitos.....	50
	5.6 Corpo, direitos reprodutivos, políticas públicas e mulheres indígenas.....	53
6	O POVO PANKARARU, DESENHO DE ESTUDO E TRABALHO DE CAMPO	60
	6.1 O povo Pankararu: aspectos sócio antropológicos e de saúde.....	60
	6.2 Desenho do estudo, coleta de dados e técnicas de análise.....	62
	6.3 Questões éticas.....	67
	6.4 Percorrendo o campo Pankararu.....	68
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	75
	7.1 Panorama do parto de mulheres indígenas assistidas pelo DSEI-PE, com foco nas mulheres Pankararu.....	75

7.2Do panorama ao que brotou das narrativas.....	81
7.2.1.O parto tradicional Pankararu e a EMSI de Brejo dos Padres/PBP.....	103
7.2.2. O parto tradicional Pankararu eas EMSI de Espinheiro, EMSI de Carrapateira/PBP e EMSI do PBES.....	107
8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	125

1 APRESENTAÇÃO

Em 1999, iniciei minha trajetória profissional no campo da saúde e do direito reprodutivo e sexual de mulheres assistidas por parteiras tradicionais, a partir do trabalho na Organização Não Governamental (ONG), feminista e antirracista, Grupo Curumim – Gestação e Parto^a, de atuação nacional, com sede na cidade de Recife-PE.

Utilizo aqui a definição de “parteira tradicional” do Ministério da Saúde (MS):

[...] aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade como parteira. [...] o Ministério da Saúde adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela det m. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.¹

No decorrer da atuação em todas as regiões do Brasil, o aprendizado adquirido por meio do Curumim e do contato com as parteiras tradicionais permitiu-me conhecer diferentes compreensões e atitudes em relação   assistência ao parto e nascimento domiciliar, bem como diferentes territórios sanitários e contextos locorregionais de organização e funcionamento da rede do Sistema  nico de Saúde (SUS). Pude (re)conhecer as várias realidades que envolvem a atuação de uma parteira tradicional, expressas em diferentes modelos de atenção ao parto domiciliar, vigentes nos diferentes “brasis”: do sertão e do litoral nordestinos, das florestas e das regiões ribeirinhas, dos territórios quilombolas e dos territórios indígenas.

Do Oiapoque ao Chu , o que mais chamou a atenção foi a diversidade de modelos tradicionais indígenas de parir e nascer, compartilhados por mulheres de diferentes etnias em oficinas realizadas sob a coordenação do Curumim. Uma verdadeira riqueza simbólica, onde múltiplas singularidades do campo da saúde sexual e reprodutiva eram apresentadas em oficinas de “troca de saberes”. Essas experiências

^a Para maiores informações sobre a ONG: grupocurumim.org.br/site/index/php.

deram-me subsídios para inferir que entre os povos indígenas das 305 etnias, falantes de cerca de 274 línguas^b, mantinha-se presente uma diversidade de sistemas médicos tradicionais e também modelos de atenção ao parto com raízes fincadas em cosmologias de suas ancestralidades.

Em 2007, numa oficina que reuniu parteiras indígenas de variadas etnias de Pernambuco, constatei que, nas aldeias assistidas por elas, era muito recorrente o parto domiciliar – experiência que se escasseia em Terra Indígena (TI) do estado nos dias atuais. Ao sair do Curumim, permaneci atuando no campo da saúde reprodutiva das mulheres, como consultora, até que, em 2011, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) na estrutura do Ministério da Saúde (MS), desembarquei em Brasília para trabalhar na gestão nacional da saúde indígena. Foi, então, que me aproximei mais ainda da temática da saúde das mulheres indígenas e atentei para a importância de entender a crescente hospitalização de seus partos, pois se tratava de um processo mais recente que aquele vivido pelas mulheres não indígenas das sociedades urbanas brasileiras.

Ao sair da SESAI, migrei para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), para trabalhar na Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres (CGSM), que coordena a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que tem no eixo da atenção obstétrica a estratégia Rede Cegonha (RC)^c como carro chefe. Minha chegada na CGSM aconteceu na efervescência da implantação da Rede Cegonha, com a equipe centrada no esforço e no compromisso de desenvolver ações de apoio à mudança do modelo médico hegemônico, prevalente na atenção ao parto no Brasil: onde a realização de cirurgias cesarianas desnecessárias é uma prática ainda

^b Censo Demográfico - http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf

^c No capítulo Marco Legal e Normativo está descrito o que vem a ser a Rede Cegonha.

muito presente.² Dentre minhas funções, assumi, então, o papel de acompanhar o desenvolvimento do eixo temático que envolve a saúde das mulheres indígenas.

Tomei, então, consciência do problema de saúde pública em que se transformou o parto com excesso de intervenção no Brasil; ao levar em consideração que o parto hospitalar poderia expor mais mulheres indígenas a intervenções desnecessárias e, por vezes, iatrogênicas, quando não, a cirurgias cesarianas não eletivas, não necessariamente mais seguras que o parto domiciliar. Defendo, portanto, que a hospitalização do parto sem distocia como prática adotada pela gestão da saúde indígena, sob a alegação de precaução e promoção de segurança à mulher e à criança, indica um descompasso entre o conteúdo e os princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI),³ da PNAISM⁴ e da própria estratégia Rede Cegonha.⁵ Por isso, o respeito e a proteção à diversidade de modelos de atenção ao parto – previstos nas políticas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI)⁶ e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ – compõem meus compromissos, de profissional e cidadã, com a saúde reprodutiva das mulheres indígenas e com a reprodução biossocial de seus povos.

2 INTRODUÇÃO

Os estudos socioantropológicos sobre saúde dos povos indígenas do Brasil têm tido avanços importantes, entretanto, conforme apontam os analistas,⁸⁻¹² persistem muitas lacunas quando se trata de produções sobre os direitos e a saúde reprodutiva das mulheres indígenas. À vista disso, o foco deste estudo está direcionado para esse campo temático. A pesquisa aqui apresentada tem como objeto a assistência ao parto de mulheres indígenas. Nela problematizo diferentes modelos de atenção, sistematizados e traduzidos em expressões distintas do parir e do nascer: o parto tradicional na aldeia e o parto biomédico, prevalente nos hospitais do Brasil.

Interrogo sobre os sentidos e as traduções práticas da atenção diferenciada no acompanhamento das mulheres indígenas durante o pré-natal e o parto, segundo as perspectivas das reivindicações indígenas que vêm sendo feitas desde a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio (1986)¹³ e que foram reiteradas como direitos e, posteriormente, normatizadas pelo Estado.

Vale ressaltar que foi a partir do reconhecimento da diversidade dos sistemas médicos e das práticas de cuidados tradicionais indígenas que – sob a égide do Movimento da Reforma Sanitária e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – as alianças com lideranças dos movimentos indígenas e com indigenistas culminaram na publicação da lei nº 9.836, em 23 de setembro de 1999,⁶ também chamada de Lei Arouca. Essa lei alterou o SUS ao instituir um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena a ele articulado (SasiSUS), a fim de promover uma atenção diferenciada nos serviços oficiais de saúde, uma atenção dialógica com vistas a articular a atenção biomédica com as medicinas e práticas de saúde dos povos, de forma a atender suas necessidades

específicas.¹⁴ Pouco tempo depois, em 2002, foi publicada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).³

Essas legislações e políticas,^{3-4;6} como será visto no capítulo 4, lançaram as diretrizes e as orientações necessárias para promover a aproximação e a articulação entre o sistema oficial de saúde e os sistemas médicos tradicionais indígenas. Isso permite pressupor que é objetivo do Estado acolher e incluir os saberes e práticas relacionadas à saúde reprodutiva das mulheres.

Para a grande maioria dos povos indígenas, os estados de saúde e de adoecimento, como também o parto e o nascimento, estão atrelados à qualidade das relações com o outro, ou seja, das relações com as pessoas, com os grupos sociais e com a natureza.^{9;15-17} São cosmologias que passam longe, por vezes por caminhos conflitantes, da visão biologicista que estrutura o acompanhamento da gravidez e do parto no modelo biomédico.

Ao falar sobre mulheres indígenas no campo da saúde reprodutiva, Langdon¹⁸ avalia que o tema apenas engatinha, concentrado em etnografias sobre saúde reprodutiva de mulheres de grupos específicos. Essa avaliação é corroborada pelos artigos de Athias⁸ e de Coimbra e Garnelo.⁹ Sobre essa questão, ao participar da I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas,¹⁹ em abril de 2017, na cidade de Brasília-DF, pude perceber o quanto a discussão sobre saúde e direitos reprodutivos das mulheres indígenas permanece tímida e se constitui em um campo de luta para as lideranças e movimentos de mulheres indígenas^d.

^d A I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas foi realizada nos dias 23 e 24 de abril de 2017, no no Memorial dos Povos Indígenas, Brasília-DF. Reuniram-se 36 lideranças indígenas, sendo 34 mulheres representantes de Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) dos 34 DSEI, e duas representantes de instituições, sendo uma da Associação dos Povos Indígenas Brasileiros (APIB) e outra do Sindicato de Trabalhadores Indígenas. Também como parte da Conferência, ocorreram duas assembleias durante o Acampamento Terra Livre (ATL), envolvendo a participação de mulheres e homens de mais de uma centena de etnias e de todas as regiões do Brasil. Na ocasião, os temas debatidos e as propostas aprovadas foram apresentados nas duas assembleias do ATL, com possibilidade de alteração e inserção de novas propostas pelas pessoas presentes. Ocorreu que, no dia 24/04, na votação

Os sistemas médicos indígenas de atenção ao parto constituem-se em um campo de reafirmação dinâmica da identidade étnica. As experiências de parto e de nascimento inserem-se na organização social e política dos povos indígenas e vinculam-se a sentidos de corporalidade e pertencimento, isto é, integram a vivência de "tornar-se pessoa" como prática terapêutica de um sujeito coletivo – parte da essência que assegura a diversidade étnica, cultural e sociopolítica das etnias brasileiras.^{8;11-12;18}

A hospitalização e as intervenções médico-cirúrgicas no parto de mulheres indígenas constituem-se em um fenômeno que tem sido objeto de estudo e de debates entre pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e, principalmente, mulheres e ativistas indígenas. Constata-se e discute-se um processo de construção do medo de parir longe de um hospital com o auxílio das pessoas que tradicionalmente integram a cena do parto na aldeia, como familiares, parteiras, curadores e pajés – um processo de associação entre parto e risco.^{8;20-24}

É fato que múltiplos fatores concorrem para a hospitalização do parto das mulheres indígenas, desde questões clínico-obstétricas, que passam pelas escolhas das mulheres e de suas respectivas famílias, a questões relacionadas às consequências do contato com a cultura envolvente (não indígena), devidas, em parte, ao forte impacto dos meios de comunicação (especialmente televisão e internet), que produzem um contato permanente com a moral e os valores da modernidade, entre outros.⁸

Este estudo analisa os relatos de gestores e profissionais de saúde indígena do Polo Base Pankararu (PBP) e do Polo Base Entre Serras (PBES), do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE), referentes à atenção diferenciada,

das propostas e aprovação da Carta da Conferência, pude ouvir uma discussão entre as lideranças: se deveriam ou não inserir uma proposta que defendia que a saúde indígena realizasse a distribuição dos métodos contraceptivos para que as mulheres indígenas decidissem se, quando e qual desejavam adotar. No momento uma jovem liderança afirmou: “Nós bota, nem que nos apanhe” [referindo-se ao enfrentamento que terão no Conselho de Presidentes do CONDISI, pois de 34 presidentes distritais, apenas 3 são mulheres].

dispensada às mulheres indígenas Pankararu no período pré-natal, e às decisões sobre o parto. Além disso, discute os sentidos e as traduções práticas da atenção diferenciada com relação ao parto de mulheres indígenas à luz de diretrizes das políticas públicas e de princípios da estratégia Rede Cegonha.

Para tanto, investiguei se os gestores, os trabalhadores e as trabalhadoras da saúde indígena contribuem ou não para construir uma atenção diferenciada: se atuam de forma a fortalecer o modelo de atenção à saúde reprodutiva adotado entre as mulheres indígenas de um coletivo (autoatenção) ou se atuam com a noção biomédica do parto como evento de risco e do hospital como o espaço adequado, seguro e confiável para sua ocorrência. A primeira conduta ajuda a manter viva a experiência do parto tradicional na aldeia; a segunda, distante do princípio que salvaguarda a inclusão da diversidade, contribui para o crescente processo de hospitalização do parto de mulheres indígenas.

As reflexões aqui apresentadas conferem aportes à possibilidade de avaliação e de atualização de políticas e ações de saúde voltadas para o acolhimento das especificidades étnicas e culturais indígenas relacionadas à experiência do parto tradicional na aldeia; especialmente, a julgar pelo contexto da implementação da Rede Cegonha (RC), em curso desde 2011.

A presente pesquisa explora ainda a questão dos limites da resolutividade possível nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) dos PBP e PBES, que atendem o povo Pankararu. Com relação às UBSI, os trabalhadores e trabalhadoras das EMSI descrevem a falta de insumos para atender as intercorrências passíveis de solução na aldeia; sobretudo, quando se trata de uma Região de Saúde prejudicada por vazios assistenciais na rede de serviços de referência obstétrica e neonatal do estado de

Pernambuco. Nesses casos, a solução frequentemente encontrada é o encaminhamento à rede de referência em torno da capital.

Posto isso, exponho a necessidade de uma reflexão sobre a ampliação da abordagem das Boas Práticas (BP), como aposta da estratégia Rede Cegonha, por considerar que o compromisso com a mudança e com a melhoria da atenção ao parto no Brasil precisa acolher as diferentes mulheres e os respectivos modelos de atenção que praticam. O país precisa, de fato, romper com o modelo biomédico hegemônico de atenção ao parto, esvaziado de sentidos para a autonomia da mulher.²

Nesse sentido, o que defendo, é que em um contexto pluriétnico, as Boas Práticas, para além da Medicina Baseada em Evidência (MBE), também envolvam a proteção à diversidade cultural como garantia dos direitos dos povos indígenas, expressos na legislação brasileira, em especial, o direito de salvaguardar e proteger suas medicinas e práticas de cuidado, principalmente as envolvidas nas experiências de parir e chegar ao mundo segundo cosmologias que a biomedicina não prescreveu.

3 OBJETO

Sentidos e traduções práticas da atenção diferenciada no acompanhamento pré-natal e decisões sobre o parto de mulheres indígenas, na perspectiva de gestores e profissionais de saúde.

3.1 Objetivo geral

Analisar relatos de gestores e profissionais de saúde dos Polos Base (PB) e das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) sobre o acompanhamento pré-natal e as decisões sobre o parto de mulheres indígenas, além de discutir os sentidos e as traduções práticas da atenção diferenciada, no contexto da Rede Cegonha.

3.2 Objetivos específicos

- Averiguar a compreensão dos profissionais sobre a organização (estrutura e funcionamento) da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério das mulheres indígenas;
- Examinar o processo de formação dos trabalhadores e trabalhadoras para a atuação em contexto pluriétnico e a adequação da rede de saúde para a atenção à saúde indígena, conforme a PNASPI,³
- Comparar relatos sobre o processo de construção das decisões sobre o local e o modo do parto, ao longo do acompanhamento pré-natal;
- Discutir as concepções sobre risco e segurança relacionadas aos diferentes modelos de atenção ao parto – indígenas e biomédico.

4 MARCOS POLÍTICOS E NORMATIVOS

4.1 O HumanizaSUS como marco político

O marco político do SUS utilizado neste estudo é aquele publicado pela Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção no Sistema Único de Saúde (PNH), lançada no ano de 2003. A PNH “busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar”²⁵ e convida gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras, usuários e usuárias a construir novos processos, arranjos e organizações que produzam “sujeitos e saúde” no cotidiano das unidades e ações do SUS.²⁵

Quanto à saúde indígena, os marcos políticos estão ancorados na lei nº 9.836,⁶ de 23 de setembro de 1999, que institui o SASI e na PNASPI,³ publicada em 2002. Trata-se dos dois marcos normativos, instituintes de compromissos do Estado brasileiro com a atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. O SasiSUS passa a compor o sistema de saúde brasileiro, como “um novo dispositivo do SUS [...] com o qual funcionará em perfeita integração”.⁶ Tal dispositivo nasce comprometido com os mesmos princípios do SUS: universalidade, integralidade, equidade, regionalização e controle social, aos quais agrega o princípio da atenção diferenciada, para declarar o respeito e o reconhecimento das medicinas indígenas.⁷ O SasiSus volta-se para atender reivindicações que constam na pauta política indígena; visto que assume compromissos com os sistemas médicos tradicionais e, portanto, com seus modelos de atenção ao parto.

Ao reunir esses dois marcos históricos da saúde pública brasileira, o presente estudo destaca, como essencial aos serviços e processos de trabalho em contexto intercultural, a aproximação entre o compromisso político do SUS – forjado pela

Política Nacional de Humanização (PNH) – e os compromissos da atenção diferenciada declarados na Lei nº 9.836/99. A PNH torna pública a defesa de um modelo de atenção no qual a gestão e o cuidado nos serviços de saúde se pautem por relações capazes de estabelecer escuta, diálogo, vínculo, interesse e encontro entre sujeitos.²⁶

Outro aspecto importante foi explorado por Benevides e Passos,²⁷ que discutem as tensões e os jogos de poder relacionados a uma proposta de SUS cujas ações se pautam em resultados e metas, bem como em programas baseados em queixa procedimento e no conceito de “saúde como valor de troca”.^e Os autores comparam essa proposta com outra, na qual o SUS, ao priorizar o conceito de “saúde como valor de uso”^f, promoveria o encontro entre sujeitos para a produção do cuidado em saúde. A partir de um debate sobre conceitos e categorias de análise de Michel Foucault, os autores situam a presença do movimento político pela humanização da saúde entre as forças políticas constituintes do Estado brasileiro, em 2003. Segundo eles, essa presença é um dos componentes do jogo de forças que instituem a governabilidade, a partir da qual as políticas públicas são negociadas e estabelecidas.^{27 p. 562}

Em face disso, esta pesquisa foi feita sob a lupa dos direitos dos povos indígenas de autodeterminação e de diversidade étnico-cultural – garantidos na Constituição Federal,²⁸ nas políticas públicas de saúde e nos acordos dos quais o Brasil é signatário, com destaque à Convenção 169/OIT^{g29} – e, também, sob a lupa do SUS que se pauta no paradigma da “saúde como bem de uso”.

^e BENEVIDES, 2005, p. 562.

^f BENEVIDES, 2005, p. 562.

^gPara maiores informações, visitar o site: <http://www.oitbrasil.org.br/content/convencao-169-e-o-instrumento-para-inclusao-social-dos-povos-indigenas>

4.2 A atenção à saúde da mulher e as políticas de atenção ao parto e nascimento

Publicado em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi o primeiro programa a comprometer-se com a atenção integral à saúde da mulher e com a defesa do direito às especificidades, aos saberes e cuidados tradicionais das mulheres indígenas na produção de uma atenção integral à sua saúde.³⁰

O PAISM teve seu escopo ampliado e foi transformado em política de Estado, a partir de 2004, quando passou a se denominar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). A PNAISM reforça o compromisso com as especificidades de distintos grupos de mulheres (negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, camponesas, etc.) ao declarar que:

A qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspetos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Isso implica em superar o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde e a adoção do conceito de saúde integral e de práticas que consideram as experiências das usuárias com sua saúde.^{4 p. 59}

Para observar esse contexto, convido a olhar o capítulo da PNAISM que trata da saúde das mulheres indígenas. A política reconhece a diversidade de sistemas tradicionais de saúde indígena concebidos de acordo com “as diferentes formas de organização social, política, econômica, de relação com o meio ambiente e de ocupação de seu território”^{4 p. 53} e assim recomenda:

“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”.^{4 p. 53}

Já no conteúdo que fala da “Precariedade da Atenção Obstétrica”, o documento ressalta que:

A atenção ao parto e nascimento é marcada pela intensa medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas e pela prática abusiva da cesariana. Ocorre ainda o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia.^{4 p. 29}

Para vencer a cultura médico-centrada do parto no Brasil, a PNAISM aprofunda o diálogo com a PNH ao assumir que:

umanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica no estabelecimento de relações entre sujeitos, seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero.^{4p. 59}

Apesar do enunciado, a atenção obstétrica brasileira permanece trilhando o caminho da medicalização e da hospitalização do parto como estratégia para vencer a mortalidade materna e neonatal. Muitos foram os programas e pactos^h de saúde para enfrentar e melhorar esses indicadores. Grandes investimentos foram feitos na expansão de tecnologias para a melhoria da atenção e dos desfechos perinatais. No entanto, essa aposta na tecnologia não se fez acompanhar de melhores desfechos e mostrou-se absolutamente insuficiente para responder às necessidades de melhoria da atenção ao parto e nascimento – o “paradoxo perinatal brasileiro”.³¹

Nessa escalada, o Brasil conquistou o vergonhoso lugar de campeão mundial na realização de cirurgia cesariana – a expressão suprema de um modelo de atenção tecnocrático, intervencionista e destituído do poder e da condição feminina de parir.³¹⁻³

No esforço de conhecer a magnitude e os caminhos do excesso da medicalização e de atualizar os dados, informações e análises sobre a atenção às mulheres no período gravídico-puerperal, em 2014, a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, que é vinculada ao Ministério da Saúde, (ENSP/Fiocruz/MS) publicou os resultados do inquérito Nacer no Brasil,³⁴ um estudo de base hospitalar realizado entre 2011 e 2012, com 23.894 mulheres de todas as regiões brasileiras. Os achados são desanimadores e o editorial da publicação inicia com a seguinte frase: “Nacer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para

^h A exemplo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Brasil, 2002; e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Brasil, 2004.

ricos. O parto vaginal, mais frequente em estabelecimentos públicos, quase sempre ocorre com muita dor e excesso de intervenções”.³⁴

No artigo sobre intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, Leal, Pereira, Domingues, Filha, Dias e Nakamura-Pereira, dentre outros autores e autoras,² p. S17 a S32 afirmam que menos de 5% do total de entrevistadas teve um parto sem intervenções médicas desnecessárias. Quanto a intervenções clínicas, que desde 1996 tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto o MS recomendam abolir, o estudo demonstrou que as práticas permanecem presentes no cotidiano das unidades de saúde, inclusive nos hospitais de ensino. São elas: “[...] uso de ocitocina e amniotomia [...], sendo que, manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente”.² A realização de cesarianas sem indicação clínica também foi apontada.²

Iguais resultados foram identificados em narrativas que informaram a prática intervencionista sofrida por mulheres Pankararu durante a atenção ao parto hospitalar, com a observação e que dependia da profissional ou do profissional:

Porque eles querem se livrar do problema. Querem cortar logo e pegar e pronto [...] Ocitocina no soro endovenoso, pra acelerar as contrações uterinas. Dar anestesia local pra poder fazer a episiotomia. Depois episiorrafia [...] todas ficam com medo (Marta/enfermeira).

Nesses termos, a conclusão da Nascer no Brasil³⁴ é que o Brasil tem transformado uma experiência de cunho sexual, familiar, social, cultural e, preponderantemente, fisiológico em um ato intervencionista, medicalizado e, por vezes, iatrogênico e perverso com as mulheres. Levando-se em conta o que foi observado no inquérito, para mudar o jeito de nascer no Brasil é preciso dispensar o modelo hegemônico para abraçar a diversidade possível, os modelos existentes que respeitam e acolhem experiências diferentes entre mulheres no exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.² Quanto a essas questões, Merhy, Feuerwecker e Cerqueira³⁵ afirmam:

[...] há também evidência de muitos problemas ou mesmo de muita incapacidade... A busca objetiva do problema biológico tem levado a que a ação do profissional esteja centrada nos procedimentos, esvaziada de interesse no outro, com escuta empobrecida. ^{35 p.2}

Para os autores, a atenção deve estar centrada no cuidado “com o outro”, ou seja, deve ser humanizada e resolutiva. Isso implica em envolvimento entre sujeitos e em respeito a outras culturas e a outros saberes não hegemônicos sobre saúde. Nesse caso, pode-se falar nos modelos indígenas de parto, sem espaço para o etnocentrismo biomédico que edificou a cultura do parto como um evento biológico, de riscos conhecidos, controláveis e passíveis de segurança apenas em ambiente medicalizador e intervencionista: uma unidade hospitalar. ³⁵

No intuito de atualizar os propósitos políticos, o MS investiu na mudança do modelo e direcionou o foco para a efetivação de uma atenção obstétrica fundamentada nas boas práticas da Medicina Baseada em Evidência (MBE). Em conjunto com a regulamentação do funcionamento do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), Decreto 7.508/2011, em 24 de junho de 2011³⁶ o MS lança a estratégia Rede Cegonha (RC), Portaria nº 1.459/2011,⁵ com os objetivos de: a) transformar o modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil, fortalecendo os princípios da humanização e das boas práticas, b) (re)organizar as redes de atenção ao parto e nascimento nas regiões de saúde do país, e c) reduzir a mortalidade materna e neonatal.

Entre os valores da RC, ênfase: “o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos”, “o respeito à diversidade cultural, étnica e racial” e “a promoção da equidade,”⁵ pelo fato de que os mesmos apontam para a necessidade de compromisso da estratégia com a atenção diferenciada ao parto das mulheres indígenas. Nesse sentido, o compromisso deve pautar-se na proteção e na preservação dos modelos indígenas (de atenção ao parto) presentes nas aldeias, as quais devem estar articuladas à rede de referência do SUS, em uma espécie de sistema de apoio e suporte ao parto tradicional

das minorias étnicas brasileiras que necessitem de transferência para uma unidade hospitalar.

No que diz respeito à etnicidade e humanização na rede de cuidado materno-infantil indígenas, Cerri e Silva ³⁷ afirmam que a Rede Cegonha:

[...] acolhe o direito à diversidade de modelos de assistência ao parto e ao nascimento coexistentes no Brasil, incluindo aquele que ocorre no domicílio indígena e que é assistido por familiares e/ou detentores das práticas e saberes de cada povo. 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.” ^{37 p. 258}

Para as autoras, é pelos “caminhos que perpassam o nascimento que modos de viver, de ser e de conceber o mundo também são reproduzidos, ou seja, um espaço privilegiado para construção de sujeitos”. ^{37 p. 259} Sobre esse aspecto, é importante ressaltar o reconhecimento do Ministério da Saúde de que o parto é “um evento que se traduz de diferentes formas entre os povos indígenas no Brasil, mas que tem como marcas constantes seu caráter privado e familiar”. ^{1p. 27}

Trata-se de concepções que convidam a pensar em diferentes arranjos e possibilidades de experiências a serem acolhidas e construídas com as mulheres, as famílias e as comunidades indígenas; levando-se em conta as especificidades dos povos e suas diferentes necessidades. Seria a instituição de um movimento para humanizar e etnicizar a atenção ao parto das mulheres indígenas, no contexto da Rede Cegonha, um desafio para gestores e profissionais da saúde?

4.3 Políticas de saúde indígena e atenção ao parto

Em se tratando da atenção ao parto de mulheres indígenas brasileiras, faz-se mister destacar o contexto e os propósitos do SASI⁶ e da PNASPI,³ que instruíram o princípio da atenção diferenciada para contemplar a diversidade étnica, social, cultural, geográfica, histórica e política que envolve os povos indígenas brasileiros.

Nesses termos, a SESAI assumiu a saúde indígena com o propósito de:

Implementar um novo modelo de gestão e de atenção no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS (SasiSUS, 1999), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs).¹

Com grande relevância para as preocupações que movem este estudo, destaco duas das atribuições expressas no Portal da Saúde^j sobre a SESAI:

Desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas²; e

Articular com estados e municípios e organizações não-governamentais ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo.

Trata-se de ações voltadas para a efetivação da atenção diferenciada, reconhecida pela SESAI, em 2010, como um caminho a ser construído e perseguido. Isso indica a necessidade de os profissionais ampliarem o olhar e o conhecimento sobre: os sentidos que os sistemas de saúde indígenas guardam para os seus povos; os saberes e práticas de cuidado; a necessidade de aproximação entre as duas formas de produzir e trabalhar com a saúde. Importa salientar que os povos indígenas costumavam manter:

ⁱBRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>>. Acesso em: 10 mar 2015.

^jBRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sesai>>. Acesso em: 10 mar 2015.

[...] uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia [...] Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência para eles de conhecimentos e tecnologias da biomedicina [...] O princípio que permeia todas as diretrizes da PNASPI é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.^{3 p.17}

Essas abordagens inscritas na Lei Arouca⁶ e na PNASPI³ estreitam os sentidos e se alinham aos compromissos impressos no princípio da “clínica ampliada e compartilhada” da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.²⁵ Chamo atenção para o fato de se tratar de duas políticas de inspiração contemporânea, em um momento de governabilidade que se alia ao SUS para tratar a saúde como “bem de uso”, conforme assinalado no início deste capítulo.

Na publicação Clínica Ampliada e Compartilhada, o MS assume que:

O HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos pode-se efetivamente potencializar a garantia da atenção integral, resolutiva e humanizada.^{25 p.5}

Nessa perspectiva, o documento:

“coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais uma aposta e proposta que entendo plenamente compatível e potente à perspectiva da atenção diferenciada, que persegue e acolhe as singularidades de cuidado que cada pessoa e cada etnia necessita e prescreve acolhimento e articulação com suas medicinas tradicionais”.^{25 p. 14}

Considerando as políticas de saúde como fontes de inspiração e o cuidado que produz saúde como uma construção resultante da interação entre os modelos e a organização dos serviços, nos processos de cuidado realizados com e para as mulheres indígenas; este estudo identificará e analisará a perspectiva de saúde com que atuam gestores e profissionais em relação ao parto das mulheres indígenas.

4.4 Organização e institucionalização da saúde indígena

Para organizar a gestão e a atenção à saúde indígena, a PNASPI estabelece o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) como unidade sanitária responsável pela atenção primária nos territórios culturais indígenas, delimitados a partir do conceito de “territórios tradicionalmente ocupados”.¹⁴ A política ainda define que a rede de média e alta complexidade do SUS tem a responsabilidade de atender as populações indígenas de “modo diferenciado”, de modo a considerar suas necessidades de: manter as restrições alimentares, internar com seus familiares diretos, receber atendimento de “pajés” ou outro “cuidador tradicional” e contar com uma ambiência hospitalar acolhedora.^{3 p.15}

A responsabilidade sanitária da saúde indígena pertenceu à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), de 2002 a 2010, quando, no final do ano, o Governo Federal decreta a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Tal medida – tomada para atender uma demanda do movimento indígena e resoluções de seguidas conferências de saúde indígena – levou o Ministério da Saúde a, excepcionalmente, assumir a responsabilidade direta pela execução da Atenção Básica (AB) à saúde dos povos indígenas residentes nas áreas adscritas ao DSEI.

De acordo com a SESA-MS, os DSEI são unidades gestoras, descentralizadas, responsáveis pela estrutura organizacional e administrativa do SasiSUS e representam a saúde indígena na relação interfederativa com municípios, regiões de saúde e estados. Isso porque, com a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), os serviços de saúde e as redes municipais passaram a se articularem de forma interfederativa, estabelecendo uma Região de Saúde.

Por sua vez, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são compreendidas como espaços geográficos contínuos que reúnem grupos de municípios próximos – com algumas semelhanças culturais, econômicas e sociais – e que dispõem de uma rede de serviços que pode se organizar de forma complementar, com perspectiva de melhoria tanto do acesso à atenção ofertada na região, quanto da qualidade da mesma.

Desse modo, embora o Decreto Nº 7.508 não tenha explicitado a inclusão e participação do DSEI na organização das RAS, entendo que o DSEI é o legítimo representante da saúde indígena nos processos locorregionais de implantação das redes de atenção. Este estudo leva em conta, em sua retaguarda, o contexto de implantação da Rede Cegonha em regiões de saúde onde se encontram os territórios indígenas; uma vez que essa estratégia está compromissada com a mudança do modelo de atenção ao parto, para que o mesmo aconteça sob a ótica dos direitos humanos e da autonomia das mulheres, da equidade e da observação da diversidade étnico-cultural brasileira que o envolve.

Aos DSEI cabem, portanto: a responsabilidade sobre a organização e a oferta de serviços de atenção básica em TI e a provisão de infraestrutura e de recursos humanos para a operacionalização das ações básicas com a oferta da atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas. O Polo Base (PB) é a unidade gestora e coordenadora da execução da Atenção Básica (ou atenção primária) em Saúde Indígena (APSI) dentro de uma TI. Um PB pode vincular-se à Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI) e a Postos de Saúde, onde se encontram uma ou mais equipes multidisciplinares.

O PB é a unidade da saúde indígena que congrega uma ou mais UBISs, portanto, o PB é uma base gestora local, que coordena as ações de atenção à saúde executadas por uma ou mais Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) a ele atreladas. Uma

EMSI completa conta com: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar de serviço bucal, agente indígena de saúde (AIS) e agente indígena de saneamento ambiental (AISAM). Algumas comunidades são assistidas por equipes formadas apenas por profissionais da enfermagem, outras ainda, onde a EMSI passa umas quatro vezes no ano durante a entrada em área, são assistidas por apenas um AIS – caso das aldeias Açai e Buriti, localizadas no DSEI Alto Rio Negro - AM e estudadas por Pontes, Rego e Garnelo.³⁸

Outra unidade de saúde que compõe a saúde indígena é a Casa de Apoio da Saúde Indígena (CASAI), localizada em sedes de municípios, de referência complementar aos exames e a outras ofertas da rede de Atenção Básica (AB) e de referência para média e alta complexidade do SUS. A CASAI está organizada para hospedar a população indígena referenciada à rede do SUS e a que espontaneamente busca atendimento no município. Também é na CASAI que a usuária ou o usuário permanece entre a alta hospitalar e o período de recuperação plena para o retorno às aldeias, uma experiência comum em municípios da Amazônia.

Por isso, muitos povos se hospedam na CASAI – quase sempre a usuária ou o usuário acompanhado de sua família – enquanto aguarda ou o atendimento, ou a regulação assegurar a vaga para os exames, ou a plena recuperação. Por ser um local de apoio às grávidas encaminhadas para parir no hospital (com gestação de sete ou mais meses); muitas mulheres têm de permanecer na CASAI cerca de dois meses até o parto e, por vezes, mais um mês depois do parto, até que ela e o bebê tenham condições de fazer a viagem de retorno à aldeia.

5 QUADRO TEÓRICO

5.1 Modelos biomédico e indígenas de atenção ao parto: a (difícil) convivência de modelos de atenção à saúde: encontros, desencontros, abraços e esbarrões.

Esta pesquisa fundamenta-se nos estudos de Teixeira e Sola³⁹ e de Menéndez,⁴⁰ cujas perspectivas encontram-se para reforçar a presença e a importância do olhar voltado para a diversidade dos modelos de atenção à saúde presentes na saúde pública. Os conceitos tratados por eles envolvem, respectivamente: os modelos de atenção, o movimento da reforma sanitária e a antropologia médica.

Ambos afirmam a existência de diferentes visões e relações entre as sociedades e os processos de saúde–doença–tratamento adotados por coletivos humanos, situados em determinado tempo e espaço – ambiente sanitário, étnico-cultural e sócio-político-epidemiológico específicos. Assim sendo, os modelos de atenção à saúde são pautados e estruturam-se sobre bases múltiplas e variadas, estabelecidas a partir das diferentes cosmologias e paradigmas que forjam interpretações sobre a organização da vida, da saúde, do adoecimento e do tratamento. Portanto, são pautados sobre elementos que forjam as necessidades de saúde de cada sujeito como expressão de um dado grupo social e em determinado tempo e lugar.³⁹⁻⁴⁰

Essas assertivas reúnem conceitos do movimento da reforma sanitária, cujos propósitos técnicos e políticos alicerçaram a construção do SUS e contribuíram para a concepção do SASI. Haja vista que o SasiSUS nasceu quando Sérgio Arouca uniu a força do momento político – que impulsionava a criação de um sistema universalizado, equânime, regionalizado e participativo de saúde pública – às demandas dos movimentos indígenas e dos indigenistas, que reivindicavam um olhar diferenciado e um sistema específico de atenção à saúde dos povos.⁴¹⁻⁴²

Assim, o SASI institui o princípio da atenção diferenciada a fim de: promover o compartilhamento do cuidado entre as medicinas e práticas indígenas e os serviços de saúde que chegam às comunidades indígenas; formar trabalhadores e trabalhadoras para prover essa atenção diferenciada (pautada nas necessidades de cada indivíduo e de cada grupo social) respeitando suas especificidades étnicas e culturais; reconhecer e proteger as medicinas e práticas de cuidado indígenas, entre outras nuances. Para tanto, delega a organização dos serviços e da gestão da saúde indígena ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – unidade criada para viabilizar esse contexto e modelo interétnico de atenção à saúde.⁶

Apesar da legislação e dos compromissos nacionais e internacionais^k assumidos pelo governo federal com a saúde dos povos indígenas; os contatos mantidos entre culturas indígenas e a sociedade envolvente, entre o sistema oficial de saúde e os sistemas médicos indígenas, como demonstra Garnelo,⁴¹ não têm sido simples e nem têm se pautado por simetrias e reciprocidades.

Ao olhar para os modelos de atenção ao parto de mulheres indígenas, pode-se afirmar que o parto foi, recentemente, transformado de um evento familiar e carregado da identidade étnica dos povos em um evento médico-hospitalar, predominantemente carregado de intervenções. Nesse sentido, faz-se necessário alertar sobre a necessidade da saúde pública lidar com esses tantos sentidos e práticas postos em uma diversidade de modelos de atenção ao parto, um evento que se assenta sobre verdades distintas, por vezes até divergentes, dos sentidos biologicistas que o modelo biomédico encerra.^{9;11;20;23-24;42}

A importância da diversidade de modelos de atenção ao parto de mulheres indígenas, sob práticas de cuidado dos sistemas médicos específicos de cada povo ou

^kPara maiores esclarecimentos, ler a Convenção 169/OIT - Organização Internacional do Trabalho/ONU, expressão maior do compromisso internacional do Brasil com as condições de vida e saúde dos povos indígenas.

etnia, está em manter distintas formas de parir e nascer, que conferem riqueza multiétnica a este fenômeno, em nossa sociedade. A manutenção do sistema de parto representa para cada mulher indígena uma forma de exercer cidadania, à medida que fortalece a identidade étnica ao permitir a vivência de especificidades do parto compartilhadas por cada grupo. Trata-se, portanto, de condições essenciais à manutenção da diversidade brasileira expressa na Constituição Federal de 88.²⁸

No entanto, a saúde indígena transcorre sob o aparato tanto de um Estado como de uma sociedade que elegeu verdades constituídas com base em epistemologias da biomedicina e dos métodos e práticas das ciências modernas, principalmente da Biologia, para tratar a saúde a partir de seus modelos de causalidade mecânicos. Para Menéndez,⁴⁰ isso institui “... formas dominantes de organizar-se e intervir não só técnica se não econômica, social e profissionalmente” (tradução minha).¹ ^{40 p. 191} De acordo com o autor, o enfoque biologicista presente na formação técnica dos profissionais os predispõe a intervir e, ao mesmo tempo, forja uma sociedade cujo modelo econômico e político ampara interesses da tecnologia e da indústria químico-farmacêutica que, em última instância, organizam a saúde.⁴⁰

Nesse contexto, o modelo biomédico expandiu e institucionalizou a medicalização do corpo e do comportamento femininos, elaborando concepções e certezas que envolvem diagnósticos médicos e laboratoriais, bem como práticas de saúde ditas como preventivas e curativas (relacionadas à vida e ao corpo das mulheres e de seus coletivos).^{31-32;43} Dessa forma, a medicalização institui a cultura de um modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento. No que diz respeito à experiência brasileira, o controle da saúde da mulher e da criança ofertado pelo modelo médico-

¹ Menéndez E. Modelos de Atención de los Padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Col*, 2003;8(1):185-207.

centrado – hegemonicamente tecnocrático e intervencionista – é, por vezes, perverso com ambas.² p. S17 a S32

O presente estudo adota o conceito de medicalização de Menéndez⁴⁰ para interpretar e analisar os sentidos e a relação de trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena com os modelos de atenção ao parto, presentes entre as mulheres indígenas. Para o autor, medicalizar:

[...] é dizer um processo que implica converter em enfermidade toda uma série de episódios vitais que são parte dos comportamentos da vida cotidiana dos sujeitos, e que passam a ser explicados e tratados como enfermidades quando previamente só eram acontecimentos cidadãos. (tradução minha).^{m 40}
p.193

Menéndez descreve como o Modelo Médico Hegemônico (MMH) está estruturado sobre as ciências biológicas, ou seja, fundamentado sob a ótica de diagnóstico e tratamento, sem diálogo com qualquer outro paradigma que não seja o do sistema biomédico. O biologicismo, portanto, é apresentado como núcleo formador do *habitus* profissional, embora o autor reconheça habilidades pessoais e situações especiais onde se estabelecem relações de escuta e interesse no outro, enfim, situações dialógicas entre sujeitos.⁴⁰

Nesse sentido, o MMH – medicalizador e intervencionista – que tem prevalecido na atenção ao parto é o que está posto às mulheres indígenas encaminhadas para parir na rede do SUS. Isso significa que, ao destituir o parto do status de evento que integra a sexualidade e a fisiologia femininas – concebidas com variadas roupagens, conforme a diversidade cultural em que se inserem – o MMH impõe seus métodos, sem diálogo com outros modelos de atenção. Assim, uma indígena ao parir segundo o modelo médico-hospitalar, como a grande maioria das mulheres brasileiras, deve fazê-lo sob o

^m Menéndez, E. Modelos de Atención de los Padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Col*, 2003;8(1):185-207.

signo do modelo médico-centrado. Aqui vale ressaltar o achado do artigo de Leal, Pereira, Domingues, Filha, Dias e Nakamura-Pereira, dentre outros autores e autoras,² que nos apresenta uma realidade em que menos de 5% das 23.940 puérperas entrevistadas pelo inquérito Nascir no Brasil³⁴ tiveram seus partos sem nenhuma intervenção médica.

Os sujeitos indígenas mantêm diferentes sistemas de saúde, coexistentes e, desse modo, mantêm variadas práticas e prescrições culturais que estruturam seus modelos de atenção ao parto, sob paradigmas distantes do biologicista e medicalizador de nossa sociedade. Nas culturas indígenas brasileiras, em que pese a suas diferenças, o parto é uma experiência fisiológica que passa distante de uma situação de adoecimento; visto que imerso em cosmologias que evocam ritualidades que integram o processo de tornar-se pessoa e membro de um grupo social.^{8;10-11;44}

Langdon¹⁷ afirma que os sentidos de saúde e doença entre indígenas passam distantes dos quadros explicativos e normativos das ciências biológicas, que fornecem os elementos para essa construção. São outros conceitos, dogmas e crenças, que não têm correspondência com as ideias de material–imaterial, corpo–mente, natureza–cultura e de causalidade mecânica, presentes na epistemologia das ciências modernas.

Por esse motivo, é premente reconhecer que o parto das mulheres indígenas, a partir de um tempo recente, tem recaído sobre a dicotomia: ou parir conforme o modelo tradicional de seu povo, na aldeia, ou conforme o modelo medicalizador e intervencionista que predomina nos serviços que atendem o parto no Brasil. Ao sair da aldeia e chegar ao hospital, vale dizer, ao passar das mãos das famílias e das parteiras para as mãos biomédicas, o parto está sob o modelo preponderante de atenção onde 95% das entrevistadas pela Nascir no Brasil³⁴ sofreram um ou mais tipos de intervenções da rotina hospitalar.

Isso implica dizer que devido a uma formação acadêmica reconhecidamente imprópria para uma atuação dialógica entre diferentes paradigmas médicos – porquanto não forma profissionais para um cuidado que se sobreponha à “clínica de órgãos” – o *habitus* que pauta o profissional é o que institui a cultura do parto como um evento de risco.

Diante disso, o MMH desenvolve e institucionaliza um discurso que fomenta o poder médico e a necessidade de prover o controle sobre o corpo feminino. Nesse cenário, o profissional da medicina apresenta-se como única autoridade capaz de definir e prevenir riscos e de conduzir um modelo de atenção qualificado para identificar os corpos femininos aptos a parir e os que necessitam de ajustes para parir.^{2;31-33;45}

Mediante o exame das decisões e atitudes de uma EMSI, concernentes a um parto Mbyá-Guarani, Lewkowicz analisa como o biopoder permeia a relação que envolve os profissionais, a família indígena e o modelo de atenção ao parto e nascimento. O autor explica como essa relação desigual desautoriza modelos indígenas diferenciados para “transformar o outro no mesmo”.²³

Para Ferreira, ao universalizar as intervenções no campo da saúde da mulher, o SUS busca promover equidade para diminuir desigualdades sociais, o que não dialoga com as questões que envolvem a diversidade de modelos de atenção, presentes na realidade brasileira. A autora alerta que:

[...] se transformarmos a diferença em desigualdade, domesticamos a primeira passando a considerar a diversidade cultural como um obstáculo tanto para a implantação dos serviços, quanto para o alcance dos resultados em saúde ^{11 p.1157}

É preciso, sim, promover mudanças na atenção humanizada, com intervenções do rol das Boas Práticas da MBE na atenção ao parto hospitalar. Contudo, a RC precisa ampliar seu compromisso com a destituição da hegemonia do modelo biomédico, que

subjuga os modelos indígenas de atenção ao parto. Uma estratégia como essa precisa produzir mudanças inclusivas que se traduzam em proteção e retaguarda à diversidade de modelos indígenas de atenção ao parto, no Brasil e que assegurem a manutenção dessa diversidade.

Essa deve ser uma responsabilidade técnica e política do Ministério da Saúde e de trabalhadores da saúde comprometidos, de alguma forma, com o SasiSUS. O espírito (mais que um objetivo ou meta) deve ser o de proteger a diversidade de modelos de parto presentes entre mulheres indígenas e de tratar essa realidade como experiência importante para a identidade étnico-cultural dos povos indígenas, isto é, como experiência que integra sua reprodução biossocial.

5.2 Autoatenção e o parto das mulheres indígenas

Menéndez⁴⁰ descreve a autoatenção como um conjunto articulado de cuidados acionados por cada sujeito, com a intenção de prevenir, tratar, controlar, aliviar e curar um padecimento determinado. Também interpreta que, ao longo do tempo e dos contatos interétnicos, os sujeitos e seus grupos sociais conhecem e reúnem diferentes formas de cuidado, em contatos que promovem trocas de saberes e fazeres entre diferentes sistemas médicos indígenas, como também entre os sistemas médicos indígenas e o sistema biomédico. As pessoas e os grupos indígenas que interagem no contato interétnico tendem a conhecer essas novas formas de cuidado e: ressignificá-las conforme as cosmologias que sustentam as especificidades dos sistemas médicos de seu povo, transformá-las e agregá-las ao rol de cuidados praticados.

Isso significa dizer que em sua singularidade e dinamicidade, a autoatenção adotada pelos sujeitos indígenas, expressa o que foi mantido do cuidado que se assenta

em paradigmas indígenas e não biomédicos, o resultado do que foi reunido dos dois mundos e do que foi transformado. Como é o caso do parto das mulheres indígenas Pankararu.^{38;40;46-47}

Menéndez⁴⁰ afirma que é a partir da autoatenção que o sistema de saúde oficial pode conhecer as diferentes necessidades de saúde, tão reais quanto diversas são as realidades encontradas entre os povos e até entre as aldeias. A atenção diferenciada da PNASPI impõe-se a premência de se conhecer os cuidados e práticas da autoatenção adotadas pelas mulheres indígenas e presentes no cotidiano das famílias e comunidades. A autoatenção, na perspectiva do autor, “[...] constitui não só a forma de atenção mais constante, senão o principal núcleo de articulação prática das diferentes formas de atenção [...] grande parte das atividades de convalescência estão a cargo do sujeito e seu grupo, através de ações de autoatenção”.^{40, p.191}

Nesse sentido, para ofertar uma atenção diferenciada, que incorpore saberes das medicinas indígenas e práticas de seus modelos de atenção ao parto, é fundamental conhecer a autoatenção praticada e aprender sobre os sentidos e os modos de cuidar, parir e nascer do cotidiano desses povos. Aprender com a autoatenção em relação ao parto é conhecer singularidades étnico-culturais e sentidos sociais, políticos e espirituais que envolvem: a mulher que vai parir, as famílias, os especialistas ou as especialistas das medicinas indígenas, enfim, todos os elementos que integram esse momento do tornar-se pessoa de um povo determinado, no processo de reprodução biossocial de um dado grupo étnico.

A antropologia da saúde propõe que os serviços de saúde indígena lancem mão da autoatenção para estabelecer um processo de trabalho que possa aproximar os serviços de saúde indígena da realidade presente nas aldeias, ou seja, das formas de cuidar adotadas pelos povos indígenas. Isso inclui conhecer os modelos indígenas de

atenção ao parto e preservá-los, a partir do exercício do respeito e do reconhecimento do direito à autodeterminação dos povos indígenas, como prática de um serviço de saúde interétnico, como exercício de uma atenção diferenciada. A isso se acrescenta a possibilidade da EMSI conhecer a autoatenção no parto – entender a importância do parto tradicional para a mulher indígena, para a família e para um povo determinado – como também de definir em quais situações e como a EMSI pode oferecer apoio e retaguarda, quando demandada a intervir durante uma intercorrência intraparto. É importante determinar, por exemplo, como uma UBSI deve estar equipada para viabilizar o apoio da EMSI.

Sobre esse aspecto, ao estudar a autoatenção adotada pelo povo Timbira do Maranhão, Ávila⁴⁸ descreve uma “zona de intermedicalidade”, que reúne cuidados e práticas indígenas de saúde, trazidos da etnia ou aprendidos e apreendidos de outros sistemas indígenas e do sistema biomédico.⁴⁸ Os cuidados do sistema biomédico são reinterpretados e resignificados à luz das experiências e das cosmologias Timbira, produzindo e recriando novas representações, sentidos e atitudes em relação aos processos de adoecer, cuidar, curar (e, eu acrescento, de parir). Entretanto, a experiência da intermedicalidade é complexa, alerta o autor:

Analisar criticamente a agencialidade e a criatividade indígenas em articular sistemas médicos e - mais ainda - perceber em que medida os choques derivam da assimetria de poder e subjugação da cultura indígena ante os saberes biomédicos, revelando os processos coloniais e os modos como essa hierarquia de poder é construída e internalizada nas ações de atenção à saúde indígena.^{48 p. 246}

Para pensar sobre os impactos causados pelo encontro entre os modelos oficiais de saúde e os modelos indígenas de atenção ao parto, a FUNASA executou o Projeto

Vigisus IIⁿ na região do Alto Rio Juruá, estado do Acre, na região Norte do Brasil, com etnias do Nordeste, dos estados de Alagoas, Pernambuco e Sergipe. A experiência resultou em uma publicação parcial sobre a intervenção. Nela, os artigos de Gil²⁰ e de Wakanã e Gil²² permitem entender que a parteira tradicional indígena foi uma criação das políticas públicas, salvo em experiências de povos que já destacavam “uma pessoa que pegava menino” entre seus especialistas, embora não as denominassem parteiras.

Autoras como Ferreira,^{11;21;49} Leukowicz²³ e Scopel,²⁴ entre outras, discutem como as políticas públicas de saúde absorveram o parto das mulheres indígenas sem respeito à diversidade, ao “essencializar” uma prática que singulariza a identidade étnica dos povos indígenas. Foi aí que os serviços de saúde – direcionando a uma ou mais pessoas, de forma inflexível, o papel de assistir o parto nas aldeias – instituíram um papel nas aldeias: o de parteira tradicional indígena. Isso tem transformado as relações das mulheres e dos povos indígenas com o parto.

Gil²⁰ descreve vários arranjos e modelos de atenção ao parto apresentados nas oficinas do Projeto. Algumas etnias envolviam na experiência do parto apenas o núcleo familiar (modelo que permanece vivo em muitas aldeias), em geral mulheres mais velhas que tenham vivido a experiência do parto, mas também o marido, o pai ou outra pessoa próxima da família. Nesses casos, se o parto complica, é comum que as famílias recorram primeiro aos especialistas de cura de seu grupo social, como rezadeiras, benzedeiras e pajés. A autora também discorre sobre etnias que destacam o papel da parteira como uma especialista de cura, como é o caso do povo Pankararu e, ainda, sobre etnias nas quais as mulheres costumam parir sozinhas, na mata, com o apoio

ⁿOs resultados parciais da intervenção foram publicados no livro *Medicina Tradicional Indígena em Contextos, Anais da I Reunião de Monitoramento da Área de Medicina Tradicional Indígena*, organizado por Ferreira e Osório, 2007.

assegurado de uma rede social de sua aldeia, como é o caso das mulheres Ashaninka e Kulina, do estado do Acre.

Os artigos de Gil,²⁰ Wakanã e Gil,²² Ferreira²¹ e Langdon,⁵⁰ que integram essa publicação da FUNASA, 2007^o, bem como as atuais discussões de Ávila,⁴⁸ Lewkowicz²³ e Scopel²⁴ advertem para as transformações que a zona de contato entre as práticas de autoatenção indígenas e a prática biomédica provoca na relação dos povos indígenas com a experiência do parto. Trata-se de artigos que convidam a pensar sobre a medicalização na vida e na saúde das mulheres indígenas (em especial no parto) e suas conseqüências, como a destituição dos saberes e modos de parir e nascer nas aldeias, sob os signos dos modelos tradicionais indígenas. Tais publicações discutem como esse processo tem fomentado a prática de um modelo de atenção segundo a biomédica que associa parto a risco.

A medicalização do parto tem provocado atitudes etnocêntricas na relação entre profissionais e modelos indígenas de parir. Tais atitudes têm incidido, especialmente, sobre a hospitalização de mulheres indígenas cujas etnias e comunidades locais mantinham (e mantêm) modelos próprios de autoatenção para a gravidez e o parto. Isso significa que é necessário analisar como os serviços e os trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena se relacionam com a autoatenção ao parto, com a consciência de que entre os modelos indígenas e biomédico as “[...] articulações se desenvolvem através de diferentes dinâmicas transacionais dentro de relações de hegemonia/subalternidade.”⁴⁰

p.189.

^o Os resultados parciais da intervenção foram publicados no livro Medicina Tradicional Indígena em Contextos, Anais da I Reunião de Monitoramento da Área de Medicina Tradicional Indígena, organizado por Ferreira e Osório, 2007.

5.3 O risco do parto: um mito da “verdade biomédica”

A medicalização e hospitalização do parto transformaram o modelo relacional, familiar e “caseiro” de parir em um modelo tecnocrático e medicalizado, onde a tecnologia assumiu superioridade sobre os aspectos relacionais, onde a mulher perdeu o poder na condução de seu parto e o profissional assumiu o controle sobre um corpo biológico. Consoante esse modelo, as mulheres sofrem intervenções desnecessárias para acelerar o parto, sem que lhes sejam explicados os procedimentos médicos. Trata-se de um modelo “maximizado pela lógica mercantil e pela (de)formação médica, que assume expressão mais visível na crescente epidemia de cesáreas no Brasil.” ^{51 p. 88}

Ressalto que os propósitos da medicalização são “...iniciar, intensificar, regular e monitorar o parto”, o que – devido a intervenções alardeadas como preventivas do risco e promotoras de saúde à mãe e ao bebê – destitui o corpo feminino de sua capacidade fisiológica de se autorregular. ^{33p.80} Nesse sentido, a intervenção no parto foi introduzida na prática médica como necessária à redução de possíveis riscos, em virtude das “certezas veiculadas pelos dispositivos racionais da ciência moderna.” ^{33p. 90}

Esse pensamento tem-se disseminado e orientado mulheres, famílias e grupos humanos, alimentados por valores da cosmologia biomédica, valores que obscurecem a experiência do parto indígena por associar o parto a um evento de exposição a riscos que só o conhecimento científico e a intervenção médica podem prevenir ou conter. Essas representações da moral biomédica desembocam em práticas que sustentam o MMH, pautado em tecnologias médicas invasivas que desrespeitam um evento fisiológico que se manifesta de forma singular em cada corpo, cada momento de vida, cada contexto familiar e cada cultura, no tempo social e político em que se passa.

Diniz e Chacham³³ ao discutirem a construção da relação entre o parto e o risco pelo paradigma biomédico, apontam como o valor moral do risco foi disseminado no exercício da prática profissional. A biomedicina esquadrinhou os corpos femininos na produção do conhecimento e controle científico sobre a reprodução humana e sobre os riscos e definiu as manobras para contorná-los e superá-los. Sob o olhar biologicista, alertam as autoras, a medicina insiste em “delinear regularidades e padrões utilizados na prevenção e no controle de situações potencialmente perigosas”, conforme sua lógica.³³
p.89

Ao escrever sobre o parto tradicional assistido por parteiras em Melgaço, no estado do Pará, Fleischer⁵² chama a atenção para o fato de que a atenção ao parto estrutura-se sob paradigmas distantes do biomédico, naquele contexto. De acordo com a autora, as parteiras daquela região definem quais são os riscos que implicam a vida e a saúde de cada mulher que assistem, segundo o patamar simbólico com que lidam com o parto. Ou seja, o modelo que explica e orienta as práticas de atenção ao parto são inerentes à concepção e construção de entendimentos sobre os riscos. Assim, para além de riscos obstétricos, para as parteiras de Melgaço o risco de cada parto se define logo no início da gravidez, pela presença ou ausência de uma rede social de apoio que a grávida possa acessar diante da necessidade de um encaminhamento, ou seja, caso a parteira identifique a necessidade de transferência da parturiente à rede de referência do SUS. Uma leitura permeada pelo campo de forças e de poder que aproxima ou distancia decisões e acessos, em caso de intercorrências que exijam recursos materiais de viabilidade imediata. Assim, uma grávida em situação de pobreza e isolamento social representa uma situação de risco às parteiras de Melgaço - PA.

Também Castiel, Guilam e Ferreira⁴³ falam que o risco precisa “ser entendido, estruturado, como algo construído socialmente - levar em conta fatores subjetivos, éticos, morais, culturais - que interfere na opção dos indivíduos.”^{43 p.18} Significa que ao estar inscrito em lógicas, saberes e práticas de cuidado, bem com em representações de diferentes sistemas de saúde e modelos de atenção ao parto, os riscos “de” ou “para” um parto estão também relacionados aos sentidos e à moral a ele atribuídos.

Assim, há de se considerar a possibilidade de que para algumas etnias a violação de regras alimentares durante a internação (no hospital ou na CASAI) e o não cumprimento de cuidados – como rituais de pintura e massagens corporais que integram o processo de “formação da pessoa” que acaba de chegar ao mundo – sejam encarados como determinantes para a ocorrência de desequilíbrios e adoecimentos.¹¹

Castiel, Guilam e Ferreira⁴³ explicam, ainda, que a relação direta entre causa-efeito, que o conceito de risco impõe à prevenção em saúde, influencia dois aspectos importantes para a forma de atenção: “a definição de algo como ‘perigoso’ e a tomada de medidas de ‘proteção/prevenção’ para evitar tal perigo.”^{43 p. 27} Nessa questão, a relação entre o entendimento do que é risco e quais possibilidades estão disponíveis para seu controle parecem atuar como fatores determinantes do MMH, que se encontra instalado na prática de profissionais da saúde, no Brasil.

Essas são questões que perpassam a disputa política pelo delineamento do SasiSUS e exigem que a gestão do subsistema oriente a gestão e a assistência da saúde nas aldeias, a fim de prover a atenção diferenciada ao parto na saúde indígena. É necessário sensibilizar e formar profissionais para atuar de forma a efetivar essa atenção diferenciada no momento de se relacionar com o parto das mulheres indígenas. É imprescindível o desenvolvimento de programas e estratégias voltadas à institucionalização efetiva e cotidiana da atenção diferenciada. Essa ação deve ser

realizada de forma que resulte em processos de trabalho que reconheçam a diversidade de sistemas médicos, acolham a autoatenção e ofereçam retaguard às mulheres e famílias que prezarem pelo parto na aldeia, sob os signos de suas cosmologias indígenas. Para Ferreira, este não é um problema técnico, mas essencialmente político: eternamente em disputa e em construção.¹¹

Quanto a isso, outros pesquisadores e pesquisadoras concluem que para “[...] melhorar o modelo de assistência obstétrica, tanto no setor privado quanto no público, [é preciso] promover práticas baseadas em evidências e aprimorar a qualidade de vida e de saúde da população.”^{2.S29} Contudo, em se tratando de povos indígenas e outras minorias étnicas, para melhorar o modelo de atenção ao parto, é preciso conhecer e reconhecer outras formas de parir e nascer, normalizadas por paradigmas não biológicos, assentados na diversidade de cosmologias que definem diferentes sentidos e determinam diferentes práticas dos sistemas médicos indígenas.^{9;37;40}

5.4 Atenção diferenciada, clínica ampliada e compartilhada: a distância entre intenções e gestos

A partir de análises e críticas arroladas em diferentes artigos relacionados ao subsistema de saúde indígena, com o foco em análises sobre a PNASPI, Ferreira⁴² escreve sobre o vazio de sentido que tem acompanhado o destacado princípio da atenção diferenciada. Um vazio identificado pela falta de detalhamento em relação à expectativa e ao comprometimento do Estado quanto à prática de um cuidado singularizado na saúde indígena, instituído como direito na PNASPI. Afinal, o que se propõe promover de diferente com a publicação de uma política específica dentro do SUS? A autora sugere que esse vazio seja funcional, pois contribui para propósitos, não

expressos, de manter as políticas integracionistas por meio das quais o Estado tem mantido a soberania na condução da saúde dos povos indígenas.⁴²

Utilizando conceitos de Candau, Ferreira discute, ainda, o conceito de multiculturalidade para provocar os sentidos da categoria “interculturalidade” ou da expressão “atenção à saúde indígena em contexto intercultural” na mesma lógica da funcionalidade das intenções políticas integracionistas. Por essa razão, a PNASPI não se efetiva “como um projeto de transformação social voltado para a construção de relações simétricas e dialógicas, pautadas no reconhecimento mútuo e no respeito à diferença.”⁴²
p. 225

Para Ferreira,⁴² o discurso sobre atenção diferenciada e interculturalidade impressos na PNASPI fortalece, em última instância, o controle do modelo biomédico, referendado pelo Estado, sobre os sistemas de saúde dos povos indígenas – e sobre quaisquer outros sistemas de saúde não biomédicos. No entanto, um aspecto instigante, ressaltado pela autora, diz respeito às interpretações e apropriações que os diferentes povos, lideranças e movimentos indígenas fazem do conteúdo e dos significados da atenção diferenciada.

Segundo a autora, os povos indígenas criam e recriam esse conceito em suas lutas por uma saúde de qualidade, respeitosa e inclusiva em relação ao direito de acessarem seus cuidados e práticas tradicionais de atenção à saúde. Nesse caminho, os movimentos indígenas atualizam e singularizam os sentidos da atenção diferenciada que lhes é assegurada pela PNASPI³. Para Ferreira,⁴² esse tem sido um combustível para as reivindicações dos diversos povos e movimentos que buscam a inclusão dos modos de saber e fazer tradicionais – o que caracteriza a saúde como um campo político de tensão e não de diálogo.

Por sua vez, em artigo de 2015, Pontes, Garnelo e Rego³⁸ analisam o modelo de atenção diferenciada proposto na PNASPI à luz da organização e estruturação dos serviços de um DSEI situado no Alto Rio Negro, no município de São Gabriel da Cachoeira - AM e da atuação dos AIS de dois de seus Polos Base. As autoras e o autor analisam o modelo de autoatenção e de itinerário terapêutico da abordagem antropológica proposta por Menéndez.⁴⁰ Embora essa análise abra espaço para a problematização das intenções da atenção diferenciada, ela foi feita para evitar a tendência de se estabelecer um contexto de adequação dos modelos indígenas à supremacia biomédica. Em analogia às leituras de Ferreira,^{11;21;42;49} Pontes, Garnelo e Rego³⁸ levantam questões muito pertinentes e coincidentes com temas suscitados nas narrativas que conduzem o estudo.

Ao reunir os propósitos da atenção diferenciada às leituras possíveis do modelo de Menéndez,⁴⁰ as autoras e o autor apresentam os povos das duas aldeias estudadas e seus processos de autoatenção, bem como o Itinerário Terapêutico (IT), que consiste no “caminho do cuidado” que percorrem ao buscar tratar, prevenir e curar um padecimento. Nesse sentido, são as pessoas e suas comunidades os únicos responsáveis por reunir e praticar formas de cuidado tanto do modelo indígena rionegrino como do modelo biomédico, uma autoatenção alicerçada na intermedicalidade praticada pelas pessoas e comunidades.

Ainda, nos dois PB estudados, as autoras e o autor³⁸ identificam que a atuação dos AIS referem e prescrevem práticas do sistema oficial de saúde, sem alusão às práticas tradicionais de cuidado presentes nas aldeias. Avaliam ainda que os AIS recebem formação a partir dos conteúdos e práticas da atenção biomédica e cobrados quanto a esses conteúdos, o que se reflete nas planilhas que têm de preencher com os atendimentos, como “Produção do AIS”. Nelas se encontram, como produção de saúde

pelo do AIS, as metas que o DSEI deve cumprir e que, portanto, a gestão do PB regula e monitora. A análise referida recomenda que a atenção diferenciada seja um caminho trilhado a partir da autoatenção, de forma a permitir que se criem cuidados abrangentes, acolhedores e abertos a outras racionalidades e necessidades de saúde dos povos indígenas, com os modos próprios de lidar e cuidar de cada povo, como destaca a PNASPI.³

Dessa forma, em se tratando do parto das mulheres indígenas, devemos interrogar como os gestores e gestoras, os trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena têm convivido e lidado com os diferentes modelos de atenção ao parto presentes na vida das mulheres que residem em terras indígenas. Isso porque:

O parto vaginal vem sendo tratado como um alto risco à saúde e vida sexual da mulher. Diante do fato de que não existem experiências humanas livres de risco, é preciso avaliar o grau de risco advindo do processo natural de dar à luz e o grau de risco advindo de intervenções desnecessárias e danosas.^{32 p.86}

Athias, Oliveira, Prado e Silva⁵³ corroboram com essa afirmação e aprofundam essa avaliação colhida no campo da saúde indígena, quando afirmam que:

Acreditamos que dificilmente profissionais não capacitados para atuar neste contexto específico [como o parto tradicional indígena] considerarão as práticas tradicionais de cura indígena como algo importante, e por vezes determinante, no processo de cuidado da saúde.^{52 p.211}

Para pensar essas questões, Pontes, Garnelo e Rego³⁸ propõem que a atenção diferenciada seja o caminho para a aproximação dialógica e horizontalizada entre o modelo de atenção ofertado e a autoatenção praticada, como proposto por Menéndez.⁴⁰ Para tal, ao analisar o conteúdo da PNASPI, reforçam que o exercício da atenção diferenciada exige que:

- A atenção se organize para responder especificidades epidemiológicas e étnico-culturais que estruturam e diferenciem necessidades e formas de produzir

saúde. Nesse sentido, a atenção diferenciada prevê o desenvolvimento e a adequação de processos de trabalho, a organização de serviços e tecnologias de saúde, como também de programas e normatividades diferentes e diversificadas conforme as etnias;

- Os gestores e gestoras e os trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena sejam sensibilizados e formados para desenvolver a atenção diferenciada, dialógica, horizontalizada e inclusiva por absorver elementos dos sistemas médicos e modelos de atenção à saúde praticados na autoatenção;
- A participação dos povos indígenas no planejamento e acompanhamento da execução da atenção diferenciada (bem como no controle social da PNASPI) seja voltada ao protagonismo dos povos indígenas no desempenho de uma atenção diferenciada, localmente adequada a cada realidade.

O artigo analisa um processo de trabalho de saúde indígena, encontrado no Rio Negro, onde “não é difícil constatar a hegemonia de uma única forma de atenção, nesse caso a biomédica.”^{38 p. 3205}

Entendo que os sentidos (ou a ausência de sentidos) que gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena atribuem aos conceitos da atenção diferenciada e ao significado de atuar em um contexto interétnico, como posto na saúde indígena, podem contribuir para a construção de uma ponte entre intenções e gestos: essencial à realização das políticas e à garantia de direitos assegurados, como o direito de parir e nascer conforme cosmologias e modelos indígenas de atenção ao parto.

5.5 Clínica ou Cuidado? Caminhos verticalizados e horizontalizados de produção de sujeitos

A medicalização do parto é um fenômeno que se desenvolveu em um longo percurso. Os segredos e as artes das parteiras – e elas próprias – deslocaram-se do cenário em prol da razão médica. As manobras tradicionais foram substituídas pelas tecnologias médicas, do fórceps ao bisturi, do éter à anestesia. Um evento envolto em mistério do corpo e do espírito tornou-se um evento mecanicamente descrito e esquadrihado pelas classificações médicas de normal ou patológico. Passou-se de uma “produção artesanal” a uma “produção industrializada”, deslocada dos domicílios e espaços familiares e comunitários para os hospitais.⁵⁴⁻⁵⁶

As transformações nas práticas de parto se dão em um contexto de transformações maiores na esfera da política, da economia, da cultura e da vida coletiva e individual. O Estado nacional moderno, o sistema capitalista, o industrialismo, o individualismo e as novas formas de organizar as esferas públicas e privadas compõem o cenário de onde emerge o sistema de saúde da modernidade, com sua lógica da “medicina do corpo de órgãos”, um processo histórico que culminou com a “medicalização da existência e da vida individual e coletiva, sobretudo a partir do Século XX.”^{35 p. 1}

As novas modalidades do saber e do fazer na esfera de corpo–saúde–doença, por certo atributos constantes, caracterizaram-se como um “modelo de atenção à saúde”, especificamente, o modelo biomédico. Esse modelo tem sido criticado por: a) ser reducionista e fragmentador; b) conduzir o olhar e a prática do profissional a partir do exame clínico de um corpo físico, composto por órgãos e sistemas, regulado de modo biologizante e mecanicista; c) estabelecer, nessa lógica, que a relação do profissional

acontece com uma entidade material e “natural” que consiste no corpo e não com um sujeito carregado de necessidades e sentidos específicos de sua vida e de sua saúde.⁵⁷

No artigo, Merhy e Franco⁵⁷ falam desse modelo de atenção à saúde como “esvaziado de interesse no outro”, conforme tem sido a experiência do parto tecnocrático e intervencionista descrito por outros pesquisadores e pesquisadoras.² Esse modelo é emblemático de uma clínica “esvaziada de interesse na outra” – uma assistência ao parto onde a razão médica e as tecnologias e insumos, associados às ideias de risco e vigilância, têm primazia, e o caráter familiar, social, sexual e cultural da experiência de parir foi esvaziado.² Ao comentar os resultados do inquérito Nacer no Brasil,³⁴ Carneiro³² analisa que esse estudo:

[...] desmistifica e descortina o excesso de intervenções médicas e farmacológicas desnecessárias empreendidas cotidianamente na sociedade brasileira, bem como os vícios de seu sistema e modelos de atenção e, sobretudo, o desaparecimento da agência feminina em todo o processo.^{32 p. 21}

Para Mehry e Feuerwerk⁵⁸, a dimensão cuidadora da saúde perdeu espaço para uma clínica tecnicista padronizada, imposta por um modelo de atenção centrado em outros interesses que não os sujeitos das necessidades em saúde. Para os autores, uma atenção humanizada e resolutiva é aquela “centrada no cuidado com o outro”. Para Langdon¹⁸ a atenção humanizada na saúde indígena implica em envolvimento dos profissionais com os sujeitos indígenas e suas especificidades e com o respeito à diversidade de paradigmas médicos indígenas e às peculiaridades culturais e pessoais.¹⁸

No processo de pensar e escrever sobre a humanização do cuidado no SUS, alguns autores ressaltam as experiências de superação dessa relação perversa e soberana da clínica sobre a paciente ou o paciente e apontam para relações capazes de promover encontro entre sujeitos, onde a atenção à saúde se deixa afetar pelas necessidades singulares de sujeitos singulares. De favorecer o contato entre o mundo de quem cuida e

o mundo de quem é cuidado, onde tanto o profissional quanto a pessoa cuidada se deixam afetar, envolver com a vida e aflições do outro, estabelecendo contato, troca e respeito entre seus modos de ser e estar, de ver a vida e de viver no mundo.⁵⁹⁻⁶¹

Por analogia, entre os propósitos que envolvem a atenção diferenciada da PNASPI e a clínica ampliada e compartilhada da PNH, o que está em jogo é a construção de uma nova relação que produza saúde e cuidado com o outro, onde a atenção é singularizada, cabendo ao profissional relativizar o seu saber para acolher outras possibilidades de produção de sujeitos e de produção de saúde individual e coletiva:

[...] o encontro que produz cuidado deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo ali onde, em princípio, nada se movimenta... é necessário desestabilizar toda a certeza sobre o outro e sobre os acontecimentos decorrentes desse encontro.^{58 p.10}

Para Merhy e Feuerwerker,⁵⁸ isso significa “produzir saúde em ato”, uma relação entre assistente–assistido que se faz única a cada atendimento e que se estrutura no olhar, na escuta e no diálogo travado entre dois sujeitos diferentes, mas moralmente equivalentes em respeito e poder: o sujeito indígena e o profissional (sujeito), que acolhe e busca ouvir e atender as necessidades de saúde específicas do sujeito que busca cuidado.

No caso em estudo, uma relação que envolve trabalhadores, trabalhadoras e uma mulher indígena que pode carregar um modo próprio de parir – específico de seu povo. Do encontro entre sujeitos singulares que se respeitam, se escutam e se afetam é que pode nascer uma forma de cuidado que se estrutura a partir de epistemologias próprias da autoatenção praticada pelas pessoas e encontrada em cada aldeia.

Sobre esse aspecto, Pontes e Garnelo⁶² e Guarín⁶³ discutem que o corte epistemológico entre saberes indígenas e conhecimento biomédico promove um distanciamento cultural e de poder ao instituir relações que dificultam ou, pelo menos,

impedem a comunicação entre diferentes epistemes (tradução minha).^p Guarín utiliza uma indagação pertinente a esse estudo:

Em que momento o encontro entre pessoas possuidoras de saberes deixa de ser uma experiência de aporte de reflexões entre indivíduos para chegar a um diálogo social ao reconhecimento e à articulação da diversidade sobre regras de igualdade em que cada uma das partes não pretenda modificar a outra, porem que todas estejam abertas às possibilidades de enriquecimentos mútuos.^{63 p. 163} (tradução minha).^q

Essa abordagem é cara aos estudos que envolvem a cultura da atenção ao parto no Brasil, uma vez que tenha adotado e venha reproduzindo fortemente a perspectiva clínica do “corpo de órgãos”, como produto do paradigma biomédico, cristalizando um modelo obstétrico que tem ofertado, predominantemente, duas opções às mulheres: um parto vaginal com hiperintervenção ou a cirurgia cesariana.^{51;2}

5.6 Corpo, direitos reprodutivos, políticas públicas e mulheres indígenas

Existe o consenso na literatura de que, em muitos aspectos, é escasso o conhecimento que envolve a diversidade de sistemas médicos e a saúde dos povos indígenas, em especial no que concerne a questões que envolvam a saúde reprodutiva das mulheres indígenas. Coimbra e Garnelo⁹ escrevem sobre esse consenso e fragilidade dos dados sobre a saúde indígena, bem como sobre a necessidade de estudos epidemiológicos, censos, pesquisas e inquéritos sistemáticos sobre aspectos étnico-culturais do comportamento dos diferentes grupos sociais, que incidam sobre a saúde reprodutiva das mulheres indígenas.

^p Guarín HP. Epistemes-otras: um desafio para la salud pública em Colombia. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Organizadoras. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 145-168.

^q Guarín HP. Epistemes-otras: um desafio para la salud pública em Colombia. In: Langdon EJ, Cardoso MD. Organizadoras. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 145-168.

Também há consenso nas literaturas de Athias,^{8;64} Coimbra e Garnelo,⁹ Conklin,¹⁰ Ferreira¹¹ e Langdon¹² de que é incipiente o conhecimento sobre os eventos saúde–doença–tratamento das mulheres indígenas e sobre os aspectos relacionados à categoria de gênero que permeia a vida, a saúde, a sexualidade e a saúde reprodutiva: “precisamos de mais estudos etnográficos que abordem dois assuntos geralmente negligenciados até agora: saúde da mulher e gênero.”^{10 p.184}

Dessa forma, excluem uma multiplicidade de formas de ser e estar mulher vivenciadas no cotidiano das aldeias indígenas [...] 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 parentesco que organizam as relações sociais.^{11 p. 1158}

Esse grupo de estudiosos e estudiosas trata a saúde reprodutiva das mulheres indígenas como um campo de conhecimento em construção, cujas expressões em contextos sociais, étnicos e políticos são tão diversas quanto o são os povos indígenas do Brasil. Corroborando com exposto por Ferreira,¹¹ Conklin¹⁰ afirma que é preciso “considerar as mulheres indígenas como sujeitos relacionais inscritos em contextos particulares e imersos em sistemas de parentesco que organizam as relações sociais.”^{10 p.1158} Assim entre os povos e comunidades indígenas institui-se uma diversidade de relações de gênero, sobre as quais há informações em estudos etnográficos localizados.

Conforme afirma Athias,⁸ para o povo Pankararu, a “concepção de saúde das mulheres indígenas está intimamente ligada a corpo, fertilidade e reprodução”, não só de pessoas mas do grupo social, da reprodução biossocial do povo Pankararu, como experiência de destaque na construção de sua especificidade étnico-cultural. Os Pankararu inter-relacionam as transformações do corpo feminino, expressas pela menarca, pela gravidez e pela experiência do parto a aspectos de prestígio e poder, ou

seja, os momentos de transformação do corpo fazem parte da função integradora da mulher em sua organização sociopolítica.^{8;65}

Sobre esse ponto, Coimbra e Garnelo⁹ expõem que os estudos antropológicos sobre saúde reprodutiva e mulheres indígenas têm-se concentrado em etnografias sobre povos indígenas da região norte e que estudiosos e militantes da saúde reprodutiva destacam a superação do olhar biomédico sobre o tema e alertam sobre a necessidade de “enfoques que levem em conta categorias como “[...] sexualidade, gênero, corporalidade e poder”, específicos e distintos aos diferentes povos.^{9 p.160}

Nesse sentido, por entender a fragilidade do que se sabe sobre os sentidos do corpo, da saúde, da reprodução entre as mulheres e povos indígenas, compartilho a reflexão de Ferreira,¹¹ segundo o qual: “As políticas públicas de saúde são inscritas nos corpos das pessoas de modo a contribuir também para forjar sujeitos.”^{11 p. 1157} Entendo que essas políticas descontextualizam os diversos entendimentos e experiências que as mulheres indígenas acumulam no corpo, no processo de tornar-se pessoa por um gradual e constante aprendizado que constrói o pertencimento coletivo.

Trata-se de uma corporalidade inscrita em um contexto específico da diversidade de relações de gênero e dos processos de organização social e política, etnicamente singularizados pelos coletivos indígenas. Ao escrever sobre os Kaxinawá, povo da Amazônia brasileira, McCallum⁴⁴ informa que entre esse povo existe um laço estreito entre:

[...] conhecimento e corpo, [...] visto como uma entidade individual formada - em termos indígenas, 'desenvolvida' - através do conhecimento”, que se transmite “de diferentes formas materiais, espirituais e linguísticas, por pessoas que o adquiriram de outras e, como tal, está socialmente fundamentado e permeado por ressonâncias de gênero, parentesco e moral.”^{44 p. 215}

De fato, as expressões e significados de categorias que se transportam para as políticas públicas: do corpo biológico à construção do risco (e de interesse desse estudo,

relacionadas ao parto), como as questões de gênero, de autonomia sobre o corpo e de direitos reprodutivos, todas elas expressões do direito individual na sociedade moderna, são categorias e conceitos impróprios aos paradigmas que envolvem a vida e a saúde reprodutiva das mulheres e das sociedades indígenas.⁹ p.162; 66 Destarte, a intervenção biomédica e a medicalização dos corpos femininos “contribuem para a transformação das relações de gênero e, conseqüentemente, dos processos ameríndios de produção de pessoas aparentadas.”¹¹ p.180

Está posto um campo de tensão e divergência entre o discurso universal dos direitos das mulheres sobre seus corpos biológicos e os discursos específicos da diversidade de culturas indígenas, onde os corpos constituem-se no processo de socialização, sob a perspectiva do tornar-se pessoa que permeia as culturas indígenas. Assim, o corpo aparece como uma “categoria eminentemente social, criada por um processo biossocial.”¹⁰ p. 180

Athias^{r8} e Conklin¹⁰ entendem que o conceito ampliado de saúde reprodutiva, ratificado na Conferência do Cairo como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou incapacidades em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos^s” aproxima-se das cosmovisões relacionadas às questões de saúde reprodutiva das mulheres indígenas, por extrapolarem o aspecto estritamente biológico da biomedicina. Contrariamente, Coimbra e Garnelo avaliam que embora o conceito de saúde reprodutiva cunhado no Cairo, inegavelmente amplie o olhar para além do restrito campo biomédico, ainda assim, ele não contempla os paradigmas indígenas onde as escolhas e os direitos impressos em cada pessoa estão “centrados na primazia dos ‘direitos coletivos’ sobre os ‘direitos do indivíduo’”.⁹

^r O artigo de Athias, 2004, a página 197, refere esse conceito de Berquó.

^s Assim é também referida a Conferência Internacional da População e Desenvolvimento das Nações Unidas, 1994, da qual o Brasil é signatário e que referencia a concepção da PNAISM.

Sobre esse tema, Conklin¹⁰ informa que, em 1994, mulheres indígenas do Brasil, Peru, Guatemala e Estados Unidos estiveram reunidas no Rio de Janeiro a fim de se prepararem para participar da Conferência do Cairo. Nessa ocasião as indígenas declararam a inseparabilidade entre saúde reprodutiva, justiça social, direitos humanos e direitos sociais. Neste sentido, defende a autora, o conceito de direitos reprodutivos aproxima o entendimento de saúde–doença, mantido por várias culturas indígenas, pois a maioria insere as questões da saúde no cenário político.^{10 p.175} Para a autora, o conceito de direitos reprodutivos do Cairo e os conteúdos da luta política das mulheres indígenas aproximam-se quando estas defendem a:

[...] impossibilidade de se separar a saúde dos direitos humanos e apresentaram um entendimento abrangente da reprodução como algo inseparável dos direitos legais, educacionais, econômicos e políticos [...] Não podemos isolar a nossa luta de um conjunto de reivindicações coletivas, relacionadas à terra, à linguagem, às ideologias e às expressões culturais.^{10 p.175}

Encerro esse conteúdo com as contribuições de Corrêa e Petchesky⁶⁶ à leitura feminista dos direitos sexuais e reprodutivos abordados em relação aos direitos sociais, assentados na vida em sociedade e não no direito individual. As autoras definem quatro princípios éticos para que os direitos sexuais e reprodutivos se efetivem: integridade corporal, autonomia pessoal, igualdade e diversidade.

Postos os quatro princípios éticos feministas ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, é necessário relacioná-los com a saúde reprodutiva nos diversos contextos de vida e saúde das mulheres indígenas.

Considerando-se que os povos indígenas pautam sua vida, a reprodução e a organização social e política por princípios do direito coletivo, não cabe à mulher indígena, individualmente, decidir sobre a reprodução, portanto, não cabe o princípio da integridade corporal. Quanto à autonomia pessoal e à igualdade, nos contextos da saúde

indígena brasileira, a política de saúde reprodutiva sequer foi assumida ou implantada nos 34 DSEI; um problema que circula entre o desrespeito ao direito de informação e escolha de métodos para o controle da reprodução pelas mulheres indígenas e a manutenção das desigualdades de gênero diante da prevalência dos homens indígenas como representantes dos povos, à frente do diálogo e do controle social das políticas de saúde indígenas, inclusive das políticas de saúde das mulheres. Por fim, para assegurar o respeito e a articulação entre os diferentes sistemas médicos, o que envolve os saberes e cuidados indígenas com a saúde reprodutiva, o princípio ético da diversidade, de que falam as autoras, pode ser correlacionado à atenção diferenciada: um desafio que há 15 anos está posto ao SasiSUS.

De fato existem contradições identificadas entre os conceitos de direito, direitos humanos, direitos reprodutivos e o direito à autodeterminação dos povos indígenas. Contradições que se encontram replicadas nas políticas e ações de saúde que normatizam a saúde reprodutiva de todas as mulheres brasileiras, inclusive das indígenas. Segundo Ferreira¹¹, as políticas públicas universalizam as intervenções no campo da saúde das mulheres (por exemplo, as intervenções sobre o trabalho de parto e sobre o parto para prevenção e controle do risco), embora reconheçam a diversidade de cosmologias que envolvem os sistemas médicos indígenas. Também, alerta a autora, as políticas de saúde recorrem ao princípio da equidade para promover uma atenção que atenda as necessidades distintas que as desigualdades socioeconômicas criam e recriam, e que incidem sobre a vida e saúde das mulheres.

Contudo, o princípio de equidade na gestão e atenção à saúde, conforme alerta Ferreira¹¹, não contempla o princípio da atenção diferenciada que impõe a necessidade de reconhecer a diversidade indígena e a eficácia das medicinas tradicionais, de aproximar saberes e reunir formas de cuidados diferentes, presentes nos paradigmas

médicos – indígenas e biomédico – ainda que divergentes em suas respectivas alternativas de cura e de modelos de atenção à saúde (e ao parto). Nas palavras de Ferreira: “ao transformarmos a diferença em desigualdades domesticamos a primeira passando a considerar a diversidade cultural como obstáculo tanto para a implantação dos serviços, quanto para o alcance dos resultados”.^{11 p.1157}

Sobre essa questão, pesa a chamada de Conklin¹⁰ para a visão estereotipada que prevalece na sociedade brasileira, onde o índio é categorizado ou como um selvagem nobre ou como bestial (expressões da autora) com efeito problemático em relação ao processo de produzir saúde a partir da autoatenção praticada. Ao desconsiderar a diversidade de sentidos da vida e saúde que permeia os 305 povos indígenas brasileiros, as concepções sobre direito e saúde reprodutiva tendem a imprimir nas políticas a semente da intervenção, da exclusão, do colonialismo universalizante.

6 O POVO PANKARARU, DESENHO DE ESTUDO E TRABALHO DE CAMPO

6.1 O povo Pankararu: aspectos socioantropológicos e de saúde

O povo Pankararu vive no sertão de Pernambuco, em uma Terra Indígena (TI) situada entre a Serra Grande e a Serra da Borborema. Reconhecidas desde o Brasil Império e identificadas em 14.294 hectares pelo Serviço de Proteção ao Índio, no ano de 1940, apenas em 1996 os 8.100 hectares equivalentes à Terra Indígena Pankararu (TIP) são demarcados e em 2003 foi iniciada a demarcação dos 6.194 hectares relativos a Terra Indígena Entre Serras (TIES). As Terras do povo Pankararu estão situadas à margem esquerda do Rio São Francisco e distribuídas entre os municípios de Jatobá, Tacaratu e Petrolândia, no estado de Pernambuco.^{8;64}

A agricultura familiar é a base da economia Pankararu, com a produção de feijão, milho e mandioca como principais produtos, seguidos de frutas como pinha, banana, goiaba e umbu. Os produtos atendem o consumo familiar, essencialmente, sendo o excedente comercializado nas feiras dos municípios de Tacaratu, Petrolândia, Jatobá e Paulo Afonso.⁶⁴

Athias, Oliveira, Prado e Silva⁵³ exploraram o problema da escassez de terra produtiva disponível para as famílias Pankararu e apontaram a estreita relação entre terra, trabalho, migração, desnutrição e outros aspectos relacionados às precárias condições de vida e saúde desse povo. A escassez de terra gera dificuldades para manter as atividades produtivas familiares, o que se deve, em grande parte, à intrusão de sertanejos, “ex-proprietários” não indígenas que permanecem ocupando cerca de 20% dos 14.294 hectares da TIP. Conforme as autoras e o autor, as áreas invadidas são as mais produtivas do solo da TI Pankararu e a desocupação e devolução aos legítimos donos possibilitaria ampliar a produção agrícola familiar, enfrentar a fome e a

insegurança alimentar e nutricional e contribuiria para a solução de outras carências desse povo.

No que diz respeito à organização social e à cosmovisão Pankararu, Athias⁶⁴ explica que “os Pankararu se organizam basicamente de acordo a duas classificações: os troncos^t e as aldeias, ambos estão relacionados à organização das famílias Pankararu.”⁶⁴

^{p.6.} Para ele, em analogia a uma árvore, as famílias são classificadas conforme a história de seu surgimento e pertencimento, indicando troncos antigos e os “novos”, cujo ordenamento espacial configura e determina a hierarquia da organização social Pankararu. Esta organização é determinada, ainda, pela relação que cada família mantém com um “praiá” ou grupo de “praiás”:

Abaixo do tronco os Pankararu localizam a família, que está diretamente vinculada ao convívio social cotidiano, relacionado a um praiá ou a um grupo de praiás. Praiá é o nome genérico dado aos “Encantados”, na realidade, é a representação física do “Encantado” nessa terra.^{64 p.7}

Os encantados são seus ancestrais que, ainda vivos, transmutaram-se em seres não-humanos e passaram a ocupar as matas, os rios e, especialmente, as cachoeiras, submersas no lago onde hoje está a Hidroelétrica de Itaparica. Os Pankararu acreditam que os encantados têm o poder de mediar as relações de proximidade e diálogo e trazer ensinamentos e apoio às famílias, promovendo práticas de cura e de proteção a eles. Através dos praiás, os Pankararu mantêm saberes e poderes dessas ancestralidades, mantêm a comunicação, recebem ensinamentos e incorporam seus espíritos. Portanto o praiá é incorporado por pessoas que têm o poder de cura, entre outros. As pessoas podem representar um ou mais encantados na terra, ou melhor, na TIP. Assim, para o povo Pankararu, as representações sobre saúde–doença–cura (e também parto e

^t Citando Arruti, Athias explica o uso da categoria “tronco” para explicar a organização social Pankararu: Desta forma estão operando uma dicotomia básica entre aqueles descendentes de índios “puros” e os que descendem de índios “misturados” ou “braiados” (ou de linheiros), em referência a uma forma de organização que é mais histórica que estrutural, e que não corresponde a nenhuma segmentação, classes ou linhagens (Arruti apud Athias, 1997).

nascimento) permeiam a religiosidade indígena, que mantem estreita relação com os cuidados e práticas de cura.^{u8:64}

Ao descrever a influência ritual–espiritual sobre as concepções do sistema médico Pankararu, em especial sobre a saúde reprodutiva, Ramos⁶⁷ fala do corpo reprodutivo “como organismo vivo constituído por uma estrutura físico-simbólica que, ademais de ser capaz de se reproduzir biologicamente, é capaz de produzir e reproduzir significados.”^{67 p.92} (tradução minha).^v Para Athias, o cuidado dos Pankararu com a saúde reprodutiva constitui um “conjunto de relações socioculturais que proporciona a amplitude e a complexidade das condições de reprodução e a manutenção do grupo social.”^{64 p.2}

Nesse sentido, o parto tradicional Pankararu se inscreve tanto como um modelo específico de atenção ao parto adotado por uma mulher Pankararu, em dado lugar e tempo, quanto se inscreve na importância e no valor moral que este povo atribui ao fato de manter sistemas simbólicos próprios.

6.2 Desenho do estudo, coleta de dados e técnicas de análise

Trata-se de um estudo qualitativo, que utilizou técnicas de estudo de relatos orais, propostas por Queiroz.⁶⁸ A autora destaca que a narrativa transforma em palavras os sentidos e experiências do narrador e que, ao ouvi-las e interpretá-las, o pesquisador assume o papel de intermediário entre o narrador e um determinado público para

^uO sincretismo com religiões afrodescendentes e católica estão presentes nos rituais sagrados que envolvem os praias: dos Mestres Guias, Caboclos e outros *espíritos* que são incorporados à fé católica que provê orações que integram o rol de ‘ferramentas’ de cura da parteira, como a oração à Nossa Sra do Bom Parto e a oração de Santa Margarida (Athias, 2004).

^vRamos MC. Cuerpo y reproducción entre los Pankararu de Pernambuco, Brasil. *Anales de Antropología*. vol. 50, n.[?], pp. 75-95, 2015. Disponível em: www.sciencedirect.com Acesso em: 10 de janeiro de 2017.

construir um “... conhecimento que ouviu de outrem”.^{68 p.3} Por isso é importante o registro e o uso de suas palavras gravadas e transcritas em um documento de estudo. Assim, as técnicas de relato oral conduzem o pesquisador à escolha de seu narrador: uma pessoa que tenha acumulado experiências e entendimentos sobre o fato ou realidade estudada.

Num primeiro momento, é o pesquisador quem define o conteúdo a ser coletado na entrevista, a partir de seu objeto de estudo e à luz do quadro teórico que definiu para guiar a construção do conhecimento necessário à sua pesquisa. Num segundo momento, também é o pesquisador quem delimita, no conteúdo trazido, o que será utilizado, a partir dos objetivos a que se propõe:

[...] é ação específica, sistemática e consciente, obedecendo a determinadas normas e visando determinado fim [...] técnica de análise como caminho para decompor um texto, fragmentá-lo em seus elementos essenciais...recortá-los, afim de utilizar somente o que é compatível com a síntese que se busca.^{68 p.5}

O campo de estudo foi a Terra Indígena Pankararu. Escolhi a etnia Pankaruru pela importância demográfica – trata-se da segunda população indígena do Estado de Pernambuco – e pelo fato de ser esse o grupo indígena que mais preserva a tradição do parto na aldeia, segundo informação do DSEI- PE (ver capítulo 7.1).

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, conforme um roteiro previamente elaborado para suscitar narrativas que trouxessem o conteúdo buscado (Anexo I). As entrevistas abordaram a formação dos profissionais para atuar nesse campo, as normativas da gestão que orientam a atuação das EMSI, as condutas durante o acompanhamento pré-natal, a rede de referência obstétrica da região, a chegada da estratégia Rede Cegonha no estado, enfim, a relação mantida com o parto biomédico e o parto tradicional Pankararu e os sentidos da atenção diferenciada na relação com o parto das mulheres indígenas.

As entrevistas ocorreram nos dois polos base da terra indígena, o Polo Base Pankararu (PBP) e o Polo Base Entre Serras (PBES), entre os dias 17 e 20 de outubro de 2016. O PBP tem três EMSI (das respectivas UBSI de Espinheiro, de Carrapateira e de Brejo dos Padres), e o PBES apenas uma EMSI. Foram entrevistados os dois coordenadores dos Polos Base, quatro enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e três agentes indígenas de saúde (AIS) das quatro equipes dos dois PBs. Das quatro técnicas de enfermagem, não pude entrevistar a da UBSI de Brejo dos Padres que é, também, a parteira Maria, a qual no dia de minha estadia na aldeia estava no exercício de seu ofício e partejava a chegada de um novo “filho”, o que está relatado adiante.

Quadro 1. MAPA DESCRITIVO DAS ENTREVISTAS

Polo Base Pankararu					
Entrevista	Idade	Profissão	Função	Indígena?	Tempo na SI
João	33	Enfermeiro	Coordenador PB		4 anos
Sueli	42	Técnica	EMSI 1 - UBSI	Sim. Pankararu	16 anos
Bia	42	AIS	Espinheiro		8 anos
Rosa	32	Enfermeira		Não indígena	11 anos
Fátima	42	Técnica	EMSI 2 - UBSI	Sim. Pankararu	10 anos
Olga	28	AIS	Carrapateira		6 anos
Marta	26	Enfermeira	EMSI 3 - UBSI Brejo	Sim. Pankararu	5 anos
Laura	23	AIS	dos Padres		2 anos
Polo Base Pankararu Entre Serras					
Renato	29	Enfermeiro	Coordenador PB		4 anos
Cris	31	Enfermeira	EMSI de Entre Serras	Sim. Athikun	4 anos e 8 meses

Fonte: DSEI/PE

Nenhum médico ou médica passou por entrevista por puro desencontro entre os mesmos e a pesquisadora, nos dias em que ocorreu a pesquisa de campo. Cheguei a propor a realização da entrevista no período da noite, o que não foi aceito pelo profissional contatado, cuja forma de recusa desanimou-me para outras investidas.

O conteúdo das narrativas foi transcrito e constituiu um vasto material textual para análise. Após leituras flutuantes, momento no qual se começou a interpretação do material, emergiram temas mais importantes, que foram sistematizados em um conjunto

de planilhas, as quais continham: sentidos, conceitos, relações e atitudes relacionadas ao parto das mulheres indígenas. Para Gomes,⁶⁹ os temas transcritos e interpretados apresentam os sentidos globais, locais e individuais da experiência relatada nas narrativas.

Dessa forma, pode-se conhecer a moral, os valores, as normas e procedimentos que forjam a realidade social e política que envolve o desempenho profissional no campo da saúde reprodutiva das mulheres indígenas. Trata-se de um conjunto de elementos que definem processos de trabalho com e na saúde, observando-se o contexto interétnico e o compromisso (ou não) com o exercício e a efetividade da atenção diferenciada em torno do modelo de atenção ao parto das mulheres Pankararu. A partir das interpretações foi-se apresentando o *habitus* dos trabalhadores e trabalhadoras, que numa leitura de Bourdieu, Pontes et al, apresentam como:

[...] esquemas de disposições duradouras, adquiridos nos processos de socialização, que incluem dois componentes: os princípios ou valores que regulam a conduta cotidiana (*ethos*) e as posturas e disposições do corpo (*hexis corporal*).^{62 p. 338}

Assim, por meio das narrativas dos entrevistados e das entrevistadas, busquei interpretar o *habitus* que orienta a categoria de trabalhador do subsistema de saúde indígena em relação aos modelos indígenas de atenção ao parto. Tanto o gestor ou gestora quanto o trabalhador ou trabalhadora tornam-se membros de um coletivo: trabalhador ou trabalhadora da saúde com formação e atuação no campo biomédico. Como tal, esse coletivo que tende a pensar e agir conforme o *habitus* médico-científico, do modelo biomédico legitimado pelo Estado e pela sociedade e impresso na profissão que representa.^{62 p. 22} Para Gomes significa que “a narrativa reinventa a experiência na sua unicidade e também a partilha ao inseri-la no mundo da significação entre parceiros.”^{69 p. 70}

É tanto assim, que pude identificar experiências e posturas distintas, com desfechos também específicos: narrativas que informam experiências de resistência e fortalecimento do modelo tradicional de parto Pankararu, fortemente presente em algumas aldeias do PBP e relatos que indicam a hospitalização do parto como rotina dos serviços dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena. A medicalização e hospitalização do parto das mulheres indígenas no contexto de uma atenção diferenciada são situações questionadas e pesquisadas em diferentes regiões e com diferentes grupos étnicos, como é o caso dos trabalhos de Scopel²⁴ e de Lewkowicz,²³ com o parto de mulheres Mundurukú e Mbyá-Guarani, respectivamente.

6.3. Questões éticas

Este estudo seguiu as normativas da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz. Por se tratar de um estudo com trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena do povo Pankararu, o projeto foi apresentado e o estudo aprovado, por unanimidade, pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco, formado pelo coordenador do DSEI-PE, gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras, conselheiros e conselheiras locais, lideranças indígenas eleitas em suas aldeias e comunidades (anexo II).

Os gestores e trabalhadoras dos PBP e PBES foram convidados a participar voluntariamente da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ver anexo I) foi previamente apresentado e, com a concordância em participar, assinado pelo entrevistado ou pela entrevistada. As entrevistas foram gravadas e transcritas,

mantendo-se a privacidade de todos os participantes. Para tal, seus nomes foram substituídos por codinomes aleatoriamente atribuídos por mim.

6.4 Percorrendo o campo Pankararu

Com leituras variadas sobre temas que envolvem o parto e a saúde indígena, com minhas indagações em mente e com a expectativa de encontrar parteiras Pankararu (tendo eu trabalhado com muitas delas durante meus anos de Grupo Curumim), pousei os olhos nas terras de Jatobá, região do sertão pernambucano, numa segunda feira, 17 de outubro de 2016, no acordar do dia que despertava com um nascer de sol exuberante. O ônibus, chegado de Recife, cruzou a estrada e entrou no Bairro de Itaparica, causando-me uma grata e deliciosa surpresa: os ipês amarelos coloriam e molduravam toda a paisagem, da rua às serras, ao longe e saltavam aos olhos em meio à vegetação do semiárido.

No trajeto avistei o Hospital de Itaparica e a sede do Polo Base Pankararu (PBP)/DSEI-PE. Na sequência do percurso, o ônibus atravessou a estrada e entrou para o centro de Jatobá. Perguntei ao motorista se o mesmo passaria próximo ao hotel reservado e recebi confirmação. De repente, o veículo parou e desligou numa estreita rua de calçamento e, para grata surpresa, o motorista informou: “também vou ficar aqui no hotel”. Estávamos então os dois na porta de casa. Era umas 5 h 21 min e eu havia marcado com o coordenador do Polo Base às 7 h 30 min. Dei entrada no hotel, tomei banho e estiquei o corpo enquanto aguardava o horário do café da manhã e do encontro no Polo. O deslocamento em Jatobá é feito por meio de moto-táxi, que estava à minha disposição na porta do hotel. Ipês amarelos, carona no ônibus até o hotel e moto-taxista na porta... cheguei agradecendo!

Com sede em Jatobá, o PBP funciona como um ponto de gestão, apoio, armazenamento e distribuição de material e equipamento necessários ao funcionamento das três Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) que coordena. Pude observar a chegada de alguns trabalhadores e trabalhadoras do próprio Polo: motoristas, pessoal da administração, do almoxarifado, da limpeza e das três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), além de usuários e usuárias Pankararu.

Para atender 5.640 indígenas, distribuídos em 12 aldeias sob responsabilidade sanitária do PBP^w, a equipe completa soma 80 pessoas, das quais 75 são da própria etnia Pankararu. As outras cinco são: um médico cubano; uma médica psiquiatra, uma psicóloga e uma enfermeira não indígenas e um odontólogo da etnia Xucuru. Trata-se, portanto, de uma equipe eminentemente composta por profissionais indígenas que atendem sua própria etnia, uma exceção que se destaca no DSEI-PE, quiçá no cenário das equipes de saúde indígena do SASI, o que nos fez pensar que eu estava diante de uma experiência piloto do subsistema SasiSUS.

O início da manhã no PB é um momento de agilizar a organização do dia de trabalho. Os trabalhadores e trabalhadoras que se dirigem ao atendimento nas aldeias despacham com os responsáveis pelos insumos e pelo transporte no Polo, combinam o que levar e o destino, organizam e acondicionam materiais e medicações necessárias aos atendimentos, enfim, um momento de arruma-arruma e corre-corre para o dia de trabalho em uma UBSI.

Identifiquei-me como pesquisadora e, então, fui encaminhada à sala da coordenação, onde fui muito bem recebida e percebi que as equipes já tinham sido informadas sobre a pesquisa e que meu campo estava planejado. Eu acompanharia cada

^w Dados disponibilizados pelo DSEI-PE, de março/2017.

uma das três EMSI nos dias programados para a semana do Outubro Rosa^x nas sedes de UBSI do PBP.

As EMSI tinham promovido uma visita aos domicílios para divulgar a ação e incentivar a participação das mulheres no dia agendado. A campanha Outubro Rosa nas aldeias consistia em realizar uma Roda de Conversa sobre o câncer de colo de útero, para coleta de preventivo e de sangue para testes rápidos de hepatite, sífilis e HIV. Conforme os idealizadores, as ações de campanhas devem ocorrer em regiões de saúde reconhecidas como vazios assistenciais, sem cobertura e acesso a serviços diagnósticos e de tratamento. No entanto, é sabido que essas ações não atendem as necessidades, não garantem resolutividade e nem promovem direitos. Muitas vezes inócuas, essas campanhas precisam medir o custo benefício entre os povos indígenas, em especial, àqueles ainda protegidos do contato com a sociedade envolvente. Conhecer o perfil epidemiológico do adoecimento para conduzir as ações de saúde, conforme necessidades, é primordial.

O PBP atende, ainda, uma aldeia do povo Pankaiuka, que ainda não foi reconhecida e é atendida por intervenção do Ministério Público Federal. Ao todo, cabe ao PBP a coordenação de ações em 13 aldeias.

A primeira visita aconteceu na UBSI de Espinheiro, depois UBSI de Carrapateira e, por fim, UBSI de Brejo dos Padres. As três unidades estavam decoradas com cartazes, balões, flores e ofereciam lanches especialmente preparados para as usuárias. As mesmas compareceram em número igual ou superior ao esperado, segundo

^xNo Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), do Ministério da Saúde, participa do movimento Outubro Rosa desde 2010. Um mês para a realização de “eventos técnicos, debates e apresentações sobre o tema, assim como produz materiais e outros recursos educativos para disseminar informações sobre prevenção e detecção precoce da doença”. Em 2016, sob o tema “Câncer de mama: vamos falar sobre isso?”, propôs: “fortalecer as recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento e o diagnóstico precoce do câncer de mama e desmistificar conceitos em relação à doença”. Site consultado em 19/03/2017. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp>.

os comentários que escutei entre as trabalhadoras e trabalhadores, que se cotizaram para produzir os lanches e decorações e estavam felizes com o resultado do investimento.

As enfermeiras iniciaram o dia com uma pequena palestra sobre o câncer de colo de útero e de mama: sua incidência, fatores de risco, cuidados e precauções que as mulheres devem adotar e autoexame. “Apalpar os seios e procurar alguma coisa diferente é um ato de cuidado com o corpo”, foi dito por uma enfermeira. Incentivavam a realização dos exames preventivos e lembravam que os mesmos durariam menos de 5 minutos e que o constrangimento logo acabaria, pois as usuárias levariam mais tempo preenchendo as fichas.

Em uma das UBSI, foi falado também sobre a perspectiva do direito das mulheres ao diagnóstico e tratamento do câncer em tempo oportuno, conforme nova política do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Nesse momento uma indígena perguntou: “como as mulheres indígenas tem acesso a essa rede do INCA?” Ao que a resposta de Rosa foi: “No momento o município está sem realizar os exames de mamografia, tem que encaminhar para Arcoverde”, um município da região de saúde do agreste pernambucano. Depois completou: “O município está em crise, a saúde está em crise no Brasil. Eu acredito que com um novo governo melhore. Nem aqui nem qualquer outro lugar da nossa região estão fazendo os exames”. Nesse momento indaguei comigo mesma o sentido da campanha em um contexto de desassistência.

Em uma das EMSI, chamou a atenção a presença de uma enfermeira da rede municipal de saúde que, por firmar parceira com a saúde indígena, disponibilizou-se para fazer as coletas de preventivo naquele dia. No entanto, em sua fala, declarou que ficou apreensiva e cheia de expectativas em relação a atender indígenas, mas que no primeiro contato mudou de ideia, que estava surpresa, pois não era nada do que ela

pensava e que estava feliz de estar em uma aldeia indígena. Constrangeu-me ouvir tal declaração às próprias mulheres Pankararu.

As entrevistas foram ocorrendo de acordo com o trabalho que se desenrolava e a disponibilidade de um ou outro profissional. Dessa forma, ao longo do dia, entrevistei enfermeiras, técnicas de enfermagem e AIS. Apenas o acesso a médicos e médicas ficou prejudicado, pois tais profissionais não estavam na campanha ou estavam em atendimento até o fim do expediente de trabalho, como ocorreu na UBSI de Carrapateira. A depender de tratar-se de uma pessoa mais aberta ao diálogo ou de menos conversa, as entrevistas tiveram durações variadas, entre meia hora a até mais de uma hora de conversa.

Quanto ao Polo Base Entre Serras (PBES), a sede fica no município de Tacarátú. Diferente da equipe do PBP, a EMSI do PBES conta com um coordenador não indígena, um médico cubano, uma enfermeira Atikum^y. Apenas a técnica de enfermagem e AIS são da própria etnia Pankararu.

A população adscrita é de 1.317 indígenas^z. Uma única EMSI cobre seu atendimento. Uma característica do PBES é que a EMSI atende aldeias distante apenas 3 Km do centro da cidade de Tacaratu, como a Aldeia Folha Branca e aldeias mais distantes e de difícil acesso. Na avaliação do coordenador do Polo, as condições de trabalho são precárias, porque muitos atendimentos ocorrem em um ambiente que não facilita a aproximação e o diálogo sigiloso entre sujeitos (profissional e usuária) conforme a narrativa:

A nossa grande dificuldade é a infraestrutura. Porque por mais que a gente tente fazer ou digamos que venha a capacitação bem atualizada sobre pré-natal, sobre puericultura ou sobre preventivo, que já é um pouco mais delicado, um procedimento um pouquinho mais invasivo, a gente não tem o sigilo, nossa estrutura não permite, fica difícil.... Às vezes não é nem um

^y A TI Atikum localiza-se no sertão de Pernambuco, distribuída entre os municípios de Carnaubeira da Penha, Mirandiba, Salgueiro e Belém do São Francisco.

^z Dado cedido pelo DSEI-PE, março/2017.

postinho, é uma garagem que a gente pede de uma liderança pra fazer os atendimentos. Não dá o sigilo que você precisa, enquanto profissional, pra escutar o paciente, pra ter a escuta qualificada, pro paciente também poder se abrir. Aí fica delicado, não adianta, assim, a gente capacitar, capacitar o profissional, ter tanta educação permanente, mas se a parte de infraestrutura... pra gente poder levar essa parte que eu acho fundamental (Renato/coordenador PB).

É no hospital municipal de Tacaratú que ocorre a maioria dos partos vaginais das mulheres atendidas pelo PBES. Em caso de cirurgias cesarianas, Tacaratú referencia para outras cidades, inclusive para o Recife, onde o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) é a principal referência de risco para a saúde das mulheres e crianças indígena do estado.

O IMIP é, também, a unidade responsável pela contratação e qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena do DSEI-PE e de outros DSEI do Nordeste.

Minha estadia no PBES foi de apenas um dia, na verdade, de um expediente, pois chegamos na sede por volta das 8 h e retornamos para Jatobá no final da tarde. Na noite anterior, fui convidada pela equipe técnica de saneamento do DSEI-PE, que se encontrava em Jatobá, para ir jantar um peixe em Petrolândia, distante 40 Km. Estávamos no restaurante quando o motorista reconheceu a enfermeira do PBES e me apontou. Por telefone eu havia combinado com ela uma carona para o dia seguinte, daí aproveitei e fui até sua mesa, apresentei-me e novamente marcamos o local e a hora para eu aguardar. Ela foi extremamente simpática e acolhedora.

Durante o percurso, mantivemos um diálogo muito interessante, que anotei ainda no carro, enquanto aguardava o momento das entrevistas no PBES:

Existe o pensamento etnocêntrico de que só a biomedicina funciona e dá resposta pra tudo, mas o que num for dela? Meu avô chegava a atender de 150 a 200 pessoas em um dia, índio e não índio procuravam por ele, de todo canto, pra consultar com ele. Foi um grande xamã dos Atikum. Ele trabalhava com a Jurema Preta, que os índios de Pernambuco costumam usar. Já bem doente, ele pedia o maracá e a gente percebia quando ele recebia os Encantados pela expressão dele. Mas os velhos estão morrendo e os jovens não querem aprender, não tem mais o interesse. Acho que é por causa do

contato com a cultura não indígena e a proximidade com a cidade que vai levando o povo a querer as coisas que todo mundo tem direito, né? Só tenho um tio e um primo que continuam usando, aprofundando a relação com a cura e com os Encantados (Cris/enfermeira).

Entendi que ao mesmo tempo em que ela reconhecia o poder de cura do avô e criticava o etnocentrismo do modelo de cura biomédico, falava do acesso aos serviços de saúde como uma questão de direito, da importância do conhecimento científico e dos recursos da biomedicina como direito de todas as mulheres.

Após a apresentação dessas notas que compuseram o diário de campo, passo a apresentar os resultados da análise do material coletado e as discussões que emergiram do estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7.1 Panorama do parto de mulheres indígenas assistidas pelo DSEI-PE, com foco nas mulheres Pankararu

Antes de apresentar o panorama dos partos de mulheres indígenas assistidas pelo DSEI-PE e, mais especificamente pelos dois Polos Base responsáveis pela gestão da saúde do povo Pankararu, inicio este item com algumas observações que envolvem a informação na saúde indígena.

Com a implantação do subsistema de saúde indígena e a organização dos 34 DSEI, em 2000 a FUNASA criou o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) com a finalidade de estruturar uma base de dados específica para esse campo da saúde pública brasileira.³

Ao SIASI, portanto, caberia produzir os dados necessários ao gerenciamento da saúde indígena no contexto do SasiSUS. Entendo que isso significava produzir dados que gerassem informações e indicadores de saúde que permitissem avaliar o acesso, a estrutura, a organização e a atenção ofertadas, em suma, a efetividade da atenção diferenciada que deveria reger a articulação e o funcionamento dos serviços de saúde e o modelo de atenção que se construiria por meio dos DSEI.^{3 p.16 e 17}

Porém, desde então, o SIASI, que hoje pertence à SESAI, mantém-se como um sistema de informação de acesso restrito e centralizado, ao qual sequer outras secretarias do MS têm acesso. Por exemplo, a Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, que pertence ao Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, onde está a coordenação da Rede Cegonha, não consegue acessar dados sobre mulheres indígenas sob a responsabilidade sanitária direta dos DSEI/SESAI/MS. Quando os dados do SIASI são acessados sem senha e desagregados

por raça/cor, os mesmos não apresentam apenas informações relativas às mulheres indígenas residentes em territórios sanitários pertencentes ao MS. Dessa forma, os dados não traduzem a realidade que deveriam abranger. Portanto, não se pode pesquisar com os dados disponíveis nos sistemas de informação do SUS, pois que incidem tanto sobre as mulheres indígenas que residem nas cidades assistidas diretamente na rede do SUS como sobre qualquer outra munícipe.

O acesso restrito e centralizado da informação pela gestão nacional da saúde indígena, hoje na SESAI, recebeu críticas de Santos e Coimbra.⁷⁰ Os autores analisam que além de prejudicar o conhecimento de dados epidemiológicos, o monitoramento, avaliação e planejamento de ações de saúde sob responsabilidade do subsistema SasiSUS, essa condição tem prejudicado o desenvolvimento de pesquisas, estudos, conhecimentos que se constroem nas academias e movimentos sociais, entre outros interessados nesse campo que envolve os povos indígenas brasileiros.

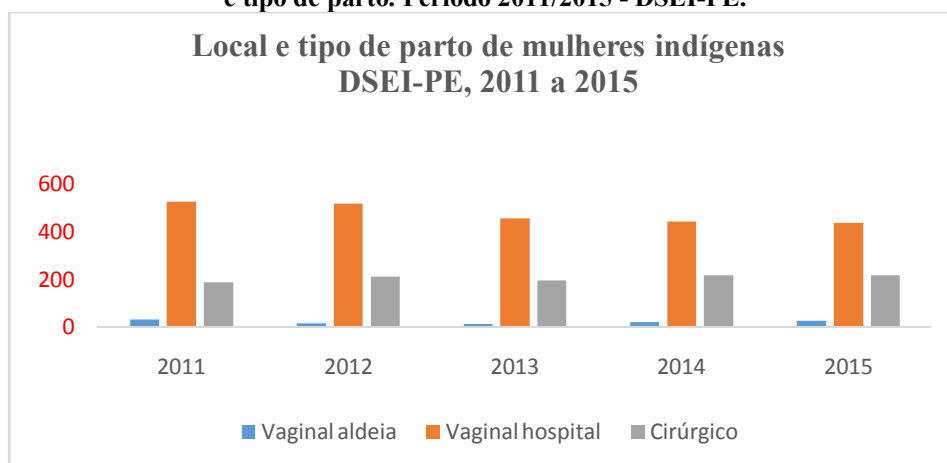
Após esse breve comentário sobre o SIASI, chega-se a um panorama do parto das mulheres Pankararu. Contudo, antes de entrar nos dados disponibilizados a esse estudo, apresento resultados de um estudo realizado por Gilberti,⁶⁵ que descreve o parto de mulheres Pankararu que receberam acompanhamento pré-natal da ONG Saúde Sem Limite de 2007 a 2009. “Das 400 gestações ocorridas no período de dois anos, de setembro de 2005 a outubro de 2007, há dados de 341, sendo que quatro referem a abortos espontâneos, restando então 337 partos registrados”. Algumas mulheres tiveram mais de uma gestação, inclusive uma delas com três gestações no período em apreço.

Das 400 mulheres acompanhadas, os desfechos de 337 partos foram assim contabilizados: 298 partos vaginais e 39 cirurgias cesarianas, “sendo seis com realização de laqueadura, dado provavelmente subnotificado”.^{65 p. 171} Dos 298 partos vaginais, 78 (26,2%) ocorreram nas aldeias. Vale ressaltar que foram partos assistidos, em sua

grande maioria, por Dona Maria (a parteira Maria desse estudo) salvo o de três mulheres que pariram sozinhas. Dos 220 partos hospitalares, a pesquisadora refere que 58 não dispunham de dados, restando 162. No hospital de Paulo Afonso, no vizinho estado da Bahia, ou na capital, Recife, foram registrados 40 partos assistidos por médicos (24,7%) e os demais 119 partos hospitalares foram assistidos por “parteiras hospitalares”, técnicas e auxiliares de enfermagem que assistem partos em diversas unidades do SUS em Pernambuco.

Para apresentar o atual panorama do parto das mulheres Pankararu, os dados trabalhados foram os números absolutos de partos das mulheres indígenas do estado e das mulheres Pankararu, analisados quanto ao local e tipo de parto. Disponibilizados pelo DSEI-PE, os dados que apresento em gráficos foram gerados pelo SIASI, no período de 2011 a 2015. Vale ressaltar que passados 15 anos da PNASPI, o SIASI permanece em processo de qualificação, o que inviabiliza a análise de uma série histórica maior e mais consistente. Conforme informações do DSEI-PE, os dados relativos aos anos anteriores não estão digitalizados, seria necessário realizar uma pesquisa em seu arquivo morto.

Gráfico N° 1 – Número de partos de mulheres indígenas de Pernambuco, por local e tipo de parto. Período 2011/2015 - DSEI-PE.



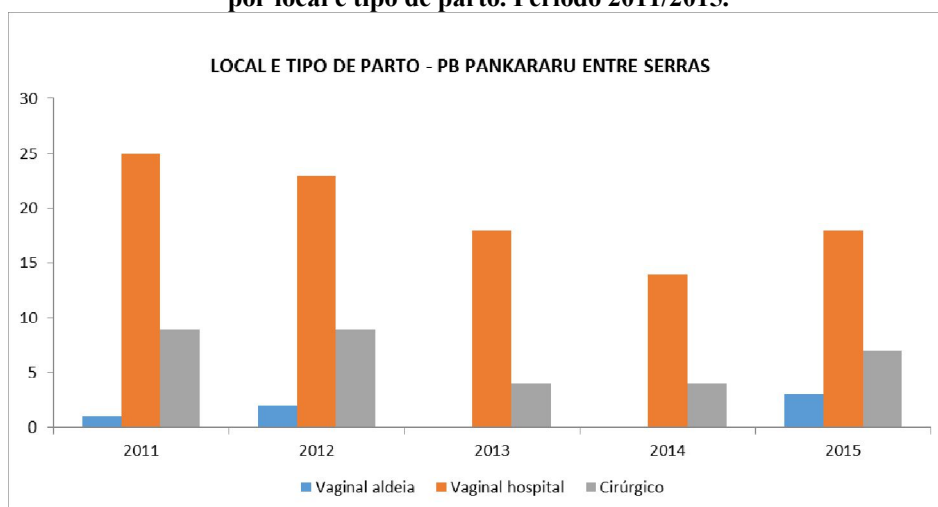
O gráfico N°1 mostra que a quantidade de partos vaginais em mulheres indígenas assistidas pelo DSEI-PE decresce no período compreendido entre 2011 e 2015, enquanto a quantidade de cirurgias cesarianas cresce, apresenta uma leve queda em 2013 e volta a crescer nos anos de 2014 e 2015.

O parto vaginal representava 70% do total de partos em 2011 (751) e o parto cirúrgico 25% (189) no início do período. Em 2015, o primeiro caiu para 64% do total de partos (686) e o cirúrgico aumentou para 32% do total de partos computados pelo DSEI-PE. Significa que, em cinco anos, o parto cirúrgico de mulheres indígenas sofreu um acréscimo de 7% e o vaginal decréscimo de 6%.

Com relação à quantidade de partos indígenas tradicionais, ocorridos na aldeia, observa-se queda entre os anos de 2011 a 2013 e um ligeiro crescimento nos anos subsequentes, 2014 e 2015.

O gráfico N°2 apresenta o panorama do parto de mulheres residentes na TI sob responsabilidade do PBES, com sede em Tacaratú, observando-se queda considerável no número de partos por ano entre 2011 e 2015.

Gráfico N° 2 – Número de parto de mulheres indígenas do Polo Base Entre Serras, por local e tipo de parto. Período 2011/2015.



Fonte: DSEI/PE

Observa-se queda no número total de partos no período. Passa-se de 35 partos ocorridos em 2011 para 18 partos, em 2014, mas esse número aumenta novamente em 2015, ano no qual foram contabilizados 28 partos. Nesse cenário, chamou a atenção a quantidade de cirurgias, em 64% dos partos nas mulheres Pankararu atendidas pelo PBES, entre os anos de 2013 e 2014 para o ano de 2015, foram feitas cirurgias cesarianas.

Embora os dados do SIASI informem que em 2015 ocorreram três partos em aldeia, as entrevistas narraram apenas dois, descritos como situações específicas e inusitadas, o que será analisado adiante. Aqui vale a ressalva de que não pude interpretar se se tratava de experiências acolhidas pela EMSI e pelo PBES ou se há uma disposição para incentivar que o parto tradicional Pankararu volte a ascender, como na experiência da EMSI de Brejo dos Padres.

Diante do exposto, pode-se inferir que a tendência do PBES é de encaminhamento dos partos das residentes de sua área adscrita para o hospital de Tacaratú, que não realiza cirurgia cesariana.

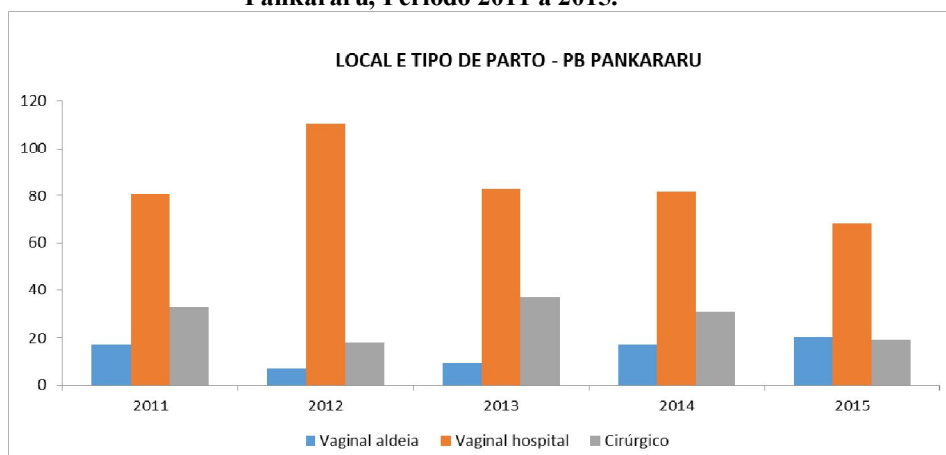
Quanto à realidade do PBP, os dados corroboram a expectativa expressa em algumas narrativas de que a experiência do parto tradicional Pankararu, nesse polo, esteja em processo de retomada e crescimento, ainda que concentrado em aldeias como Brejo dos Padres, Saco dos Barros e Jitó.

O crescimento do parto na aldeia ao longo dos últimos quatro anos coincide com a chegada de um coordenador da própria etnia e do reforço na promoção de encontros que envolvem os especialistas de cura Pankararu para troca de saberes, em especial parteiras e pajés. Ao falar da participação das enfermeiras e técnicas nos encontros promovidos pelo PBP, o coordenador João afirma:

Pankararu se diferenciou dos demais, das demais etnias de Pernambuco, que é a realidade que eu conheço, quando passou a ter parteiras que se destacaram, seguraram, passaram por essa fase e hoje estão aí, em 2016, a gente fazendo parto em casa.

O Gráfico N°3 corrobora a fala de João, conforme análise que segue.

Gráfico N° 3 – Local e tipo de parto de mulheres indígenas do Polo Base Pankararu, Período 2011 a 2015.



Fonte: DSEI/PE

O que salta aos olhos na leitura do gráfico é que de 2012 para 2015, no PBP a porcentagem de partos tradicionais assistidos por parteiras cresceu de 5,1% para 19% do total de partos por ano. No período entre 2013 e 2015, a cirurgia cesariana decresceu um pouco mais de 10%, enquanto o parto hospitalar vaginal manteve-se na faixa de 64% a 63%. Esses dados parecem indicar uma situação de real resistência e retomada da experiência Pankararu de parir e nascer sob os cuidados de uma parteira, segundo os saberes e práticas de cuidado do modelo de atenção que se assenta sob as cosmologias da medicina desse povo.

Oportunamente, chamo a atenção para a importância do parto tradicional Pankararu para a manutenção dos modelos indígenas de atenção ao parto das mulheres indígenas assistidas pelo DSEI-PE. Ao considerar o crescimento do parto indígena nas aldeias do PBP, pode-se inferir que são as mulheres Pankararu que mais têm contribuído com percentuais acima de 70% do total de partos tradicionais indígenas

registrados no SIASI/DSEI-PE, chegando a cerca de 81% no ano de 2014. Assim, é provável que o crescimento do número de partos tradicionais indígenas registrados nos anos 2014 e 2015, nas TI sob responsabilidade sanitária do DSEI-PE, tenham relação direta com o aumento de partos vaginais registrados em aldeias do Polo Base Pankararu.

7.2 Do panorama ao que brotou das narrativas

Com informações sobre a crescente hospitalização do parto de mulheres indígenas de diferentes etnias de todas as regiões do país, o panorama do estado de Pernambuco e minha observação direta, fincada na vivência e no trabalho com parteiras indígenas desse estado e do Brasil afora, busquei narrativas que informassem o olhar e a relação que os gestores e as gestoras, os trabalhadores e as trabalhadoras dos dois PBs das terras Pankararu mantêm com o parto das mulheres que acompanham no pré-natal.

O Polo Base Pankararu (PBP), com sede em Jatobá, conta com três EMSI. Diferente do habitual onde, via de regra, os povos indígenas são atendidos por técnicos e técnicas de enfermagem e, especialmente, por enfermeiros e enfermeiras não indígenas, 92,5% dos trabalhadores e trabalhadoras das EMSI pertencem à própria etnia Pankararu, filhos e filhas da TIP, inclusive o coordenador do polo. Apenas uma enfermeira, um odontólogo e os médicos e as médicas não são indígenas, o outro odontólogo é da etnia Xukuru.

O Polo Base Entre Serra (PBES), com sede em Tacaratú, conta com uma só EMSI. A equipe constitui-se de um coordenador e um médico não indígenas, uma enfermeira que é indígena da etnia Atikum e técnicas de enfermagem e todos os AIS, também da própria etnia Pankararu.

Entre todas e todos os entrevistados e todas as entrevistadas foi comum o entendimento de que o pertencimento étnico que carregam, ou seja, a identidade

familiar, ritual, cultural e espiritual faz com que eles próprios acessem o sistema médico Pankararu. Para eles, isso é o que viabiliza à população atendida o acesso às duas medicinas. Em algumas leituras, o fato de prescreverem as curas da medicina Pankararu encerra e sela o compromisso com a atenção diferenciada:

Pelo caso da saúde diferenciada, respeitando nossa cultura, como aqui a gente trabalha, com nossa medicina tradicional, essas medicações. Porém, como profissional, saber auxiliar, porque na parte dos brancos, vamos dizer assim, é a medicação deles. E aqui a gente trabalha tanto com a medicação do branco, vamos colocar e a nossa medicina tradicional: com as ervas. E se não fosse diferenciada iam impor esse tratamento... Não seria aceito as ervas medicinais (Laura/AIS e Aprendiz de Parteira).

A maioria dos profissionais em Pankararu são Pankararu, aí é mais fácil trabalhar com a população, porque a gente já conhece os costumes, já conhece as tradições [...] dependendo do caso, a gente usa o lado da medicina tradicional, como a medicina curativa. A gente vai pros dois lados” (Fátima/técnica enfermagem).

Não sou diferente dos demais Pankararu. Eu acredito e tenho fé [...] Quando você fala em atenção diferenciada é justamente o que se sobressai aqui é termos saúde indígena oferecida por indígenas. Porque você pega, por exemplo, uma técnica de enfermagem que é parteira, uma agente de saúde que é Pajé, uma outra auxiliar que é benzedeira, então isso tudo se mistura. E todos nós, como indígenas, estamos acessando também a saúde indígena, a saúde tradicional! Isso é muito forte quando você pega relatos como eu acompanho, de primíparas que decidem parir em casa, sabe? E [...] o que leva ela a tomar essa decisão? Já que é o primeiro filho, a primeira experiência dela. É mais do que uma simples confiança na parteira ou na pessoa que vai acompanhar ela ali no momento do parto. Isso transcende, entendeu? Quando há preparação, as famílias pedem aos Encantados a proteção para aquele parto. A própria parteira também. Então foge desse campo só humano [...] Tenho doença de índio, pois não sou diferente, sou Pankararu. É tranquilo pra mim por ter tido experiência, por ter experiência, ter tido não porque eu estou vivo. Por ter experiências de que nossos encantados permeiam, eles estão ali entre a gente, estão nos protegendo. E... por termos esse contato direto com essa força superior é que eu não sou diferente dos demais Pankararu: eu acredito e tenho fé sim! (João/coordenador do PB).

Essa condição de serem profissionais e sujeitos indígenas Pankararu, cuidadores e cuidados a partir de suas medicinas ancestrais, facilita a relação de horizontalidade entre população atendida, equipe gestora local e equipe executora da atenção na UBSI. Sobre esse aspecto, ao discutir o conceito de “estranhos morais”, trabalhado por Engelhardt Jr., alguns estudiosos⁶² apresentam o contraponto, ou seja, “os amigos

morais que seriam aqueles que compartilham uma moralidade continuísta em um grupo de pessoas”,^{62 p. 338} no caso, usuárias, trabalhadores e trabalhadoras, todos Pankararu, portanto “amigos morais”. Relação que favorece o vínculo necessário para a construção da Clínica Ampliada e Compartilhada da qual fala a PNH, aquela que escuta todas as necessidades e que acolhe a autoatenção que os sujeitos praticam na construção do cuidado – elementos que certamente contribuem para a oferta da atenção diferenciada da PNASPI.⁷¹

Para as entrevistadas, as experiências compartilhadas demonstram o reconhecimento e valorização dos saberes e práticas do sistema médico Pankararu que adotam tanto como profissionais das EMSI, ao prescreverem atendimento com especialistas de cura ou remédios da medicina Pankararu, quanto na própria autoatenção, especialmente por contarem com os cuidados intermitentes de suas mães e avós, como também com o cuidado de uma parteira:

A gente ainda guarda muito resguardo aqui. A gente pari... aí volta pra casa, aí fica pelo menos uns 15, 20 dias... dependendo da família e do parto... Eu mesma só fui fazer alguma coisa quando já tinha passado mais de mês... A maioria das mulheres aqui guardam o resguardo: não pega peso, não come comida que passa mal, come comida saudável... quem cuida do bebê da gente é a mãe... a parteira também vai lá e cuida do bebê, depende da família, do marido (Fátima/Técnica de enfermagem).

Bebe remédio do mato, se lava, se banha... sara depressa, tanto normal quanto cesáreo. Elas costumam colocar muito remédio no umbigo, pra cicatrizar rápido, pra cair, né? Se tiver algum problema na criança, eu encaminho... tanto pro médico como pro rezador (Olga/AIS).

Na frieza tinha que colocar uma meia, tinha que colocar um pano na cabeça. A posição de sentar, porque hoje em dia você vê muita mulher que quando chega do hospital já senta, assim, de todo jeito. A pessoa tá ali, acabou de ganhar neném... mas hoje em dia tem muitas mulheres, dessas mais novas, que não faz mais isso. Não tem mais aquele costume do que as nossas mães faziam. Depende muito da família. Tem família que é mais tradicional, aí você segue os costumes (Sueli/técnica de enfermagem).

Quando eu tô atendendo com Maria, por exemplo, e a mulher se queixa de uma coisa e ela fala ‘oh usa isso, faz isso’, a gente dá preferência à medicina tradicional do que à farmacêutica. Em último caso é que usa. Criança, mandar fazer um lambedor, vai pro rezador. Os rezadores também, quando fazem o tratamento e vê que o negócio é da medicina ocidental, do outro lado, eles também orientam a ir pro posto... e tudo é em respeito à isso, a

nossa naturalidade, porque já faz parte do nosso ser indígena
(Marta/enfermeira)

Avalio que esse processo de trabalho institui um modelo de atenção diferenciada, pois nele as profissionais reconhecem a eficácia e prescrevem remédios do mato, rezas e outros elementos próprios da medicina Pankararu, ainda que associados ao tratamento biomédico. Essa situação é oposta àquela encontrada por Pontes, Garnelo e Rego,³⁸ tendo em conta as práticas de atenção adotadas em dois PB do DSEI Alto Rio Negro, onde sequer os AIS mencionaram os cuidados tradicionais, como se desconhecêssem as práticas e remédios de seu próprio povo.

Em todas as EMSI das terras Pankararu, tanto do PBP quanto do PBES, escutei relatos sobre práticas tradicionais da saúde reprodutiva Pankararu mantidas por algumas mulheres e famílias, especialmente, durante a menarca, no resguardo (período que compreende o pós-parto) e nos cuidados com o recém-nascido. Também foi dito que esses cuidados vêm desaparecendo da cena que permeia a vida e a prática das mulheres e famílias Pankararu mais jovens. Essas constatações estão descritas por Athias:⁸

Observa-se que os cuidados alimentares durante o período menstrual são os mesmos praticados durante o resguardo. Esse pode durar até um mês, para prevenir problemas de saúde que vem diretamente do sangue. [...] As mulheres mais velhas deram à luz com parteiras. As entrevistadas acima dos 50 anos não tiveram experiências com médicos durante a gravidez e nem fizeram pré-natal. Buscavam ajuda com as benzedeiças das aldeias e eram tratadas com plantas medicinais e reza. Entre as mais novas, poucas têm seus filhos com parteiras.^{8 p. 202}

Contudo, ao se falar de parto das mulheres indígenas, mesmo de risco habitual, há que se observar e analisar outras relações dos serviços e dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde, assentadas sobre experiências, sentidos e moral diferentes, que se estabelecem, especificamente, em torno do parto e do nascimento. No caso das EMSI do PBP, observei diferentes entendimentos e atitudes envolviam a relação com a autoatenção no parto. Entre os partos que se registram na UBSI de Brejo dos Padres

prevalece o parto tradicional, especialmente presente nas aldeias Brejo dos Padres, Saco dos Barros e Jitó, todas de sua área adscrita. Na UBSI de Espinheiro, Carrapateira e na UBSI do PBES, a prevalência é do parto hospitalar, acompanhado de discursos relacionados à ausência de parteira atuante, à escolha de hospitais por mulheres Pankararu mais jovens, aos riscos de um parto na aldeia e à segurança de um parto em ambiente hospitalar, entre outros.

Para falar de parto, adoto a noção que Fleischer⁷² destacou no prefácio do livro de Carneiro “[...] um acontecimento que nos comunica sobre o aparato espacial e relacional em que práticas de cuidado e atendimento têm a chance de se passar.”^{72 p.14} Nesse sentido, o parto foi escolhido nesse estudo por se tratar de uma experiência que envolve práticas dos modelos indígenas de atenção à saúde reprodutiva das mulheres, que “precisam ser entendidos através das noções de práticas de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade, agência e práxis em oposição à perspectiva biomédica caracterizada como universalista, biologista, individualista e a-histórica.”¹⁸
p.1020

O parto é tomado como um evento que permite avaliar e acompanhar a implementação da PNASPI no que diz respeito à efetividade da atenção diferenciada ou, se preferir, o parto é tomado como um evento que permite analisar a relação que os trabalhadores e trabalhadoras do subsistema mantêm com os modelos tradicionais de parir e com o modelo biomédico de atenção presente na rede de referência SasiSUS. Faz-se mister, atentar às implicações dessas relações que, em um extremo, estabelecem relações forjadas e permeadas por respeito, valorização, proteção, fortalecimento e disseminação do parto tradicional em aldeias Pankararu, como é o caso da EMSI de Brejo dos Padres ou que, em outro extremo, caminham sob o poder e a hegemonia do modelo biomédico, com um discurso que desautoriza o modelo médico Pankararu.

Entre os Pankararu, a gravidez e o parto são eventos bem distantes de uma doença – envolvem relações de produção de saúde e da pessoa Pankararu, acionam práticas de cura com os Encantados e o uso de ervas do mato e rezas. O parto na aldeia tanto promove a reprodução de sujeitos como contribui com a reprodução biossocial dos Pankararu, como elemento de sua identidade étnica. Para esse povo, a medicina que praticam e o parto tradicional representam saberes e práticas específicas, singulares, que lhes diferenciam na diversidade indígena brasileira. Ainda, o parto Pankararu assistido por uma parteira estabelece laços de parentesco entre ela, a parturiente e o bebê.^{8;65} Tal qual encontrei na literatura, pude viver em minha andança com a parteira Maria nas terras de Brejo dos Padres, pois ouvi muitas vezes uma “Benção, Mãe Maria”, um cumprimento de deferência, respeito, de proximidade, que recebeu de todos e todas que cruzaram por nós.

Na comparação do modelo indígena de atenção nas aldeias com o modelo de atenção biomédico-hospitalar, estudos etnográficos que avaliam a satisfação das mulheres indígenas em relação a seus partos têm sido unânimes em apontar a preferência pelos partos que seguem os saberes, cuidados e práticas dos sistemas médicos tradicionais.^{20;22;24;73}

As justificativas descritas pelas autoras para a preferência pelo parto na aldeia vão desde a tranquilidade de permanecer em casa, com os filhos e toda a família à possibilidade de resguardar os preceitos étnicos de cuidados com alimentação, com o destino da placenta e outros tantos. Por isso, embora muitas sejam as insatisfações com a atenção recebida nos hospitais, as justificativas têm-se pautado no discurso biomédico da segurança que o parto médico-hospitalar propicia à prevenção e ao controle dos riscos. Nas palavras de Gil,²⁰ as parteiras indígenas do Alto Juruá-Acre afirmam que atualmente as mulheres indígenas, especialmente mais jovens, têm mais confiança nas

enfermeiras “brancas” do hospital, porque “querem contar com as condições necessárias para serem encaminhadas... caso aconteça algum problema”.^{20 p. 32}

A propósito do tema, em 2004, Coimbra e Garnelo publicaram um artigo onde já alertavam sobre risco da hegemonia biomédica e advertiam que entre a:

[...] população aldeada, questões relacionadas à saúde reprodutiva não costumam ser trazidas à atenção de profissionais de saúde não indígenas. A demanda por cuidados pré-natais e parto 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. Não é possível saber se este comportamento será alterado com a oferta, ainda recente, de serviços de saúde por parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.^{9 p.165}

Todos esses entendimentos e inquietações produziram o interesse desse estudo nas experiências e representações de gestores e profissionais dos Polos Base que atendem o povo Pankararu em relação ao parto. Pesquisei quais orientações e normatividades, por orientação da SESAI/MS, regem as ações das EMSIs em relação à atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Busquei ainda obter narrativas que informassem sobre a formação dos trabalhadores e trabalhadoras das EMSI – que a PNASPI define como estruturante e necessária a uma atuação cultural, etnicamente adequada e singularizada conforme a diversidade étnico-cultural e as especificidades epidemiológicas localmente encontradas. Além disso, indaguei sobre: a) a conduta das EMSI e da gestão local em relação ao parto, manifesta nas orientações e diálogos mantidos no acompanhamento pré-natal; b) os contextos, significados e expressões da atenção diferenciada em relação aos dois modelos de atenção ao parto – indígena e biomédico – presentes entre as mulheres Pankararu; c) a relação dos gestores e gestoras locais e profissionais das EMSI com o parto a que têm tido acesso as mulheres Pankararu encaminhadas às unidades de referência do SUS; e d) o processo de implementação da estratégia Rede Cegonha na região.

Quanto ao investimento e compromisso expostos na PNASPI em prover a saúde indígena de profissionais capacitados à construção de uma atenção diferenciada, as entrevistas informam que o DSEI-PE costuma promover variadas capacitações, com regularidade. Contudo, pelo que pude entender, o foco dos conteúdos abordados está na atualização das trabalhadoras e trabalhadores em relação aos programas, protocolos e normas técnicas das diversas áreas temáticas das secretarias do MS, que orientam a atuação biomédica das EMSI. Foram frequentemente citadas capacitações em: saúde da mulher, saúde da criança, IST/Aids, hipertensão, vacinação, enfim, áreas específicas de políticas setoriais do MS:

Eu fui contratada, iniciei os trabalhos, mas no decorrer dos anos vieram os cursos. Que tem muitos. Já fiz bastante. Tem 4 anos que eu tô aqui, já fiz bastante curso. De criança, de mulher, de DST/aids [...] epidemiologia [...] a gente faz muito curso (Marta/enfermeira).

Várias capacitações, já fiz todos os módulos que tem de AIS, já recebi o certificado de conclusão de curso. Aí vou fazendo, ao longo dos anos, atualizando: sobre saúde da mulher, dst/aids, verminose, no mês passado foi AIDIPI Comunitário. Os AIS todos foram (Bia/AIS).

Apenas um coordenador de PB referiu que, na sua formação introdutória à atuação no DSEI-PE, recebeu capacitação envolvendo conteúdo antropológico. No entanto, é interessante observar a forma, aparentemente desinteressada, com que se referiu ao conteúdo, conforme transcrito abaixo. Essa situação põe em cheque o compromisso e o propósito da PNASPI de formar trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena para a gestão e a execução da atenção diferenciada, consoante uma atenção intercultural que dialogue com as medicinas indígenas:

[...] o DSEI Pernambuco ele foca muito no introdutório. Há tempos que a gente realmente consegue, pelo menos na minha época, a gente conseguia até parcerias com a Universidade de Pernambuco, a Universidade Federal, alguns professores das áreas de humanas vinham também falar um pouco sobre a parte... o que a nossa política, a PNASPI, chama de transculturalidade, né? E também cada área técnica de saúde da mulher, saúde da criança, saúde sexual, tudo, cada um ia fazendo também a sua parte no introdutório. E é muito importante pra gente, porque [...] como a gente também tem muito indicador e muita meta, é bom a gente sempre tá inteirado (Renato/coordenador PB).

A literatura aponta a formação profissional inadequada à atuação em contexto interétnico, e, com isso, aponta um fosso entre as intenções da política e a possibilidade de sua efetivação.^{11;18;21;38;42;62} Nesses termos, entendo que os profissionais da saúde, formados e formatados para atuar em serviços de saúde biomédicos, atrelados a um Estado e a uma sociedade com cosmologias biologizantes e fragmentadoras do processo saúde–doença–tratamento, tendem a recriar e manter a hegemonia do modelo biomédico de atenção ao parto como o modelo ideal para a clientela indígena.

Ao explorar autores da antropologia da saúde e da bioética, Pontes, Garnelo e Mendes⁶² chamam a atenção para a inadequação do *habitus* biomédico que pauta os trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena. Tal inadequação pode desencadear conflitos e produzir efeitos indesejáveis, dificultando ou impedindo a comunicação entre estranhos morais:

o *ethos*, entendido como valor que regula a conduta cotidiana dos profissionais, é justificado pela ideia de que o saber técnico seria o único critério válido para garantir o melhor interesse do paciente. Menéndez enfatiza que no processo de hegemonia da biomedicina construiu-se a situação do paciente subordinado ao conhecimento médico, postura incorporada no *habitus* profissional.^{62 p.343}

Vale destacar que desde a década de 1990, quando a saúde indígena ainda estava sob a gestão da FUNASA, promoveu-se a expansão do atendimento e dos serviços de saúde em aldeias, com profissionais não indígenas, com formação biomédica e medicamento no bolso para reverter indicadores de mortalidade. Com a diversidade étnica, esses profissionais encontraram uma gama de sistemas de saúde indígenas e variadas práticas de cuidado e prescrições culturais relacionadas à reprodução, mais especificamente, relacionadas ao parto, mas que não foram acolhidas nem incorporadas na atenção ofertada pelos serviços de saúde indígena.

O quadro de trabalhadores em terras indígenas foi bastante ampliado com a criação da SESAI e, especialmente, com a implantação do Programa Mais Médico^{aa}, que possibilitou aumentar o número de médicos e médicas trabalhando numa UBSI. No DSEI-PE, o percentual de médicos e médicas compondo a EMSI cresceu, aproximadamente, 22% com o programa.

Conforme explicou um entrevistado, o que ocorreu foi que nem os serviços de saúde nem os profissionais foram preparados para atender as populações indígenas, para reconhecer e articular a assistência biomédica com os saberes e fazeres indígenas. Os profissionais, que chegaram para tratar de povos residentes em TI, tinham como fonte de informação indicadores que faziam crer que somente médicos, médicas, enfermeiros e enfermeiras (donos do conhecimento biomédico) teriam competência para diagnosticar a doença e tratar “o corpo de órgãos” – expressão com a qual Merhy^{74 p. 1} se refere à condição em que se olha para um sujeito e se enxerga um corpo biológico. Ao se relatar sobre o impacto da chegada dos serviços de saúde sobre as medicinas tradicionais Pankararu, o coordenador afirma:

Desestruturou porque o sistema não conversa, ou não conversava. O sistema ele veio para sobrepor, para apagar, para acabar com as parteiras, para acabar com o Pajé, com as tradições, com a cultura do uso da medicina tradicional indígena. O sistema veio pra acabar, ele é um modelo... ele não foi pensado pra conversar com o modelo indígena. Ele foi pensado pra vir e resolver questões de forma urgente, tipo os altos índices epidemiológicos que eles tinham. Eles pensaram em vir e instalar o sistema, como tá hoje instalado, mas não pensaram em conversar, em construir, em preservar o que já existia, porque era considerado um sistema falho... visto que os dados epidemiológicos do indígena brasileiro, de uma forma mais geral, era... negativo, com altos índices de mortalidade infantil, doenças negligenciadas, enfim, uma série de fatores (João/coordenador de PB).

Um exemplo fiel a essa análise foi encontrado em um artigo de Lewkowicz²³ que, ao analisar um parto e nascimento Mybá-Guarani, retrata uma situação de desrespeito do modelo indígena pelo biomédico – um autêntico exemplo de relação entre

^{aa} O Programa Mais Médicos foi criado em julho de 2013 com o objetivo de ampliar a oferta de atendimento médico em áreas descobertas pela Atenção Básica do SUS, em especial em áreas rurais e remotas do território brasileiro, inclusive nas terras indígenas.

estranhos morais. Primeiro quando a EMSI tentou impor o encaminhamento da grávida ao parto médico-hospitalar, o que só não ocorreu pela resistência e poder de decisão do cacique, marido da grávida. Retirando a esposa do carro, o mesmo enfrentou a decisão da EMSI, levou a esposa à avaliação do pajé e garantiu a permanência de sua mulher na aldeia, onde o parto ocorreu sob o signo e os cuidados de uma parteira Mbyá-Guarani. No segundo momento de estranhamento e imposição do saber e poder biomédico, a EMSI ignorou os procedimentos e sentidos dos cuidados impressos na cultura desse povo e providenciou a remoção imediata do recém-nascido ao hospital, alegando a necessidade e a importância das condutas biomédicas preconizadas aos recém-nascidos.

O terceiro momento de hegemonização e padronização biomédica ocorreu no hospital de referência às mulheres Mbyá-Guarani, onde mais uma vez as especificidades étnico-culturais desse povo foram ignoradas e negligenciadas, quando a equipe do hospital realizou um recorte no cordão umbilical para cumprir o padrão, descartando qualquer respeito à moral e aos valores étnico-culturais Mbyá-Guarani. Para Lewkowicz, isso:

[...] reafirma a lógica da domesticação da diferença implicada na filosofia ocidental e refletida até mesmo nessas políticas interculturais, assim como revela a sobreposição de um sistema de pensamento sobre outro, uma lógica colonial que busca a transformação do outro no mesmo.^{23 p. 10 e p. 1}

Decerto os profissionais e as profissionais que estiveram envolvidos nessa experiência não foram sensibilizados nem formados para atuar em diálogo com as medicinas indígenas, pois não respeitaram o modelo de parto, as necessidades, os valores e a moral relacionados ao parto e nascimento que integram o processo Mbyá-Guarani de torna-se pessoa.

Assim, tanto os achados de Pontes, Garnelo e Rego³⁸ como os achados deste estudo demonstram que a gestão da SESAI/MS – desconsiderando o mundo, a vida, a sabedoria e as práticas de cuidado de outras epistemologias médicas – pauta a atuação

do DSEI segundo a praxe biomédica, que exige metas, números de consultas, exames, etc. Então, como um efeito cascata, o DSEI cobra dos gestores e gestoras dos PBs e dos trabalhadores e trabalhadoras das EMSIs o cumprimento de tarefas centradas nos programas, protocolos e normativas que orientam a saúde pública brasileira, sem atentar às especificidades epidemiológicas e étnico-culturais dos povos indígenas. Esse modelo de gestão dificulta a construção da atenção diferenciada, da clínica ampliada e compartilhada da PNH, que deveria pautar-se nas relações de atenção–escuta, respeito–vínculo, isto é, no encontro entre sujeitos como resposta às necessidades específicas de um indivíduo integrante de uma coletividade indígena. Quanto a isso, Athias afirma que:

A formação dos profissionais de saúde no país está, prioritariamente, voltada para a intervenção e atendimento individual das demandas espontâneas, pautadas pela ética profissional que os responsabiliza pela luta na preservação da vida. Muitas vezes isso dificulta a percepção mais ampla da necessidade de participação do grupo social, nesse caso específico, de um grupo étnico, nos aspectos inerentes a atenção à saúde.^{53 p.220}

Considerando o exposto, é interessante salientar que, entre as entrevistadas, duas enfermeiras indígenas (uma Atikum e outra Pankararu) tenham expressado que precisaram reaprender ou se recolocar na condição de indígenas para atuar de forma articulada e acolher a autoatenção praticada nas aldeias. As duas enfermeiras atribuíram a formação ao saber biomédico e ao poder de curar do sistema oficial – que aprenderam a reverenciar como valores morais do etnocentrismo que lastreia o exercício da profissão:

Quando a gente chega pra trabalhar, mesmo sendo indígena, mas a gente chega com a teoria da biomedicina, né? A gente chega um pouco muito encantado quando sai da universidade, por tudo que vê e a gente quer fazer a forma que a gente aprendeu. Na cultura dos não indígenas é fácil trabalhar isso, mas na do indígena... assim que eu assumi, eu tive um pouco de dificuldade, por ser uma profissional de saúde, eu tentava orientar da forma que eu aprendi (Cris/enfermeira).

Foi no ano que eu entrei, que eu lembro que tinha todo aquele modelo hospitalar, aquela coisa... querendo plantar o que eu aprendi. Ai foi que caiu a ficha: olhe, você é daqui, você tem que trabalhar conforme as coisas andam

por aqui. Depois que deu aquele estalozinho. Porque quando você se forma, você se sente super-herói, quer mostrar a todo mundo que você sabe... Só que aqui é outra linha. Tem que adaptar [...] o de lá com o daqui (Marta/enfermeira).

Essa hegemonia do saber biomédico na formação dos profissionais de saúde indígena obstaculiza a efetividade de uma atenção diferenciada, culturalmente adequada e dialógica em relação aos diversos contextos e cosmologias da saúde indígena. Aí cabe a indagação de como a gestão nacional, entenda-se SESAI/MS, tem orientado a prática e a atenção ofertada pelas EMSI no acompanhamento pré-natal. As narrativas informam que gestores e profissionais estão orientados a seguir o que preconiza o Caderno da Atenção Básica – Atenção ao pré-natal de baixo risco (CAB 32)⁷⁷ sem qualquer observância ou orientação para que atentem às especificidades do perfil epidemiológico de saúde e étnico-culturais das mulheres e povos indígenas que atendem.

No pré-natal é uma consulta normal mesmo. Solicito os primeiros exames do primeiro trimestre, solicito que o parceiro venha também comparecer e fazer os exames. Aí já passo o sulfato ferroso pra iniciar, pra evitar que tenha anemia e o ácido fólico pra ajudar na formação do tubo neural da criança... oriento os cuidados: os três primeiros meses evitar estar se abaixando, pegando peso, andando de moto e alimentação. Evitar comida muito pesada por conta que pode dar constipação. Já tá tomando o sulfato ferroso, que um dos efeitos indesejáveis é a prisão de ventre, que ele prende o intestino e se fechar o intestino já dá hemorroidas, futuramente. Evitar doce, porque não comer, dizer isso é muito radical: 'não coma isso, não faça isso', não: evite, dê preferência a frutas, verduras, coisas mais saudáveis (Marta/enfermeira).

A gente as vezes acha assim 'a área aqui é muito burocrática'. Eu não tenho experiência com outros DSEIs, eu sei Pernambuco, como referência nacional de saúde indígena. Eu vejo que a gente as vezes reclama, como enfermeiro, mas nada passa batido. A gente sabe tudo que acontece. Desde quando a criança é gerada, o desenvolvimento, até quando chega na fase idosa... Desde a prevenção, desde o acompanhamento assistencial... nada passa batido (Rosa/enfermeira).

Observei que essa orientação não se coaduna com o posto na PNASPI, com o que está previsto no campo da saúde indígena. Na verdade, trata-se de uma orientação preocupante, pois avessa à atenção diferenciada. Trata-se de uma orientação que pauta o trabalho da EMSI no cumprimento de metas (ainda que ajustadas pela SESAI) e na

oferta de um catálogo pré-definido do que deve ser ofertado, logo, não pode atender as especificidades dos povos. Os documentos que orientam a implementação e o desenvolvimento dos programas: saúde da mulher, saúde da criança, hipertensão, prevenção e diagnóstico precoce de câncer do colo de útero e de mama, prevenção de IST/Aids, entre outros, imprimem um caráter normativo, universalizante e homogeneizador na orientação nacional à saúde indígena.

Trata-se de documentos que não dialogam com o princípio da atenção diferenciada suscitado no SASI e que sustentam os alicerces da PNASPI, dois grandes marcos de defesa e promoção das medicinas dos povos indígenas.

Essa situação tem mantido paradoxos que as trabalhadoras identificaram em suas narrativas, que o sistema SasiSUS dribla mas que a gestão da SESAI não tem enfrentado, como é o caso de reivindicações das mulheres e de movimentos de mulheres indígenas que permanecem à margem da política de saúde indígena. Por exemplo, o DSEI-PE não trabalha com o Programa de Planejamento Familiar do MS. A camisinha masculina e feminina são disponibilizadas em função do Programa IST/Aids, mas nenhum outro método é ofertado nas UBSI que atendem os Pankararu. Essa decisão tem impedido as EMSI de atenderem de forma culturalmente situada conforme cada mulher e contexto, tendo em conta as necessidades e as práticas da autoatenção vigentes:

Não faz parte dos Programas. Quando elas vem pra mim eu já falo pra elas ficarem cientes que aqui, na aldeia, saúde indígena não tem um programa de planejamento familiar. Mas como elas são munícipes, elas têm todo o direito de procurar o município, fazer o cadastro e receber o anticoncepcional. Não tem proibição nenhuma, só que dentro do programa não faz. Só orienta prevenção das doenças, distribuir preservativo, mas a questão do anticoncepcional não cabe a gente. Mas elas são orientadas, se quiserem, se for opção delas, elas tem direito de procurarem o município [...].
(Marta/enfermeira)

A questão do planejamento familiar em relação a isso, elas procuram o município. Eu, em minha área, não faço, entendeu? Nem médico... Existe a enfermeira do PACS, que a gente tem parceria, e aí elas pegam lá.
(Rosa/enfermeira)

Eu acho que elas estão começando a se prevenir mais. Eu já ouvi relatos de mulheres que ela toma o remédio escondido, porque o marido não quer, quer

que ela continue parindo... muitas é com o consentimento do marido. Mas muitas tomam escondido ... (Perguntei se tinha diferença entre as mais velhas e as mais novas) Eu acho que tem. As mais novas, hoje, estão mais espertas [...] aqui tem uma da minha idade que ainda teve 7, 8 filhos, mas a maioria só tem 2, 3, no máximo 4. (Bia/AIS)

A exigência é para que a EMSI produza números, sem alusão à autoatenção das mulheres Pankararu com a saúde reprodutiva, caso houvesse alusão, a mesma contribuiria para despertar no profissional o interesse em conhecer as práticas do modelo indígena, um caminho essencial à atenção diferenciada.^{38;40;47;63} Daí, não se constroem indicadores que apontem os processos de cuidado necessários ao estabelecimento da atenção diferenciada, de uma atenção forjada no encontro entre trabalhador ou trabalhadora e usuária, ainda que sujeitos pertencentes a diferentes mundos, pois sobretudo estabelecem uma relação de sujeitos que se respeitam e se afetam um ao outro.

Essas questões convidam a pensar a relação dos profissionais e das profissionais da EMSI com o parto das mulheres indígenas. O direito a uma atenção diferenciada tanto explicita a diversidade de cosmologias e de sistemas médicos indígenas de reconhecida eficácia (conforme posto na PNASPI) como refere a necessidade de diálogo e horizontalidade na estruturação do cuidado. Significa que às EMSI caberia promover processos terapêuticos de cuidado ampliado, que ao reconhecer os sistemas médicos indígenas, não biomédicos, incluíssem os cuidados e práticas de atenção étnico-culturais situadas em organização social e política e cosmologias específicas de cada grupo social: “tal diretriz visa adequar a prestação de serviços à variabilidade das culturas indígenas, prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas.”³⁸

p.3200

Nesse contexto, chamou a atenção o rol homogeneizante de ofertas e cuidados, diálogos e orientações durante o acompanhamento pré-natal narrados por todas as

EMSI. Ou seja, à exceção da EMSI de Brejo dos Padres, onde o parto tradicional Pankararu integra a lista de opções e ofertas discutidas nas rodas de conversa durante o pré-natal, as orientações repetidamente citadas nas entrevistadas versaram sobre amamentação, sobre mudanças no corpo e exames da gestação, além dos sinais de trabalho de parto:

Eu converso com elas, explico mais ou menos o básico em relação à gestação, faço os testes, oriento como deve ser, procuro orientar algumas mudanças que podem ocorrer durante: a parte fisiológica, no psicológico dessa mulher (Rosa/enfermeira).

A gente encaminha ela pra enfermeira, pra enfermeira solicitar o beta pra ela saber se tá grávida ou não e começar o pré-natal. Vai ensinando ela como é que amamenta, como é a hora do parto [...] (Fátima/técnica de enfermagem).

A gente costuma fazer palestras sobre parto, sobre amamentação, sobre puerpério... A gente costuma fazer isso nas mães de primeira vez, que a gente explica direitinho pra elas como é que vai ser no decorrer... quando elas começarem a sentir as dores, o que elas têm que fazer e assim por diante (Sueli/ técnica de enfermagem).

A propósito, um dos artigos resultantes do inquérito Nascer no Brasil, que versa sobre o acompanhamento pré-natal, informa que 64% das gestantes entrevistadas relataram ter recebido orientação sobre amamentação; mais de 62% referiram diálogos sobre riscos na gravidez e pouco mais de 50% sobre sinais do início do trabalho de parto, sabendo-se que mais de 88% receberam atendimento de um mesmo profissional.⁷⁵ O estudo conclui, ainda, que:

[...] orientações sobre práticas para facilitar o parto, de grande relevância para o parto vaginal, apresentaram a frequência mais baixa, sendo priorizadas as orientações sobre sinais de risco, reforçando o caráter biomédico da assistência.^{75 p.897}

Sobre esses aspectos, Lewkowicz afirma que “é por meio da biomedicina como ontologia política que se realiza a imposição do biológico como delimitante de um gênero e uma etnia sobre o corpo, não havendo espaço para outras concepções”.^{23 p. 8}

No caso específico do parto Mybiá-Guaraní estudado, a autora analisa que:

[...] a autonomia indígena não é tomada como princípio (de fato ainda que de direito até possa ser mencionada), sendo as práticas de saúde biomédicas a matriz sobre a qual o saber e controle dos corpos se sustenta. Apaga-se o múltiplo em nome do Uno, da eleição de uma única forma legítima de produzir corpos, de compreendê-los e, enfim, de fazê-los nascer.^{23 p. 14}

Uma outra vertente de subalternização dos modelos indígenas de atenção à saúde reprodutiva e ao parto frente a supremacia do modelo biomédico (como valor moral impregnado no discurso biomédico das EMSI) toma forma quando os trabalhadores e trabalhadoras preconizam que o acompanhamento pré-natal é o que determina se um parto pode ou não ocorrer sob os preceitos da medicina Pankararu.

Digo isso porque em suas narrativas defendem como essencial à grávida: o acompanhamento pré-natal da EMSI; a realização dos os exames laboratoriais e de imagem preconizados no CAB 32; a medicalização do corpo (sulfato ferroso e ácido fólico a todas as grávidas); entre outros elementos que congregam as informações necessárias para assegurar às mulheres a tranquilidade para parir na aldeia, como avaliam:

Eu não vejo o parto como um risco. Se ele for um parto normal, que esteja tudo bem tanto com a criança como para a mãe, eu não vejo o parto como um risco não. Que a gestante seja acompanhada tudo direitinho como deve ser, eu não vejo não um parto como risco. Agora existem os de risco, [...] elas optam mais por ir pro hospital. Porque elas não ficam tão segura assim de ganhar em casa.

[...] pra ela não receber essa caixinha de surpresas [referindo-se a parteira]. Saber que tá assim, que o RH é negativo, que é baixo peso [...] São coisas que são extremamente importantes saber. Onde tá localizada a placenta [...] se pode ter risco de circular de cordão. Tudo isso é importante estar junto com a enfermeira [...] todo esse suporte durante o histórico de pré-natal da gestante [...] Eu acho que tudo na vida, não é questão de risco, mas eu acho que tudo na vida, se você tiver um bom acompanhamento, tem condições de acontecer coisas boas, ter sucesso em tudo que a gente faz, entendeu? (Marta/enfermeira).

E todos querem ter acesso. E todos tem o direito de ter acesso ao exame por imagem, até pra garantir o nosso parto domiciliar, nosso parto tradicional e aí vai ser mais tranquilo, né, com acompanhamento, tendo os exames direitinho (João/coordenador de PB).

Traduzi esses discursos como expressões das contradições que a hegemonia biomédica instala nas mentes e corações dos trabalhadores e trabalhadoras indígenas,

pois se reportam à medicina ancestral Pankararu como eficaz, transcendente ao conhecimento e à intervenção biomédica, no entanto, admitem que é o atendimento biomédico que tem o poder de atestar segurança ao modelo Pankararu de parir e nascer na aldeia.

Cabe indagar se o pré-natal tem desempenhado o papel de propiciar o reconhecimento de diferentes sistemas de cuidado com a saúde reprodutiva e com o parto, a aproximação e a articulação das diferenças na perspectiva da oferta de uma atenção diferenciada que proteja os modelos próprios de parir na aldeia. Ou se o pré-natal foi reduzido a uma experiência que tem contribuído com a destituição dos modelos indígenas de atenção ao parto para dar lugar ao sistema médico colonialista. Nesse sentido, ao analisar a situação das mulheres Munduruku de Borba-AM, Scopel²⁴ alerta que:

[...] os contextos de pluralidade médica implicam em juízos de valor sobre as diferentes formas de atenção à saúde, doença e tratamento [...] essas mesmas relações sistemáticas coagem os sujeitos e constituem os instrumentos e elementos que moldam suas subjetividades. Portanto, no processo de expansão biomédica é preciso ter em conta os paradoxos advindos dos confrontos entre diversos regimes de poder e intencionalidades.^{24 p.159}

Ainda, para a autora, observando e analisando o acompanhamento pré-natal em terras Munduruku, ficou evidenciado que foi:

[...] durante o pré-natal que os profissionais de saúde construíram a necessidade do parto hospitalar. Dessa forma, o sistema de saúde tem incentivado e estimulado as mulheres Munduruku a parirem nos hospitais da cidade.^{24 p. 133}

Outros autores problematizam, à luz da atenção diferenciada, sobre a recente medicalização e hospitalização do parto das mulheres indígenas. É o caso dos estudos de Ávila,^{48;76} sobre os partos do povo Timbira do Maranhão, no Nordeste e do Tocantins, na região Centro-Oeste; de Athias⁸ e Gilberti⁶⁵ sobre as mulheres e povos Pankararu, residentes em Pernambuco, no Nordeste; de Ferreira¹¹ e Lewkowicz,²³

ambos envolvendo o parto Mbyá-Guarani, povos do Sudeste; e de Scopel,²⁴ envolvendo experiências de parto das mulheres Munduruku, do Norte brasileiro, entre outros.

A propósito do tema, descrevo um breve relato de uma experiência recente. Entre os dias 23 e 24 de abril de 2017, 36 mulheres indígenas, lideranças nacionais e conselheiras ou representantes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), estiveram em Brasília para realizar a I Conferência Livre de Mulheres Indígenas, como etapa à participação na 2ª Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, evento do qual participei desde a organização. Durante um Grupo de Trabalho sobre Parto e Medicinas Tradicionais Indígenas, entre tantos depoimentos sobre hospitalização do parto por iniciativa das EMSI, registro o de uma jovem Kaiapó, residente em uma TI localizada no município de Redenção, no estado do Pará, que denunciou a prevalência de cirurgias cesarianas na atenção ao parto de todas as mulheres, inclusive indígenas, compulsoriamente levadas para parir no hospital do município. Afirmou, ainda, ter feito laqueadura, no último parto, para se prevenir de mais uma cesariana, já que a EMSI não deixa mais parir na aldeia (Relatório Memória da I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas¹⁹, Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, abril/2017). Situação que se replica nos serviços de saúde indígenas.

Muitas narrativas trataram o parto hospitalar da mulher Pankararu como uma questão de direito inquestionável de todas as mulheres brasileiras: parir em um ambiente construído, organizado, equipado e funcionando com profissionais médicos habilitados a reconhecer os riscos e medicalizar os corpos, a prevenir e controlar aqueles que precisarem de ajustes para parir. Para Carneiro, o controle médico sobre o corpo e o parto desembocou na “[...] consolidação da perspectiva de que as mulheres estariam mais amparadas nas instituições e sob conhecimento técnico especializado”.^{31p.15}

A gente explica direitinho pra elas como é que vai ser no decorrer [...] quando elas começarem a sentir as dores, o que elas têm que fazer e assim por diante. [...] Aqui, por ser uma aldeia perto do município, elas costumam

ir para o hospital pra ganhar lá. As mulheres daqui não é mais como antigamente que elas costumavam parir em casa. Elas gostam mais de ir pro hospital (Fátima/técnica de enfermagem).

Elas preferem os hospitais. Não preferem ter em casa, não sei por quê. Porque não tem a parteira, né? Assim, tem a parteira, mas ela não pratica. Eu acho que pra pegar uma criança tem que ter aquela confiança, né? Aí acho que elas não têm. [Qual o medo de parir na aldeia? Perguntei:] Eu acho que é de não nascer (Olga/AIS).

A gente orienta procurar o serviço quando iniciar os sinais clássicos que a gente tem do início do trabalho de parto e a dificuldade maior, como eu disse, pras mulheres, é o transporte [...] Em geral, elas seguem bem a orientação da gente, enquanto profissional de saúde, pra fazer o parto hospitalar por uma maior segurança pra mãe e pro bebê (Renato/Coordenador PB).

Ocorre, contudo, que os direitos assegurados às mulheres em protocolos clínicos, portarias e decretos relativos à saúde reprodutiva, ao parto humanizado, não encontram eco nas unidades de referência onde as mulheres Pankararu têm parido. O direito ao acompanhante, vigente desde julho de 2005, ainda é desconhecido tanto pelas mulheres quanto, ao que parece, por várias profissionais.

Mais grave, ainda, é que pelos relatos ficou subentendido que se chegando à maternidade de Jatobá a indígena apenas começa seu martírio de peregrinação, em Petrolândia, é provável que ela sofra outras violências (considerando a peregrinação em trabalho de parto já como violência). As narrativas referiram violência psicológica, moral e institucional, além de violência obstétrica, como Carneiro³¹ e Leal, Pereira, Domingues, Filha, Dias, Nakamura-Pereira et al² traduzem as intervenções desnecessárias a que são submetidas as mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Assim é que já no Editorial da publicação com resultados do inquérito Nacer no Brasil³³ as organizadoras declaram, de forma contundente, a necessidade do país superar, mudar o modelo de atenção ao parto hegemônico na rede de saúde.

Assim, é provável que ainda que inserida em uma rede de atenção obstétrica desestruturada, pouco resolutiva e, via de regra, onde as mulheres sofrem violências, a certeza de que o parto hospitalar é um direito e o melhor para a mulher Pankararu seja

decisivo à transferência e encaminhamento de rotina, o que levou a atuação das parteiras ao ostracismo. Digo isso por entender que os entrevistados e as entrevistadas relatam as condições da rede e os maus tratos apenas como constatações.

Entendo que a naturalização da medicalização e do excesso de intervenções levou a que o tema sequer brotasse espontaneamente nas narrativas. Sempre provocado durante as entrevistas, os problemas foram descritos e referidos como reclamações, queixas que as mulheres compartilham com a EMSI. Em nenhuma entrevista identifiquei qualquer movimento para o enfrentamento dessa situação, uma tentativa de diálogo voltado à discussão/ construção da atenção diferenciada às mulheres indígenas que chegam na rede do SUS para parir:

Abusam das mulheres [...] Eu já vi comentando que diz assim: ‘é, na hora que foi fazer não ficava assim e agora tá assim’ [...] elas também sentem muita falta de uma pessoa ali perto delas. Um parente, uma mãe, alguém que esteja ali dando apoio [...] eu acho que não é por ser indígena não, pode ser que seja, mas eu acho que é a falta de humanidade mesmo das pessoas que trabalham lá. Assim, eu não estou me referindo a todas, mas tem gente que não sabe receber as pessoas, não sabe tratar direito as pessoas (Sueli/técnica de enfermagem).

Porque eles querem se livrar do problema. Querem cortar logo e pegar e pronto... Ocitocina no soro endovenoso, pra acelerar as contrações uterinas. Dar anestesia local pra poder fazer a episiotomia. Depois episiorrafia... todas ficam com medo. [Comentando a troca de experiência nas rodas de conversa com as grávidas]: ‘Ah, porque eles fazem toque demais, toque desnecessário. Já falei, não precisa tocar em mim, vai nascer’. Elas me falam isso... E não tem ninguém pra apertar a mão, naquele momento (Marta/enfermeira).

O expoente da constatação de que as violências estão naturalizadas está no comentário de João. Um índio Pankararu, enfermeiro, coordenador de Polo que entende, acredita, defende e protege o parto tradicional na aldeia, tem doença de índio e se trata com os Encantados, que ao ser convidado a opinar sobre as episiotomias, episiorrafias, ocitocinas e manobras de Kristeller, que eu havia escutado, afirmou: “Não, não tenho acesso a essa informação, se recebe toda atenção durante o parto [...] se elas tem acesso a tudo isso dentro do hospital eu não posso precisar pra você” (João/coordenador PB). João tratou as violências como atenção recebida, acesso, naturalizando o que precisa ser

enfrentado e combatido. E também no depoimento de Rosa, abaixo, que trata as violências escutadas como queixas constantes:

Eu particularmente já tive muitas queixas em relação a isso. Tanto que meu natimorto foi lá. (O que elas falam da internação? Qual o tipo de comentário que você escuta?) Comentário? Elas falam que são... é tudo muito frio, elas mal tem contato com a criança [...] (Rosa, enfermeira EMSI).

No artigo sobre intervenções obstétricas em mulheres de risco habitual, do inquérito Nascido no Brasil³³ p. S17- S32, as autoras afirmam que menos de 50% do total de entrevistadas refere ter tido acesso à atenção humanizada, percentual ainda maior nas regiões norte e nordeste, o que inversamente indica menor acesso às Boas Práticas. Quanto a essas intervenções citadas nas narrativas sobre o parto das mulheres Pankararu, que desde 1996 tanto a OMS quanto o MS recomendam abolir, o estudo demonstrou que “O uso de ocitocina e amniotomia foi de 40%, sendo maior no setor público e nas mulheres com menor escolaridade. A manobra de Kristeller, episiotomia e litotomia foram utilizadas, em 37%, 56% e 92% das mulheres, respectivamente.”²

p.S17

Na unidade de Petrolândia, outros tantos problemas foram relatados: como a falta de higiene e o isolamento, falta de informação e desassistência reclamadas pelas mulheres, além da separação dos recém-nascidos e recém-nascidas levadas para exames. Abaixo anarrativa mais emblemática de violências e isolamento na atenção que acessam na rede local:

Elas reclamam muito da questão da higiene do local. Eu não sei porque eu nunca vi, nunca fui lá... falam que não é boa. Que a assistência não é boa... não tem aquela questão da humanização, que as pessoas não passam nenhuma informação. É mais um número e pronto. Fica como teve essa minha paciente:

‘_Ah, cadê meu filho?’

‘_Ah, seu filho não tá muito bem...’;

‘_Mas e cadê? Nunca vi’.

É não viu. Quando foi ver a criança tava morta, entendeu? Então assim, não tem informação nenhuma. Fazem ali e pronto.

Nesse contexto, indagando sobre conhecimento, participação e mudanças identificadas como resultado da estratégia Rede Cegonha, o que ouvi como resposta

denunciou o total desconhecimento dos entrevistados e das entrevistadas com a implantação da estratégia RC no estado de Pernambuco: “Essa rede num chegou aqui”. Ou ainda: “Nunca vi falar”. Quando muito, confusão com um programa do estado de Pernambuco: “Olha, nós iniciamos uma parceria, né, assim que eu entrei, com a Rede Cegonha... Não, não era Rede Cegonha, me engano, era Mãe Coruja, o nome aqui é Mãe Coruja” (João/Coordenador PB).

7.2.1.O parto tradicional Pankararu e a EMSI de Brejo dos Padres/PBP

Na UBSI de Brejo dos Padres, encontrei a parteira mais conhecida do povo Pankararu, Maria, que também é a técnica de enfermagem da equipe. Embora não tenha conseguido entrevista-la de maneira mais formal, com roteiro e gravador, o Universo me presenteara com uma experiência muito mais rica de sentidos ao lado da parteira Maria. No dia em que fui a essa aldeia, encontrei Maria em sua casa, ao lado da UBSI, preparando-se para ir à casa de uma mulher em trabalho de parto e fui convidada a acompanhá-la.

Nessa área, as narrativas apresentaram a preferência pelo parto tradicional entre as mulheres da aldeia, descrevendo a relação da parteira com a parturiente, uma relação que favorece o parto, conforta e se traduz em segurança às parturientes:

A maioria daqui tem a preferência de ter o parto em casa. É porque prefere estar entre a família, porque a parteira é conhecida... vai cuidar delas, vai tratar carinhosamente. E elas querem em casa, porque querem estar com a mãe, querem estar em seu habitat, querem estar tendo mais atenção (Marta/enfermeira).

A preferência delas é em casa, até as mulheres menores de 18, 15 anos, 14... diz: ‘quero ter em casa’. Ou então sendo o primeiro filho, é a preferência... as outras que não parem em casa mesmo, a maioria é porque tem algum problema, ou pressão, ou outro problema que requer outros cuidados maiores mesmo. Aí vai pro hospital. É difícil aquela que venha aqui e diz que quer retornar pra ir pro hospital. Já chegou uma que decidiu: ‘meu segundo filho eu não quero ir de jeito nenhum pro hospital!’, sendo que a primeira filha

dela, morrendo de medo, insegura, disse: ‘quero ir pro hospital’. Foi a opinião dela. Já o segundo ela disse que Deus livrasse ela de ir pro hospital... E os relatos são esses: ‘Eu vou deixar de estar em casa, recebendo carinho, sendo tratada em casa pela parteira que faz isso e faz aquilo e faz massagem...’. Porque, assim, normalmente não vai só uma parteira. Sempre vai a parteira e uma aprendiz, ou até mesmo duas. Aqui enquanto uma tá lá prestando os cuidados, outra tá na cozinha, ou tá preparando um chá, outra tá preparando um banho. Ou se já teve outro filho, sempre tá voltando a atenção pra outra criança... ela não tá ali... eu acho que isso forma a segurança” (Laura/AIS e Aprendiz de Parteira).

Pelo que pude observar e pelo que entendi do que ouvi, vi e senti, a UBSI de Brejo dos Padres se diferencia de todas as outras por se tratar de uma unidade que tem na EMSI “a parteira” Maria como sua técnica de enfermagem. Maria reúne compromisso, competência, reconhecimento e poder no cumprimento de seu papel de especialista de cura Pankararu, como parteira e como técnica de enfermagem. Enraizada e acessando a cosmologia da saúde reprodutiva Pankararu, Maria associa seus saberes e instrumentos rituais aos recursos do conhecimento técnico biomédico. Por essa sua condição, Ramos,⁶⁷ caracterizou Maria como “agente intercultural” de atenção à saúde reprodutiva das mulheres Pankararu. Ao que parece, a experiência de Brejo é exitosa e merece ser melhor conhecida, até como possibilidade de atenção diferenciada ao parto das mulheres indígenas brasileiras.

Durante a experiência de acompanhar Maria, pude assistir como a mesma acionava e permeava elementos dos cuidados dos dois sistemas médicos, biomédico e Pankararu. Quem iniciou o atendimento foi a técnica de enfermagem, que fez a ausculta da pressão arterial e mediu a temperatura da parturiente, depois escutou os batimentos cardíaco-fetais com um sonar bastante remendado com fita adesiva. Comentou comigo: “esse tá velhinho, mas funciona”. Certificando-se que tudo estava bem, dados registrados, foi guardando o material da técnica e compondo-se como parteira Pankararu. Iniciou com o preparo de seu *campiô*, de uso estritamente pessoal, feito da madeira da Jurema Sagrada. O *campiô* é uma espécie de cachimbo, instrumento usado

em rituais tradicionais por meio do qual é liberada a fumaça que comunica o momento do parto e aproxima a mulher, a parteira e os Encantados Pankararu. Embora tivesse lido em Gilberti,⁶⁵ pude escutar de Maria:

É minha conversa com os Encantados. Primeiramente com Tupã e com os Encantados, com Nossa Senhora do Bom Parto, que é pra eles ajudar pra ser um parto tranquilo, pra que tudo corra bem, ela fique bem, o neném nascer bem. É assim. (Maria/Parteira e técnica de enfermagem)

O que vi, senti, conversei e compreendi da assistência ao trabalho de parto que prosseguia, mais que informação, reverberava em meu corpo, comunicava sobre o sistema médico Pankararu, em sua articulação com o conhecimento biomédico, transparente e visível na atenção que permeava a assistência prestada por Maria àquela mulher. A experiência do parto entre o silêncio e o canto dos pássaros, o carinho, leveza e força de ânimo da parteira, a energia dos Encantados (que não se pode aquilatar), a participação silenciosa e presente da cunhada e o ambiente do entorno, tudo junto garantindo uma forma diferente de chegar ao mundo em terras Pankararu.

Uma situação também bem específica à composição da UBSI de Brejo dos Padres chamou minha atenção ao que promete garantir continuidade à experiência com a atenção diferenciada ao parto que encontrei naquela unidade. É que a EMSI conta com uma AIS que é técnica de enfermagem, aprendiz de parteira e nora de Maria, com quem reside e de quem vem herdando sabedoria e respaldo para tornar-se, futuramente, mais uma ‘agente intercultural’ da saúde reprodutiva Pankararu, como classifica Ramos (2010). Para sua formação, além de Maria, a jovem AIS acompanha outros partos em seu processo de tornar-se parteira, com apoio da EMSI e do PBP:

Sempre vai a parteira e uma aprendiz, ou até mesmo duas. Aqui, enquanto uma tá lá prestando os cuidados, outra tá na cozinha, ou tá preparando um chá, ou tá preparando um banho. Ou se já teve outro filho, sempre tá voltando a atenção pra outra criança... eu acho que isso forma a segurança [...] (para assistir o parto) [...]A gente já saiu com Maria pra parto, a gente partejou a mulher de manhãzinha, passou a noite, amanheceu o dia. A tarde, em outra

aldeia. E depois perguntam ‘como é que vocês fazem isso? Somem no mundo sem dizer nada’. Aí eu acho que a gente tem que estar bem disponível mesmo, porque pra parir não tem horário, não tem dia, não tem nada disso. Pode ser de manhã, pode ser a tarde, pode ser de noite, de madrugada. (Laura/AIS e Aprendiz de Parteira).

Viveu com a sogra, a parteira Maria, o primeiro parto em que esteve à frente e recebeu nas mãos a chegada de um novo Pankararu. Entende que o parto é de quem pare, um evento fisiológico, que a parteira está ali pra cuidar:

[...] quem pare, ali, são elas, a gente tá ali pra receber. Mas é muito encantador mesmo. É um privilégio você poder estar ali dizendo ‘eita, eu ajudei, eu tava ali, eu peguei!’. Eu já tinha ajudado assim em outros, aí teve um da minha prima que a gente inverteu. Maria tava aparando e eu tava assim nela, apoiando. Aí eu vim pro lugar que Maria tava e ela foi pro meu. Dali eu pude observar bem cada movimento da criança. É um privilégio. Me encanta, não tem nada mais bonito do que ver um parto assim, a criança vindo. Porque a gente sabe que quem pari ali são elas, em alguns casos a gente até dá aquela ajuda. (Laura/AIS e Aprendiz de Parteira).

A atenção pré-natal na UBSI de Brejo também se diferencia por dialogar com as grávidas sobre o local do parto, sobre nascer em casa ou no hospital, as vantagens do parto tradicional Pankararu, o acolhimento da família, estar na própria casa, o que contribui para a prevalência do jeito tradicional de parir e nascer na aldeia, especialmente nas aldeias Brejo dos Padres e Jitó que essa equipe atende:

Aqui a gente faz roda de conversa com as gestantes. Maria sempre tá pra gente conversar sobre isso: ‘o que você imagina do seu parto?’. Elas vão relatando que preferem ter em casa [...], porque quer estar com a mãe, quer estar em seu habitat, quer estar tendo mais atenção e carinho da parteira! [...] a gente aproveita isso e vai falando dos privilégios de ter em casa, de ser normal. Normal não, natural, que agora mudou a forma de falar. Fala que em casa cicatriza mais rápido, porque aqui a gente usa as ervas... e em casa não tem o corte” (Marta/enfermeira).

Maria comentou comigo: “bom era se tu tivesse chegado uma semana antes, porque aí tu tinha participado de uma roda de conversa com as gestantes”. Infere-se que a participação da técnica e parteira Maria confere o tom do diálogo sobre a experiência do parto, contando com o respeito e reverência de toda a EMSI e com todo apoio da

coordenação do PBP, provavelmente por sua posição de prestígio e pelo reconhecimento de sua competência, conferidos pela comunidade Pankararu, dentro e fora de sua aldeia.

Foi assim que, na UBSI de Brejo dos Padres, encontrei uma experiência prática imbuída de diferentes sentidos em relação ao parto das mulheres Pankararu, que têm incidido no crescimento do parto tradicional nas aldeias Brejo dos Padres, Saco dos Barros e Jitó, de sua área adscrita, comunidades que, entre os anos de 2012 a 2015 tem mantido prevalente esse modelo de atenção.

7.2.2. O parto tradicional Pankararu eas EMSI de Espinheiro, EMSI de Carrapateira/PBP e EMSI do PBES

À exceção da EMSI de Brejo dos Padres, as duas outras EMSI do PBP e a equipe do PBES têm experiências e apresentam entendimentos a respeito do parto tradicional Pankararu que contribuem para o crescimento do parto médico-hospitalar. Em seus discursos, a experiência de Brejo deve-se à presença de Maria na EMSI, desqualificando ou desautorizando o saber e a prática médica da autoatenção ao parto Pankararu. Em suas avaliações, além de ser a parteira mais respeitada, Maria trabalha como técnica de enfermagem da EMSI e trabalhou, por muito tempo, como parteira hospitalar em Tacaratú, onde mantém livre acesso com as grávidas que encaminha e acompanha: essa condição é que mantém seu prestígio e a preferência por parir com ela, no modelo de atenção praticado na aldeia.

Daí forjam o entendimento de que a prevalência do parto tradicional em algumas aldeias ligadas a equipe de Brejo dos Padres decorre do acesso facilitado que as mulheres têm à parteira e técnica Maria, uma especialista que também é técnica e por

isso desperta confiança nas mulheres, nas famílias e entre as comunidades. Uma avaliação permeada pela moral biomédica do *habitus* que esses entrevistados e essas entrevistadas carregam:

Acho que no Brejo elas têm mais afinidade com a parteira. A parteira tem mais aquela convivência com elas. Da equipe ali. Mas a da gente não tem uma parteira pra estar acompanhando com ela, pra fazer os pré-natais junto com as grávidas [...] E ali já tem aquela confiança, a confiança que elas tem em Maria. Tudininho já tem confiança em Maria, porque também trabalhou no hospital. Ela tem toda abertura de entrar e sair no hospital, porque é reconhecida como parteira lá. Embora não trabalhe mais no município, ela entra com a gestante daqui, com a índia e vai pra sala de parto. Se não tiver quem ajude ela faz o parto lá, sozinha (Olga/AIS de USBI).

A parteira famosa é a Maria. A Maria trabalha mais com a população, as outras não. Não é da saúde, aí o pessoal tem mais receio. A parteira que é profissional de saúde tem mais poder/saber, condição/capacidade de identificar uma complicação. E tem mais acesso, se tiver alguma complicação ela leva pro hospital (Fátima/técnica de enfermagem).

Além da falta de parteiras “Marias” em outras EMSI e aldeias, em suas análises o que tem provocado o deslocamento do parto da aldeia para o hospital é o contato com a sociedade envolvente, o acesso à educação formal, ao mercado de trabalho, o acesso à rede de saúde, a proximidade e presença fácil nas cidades vizinhas, os meios de comunicação: do rádio à internet nos celulares.

Assim, as narrativas justificam o desaparecimento das parteiras atuantes, na maioria das aldeias do PBP e em todas as aldeias do PBES, porque a opção e o direito das mulheres passaram a ser o de parir no hospital: “... uma escolha individual, mas que se constrói familiar, se constrói na comunidade” (Marta/enfermeira). Para ela, as trabalhadoras e trabalhadores apenas orientam sobre o local do parto, a mulher tem autonomia e poder de escolha: “Eu acho que interferir não é bem a palavra, vai aconselhar. Vai incentivar, acho que sim. Mas acho que vai de cada um. Cada mulher é dona de seu próprio corpo, cada uma faz o que acha melhor” (Marta/enfermeira).

Dessa forma, interpretam que a vida moderna e os valores que dela brotam chegaram às mulheres e ao povo Pankararu carimbando a opção das mulheres indígenas

pelo parto hospitalar, o que faz com que suas escolhas e decisões incidam sobre este modelo, que apenas comunicam durante o pré-natal:

[...] o que elas tem de referência como parto é em relação a zona urbana, porque não tem diferença [...] Modelo biomédico, mesmo, da minha, da população que eu atendo. Também tive uma redução grande no número de gestantes. Hoje minha população é de quase 1900 pessoas, eu só tenho 13 gestantes, entendeu? Então tá tendo uma consciência também em relação a gravidez. As mulheres estão procurando mais a questão de estudar e tudo mais, entendeu. Digo em relação à minha área (Rosa/enfermeira).

A gente costuma fazer isso [referindo diálogo sobre local do parto] nas mães de primeira vez, que a gente explica direitinho pra elas como é que vai ser no decorrer [...] quando elas começarem a sentir as dores, o que elas têm que fazer e assim por diante. [...] Aqui, por ser uma aldeia perto do município, elas costumam ir para o hospital pra ganhar lá. As mulheres daqui não é mais como antigamente que elas costumavam parir em casa. Elas gostam mais de ir pro hospital (Fátima/técnica de enfermagem).

Para Gil²⁰, as formas de contato com a sociedade envolvente impactam, de fato, nas experiências e comportamentos relacionados à saúde, mas as influências variam entre os povos mais abertos ou resistentes a mudanças culturais, portanto não definem escolhas. Ressalta que para os Katukina, povos acreanos com facilidade de acesso à cidade, permanecia prevalente a opção pelo parto tradicional na aldeia. Essas preocupações e observações da autora se coadunam com aquelas que envolvem a autoatenção praticada no parto tradicional, presente entre muitos povos indígenas e as transformações por que tem passado essa autoatenção, por conta da influência e confluência do sistema biomédico nas aldeias. Na análise da autora, existe uma:

[...] tendência a utilizar o sistema público de saúde. No caso que nos ocupa, essa tendência se expressa na predisposição a encaminhar as mulheres para dar à luz nos estabelecimentos públicos de saúde, mesmo não havendo indícios de riscos no parto e existindo mulheres experimentadas na assistência de parturientes nas próprias aldeias.^{20 p.30}

Nesse sentido, Athias informa que na pesquisa realizada entre as Pankararu; “as entrevistadas acima de 50 anos não tiveram experiências com médico durante a gravidez e nem fizeram pré-natal. Buscavam ajuda com as benzedadeiras da aldeia e eram tratadas

com plantas medicinais e reza.”^{8 p.202} Situação semelhante, que até parece nivelar o ano e a geração de mulheres, foi relatada sobre o povo Munduruku por Scopel²⁴:

Se a medicalização do parto já tem longa data no contexto urbano, ainda é um fato recente para as populações indígenas no Brasil. Entre os Munduruku, na aldeia Kuatá, todas as mulheres acima de 40 anos não tinham dúvida quanto ao local do parto, que seria em sua casa, na aldeia, com auxílio de uma mulher mais velha ou de uma **parteira ou pajé**.^{24 p. 160} (grifo meu).

Reunindo a certeza de que faltam parteiras como Maria nas demais EMSI e de que as mulheres, na atualidade, preferem parir no hospital, outra justificativa disseminada entre as equipes em apreço é de que a prevalência do parto hospitalar em algumas comunidades se deve à ausência de parteiras atuantes, que permaneçam atendendo partos em suas localidades. Muitas narrativas explicam o sumiço das parteiras Pankararu pelo envelhecimento, morte das mais velhas e desinteresse das gerações mais novas pelo ofício, uma vez que a preferência da nova geração é pelo parto no hospital.

Ferreira^{11;21;42;49} tem discutido a apropriação e objetivação do termo “tradicional” pelas políticas públicas, tanto nacionais como posto nos documentos na Organização Mundial de Saúde (OMS). Em especial, a autora tem apresentado como a construção da categoria “parteira tradicional” foi imposta nos contextos indígenas, transformando um evento familiar, que sequer exigia uma pessoa com domínio de um ofício, foi ‘enquadrado’ pelo discurso oficial. Assim, por analogia aos papéis desempenhados no sistema biomédico, instituiu-se o papel da parteira àquela pessoa que assistia aos partos em suas comunidades. Dessa forma, ressalta Ferreira:

[...] a noção de parteira, que aparece nos discursos como uma figura genérica e universal, encobre realidade extremamente diversa e dinâmica no que diz respeito tanto aos processos de surgimento dessa personagem no âmbito das comunidades indígenas quanto às formas que a organização da assistência às parturientes assume nesses contextos.^{11 p.209}

Nas palavras de um pajé que esteve no encontro coordenado por Ferreira no Alto Juruá, estado do Acre, em 2007:

Antigamente não existia parteira! Porque na nossa cultura mesmo, era assim: a filha ganhava neném, a mãe pegava; se for a irmã, o irmão dela mesmo pegava o neném. Não tem própria parteira! Antigamente, como se diz, qualquer um pegava o neném dos parentes. Hoje não! Hoje vocês começaram a estudar as leis do branco e já começam a falar de parteira. Antigamente não existia parteira própria pra pegar o neném! Quem trabalhava com a mulherada era o pajé! O pajé curava várias mulheres que ganhavam neném. ... Hoje vocês estão estudando muito o negócio dos brancos, por isso tão falando de parteira, como aquela pessoa própria pra pegar o neném nas comunidades. Mas antigamente não existia isso (pajé Katukina).²¹

Para Athias,⁸ esse desinteresse pelo ofício de parteira também envolve os pais das jovens, que as incentivam e apoiam nos estudos com a perspectiva de melhores ingressos e acesso ao trabalho. Para Scopel,²⁴ o desinteresse das mulheres mais jovens pelo ofício de parteira também envolve o distanciamento de problemas e riscos do próprio ofício, desestimulado pelos serviços de saúde na realidade Munduruku. Para as entrevistadas abaixo:

[...] as parteiras mais velhas daqui morreram, faleceram todas. Aí, antes as mulheres todinhas pariam aqui, na comunidade mesmo. Só que agora, devido não ter alguém daqui mesmo que faça o parto, aí elas costumam mais ir pro hospital (Bia/AIS).

[Referindo a preferência pelo parto hospitalar]: Não preferem ter em casa, não sei por quê. Porque não tem a parteira, né? Assim, tem a parteira, mas ela não pratica. Eu acho que pra pegar uma criança tem que ter aquela confiança, né? (Olga/AIS).

Na minha aldeia mesmo, não tem uma parteira como tinha na minha época. Na minha época todas as mães que pariam, elas pariam em casa. Aí foi se perdendo assim, sabe... as parteiras mais velhas foram morrendo. Aí hoje existe uma só que é aprendiz, ela não é uma parteira, assim [...] ela é aprendiz de parteira. Aí a maioria [...] elas optam mais por ir pro hospital. Porque elas não ficam tão segura assim de ganhar em casa” (Sueli/técnica de enfermagem).

Também escutei um discurso em uma linguagem que permite observar hierarquia e um certo preconceito na forma que a profissional se refere às parteiras:

O que a gente tem, assim, eu tenho, eu tenho as minhas... a questão de parteiras. Na minha área não tem atuante, a gente tem aprendizes, mas não atuantes, e mulheres que já foram parteiras. Em torno de 2006 pra cá, pelo que entendo, não fazem mais (Rosa/enfermeira).

Continuando o relato, Rosa contou que a parteira Teresa, que “não é mais atuante”, lhe chamara no momento que a indígena entrou em trabalho de parto e a convocara para prestar assistência:

Não que complicou, mas teve um parto na aldeia, quem fez foi uma parteira que há muito tempo que não é atuante [não fez, o bebê nasceu no hospital]. Mas ela me chamou e aí eu fui lá e ... o que eu poderia fazer é orientar e trazer essa mulher para o hospital pra realizar os atendimentos medianos, porque no posto de saúde a gente não têm muita coisa (Rosa/enfermeira).

Por que Teresa deixou de ser parteira atuante? Porque não assistiu esse parto? Uma atitude entre estranhos morais, a parteira e a enfermeira, levou Teresa a sentir necessidade de apoio, de autorização da enfermeira para prestar a assistência? Porque a única saída de Rosa era encaminhar?

A partir de um entendimento e de atitude diferenciados, de apoio e proteção ao parto tradicional Munduruku, uma parteira, com mais de 90 anos, que decidira e informara que não ia mais assistir parto, em 2011 foi chamada pela enfermeira da EMSI: “... a enfermeira a havia chamado para fazer o parto. Gioconda alertou-a que não fazia parto há muito tempo, mas que, ao se sentir encorajada pela própria enfermeira, o fez, cortando o umbigo e cuidando da criança.”²⁴ p. 143 A pergunta que não pode calar: uma vez parteira experiente, torna-se parteira não atuante que desaprende? O parto é da mulher, a parteira assiste, como afirmou Laura e demonstrou Gioconda.

O *habitus* biomédico impresso na prática profissional e a hegemonia do modelo de parto médico-centrado, que por pressuposto provê segurança e controle de riscos, têm produzido transformações nas relações das mulheres indígenas com o parto tradicional. Um diálogo que provoca o medo dos riscos do parto e, assim, contribui para sua medicalização.

Para João, trata-se de transformações ocorridas com a chegada dos serviços biomédicos nas aldeias, que se forjaram pela relação desrespeitosa dos profissionais

com as medicinas indígenas; pelo transporte facilitado na hora do parto; pela melhoria do acesso a serviços de saúde. Um cardápio de ofertas que deslocou as parteiras para o ostracismo e, conseqüentemente, o parto tradicional Pankararu foi substituído pelo parto hospitalar em muitas aldeias:

[...] porque o sistema não conversa, ou não conversava. O sistema ele veio para sobrepor, para apagar, para acabar com as parteiras, para acabar com o Pajé, com as tradições, com a cultura do uso tradicional, de medicina tradicional indígena. Ele não foi pensado pra conversar com o modelo indígena, em construir, em preservar o que já existia, porque era considerado um sistema falho [...] Então é tipo como se você chegasse e dissesse ‘_Oh, agora eu tenho uma enfermeira aqui, um médico, um técnico de enfermagem e tem um hospital bem ali pertinho, então a senhora pode ficar em casa, deixe que a gente... Não precisa mais se preocupar com as gestantes’. Foi mais ou menos isso que aconteceu, então a necessidade daquela parteira foi meio que [...] ela foi se sentindo [...] acredito eu que ela não se sentiu parte mais do processo. E não se sentindo mais parte do processo, elas foram ficando em casa e não foram repassando o saber (João/coordenador PB).

Sobre essa questão, Scopel²⁴ corrobora a análise de João, afirmando que a chegada dos serviços de saúde entre os Munduruku da TI Kuatá Laranjal contribuíram para a transferência do parto tradicional indígena para o parto médico-hospitalar e sugere que atualmente “[...] a expansão crescente da medicalização do parto e o acesso aos serviços de atenção pré-natal são parte dos fatores macrossociais que intervêm na escolha do local do parto.”^{24 p.159}

Mais uma vez, pode-se extrair valores e condutas da moral biomédica que provoca e alimenta atitudes, orientações e processos de trabalho que subalternizam os valores e a moral que recaem sobre o parto tradicional Pankararu, e, dessa forma, inviabilizam a promoção de uma atenção diferenciada em relação ao parto:

É uma caixinha de surpresas. Nenhum parto é igual ao outro. Eu mesma não faço o parto. Tanto é nascer na aldeia como na cidade, tudo é risco. O risco na aldeia é maior (Fátima/técnica de enfermagem).

A gente orienta procurar o serviço quando iniciar os sinais clássicos que a gente tem do início do trabalho de parto e a dificuldade maior, como eu disse, pras mulheres é o transporte [...] Em geral, elas seguem bem a orientação da gente, enquanto profissional de saúde, pra fazer o parto hospitalar por uma maior segurança pra mãe e pro bebê, porque nós não temos parteiras

tradicionais, assim, em todas as aldeias e as que nós temos, como nosso partos são tão pouco domiciliares, acaba que não é nem garantia que ela consiga dar assistência àquela mulher que precise parir ali na aldeia, né? (Renato/coordenador de PB).

Nas entrevistas realizadas no PBES, escutei relatos de dois partos que em 2015 ocorreram em aldeia. Tanto o coordenador do polo quanto a enfermeira da EMSI descreveram como duas situações específicas: uma pariu na beira do riacho, ao lavar roupas, e a outra é um caso diferente, pois é o quinto filho que tem sozinha, não gosta de companhia nesse momento. A entrevistada falou, ainda, que esses partos ocorreram na aldeia de maior vulnerabilidade do PBES, onde as famílias vivem em situação de muita pobreza e as pessoas têm dificuldade de entender o que se fala. Desconsiderando experiências de partos indígenas, o micropoder que forja escolhas e o poder feminino sobre o corpo e o parto, na avaliação de Cris, esses dois partos foram associados às condições de vida dessas mulheres e a falta d entendimento do que a EMSI fala:

[...] ela pariu no riacho. Assim, quando a mulher chegou ela já tinha parido a criança em pé, lá no riacho, mas graças a deus chegou alguém pra ajudar, né? E a outra foi a mãe que pegou em casa... sentiu as dores, mesmo a gente trabalhando isso, eu não sei se é a questão do esclarecimento, da questão, pode ser que elas tenham vergonha de falar que tão em trabalho de parto, eu não sei. Mas elas são pessoas bem..., assim, o nível de entendimento delas realmente não é muito elevado, o esclarecimento delas em si. Você fala e ela não entende muito o que você fala, entendeu? Você percebe que é como se fosse um bloqueio que ela tem. As duas. Foram esses dois episódios que a gente teve (Cris/enfermeira).

[...] já tinham o costume mesmo de ir pro mato pra parir sozinha. Quando procuravam fulana de tal, gestante, e não encontravam ela em casa, já diziam: ‘pronto, ela já tava perto de parir, deve ter ido no mato ali, já deve tá de volta com o menino nos braços (Renato/coordenador de PB).

Diante das narrativas, não se pode afirmar que a experiência do parto tradicional Pankararu no PBES tenha o respaldo da equipe e esteja em ascensão, como afirmei sobre a EMSI de Brejo/PBP.

E, finalmente, a conversa com Maria sela o entendimento de que os saberes e práticas do partejar Pankararu estão subordinados ao modelo biomédico de atenção.

Quando eu estava a caminho da casa da parturiente de Brejo, acompanhando Maria, expliquei sobre minha pesquisa, sobre minha preocupação com estudos que indicam o crescimento do modelo de parto hospitalar e de cirurgias cesarianas entre as mulheres indígenas. Falei das parteiras tradicionais indígenas que o Curumim conheceu e que hoje estão escassas na cena do parto das mulheres indígenas. Nem conclui e Maria disparou:

Mas e a influência das enfermeiras que ficam falando sobre risco. Faz o pré-natal e ficam falando do parto no hospital. Tem enfermeira que fala que eu sou doida de atender parto em aldeia e eu respondo: 'Apois já nasci doida'. As enfermeiras que são indígenas na minha frente não falam nada. A conversa de hoje é que parir é no hospital e eu digo: 'Oxente, de primeiro nem tinha hospital e as mulheres num paria', né não?

Perguntei a Maria se achava que o fato de ser técnica de enfermagem contribuía pra que na Aldeia Brejo dos Padres as mulheres permanecessem optando pelo parto tradicional indígena. Sua resposta foi contundente: 'Oxii, não. Se antes eu num tinha curso e o parto em casa inda era muito mais!'.

Como descrito, anteriormente, Maria é muito reconhecida como especialista de cura da medicina Pankararu. Além de parteira, o fato é que os Encantados permeiam seus atendimentos, além de que ela tem domínio sobre as rezas e ervas do Mato da medicina de sua ancestralidade, remédios que conhece, processa, aciona e prescreve. Aprendeu e herdou os saberes de uma tia que foi, a seu tempo, uma reconhecida especialista da medicina Pankararu e parteira, uma tia também responsável por sua formação em técnica de enfermagem.⁶⁷ Com a mãe seguiu aprendendo e praticando a arte de partejar em meio aos Encantados e práticas de cuidado de seu povo. É nesse saber que Maria confia, é ele que ela aciona e nele que sustenta seu diagnóstico, sua atuação, os procedimentos, caso a caso.

No entanto, como regra, salvo exceções como as encontradas entre mulheres atendidas pela EMSI de Brejo dos Padres, as narrativas permitem inferir que os modelos

indígenas de atenção ao parto, cultural e etnicamente construído e singularizado pelas cosmologias indígenas, via de regra, não encontram eco nos serviços de saúde presentes nas aldeias. As atitudes e os diálogos mantidos entre profissionais de saúde e mulheres indígenas – alimentados pelo discurso do *habitus* profissional que enquadrou o parto como um evento de risco – têm contribuído para transformar a relação dessas mulheres com os modelos tradicionais de parir e nascer dos povos indígenas, permeados por cosmologias e modelos de cuidado próprios: étnico, cultural e sociopoliticamente singularizados.

Dessa forma estabelece-se uma relação que subordina o modelo indígena ao biomédico e, assim, de evento que esteve disseminado entre as famílias, envolto em cuidados caseiros, o parto passou a integrar o rol discursivo da cosmologia biomédica e foi associado ao risco e ao medo de intercorrências presumíveis. Isso condiciona o imaginário de sujeitos e coletivos indígenas de forma favorável ao parto hospitalar.^{20;22;24}

A palavra que corresponde ao ofício de parteira para o povo Timbira, do Maranhão e de Tocantins, tem por tradução “aquelas que dominam os nascimentos das crianças”,^{76p.12} muito embora tanto ele quanto tantos outros estudos tenham apontado que a autoatenção ao parto encontrava-se disseminada entre as famílias elementares e, dessa forma, os partos aconteciam sobre os cuidados das mulheres mais velhas da família extensa de cada parturiente.^{8;11;20;22;24} Um saber e uma prática disseminada entre as famílias que sempre contavam com mulheres mães e que, portanto, tendo vivido a experiência do parto, conheciam o processo e práticas do partejamento.

Ávila⁷⁶ e Scopel²⁴ identificaram, ainda, a presença de parteiras que transitam entre famílias e aldeias e que são escolhidas por algumas mulheres e famílias ou são chamadas diante de alguma dificuldade, pois que a elas são atribuídos poderes e maior

conhecimento sobre a reprodução. Ainda, Ávila,⁷⁶ ao falar dos Timbira do Maranhão e de Tocantins, e Scopel,²⁴ ao falar dos Munduruku de Borba-AM, destacam o papel dos Pajés, especialistas que detêm o pleno conhecimento e poder de manipulação dos produtos materiais e imateriais de suas cosmologias para enfrentar as intercorrências durante as práticas de atenção ao parto, caso surja um caso que exija uma intervenção mais especializada. Para, Ávila,⁷⁶ a autoatenção no sistema de parto Timbira informa:

Uma noção culturalmente situada que envolve especialistas indígenas, grupos sociais com influência no processo terapêutico (clãs, famílias extensas e nucleares, metades cerimoniais) e por outros momentos fundamentais para formação da vida e manutenção de saúde. O sistema de parto Timbira relaciona-se com outros aspectos da cultura tais como cosmologia, história, parentesco, economia, política, rituais, religião e mitologia.^{78 p 1}

A reconhecida e crescente migração do parto da aldeia para o hospital, aumenta a preocupação com o sub-registro e a qualidade das informações sobre morbimortalidade materna e neonatal de populações indígenas, dados que poderiam contribuir ao conhecimento sobre a eficácia do parto tradicional indígena, sobre perdas e ganhos entre a opção pelo modelo de parto que transcorre em uma aldeia e o que está sendo acessado em cada unidade de referência a que têm acesso essas mulheres. A deficiência de dados epidemiológicos parece contribuir para fortalecer e enraizar o aprendizado que relaciona risco e parto, uma vez que nenhum entrevistado ou entrevistada viveu experiências com óbitos maternos ou neonatais decorrentes de partos nas aldeias, mas entendem que o lugar mais seguro para um parto é o hospital:

[...] antigamente falam as vezes que acontecia muito né, morte [...] Por exemplo, minha bisavó morreu de parto, quando ela foi ter a minha avó. E teve outros casos também, quando eu ainda era pequenininha que minha mãe contava que a pessoa tinha morrido de parto. Mas de uns tempos pra cá não houve mais não (Sueli/técnica de enfermagem).

É uma caixinha de surpresas. Nenhum parto é igual ao outro. Eu mesma não faço o parto. Tanto é nascer na aldeia como na cidade, tudo é risco. O risco na aldeia é maior (Fátima/técnica de enfermagem).

Entre as narrativas sobre risco e parto, um entendimento com diferente roupagem foi trazido por Laura, AIS e aprendiz de parteira da EMSI de Brejo dos Padres. Laura não encara o parto como uma vivência de risco iminente e confirma o saber e o poder da arte de partejar de uma parteira Pankararu. A AIS e aprendiz de parteira, afirma que uma parteira não vai atender um parto “de uma grávida hipertensa, com diabetes ou com outras coisas e dizer que ela vai parir em casa”, pois conhece os partos que podem acontecer na aldeia e os que precisam de referência. A entrevistada esclarece que uma parteira age com segurança e conhecimento:

Eu acho que muitas coisas da nossa vida são risco. Tem várias coisas da nossa vida que são risco [...] Eu já ouvi isso também: ‘a partir do momento que engravida fica com o pé na cova’ [na própria comunidade de Brejo, confirmou-me]. Mas eu não vejo dessa forma não. Como a gente vem fazendo [na UBSI de Brejo], ter a segurança que está tudo bem com ela pra você fazer o parto. Porque ninguém também vai pegar a gestante com pressão alta, com problemas de diabetes, com outras coisas e dizer que ela vai parir em casa. A gente sabe daquela que precisa de um acompanhamento bem mais... não sei se completo [referindo-se ao atendimento médico-hospitalar], posso dizer (Laura/AIS e Aprendiz de Parteira).

Ocorre que, diante de uma formação acadêmica reconhecidamente inadequada à promoção de uma atenção diferenciada e sob orientações e cobranças da SESAI/MS para que a gestão e a atenção à saúde reprodutiva das mulheres indígenas sigam as normatividades nacionais e cumpram metas, sem discussão ou adequação étnico-cultural, fica difícil enfrentar a sobreposição do modelo hegemônico, que tem subalternizado e obliterado os modelos indígenas de atenção ao parto.

No caso do parto Mbyá-Guarani, Lewkowicz afirma que: “Esta lógica, por sua vez, também pode ser percebida no nível micropolítico, na moralidade inscrita nas práticas dos profissionais de saúde, que se inserem como peça-chave no mecanismo biomédico-colonial.”^{23 p.15} A autora dialoga com estudos de Teixeira ao apontar como as políticas públicas com vieses higienistas contribuíram para uma construção preconceituosa, mesmo de repulsa aos cuidados indígenas.

Sobre tais aspectos, o artigo de Leal, Pereira, Domingues, Filha, Dias, Nakamura-Pereira et al², que trata do parto de baixo risco, demonstrou que o Brasil transformou uma experiência de cunho sexual, familiar, social, cultural e, preponderantemente, fisiológico em um ato intervencionista, medicalizado, por vezes iatrogênico e perverso com as mulheres. Afirma, ainda, que para mudar o jeito de nascer no Brasil é preciso dispensar o modelo hegemônico para abraçar a diversidade possível, os modelos existentes que respeitam e acolhem experiências diferentes entre mulheres no exercício da sexualidade e da vida reprodutiva.²

Por fim, importa dizer que a interação entre os modelos de atenção à saúde (indígenas e biomédico), sob a lente da atenção diferenciada da PNASPI, é complexa e necessária. Portanto, investigá-la interessa tanto ao campo acadêmico da saúde coletiva quanto ao campo da saúde indígena.

O Ministério da Saúde, através da estratégia RC, tem reunido esforços no sentido de contribuir para a mudança do modelo médico centrado e intervencionista. Entretanto, apesar do declarado compromisso da RC com princípios como os de: respeito, proteção e realização dos direitos humanos; respeito à diversidade cultural, étnica e racial e promoção da equidade, a estratégia deixa a desejar. Pois ainda precisa abraçar a diversidade de formas de parir e nascer presentes entre os povos indígenas brasileiros. É preciso: para além da equidade, tratar o diferente como diverso e para além das Boas Práticas da medicina científica, abraçar a diversidade que a antropologia da saúde recomenda. É imprescindível respeitar e acolher as cosmologias, os valores e a moral das especificidades indígenas, de forma a assegurar e proteger a diversidade brasileira presente na experiência do parto. Mais que humanizar é preciso etnicizar a relação com o parto das mulheres indígenas, o que implica em respeitar sua autodeterminação e preservar as especificidades étnico-culturais de seus modelos de

atenção e, assim, garantir e preservar a diversidade brasileira que envolve essa experiência única: implicações e desafios à RC, no que concerne a se abrir a outros paradigmas e modos de fazer.

8 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Vigente há 15 anos, a atenção diferenciada, como o grande destaque da PNASPI, é o princípio que justifica a criação de um subsistema de saúde indígena integrado ao SUS. Uma conquista da luta política dos povos indígenas, de indigenistas e do movimento da reforma sanitária, por respeito, valorização e inclusão étnica dos sistemas médicos indígenas pela saúde pública, reivindicações que permanecem atuais e presentes entre lideranças e movimentos indígenas.^{11;42;49;24p.31}

A pesquisa encontrou uma situação inusitada na composição das EMSIs, majoritariamente compostas por enfermeiras e técnicas de enfermagem da própria etnia Pankararu, salvo uma equipe que tem uma enfermeira Atikum e outra que tem uma profissional não indígena. Das entrevistas apreendeu-se que essa composição contribui para a atenção diferenciada e para a oferta de um cuidado ampliado que envolve necessidades de saúde e ofertas de cuidado pautadas em práticas dos dois modelos de atenção: o tradicional Pankararu e o biomédico.

No entanto, ao falar da experiência e da relação com o parto das mulheres Pankararu, as narrativas se transformam. Primeiro julgamos que é o acompanhamento pré-natal biomédico que oferece a segurança necessária ao diagnóstico sobre a possibilidade do parto acontecer na aldeia. Uma avaliação que desautoriza os saberes, práticas e poderes da medicina Pankararu, um reflexo da hegemonia do modelo biomédico e subalternização dos modelos indígenas. Uma atitude que nega a capacidade de uma parteira de diagnosticar o parto que pode acontecer na aldeia e o que precisa ser encaminhado ao hospital.

Como evento de valor simbólico estruturante de identidades étnicas, de importância à reprodução biossocial dos povos indígenas brasileiros, foi instigante encontrar dois movimentos com realidades diversas em relação ao parto da mulher indígena. De um lado, uma experiência de resistência e de poder étnico cultural que tem assegurado a prevalência do parto tradicional Pankararu nas aldeias de Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros. De outro, nas demais aldeias, o parto médico-hospitalar como opção para o controle de intercorrências, que provê segurança à mulher e ao bebê.

Nessa última situação, além de expressão majoritária e repetida do entendimento de que o hospital favorece a prevenção de riscos, sentido que o modelo biomédico incrustou a experiência do parto, as narrativas também informam entendimentos de que já não existem parteiras atuantes, de que parir no hospital é um direito e de que as mulheres preferem o parto nos hospitais porque sentem mais segurança.

Dessa forma, a supervalorização dos exames como definidores de condições para o parto na aldeia, as orientações e aconselhamentos durante o pré-natal, e as representações que relacionam o parto médico-hospitalar com segurança e controle de risco do parto, carregadas nas entrevistas, parecem desconsiderar o vazio assistencial que dificulta a realização de exames em tempo oportuno e adequado. É desconsiderada, ainda, a perambulação de muitas mulheres em trabalho de parto, o isolamento sem direito a acompanhante, além das muitas intervenções de rotina e violências obstétricas que as mulheres têm sofrido na rede de referência do SUS.

Por outro lado, o indicativo de que a saúde pública desconhece ou não reconhece, de fato, que o parto tradicional indígena é importante e necessário para manter a diversidade de formas de parir e nascer brasileiras, para manter um jeito indígena de chegar no mundo. Dessa forma, é preciso problematizar o unilateralismo da proposta da RC: implantar um modelo humanizado e fundado nas Boas Práticas da

Medicina Baseada em Evidência, onde as mudanças e melhorias objetivadas foram concebidas no restrito marco epistemológico do modelo biomédico.

Para construir uma Rede de Atenção que seja resolutive, humanizada e etnicamente inclusiva, é preciso que essa rede se estenda, se abra para acolher os modelos indígenas de atenção ao parto, ainda que pareçam modelos superados, estranhos, insalubres e inseguros ao etnocentrismo biomédico. Que os serviços se pautem em dados epidemiológicos que indiquem ou não desfechos negativos, relacionados a morbimortalidades em função do parto e nascimento na aldeia, para que a conduta da EMSI não se forje em premonições biomédicas que têm engessado o parto com as ataduras do risco.

Diante dos achados desse estudo e considerando o processo em curso de articulação, organização e pactuação da Rede Cegonha, para a melhoria da atenção ao parto das mulheres indígenas no atual contexto, recomendo:

- Melhorar a qualidade de informação, notificação e registro dos eventos relacionados à saúde reprodutiva das mulheres indígenas, garantindo o registro das práticas tradicionais presentes na autoatenção e dos resultados alcançados;
- Apoiar, proteger e fortalecer os modelos indígenas de atenção ao parto tradicional, reconhecendo outras formas de parir e respeitando seus paradigmas e necessidades, de forma a tomar a autoatenção praticada pelas mulheres indígenas como o modelo de atenção ao parto de um povo;
- Formar gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras da saúde indígena em conteúdos voltados para a antropologia da saúde e para a transversalidade de sua atuação a partir dos princípios, diretrizes e dispositivos da PNH, provendo-lhes uma educação permanente com intervenções que os orientem ao exercício cotidiano da atenção diferenciada;

- Promover capacitação em Acolhimento com Classificação de Risco às/aos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal nas aldeias;
- Ampliar a resolutividade possível no nível da atenção básica, onde se assegurem a oferta de tecnologias, equipamentos, insumos e capacitação de recursos humanos para que a EMSI possa atender uma intercorrência de um parto quando necessário;
- Prover as unidades do SUS de referência à atenção obstétrica e neonatal de mulheres e recém-nascidos indígenas de uma ambiência adequada ao atendimento de necessidades específicas, etnicamente singularizadas, que permita o exercício da atenção diferenciada na rede hospitalar, conforme cada contexto e especificidade étnico-cultural;
- Incluir nos espaços de articulação, gestão e pactuação da Rede Cegonha, representações e lideranças de movimentos de mulheres indígenas, conselheiras da saúde e representantes de organizações nacionais, abraçando a diversidade e as múltiplas necessidades de saúde das mulheres e povos indígenas.

Considero que diante da realidade contra hegemônica do parto e nascimento presente entre povos indígenas brasileiros, é necessário que as instâncias gestoras que vêm implantando a Rede Cegonha em municípios e regiões de saúde com populações indígenas, sob responsabilidade sanitária de um DSEI, contribuam para o conhecimento dos fatores que estão levando à hospitalização crescente desse evento entre populações que mantêm sistemas de parto próprios. Importa que entre as boas práticas esteja a proteção da diversidade: um caminho de respeito à cidadania dos povos indígenas, de promoção do direito à autodeterminação e de compromisso com a justiça social no campo da saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Trabalhando com Parteiras Tradicionais: caderno da(o) facilitadora(or). Brasília: MS; 2011.
2. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções Obstétricas durante o Trabalho de Parto e o parto em Mulheres Brasileiras de Risco Habitual. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Supl.1): S17-32.
3. Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: FUNASA, MS; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: MS; 2004.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 jun. 2011; Seção 1:109 - 11.
6. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Institui o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Diário Oficial da União. 24 set 1999; Seção 1:1.
7. Brasil. Lei nº 9.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990; Seção 1: 018055.
8. Athias R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: Monteiro S, Sansone L. organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 189-209.
9. Coimbra Júnior CE, Garnelo L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L. organizadores. Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 153-173.
10. Conklin BA. O conceito de direitos reprodutivos na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: Monteiro S, Sansone L. organizadores. Etnicidade na América

Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 175-188.

11. Ferreira LO. Saúde e Relações de Gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2013;18 (4):1151-1159

12. Langdon EJ. Políticas pública de saúde indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: Monteiro S, Sansone L. organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004. p. 211-226.

13. Trajetórias das Conferências Nacionais de Saúde Indígena. In: Observatório da Saúde Indígena. [publicação na internet]. [acesso em 20 jun 2016]. Disponível em: http://nesp.unb.br/observaindigena/?page_id=61

14. Garnelo L. Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: análise situacional do período de 1900 a 2004. Rondônia: UNIR/ENSP; 2004.

15. Azevedo M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. *Cad. CRH* [publicação na internet]. 2009 [acesso em 2 fev 2015]; 22(57): 463-477. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-49792009000300003>

16. Garnelo L. e Wrigth R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(2): 273-284.

17. Langdon EJ. A Doença como Experiência: o papel da Narrativa na construção sociocultural da doença. *Rev Etnográfica*. 2001; 5(2): 241-260.

18. Langdon JE. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciê & Saúde Colet*. [publicação na internet]. Abr - jun 2014. [acesso em 6 abr 2015]; 19(4):1019-29. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01019.pdf>

19. Carta das Mulheres reunidas in: I Conferência Livre de Saúde das Mulheres Indígenas. Brasil. CGSM/ DAPES/SAS. 23-27 abr 2017. [publicação online] Brasília: [Ed?]; 2017. p [?]. [acesso em 24 abr 2017]. Disponível em:

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2017/doc/05mai22_mulheres_indigenas_arta_final_IConferenciaLivre.pdf

20. Gil LP. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento do Projeto Vigisus II. [publicação online] Brasília: Funasa; 2007. p. 23-47 [acesso em 15 abr 2015] Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>

21. Ferreira LO. Limites e possibilidades de articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento do Projeto Vigisus II. [publicação online]. Brasília: Funasa, 2007. p. 166-174. [acesso em 15 abr 2015]. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>

22. Wakanã GS, Gil LP. Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultado da I Etapa, 2007; 37-47. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento do Projeto Vigisus II. [publicação online]. Brasília: Funasa; 2007. p. 37-47 [acesso em 15 abr 2015] Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>

23. Lewkowicz RB. Entre a aldeia e o hospital: biopoder e políticas interculturais a partir de um parto Mbyá-Guarani. [Dissertação]. Rio Grande do Sul: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS. Porto Alegre; 2016.

24. Scopel RPD. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. [Tese]. Santa Catarina: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC. Florianópolis; 2014.

25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização da Gestão e Atenção do SUS: Clínica Ampliada e Compartilhada. Brasília: MS; 2012.

26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Humanização. [publicação na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 19 fev 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf

27. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciên Saúde Colet. 2005;10(3):561-7.

28. Brasil, Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
29. Brasil. Decreto N° 5.051, de 19 de abril de 2004. Promulga a Convenção n° 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. Diário Oficial da União. 20 abr 2004. Seção1:1
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher. [publicação na internet] Brasília: MS; 1984. [acesso em 10 mai 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf
31. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvol Hum. 2009;19(2):313-26.
32. Carneiro RG. Cenas de Parto e Políticas do Corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. O Parto Humanizado no Brasil: As perspectivas passadas e atuais. p. 37-79. (Coleção Mulher, Criança e Saúde).
33. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. Questões de Saúde Reprodutiva [publicação na internet]. 2006;I(1):80-91 [acesso em 8 abr 2015]. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/revistarhm/revista_rhm1/revista1/80-91.pdf
34. Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz. Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. [publicação na internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz, MS [2014?]. [acesso em 22 mar 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0102-311X20140013&lng=pt&nrm=iso
35. Merhy EE, Feuerwecker LCM.; Cerqueira MP. Da Repetição à Diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB. organizador. Semiótica, afecção & cuidado em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.
36. Brasil. Decreto N° 7.508, 28 de junho de 2011.Regulamenta a Lei N° 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 jun 2011. Seção1:1.
37. Cerri RAR, Silva NMM. Etnicidade e Humanização: fortalecendo a Rede de Cuidado à Saúde Materno-Infantil Indígena. Caderno Humanizaus: Humanização do parto e nascimento no Brasil. 2014;4:255-271.

38. Pontes ALM, Garnelo L.; Rego S. O Modelo de Atenção Diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2015; 20(10):3199-3210.
39. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família [publicação na internet]. Salvador: Editora EDUFBA, 2006. [acesso em 15 set 2016]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/f7> .
40. Menéndez E. Modelos de Atención de los Padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciê & Saúde Coletiva*. 2003; 8(1):185-207.
41. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo L. Saúde Indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2014. p. 107-142.
42. Ferreira LO. Interculturalidade e saúde indígena no contexto das políticas públicas brasileiras, in: Langdon EJ, Cardoso MD. Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 217-246.
43. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o Risco: Uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. (Coleção Temas em Saúde).
44. McCallum C. O corpo que sabe da epistemologia Kaxinawá: para uma antropologia médica das terras baixas sul-americanas. In: Alves PC, Rabelo MC. Organizadores. Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras. [publicação na internet] Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1998. p. 215-245. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-12.pdf>
45. Chacham AS. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “um risco” e a medicalização do parto Brasil. in: Jacó-Vilela AM, Sato L. organizadores. Diálogos em psicologia social. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451.
46. Langdon EJ. Cultura e os Processos de Saúde e Doença. In: Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença. 2003; Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2003. p. 91-107.
47. Garnelo L. Aspectos socioculturais de vacinação em área indígena. *Hist Ciê & Saúde – Manguinhos*. [publicação na internet]. 2011;18(1):175-190. [acesso em 9 abr 2015].

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100011

48. Ávila T. Cultura, Sexualidade e Saúde Indígena: etnografia da prevenção das DST/Aids nos povos Timbira do Maranhão e do Tocantins. In: Teixeira C, Garnelo L. organizadoras. Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p.241-261

49. Ferreira LO. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Ufsc. Florianópolis. 2010.

50. Langdon EJ. Problematizando os Projetos de Medicina Tradicional Indígena. In: Medicina Tradicional Indígena em Contextos – Anais da I Reunião de Monitoramento do Projeto Vigisus II. [publicação online] Brasília: Funasa; 2007. p. 110-119. [acesso em 15 abr 2015] Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>

51. Aquino EML. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. Cad Saúde Pública. 2014; 30 (Sup8-10).

52. Fleischer S. Parto em casa ou parto hospital: aperreios, riscos e o local do parto como território social. In: Parteiras, Buchudas e Aperreios uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará. [publicação na internet] Belém: Paka-Tatu; 2010 [acesso em 12 jun 2017]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/362502590/Soraya-Fleischer-Parteiras-Buchudas-Aperreios>

53. Athias RM, Oliveira JJF, Prado GJ, Silva MMT. Os serviços de saúde nas terras Pankararu – etnografia e política; Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva. 2013 dez. 7(4):205-222.

54. Chachan AS. A Medicalização do Corpo Feminino e a Incidência do Parto Cesáreo em Belo Horizonte. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG; 1999.

55. Odent M. O Camponês e a Parteira: uma alternativa a industrialização da agricultura e do parto. Bauley S, tradutora. São Paulo: Ground; 2003.

56. Vieira EM. A Medicalização do Corpo Feminino, in: Giffin K, Costa SH. organizadoras. Questões da saúde reprodutiva [publicação na internet]. Rio de Janeiro:

Fiocruz; 1999. p. 67-78. [acesso em 04 mar 2015]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/t4s9t/05>

57. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro. 2003; 27 (65): 316-323.

58. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. organizadores. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009. p. 29-74.

59. Campos GWSC. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. *Ciênc Saúde Colet*. [publicação na internet]. 2011;16(7):3033-40. [acesso em 8 abr 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/02.pdf>

60. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde? [publicação online] Campinas, 1999. [acesso em 10 jun 2015]. Disponível em: <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf>.

61. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos de Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Ciênc Saúde Colet*. [publicação na internet]. 2011;16(11):4541-48. [acesso em 8 abr 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a27v16n11.pdf>

62. Pontes ALM, Garnelo L, Mendes S. Reflexões sobre questões morais na relação de indígenas com os serviços de saúde. [publicação na internet] *Rev. bioét*. 2014;22(2):337-46. [acesso em 14 mar 2015] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/16.pdf>

63. Guarín HP. Epistemes-otras: um desafio para la salud pública em Colombia. In: Langdon EJ, Cardoso MD. organizadoras. *Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina*. Florianópolis: UFSC; 2015. p. 145-168.

64. Athias R. Sexualidade, Fecundidade e Programas de Saúde entre os Pankararú. In: Russel PS, Athias R e Quadros M. *Saúde, Sexo e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas em Pernambuco*. Recife: UFPE, 2006.

65. Giberti AC. Nascendo, encantando e cuidando: uma etnografia do processo de nascimento nos Pankararú de Pernambuco. [dissertação] São Paulo: Faculdade de Saúde

Pública da USP; 2013. [acesso em 22 abr 2015]. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-10102013-011036/pt-br.php>>.

66. Corrêa S, Petchesky R. Direitos sexuais e reprodutivos: uma perspectiva feminista. [publicação na internet] Rev. Physis. 1996; 6 (1/2): 147-177. [acesso em 12 mar 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73311996000100008&script=sci_abstract&tlng=pt

67. RAMOS MC. Artículo Cuerpo y reproducción entre los Pankararu de Pernambuco, Brasil. Anales de Antropología. 2010; 50(?): 75-95. [publicação na internet]. Disponível em: www.sciencedirect.com [Acesso em: 10 jan 2015].

68. Queiroz MIP Relatos orais: do 'indizível' ao 'dizível. In: Simson V, Moraes O. organizadores Experimentos com histórias de vida: Itália-Brasil. São Paulo: Vértice; 1988. p. 14-43.

69. Gomes R. Pesquisa qualitativa em saúde. [publicação na internet]. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014. [acesso em 24 set 2016]. Disponível em: <http://docplayer.com.br/3208151-Romeu-gomes-pesquisa-qualitativa-em-saude.html>

70. Santos RV, Coimbra Júnior CEA. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. In: Coimbra Júnior CEA, Santos RV Escobar AL. Organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. [publicação na internet] Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. [acesso em 21 jun 2016]. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bsmt/pdf/coimbra-9788575412619-02.pdf>

71 Brasil. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Lei Arouca: a FUNASA nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: FUNASA; 2009.

72. Fleischer S. O Parto Humanizado no Brasil: as perspectivas passadas e as atuais. In: Carneiro RG. Cenas de Parto e Políticas do Corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. (Coleção Mulher, Criança e Saúde).

73. Moliterno ACM, Borghi AC, Orlandi LHSF, Faustino RC, Serafim D, Carreira, L. Processo de gestar e parir entre as mulheres kaingang. Texto Contexto Enferm, Florianópolis: UFSC. Abr-Jun 2013; 22 (2): 293-301.

74. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Gomes MPC. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: Franco TB. Organizador. *Semiótica, afecção & cuidado em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75

75. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Bastos MH et al. Assistência pré-natal no Brasil. El cuidado prenatal en Brasil. [publicação na internet]. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 2014;30 (Supl.1): [?]. [acesso em 16 jun 2017] Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016

76. Ávila T. Sexualidade, Gênero e Sistema de Parto nos povos Timbira do Maranhão e Tocantins. In: 26ª Reunião Brasileira de Antropologia. [publicação na internet] 01-04 jun 2008. Porto Seguro. Bahia, Brasil. [acesso em 13 julh 2016] Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/grupos_de_trabalho/trabalhos/GT%2014/thiago%20avila.pdf>.

77. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Caderno da Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: MS/SAS, 2013.