UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Nascendo, Encantando e Cuidando –
uma etnografia do Processo de Nascimento nos
Pankararu de Pernambuco

Andrea Cadena Giberti

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

São Paulo
2013

Nascendo, Encantando e Cuidando –
uma etnografia do Processo de Nascimento nos
Pankararu de Pernambuco

Andrea Cadena Giberti

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Pública para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de Concentração: Saúde Ciclos de Vida e Sociedade

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos

São Paulo

2013

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

A quem sabe cuidar.

Aos meus pais, Maria e Pedro.

*E às parteiras que conheci e já se foram,
levando sabedoria e deixando muitas saudades.*

Maria Pequena

Maria de Genu

Maria Berto

Quitéria Binga

Maria de Onório,

Lourdes de Anora

Maria do Carmo

Maria Faísca

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar sou grata a toda/os as/os Pankararu que bem me receberam e comigo compartilharam suas histórias, conquistas e perdas. Os relatos aqui contados não conseguem expressar a riqueza das narrativas que ouvi e os sentimentos nelas depositados e à essa vivência que aqui não será possível traduzir sou profundamente grata.

Meus dias em Pankararu não teriam sido felizes se não fosse a convivência com as famílias de comadre Dora, compadre Vasco, Elman, Cícero e Cilene, Bartolomeu, Zé Auto, Gildark e Ivone, Denilde, Celma, Darinha, Regina, Roberta, Tia Ana, Maria Pequena (*in memoriam*), Maria do Carmo (*in memoriam*), Dona Genu (*in memoriam*), Nininha, Jacira, Neguinha, Roseane, Dona Helena, Rosimar, Marisa, Julia, Rita Maria, Maria Rita, Dedé, Neide, Luciene, Laurita, Maria de Aninha, Maria Faísca, Maria de Onório (*in memoriam*), Dona Mariinha, Maria Veia, Tia Vera, Sebastiana, Luzânia, Tixa, Dona Adelia, Jose e tantas outras que não cabem nestas páginas. Agradeço também à Claudia Mura, Mirna Cruz e Paula Vianna pelas infundáveis conversas sobre as aldeias, as parteiras, as grávidas, as festas, enfim, todo esse universo ao mesmo tempo estranho e próximo a todas nós.

Muitas pessoas são responsáveis pela conclusão deste trabalho. Agradeço a Edemilson Antunes de Campos pelas orientações e conversas que me ajudaram a criar uma identidade entre a antropologia e a saúde pública. Ao professor Renato Athias pela inserção em campo, interesse e apoio nesta pesquisa e por participar de seu processo. Agradeço as professoras Marina Cardoso, pela abertura e disponibilidade em compartilhar comigo seus saberes antropológicos; Laura Perez Gil, por sua prontidão e valiosas contribuições na finalização deste trabalho; e Simone Diniz, pelo seu entusiasmo e estímulo a continuar escrevendo sobre o tema. O apoio da professora Maria da Penha Vasconcellos, no decorrer da pós-graduação, e de todos os membros da área de concentração em Saúde, Ciclos de Vida e

Sociedade foi também de fundamental importância para esta concretização. Não poderia não citar minhas colegas de mestrado Marianne, Heloisa, Claudia, Cristina, Mahmi, Natalia e Sandra, entre outras, que me trouxeram muitos questionamentos e conhecimentos com relação ao parto e aos povos indígenas.

Sou muito grata também à Associação Saúde Sem Limites, principalmente a Marina Machado, Simone Argentino, Lavínia Oliveira, Luzia Azevedo e Elvira Toledo por terem me acompanhado neste caminho, possibilitando também a utilização dos dados aqui citados. Ao Instituto Nômades, principalmente à Dan Gaioso e Julia Morim, por terem compartilhado comigo alguns dos resultados do belíssimo trabalho do Inventário de Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco.

Em tempo, agradeço a Danilo Paiva Ramos, Juliana Martines Nacarato, Joana Lins e Heloísa Vianna pelas revisões finais deste texto, e a Pedro Paulo Cadena Giberti pela elaboração do mapa. Sou grata também ao apoio da CAPES por ter me fornecido a bolsa de estudos sem a qual não teria sido possível me dedicar ao mestrado.

Finalmente, agradeço a toda minha família, mãe, pai, irmãos e cunhadas pelo carinho e apoio neste período. E especialmente a Henrique e Francisco, pelo amor e por cuidarem de mim.

*Salve as folhas brasileiras
Oh salvem as folhas pra mim
Se me der a folha certa
E eu cantar como aprendi
Vou livrar a Terra inteira
De tudo que é ruim*

*Eu sou o dono da terra
Eu sou o caboclo daqui
Eu sou o dono da terra
Eu sou o caboclo daqui*

Kirimurê, Jota Velloso

RESUMO

GIBERTI, A. C. Nascendo, Encantando e Cuidando – uma etnografia do Processo de Nascimento nos Pankararu de Pernambuco. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Este trabalho pretende compreender como se dá o Processo de Nascimento entre a população indígena Pankararu de Pernambuco, tratando principalmente dos cuidados e itinerários a ele associados, a partir da experiência de algumas mulheres indígenas. Para isso, será feito o exercício de olhar primeiramente o contexto e cultura indígena locais, considerando suas relações com os *encantados* e a sociedade envolvente, principalmente com os sistemas oficiais de saúde disponibilizados pelo Estado. No contexto Pankararu, o nascimento envolve tanto os conhecimentos e práticas biomédicas e indígenas, como a utilização de *remédios do mato*, passar pelo atendimento pré-natal, a realização do parto domiciliar ou hospitalar, além do batizado em casa. Para esta pesquisa foi utilizado o método etnográfico por meio da observação participante e de entrevistas semiestruturadas que viabilizaram apreender alguns dos saberes locais dessa população, relacionados ao parto e nascimento. O principal resultado desta investigação foi a revelação de como tem sido a assistência e experiência dessas mulheres com relação à sua saúde reprodutiva, considerando a demanda de contracepção, a ocorrência de partos em casa e nos hospitais, o trabalho das parteiras indígenas e o resguardo para controle da *dona-do-corpo*.

Palavras chave: Saúde Indígena. Mulher Indígena. Antropologia do Nascimento.

ABSTRACT

GIBERTI, A. C. Birthing, Enchanting and Caring – an ethnography about the birthing process in the Pankararu of Pernambuco. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

This work tries to understand the Process of Birth in the Pankararu indigenous population, in Pernambuco, focussing primarily on its associated cares and itineraries, based on the experience of some indigenous woman. To achieve this, an exercise of looking at the local indigenous context and culture will be conducted, considering the relations with the *encantados* and the absorbing society, mainly with the official health systems made available by the State. In the Pankararu context, birth involves both biomedical and indigenous knowledges and practices, the use of *remédios do mato* (medicinal herbs), frequenting prenatal care, giving birth at the hospital or at home and a home baptism. For this research, the ethnographic method was used, through participant observation and semi structured interviews that made it feasible to grasp some of the local knowledge of this population about labour and birth. The primary result of this investigation was the revelation of how the assistance has been received by these women and their experience regarding their reproductive health, taking into account the demand for contraception, the occurrence of home and hospital deliveries, indigenous midwives and the *resguardo* (postpartum restrictions period) for *dona-do-corpo's* control.

Keywords: Indigenous Health. Indigenous Woman. Anthropology of Birth.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	12
INTRODUÇÃO.....	17
1 CORPOS E NASCIMENTOS NOS CONTEXTOS INDÍGENA E BIOMÉDICO: ALGUMAS REFLEXÕES TEÓRICAS	21
1.1 CORPO E A ESPECIFICIDADE DAS POPULAÇÕES AMERÍNDIAS	21
1.2 A RELAÇÃO ENTRE CONHECIMENTOS BIOMÉDICOS E INDÍGENAS.....	24
1.3 O PONTO DE VISTA BIOMÉDICO: MEDICALIZANDO OS CORPOS E O NASCIMENTO	27
1.4 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO	29
1.4.1 Assistência ao Parto no Brasil	31
1.5 DANDO OUTRO ENFOQUE À DISCUSSÃO: SOBRE A ANTROPOLOGIA E O NASCIMENTO.....	32
1.6 PARTO ENTRE OS POVOS INDÍGENAS.....	36
1.7 O CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA.....	37
2 CHEGANDO EM PANKARARU	41
2.1 AS ALDEIAS BREJO DOS PADRES, JITÓ E SACO DOS BARROS.....	48
2.2 O PROCESSO DE NASCIMENTO	49
2.3 AS MULHERES INDÍGENAS DA PESQUISA.....	51
2.4 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	54
2.5 METODOLOGIA.....	55
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	58
3 HISTÓRIA, COSMOLOGIA E ORGANIZAÇÃO PANKARARU	60
3.1 UM POUCO DE SUA HISTÓRIA.....	60
3.2 COSMOLOGIA	64
3.2.1 <i>Os Encantados</i>	65
3.2.2 A Santa Cruz.....	68
3.2.3 Espíritos das matas e das águas.....	69
3.3 PEDIDOS, PAGAMENTO DE PROMESSAS E CURAS	72
3.3.1 Entre o <i>salão</i> , o <i>terreiro</i> e o hospital	74
3.3.2 Preparações, cuidados corporais e relações entre os gêneros.....	75
3.3.3 <i>Menino no Rancho e Três Rodas</i>	78
3.4 ORGANIZAÇÃO SOCIAL E RITUAL	90

3.4.1 Relações de Compadrio.....	93
3.5 SOBRE OS CASAMENTOS.....	94
4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	97
4.1 CONTEXTO LOCAL	97
4.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE	99
4.3 CONTRACEPÇÃO	102
4.4 PRÉ-NATAL	110
4.4.1 Equipe da Saúde Sem Limites.....	112
4.4.2 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena da FUNASA	115
4.5 PARTEIRAS TRADICIONAIS INDÍGENAS	120
4.5.1 Parteiras Pankararu	121
4.5.2 As novas gerações.....	123
4.6 OS PERSONAGENS DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	126
4.6.1 Roberto.....	127
4.6.2 Dona Maria.....	130
5 NASCENDO, ENCANTANDO E CUIDANDO.....	138
5.1 DONA-DO-CORPO.....	139
5.1.1 A “transfiguração da <i>camarada</i> ”	144
5.2 A RELAÇÃO COM OS ENCANTADOS	146
5.3 PARINDO	149
5.3.1 Parto em casa	150
5.3.2 Parto hospitalar	155
5.3.3 Algumas considerações	169
5.3.4 Alguns números	171
5.4 RESGUARDO	173
5.5 CACHIMBO	177
5.6 AMAMENTAÇÃO.....	179
5.7 BATIZADO EM CASA	181
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
BIBLIOGRAFIA	190

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa da Terra Indígena Pankararu	14
Figura 2 – Mapa da Terra Indígena Entre Serras	15
Figura 3 - Mapa das TI Pankararu e Entre Serras na região	16
Figura 4 – TI Pankararu com o rio São Francisco ao fundo	45
Figura 5 - Lua subindo por detrás da serra, aldeia Brejo dos Padres	45
Figura 6 - Feira com Igreja de Santo Antônio ao fundo	46
Figura 7 - Casa típica, aldeia Jitó	46
Figura 8 - Roça de feijão, aldeia Jitó	47
Figura 9 – Criação de gado, aldeia Brejo dos Padres	47
Figura 10 – Penitentes na festa de Antônio Binga	71
Figura 11 – Penitentes rezando no Cruzeiro, no Domingo de Ramos	71
Figura 12 – <i>Praias</i> com <i>maracá</i> e prato de comida durante <i>Três Rodas</i>	87
Figura 13 - <i>Toré</i> durante <i>Menino no Rancho</i>	87
Figura 14 - Especialistas rituais, padrinhos e público em <i>Menino no Rancho</i>	88

Figura 15 – Especialistas rituais, padrinhos e <i>praiás</i> em <i>Menino no Rancho</i>	88
Figura 16 - Madrinhas, noiva, menino, padrinhos e <i>praiás</i> no <i>Menino no Rancho</i>	89
Figura 17 - Comida	89
Figura 18 – Parteiras e aprendizes Pankarau	125
Figura 19 - Parteira fumando <i>campiô</i> e gestante em parto domiciliar	166
Figura 20 – Parteira preparando pirão de galinha	166
Figura 21 – Posição de parto escolhida	167
Figura 22 – Bebê recém-nascido sendo examinado pela parteira	167
Figura 23 – Parteira pesando recém-nascido	168
Figura 24 - Mulher recém-parida deitada e seus filhos	168

Figura 1

Figura 2

Figura 3

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança Pankararu é um acontecimento que traz a necessidade de cuidados com a mãe, que passou por um trabalho de parto e precisa se resguardar, e com o bebê que inicia seus primeiros contatos com os costumes indígenas. Como processo que contribui para a reprodução do coletivo como um todo, o nascimento mobiliza as redes de reciprocidade e sociabilidade dentro dos grupos familiares.

No caso dos Pankararu de Pernambuco, que convivem tanto com os conhecimentos *dos mais velhos* e os da medicina disponibilizada pelos serviços oficiais de saúde, o nascimento inclui, além dos cuidados relativos à gestação e ao parto em si - que pode ser domiciliar ou hospitalar -, diversas restrições e cuidados corporais, o *batizado em casa* e a relação com os seres sobrenaturais, principalmente os *encantados*, que mobilizam e atualizam as redes de relações familiares e promovem a saúde coletiva.

Priorizando este olhar, o objetivo do presente trabalho é compreender como se dá o processo de nascimento entre o Povo Indígena Pankararu de Pernambuco, abordando as práticas e cuidados adotados pelas mulheres indígenas, que articulam os conhecimentos indígenas e biomédicos. Assim, seu foco principal se dará na assistência ao parto a partir de observações feitas em campo e da experiência de algumas mulheres entrevistadas, inclusive sobre seus partos hospitalares.

Este ponto de vista foi priorizado não somente pela vivência pessoal que tive com mulheres indígenas, mas por perceber que tanto entre os homens indígenas como dentro do indigenismo brasileiro, muitas vezes, as experiências e dificuldades destas mulheres são desconhecidas. Coimbra e Garnelo já apontaram a falta de estudos antropológicos sobre aspectos de saúde da mulher indígena no Brasil (2004:153) e Lasmar cita a quase inexistência de estudos sobre gênero e mulher indígena em populações do Nordeste (1999:144), o que se confirma no caso Pankararu.

Como se verá mais adiante, as escolhas feitas - (o que inclui) incluindo-se os itinerários de cuidados pré-natal, de parto e pós-parto – levam em conta seu pertencimento familiar, em que se consideram as famílias do pai e da mãe da criança, as relações de compadrio e os vínculos estabelecidos com os pedidos e retribuições. Estes contextos, por sua vez, inserem-se sob o cosmos Pankararu, repleto de entidades sobre-humanas, destacando-se aqui os *encantados*, espíritos ancestrais aos quais os indígenas se apegam para fazer pedidos, principalmente de proteção e cura.

As experiências contadas aqui requerem, contudo, muita sensibilidade e respeito por parte do/a leitor/a, principalmente se este for conhecedor direto das famílias moradoras da aldeia Brejo dos Padres. Isso porque todas estas histórias carregam consigo emoções de alegria e sofrimento de mulheres que optaram por não ter suas identidades reveladas.

Finalmente, o título desta dissertação deve ser considerado de forma poética. Embora nascer e cuidar sejam acontecimentos cotidianos da vida Pankararu, o *encantamento*, como se verá, não tem ocorrido nos dias de hoje, até onde tenho conhecimento. Na expressão do título - *Nascendo, Encantando e Cuidando* – refiro-me ao envolvimento dos *encantados* com o nascer e o cuidar.

Do campo à academia

Apesar da minha formação em Ciências Sociais, foi somente em 2004, ao final da graduação, quando iniciei o trabalho no escritório da Associação Saúde Sem Limites¹ (SSL) em São Paulo, que comecei a ter contato com o universo indígena brasileiro, mais especificamente com a área da saúde indígena. Após alguns trabalhos, principalmente com mulheres indígenas em São Gabriel da Cachoeira (Amazonas), em Iquitos (Peru) e na Terra Indígena Pankararu (Pernambuco), foi que, de 2007 a 2009, assumi a

¹ Organização não governamental sem fins lucrativos fundada em 1994, trabalha com a saúde de populações indígenas e tradicionais, tendo atuado em campo principalmente nas regiões do Alto Rio Negro (Amazonas) e do Vale do Rio Juruá (Acre), além do interior de Pernambuco. Disponível em <http://www.saudesem limites.org.br>. Acesso em 05/01/2013.

coordenação regional da SSL em Jatobá, no sertão pernambucano. É na fronteira de Jatobá, Tacaratu e Petrolândia que se encontram as terras Pankararu, ficando o centro de Jatobá há aproximadamente 8 km da principal aldeia, Brejo dos Padres. Nesse período, participei da execução do Projeto Saúde e Cultura Pankararu, que trabalhou diretamente com a assistência ao pré-natal das gestantes indígenas e com encontros e capacitações de parteiras tradicionais. Foi nesse contexto de atuação que tive contato com a realidade aqui descrita.

Desde o início me chamaram a atenção a riqueza e a diversidade de conhecimentos e práticas Pankararu com relação ao parto, ao resguardo e aos cuidados com os bebês, que envolviam tanto os saberes aprendidos *dos mais velhos*, como aqueles da própria medicina oferecida pelos serviços oficiais de saúde, à época a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e os municípios locais, uma vez que as/os indígenas articulam dia-a-dia ambas práticas de saúde. As histórias que ouvi das parteiras e mães sobre alegrias e dificuldades nos partos, o poder de realização dos *encantados* e mesmo os controversos entendimentos que mulheres e homens têm sobre o parto domiciliar e o parto hospitalar me sensibilizaram e instigaram a transformar essa vivência neste trabalho de mestrado.

Fazer a pós-graduação na Saúde Pública e não na Antropologia fez com que eu me aproximasse de profissionais de saúde que pesquisam e participam do que atualmente se conhece como Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento no Brasil e, conseqüentemente, das questões por eles levantadas. Pude compreender mais de perto não somente o debate técnico e ideológico atual sobre as práticas obstétricas brasileiras e seu campo de atuação, mas também o ponto de vista destes profissionais, inclusive com relação ao universo indígena e seus conhecimentos sobre nascimento. Assim, foi quase inevitável, na realização desta pesquisa, assumir preocupações levantadas pela área da Saúde Pública e, ao escrever esta dissertação, desejar que ela seja acessível a pessoas que, interessadas em saber mais sobre as populações indígenas, não têm necessariamente contato prévio com o debate da interculturalidade.

Ainda assim, tentei trazer algumas reflexões propostas pela Antropologia, mesmo que pontualmente, por entender serem de grande importância na compreensão da realidade atual de cada um dos 238² povos indígenas brasileiros, aqui mais especificamente dos Pankararu do interior de Pernambuco. As questões levantadas pelos autores citados são elucidativas para entender a lógica que guia as ações destas pessoas enquanto pertencentes a determinadas coletividades, mas também enquanto agentes singulares das decisões sobre seus próprios corpos.

Dos capítulos

No primeiro capítulo faço uma reflexão teórica sobre alguns conceitos de corpo, principalmente os utilizados para pensar as populações indígenas, considerando o contexto nacional de medicalização do parto e nascimento e de assistência à saúde indígena. No segundo discuto mais especificamente o contexto em que a pesquisa foi realizada e os aspectos metodológicos da minha inserção em campo e das abordagens deste trabalho. Faço um breve relato histórico do aldeamento que deu origem à população Pankararu e de seu contato com a sociedade nacional no capítulo três, abordando também sua cosmologia baseada principalmente nos *encantados* e sua organização social. No capítulo quatro falo mais diretamente da assistência ao pré-natal, das parteiras indígenas e de como tem acontecido a articulação das práticas biomédicas e indígenas nesses aspectos. O capítulo cinco analisará as experiências das mulheres com seus partos, além dos principais cuidados que envolvem mãe e bebê, já fazendo algumas considerações sobre as escolhas de parto das mulheres Pankararu. Nas considerações finais retomo e faço uma reflexão sobre alguns temas relevantes da pesquisa, inclusive os esforços locais para promover uma real articulação entre os saberes Pankararu e biomédicos.

² Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt>. Acessado em 05/01/2013.

1 CORPOS E NASCIMENTOS NOS CONTEXTOS INDÍGENA E BIOMÉDICO: ALGUMAS REFLEXÕES TEÓRICAS

1.1 CORPO E A ESPECIFICIDADE DAS POPULAÇÕES AMERÍNDIAS

O corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é seu corpo.

Marcel Mauss

Pensar o processo de nascimento e o próprio parto em qualquer sociedade que não a nossa exige expandir as ideias que temos sobre os significados atribuídos a estes eventos, assim como as noções que temos sobre nossos próprios corpos e nossa constituição como pessoas. Marcel Mauss refere-se à expressão “técnicas corporais” para designar as maneiras pelas quais homens e mulheres, de sociedade a sociedade, sabem “servir-se de seus corpos” (2003: 401) através de hábitos adquiridos, formas de agir transmitidas socialmente. Como exemplo, discorre sobre técnicas corporais como o nado e o andar, encaradas sempre como naturais e inatas a quem as pratica. Em especial, ressalta diferentes “técnicas de nascimento e obstetrícia” – abordando desde a existência de diferentes posições no parto até os cuidados com a mãe e bebê – e “técnicas da infância” – como diferentes maneiras de ensinar a comer, a beber, a andar e até a respirar, atos aparentemente “naturais” de qualquer ser humano.

Um aspecto fundamental para a expansão deste entendimento sobre os corpos é a apreensão do que Mauss chama de o “homem total”. Ao considerar as técnicas corporais, não teríamos o corpo como um aparelho biológico e fisiológico que se somaria aos fatores psicológicos e então aos sociais, mas, muito mais do que isso, o corpo seria um todo, um conjunto

condicionado por estes “três elementos indissoluvelmente misturados” (IDEM: 405). Assim, não haveria, nos adultos, uma “maneira natural” de agir, “descontaminada” das influências culturais recebidas ao longo da vida, porque a própria concretização do que se entende por aspectos biopsicossociais, somente pode ocorrer no plano social.

Não cabe entrar aqui no debate sobre natureza e cultura, também feito pela antropologia, basta-nos refletir sobre a necessidade de desnaturalizar o entendimento que temos de nossas práticas e saberes, para melhor nos aproximarmos das práticas e saberes de outras sociedades. Da mesma forma, se considerarmos que a categoria de pessoa também está presente nas sociedades ameríndias – já aproximando-nos do tema aqui pesquisado – mas não é uma noção que se configure “naturalmente” com a simples concepção ou nascimento de uma criança, há de se levar em conta o entendimento próprio que os povos indígenas têm desta noção, exercitando o afastamento da noção cristã de pessoa, amplamente difundida na sociedade brasileira.

Autores como Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro (1987:20) aprofundaram esta discussão voltando-se à realidade das sociedades indígenas sul-americanas, defendendo como necessário, para uma compreensão adequada de suas organizações sociais e cosmologias, entender suas estruturações em termos de “idiomas simbólicos [...] que dizem respeito à construção de pessoas e à fabricação de corpos”. “Tomar o discurso indígena sobre a corporalidade e a pessoa como informador da *praxis* social concreta é a única via não etnocêntrica de inteligibilidade desta *praxis*” (IDEM:26).

Mais especificamente, Viveiros de Castro (1987:31) fala da necessidade, para os Yawalapíti do Alto Xingu, de que o corpo humano seja submetido periodicamente a processos intencionais de fabricação, que alteram também suas identidades sociais, uma vez que “as relações sexuais entre os genitores de um futuro indivíduo são apenas o momento inicial dessa tarefa”. Tal fabricação é concebida como um “conjunto sistemático de intervenções sobre as substâncias que comunicam o corpo e o mundo:

fluidos corporais, alimentos, eméticos, tabaco, óleos e tinturas vegetais” (IDEM). Para citar alguns exemplos, jovens em reclusão pubertária devem-se abster de sexo para que a perda de sêmen não os enfraqueça (IBIDEM); e o tabaco, por outro lado, tem funções criadoras e transformadoras sobre as pessoas, sendo também uma substância mediadora entre o mundo atual e o espiritual (IBIDEM: 38).

Dentre os Wajãpi do Amapari, Rosalem (2005) descreve o entendimento local sobre a concepção de um novo ser, em que “o acúmulo de esperma é que vai compor, juntamente com as substâncias da mãe, a criança” (IDEM: 97). Considerando a existência de outros homens com quem a mulher tenha tido relações sexuais nesse período, “todos aqueles que depositaram esperma no corpo dela e ajudaram a fazer a criança são considerados pais”, sendo o marido dela o pai social da criança (IBIDEM). Esta realidade evidencia, por exemplo, o quão complexo se torna trabalhar o tema das doenças sexualmente transmissíveis dentro de uma concepção de corpo que dá outros significados aos fluídos corporais.

Da mesma forma, McCallum (1998) desenvolve seu trabalho no Acre entre o Kaxinawá, descrevendo como estes tratam o corpo como uma “entidade em contínuo estado de criação” em que é “feito crescer” por “intervenção externa” (IDEM: 215). Estas intervenções envolveriam restrições alimentares, pintura corporal, batismos rituais etc. (IBIDEM: 221). Segundo a autora,

Considera-se em geral que o corpo não cresce naturalmente, nem funciona de uma forma análoga a um “modelo biológico”. O pensamento Kaxinawá pensa o corpo como sendo afetado e construído por diferentes processos materiais que ocorrem perto ou dentro de seus corpos, como na *couvade* (Riviére, 1974; Gregor, 1977 e 1985) e nas relações de substância de forma mais geral (Da Matta, 1982; Seeger et al., 1987). (1998:217)

Assim, o recém-nascido, por exemplo, é lavado em água morna, depois de uma semana pintado de preto com jenipapo, deixado à vontade

para mamar³ e mantendo um relacionamento íntimo com a mãe, tudo para que possa crescer bem.

No contexto nordestino, Belaunde e McCalum (2007), ao trabalharem com os Tupinambá de Olivença, afirmam serem todos os fluidos sexuais, acrescentando o mêsruo e o leite materno, conceitualizados como transformações do sangue (IDEM:83). Assim, o leite materno que alimenta o bebê após seu nascimento “nada mais é do que o sangue da mulher que ao invés de ‘descer’ durante o período menstrual, se transforma em alimento” (IBIDEM), o que condiz com a ausência de menstruação durante a lactação. Se acontecer da mulher ficar grávida enquanto amamenta, ela imediatamente suspende o leite do bebê, por entender que ele começa a se “estragar”, já que o feto precisará desse fluído para se desenvolver no ventre da mãe (IBIDEM).

Finalmente, Seeger et al (1987:22) falam também de um complexo sul-americano de restrições/prescrições sexuais e alimentares como estruturador da experiência e organização sociais. Nessa linha, considero que para a compreensão das experiências relativas ao nascimento em Pankararu, seja essencial o entendimento de seus saberes e práticas a respeito dos cuidados necessários a esse período, de forma semelhante ao exemplificado pelos autores citados.

1.2 A RELAÇÃO ENTRE CONHECIMENTOS BIOMÉDICOS E INDÍGENAS

Considerando o contexto de interculturalidade em que estão inseridos os Pankararu e sua convivência tanto com o modelo biomédico quanto com os saberes e práticas indígenas, é preciso compreender um pouco mais da

³ Junto com a demanda livre de leite a criança deve também comer alguns alimentos sólidos logo nas primeiras semanas de vida.

relação entre ambos para se falar de saúde indígena. Jean Langdon sintetiza esta relação ao dizer que

A biomedicina [...] deve ser vista também como um sistema cultural e não como a única ciência da verdade. É um sistema de conhecimento baseado na observação empírica e que tem conseguido desenvolver terapias altamente técnicas e eficazes frente a certos estados biológicos. [...] a doença é vista como um processo biológico universal e a visão do corpo é basicamente mecânica e cartesiana. [...] em geral, os sistemas indígenas de saúde são mais holistas e podem ser caracterizados como sistemas xamânicos, nos quais doença e saúde fazem parte de um sistema cosmológico e os fatores físicos, sociais e espirituais interagem no processo de saúde/doença e cura (2001: 160-161).

Langdon, assim como outros autores que escrevem sobre antropologia da saúde, utiliza o conceito de Kleinman de sistemas médicos, por se localizarem dentro de realidades simbólicas social e culturalmente construídas (Kleinman apud LANGDON, 1996:118), o que inclui as relações de poder existentes, a integração de diferentes crenças etiológicas, o funcionamento das instituições de saúde etc. Compreender cada sistema em sua totalidade possibilitaria apreender sua lógica interna própria, evitando a atitude etnocêntrica de avaliar, por exemplo, as práticas indígenas a partir da compreensão de saúde ocidental.

É o que descreve Dominique Buchillet ao evidenciar a questão do “empírico-racional” como associada à biomedicina, e a do “mágico-religioso”, qualidade atribuída às medicinas tradicionais, pelo aparente distanciamento existente entre os modos de diagnosticar e tratar doenças (como concebidos pela medicina ocidental), o que levaria a uma ideia de “descontinuidade radical” entre ambos (BUCHILLET, 1991:30).

Ainda pensando em sistemas médicos e interculturalidade, Follér (2004) utiliza o conceito de intermedicalidade para pensar a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. Ou seja, o espaço de encontro e convivência entre estes diferentes sistemas e que traz consigo a existência de relações assimétricas de poder, uma vez que, como já citado acima, o sistema biomédico mostra-se como ciência da verdade subestimando e marginalizando os conhecimentos indígenas.

Há, contudo, uma adaptação mútua entre os diferentes sistemas de conhecimento e “uma medicina híbrida continua a existir com características tanto da etnomedicina como da biomedicina” (IDEM:144). Segundo a autora,

Membros dos povos indígenas selecionam e inventam soluções valendo-se dos conhecimentos e materiais da agência ocidental. Os elementos da biomedicina são incluídos, de acordo com as fontes, porque fortalecem a etnomedicina, o que constitui um processo de indigenização. Este meio-termo envolve tanto aceitar o conhecimento biomédico quanto resistir ao poder e à ideologia da biomedicina. [...] Esse novo conhecimento-e-prática sobrevive e passa por transformações contínuas. Trata-se de um projeto de negociação e renegociação, resistência cultural e ilustração da formação de uma identidade indígena como estado dinâmico e transitório (FOLLÉR, 2004:144).

O debate trazido pela antropologia é extremamente rico para entender essa convivência entre conhecimentos biomédicos e indígenas, ambos inerentes às práticas de saúde no contexto Pankararu. Segundo Sahllins (1997a), a reapropriação das coisas “do branco” no contexto capitalista acontece com o intuito de fortalecer o que estas populações entendem como “boa vida” - que não necessariamente condiz com o que as populações não indígenas entendem como tal - o que também acontece com as práticas e insumos médicos. A ideia de indigenização da modernidade é usada pelo autor ao falar desse movimento de ressignificação, referindo-se à ideia de “develop man”, no sentido de “desenvolver o homem”, já que essas populações colonizadas se beneficiam e desenvolvem com essas coisas “do branco”, sempre desde seus próprios pontos de vista.

É preciso ressaltar, contudo, que nascimento não deve ser associado diretamente à medicina, uma vez que não estamos falando de cura, movimento feito pela biomedicina, que entende o ciclo gravídico puerperal de forma patológica, passível de intervenções médicas, diferentemente dos povos indígenas. A própria expressão “medicina tradicional”, bastante utilizada para se referir aos conhecimentos indígenas sobre saúde, doença e cura, não expressa, mas congela a dinamicidade destas práticas (FERREIRA, 2010; MENÉNDEZ, 1994).

Assim sendo, tomo desta discussão primeiramente a ideia de que a biomedicina pode ser vista como um sistema cultural. Os conhecimentos indígenas (para não falarmos em “medicina tradicional”) caracterizam-se por serem dinâmicos e por estarem em “permanente revisão, continuamente propiciando a emergência de novos conhecimentos e novas práticas” (FERREIRA, 2010:248), inclusive com a incorporação e ressignificação de práticas da biomedicina. É a partir destas premissas que falarei de um processo de nascimento Pankararu, que articula tanto saberes e práticas *tradicionais*⁴ como biomédicos.

1.3 O PONTO DE VISTA BIOMÉDICO: MEDICALIZANDO OS CORPOS E O NASCIMENTO

O modelo biomédico - por excelência adotado nas práticas de saúde brasileiras, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena⁵ (SasiSUS) - é abordado por Fritjof Capra, que descreve sua racionalidade de funcionamento. Para a biomedicina

[...] o corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir, física ou quimicamente para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado (2006:116).

Realizando a separação do corpo humano, principalmente entre corpo e mente, a biomedicina se ateria cada vez mais às suas partes menores (células e moléculas), aos microorganismos e à doença, ao invés do paciente. Ela parte também do princípio de que a cura deve ser realizada de fora para dentro, através de medicamentos, cirurgias, radiações etc., sem

⁴ No caso Pankararu, um dos sentidos por mim apreendidos como significado local da expressão “tradicional”, diz respeito a algum conhecimento ou prática que vem *dos mais velhos*, ou seja, que tem sido transmitido desde há muito tempo por seus parentes mais velhos, pessoas com reconhecida sabedoria e que detinham esses conhecimentos. Este será seu significado quando aqui empregada.

⁵ A ser descrito mais a frente.

levar em conta o potencial curativo do próprio paciente (CAPRA, 2006: 140; DAVIS-FLOYD, 2001:05). Segundo o autor, seria preciso um olhar menos reducionista e mais amplo, enxergando o ser humano como um todo e atentando à “interação complexa entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana” (CAPRA, 2006: 117).

Exposto o entendimento que a biomedicina faz dos corpos, é preciso destacar que esta visão tem influência direta sobre a própria noção de corpo construída por cada pessoa, o que definirá também sua visão de autocuidado, os princípios de higiene a serem observados e a organização dos hábitos do dia-a-dia, entre outros. Este processo insere-se no que é conhecido como medicalização da sociedade. Nas palavras de Marilena Corrêa,

...pensar a medicalização implica, para além do consumo de serviços e de cuidados médicos, em considerar a interferência do discurso e da prática médicos [...] **na construção do sentido e da significação da própria ideia de vida e de processos vitais – corpo, saúde, doença, morte, prazer e sofrimento** – que estão ligados e determinam aqueles outros aspectos da medicalização. Logo, a medicalização, definida como um processo pelo qual o modo de vida dos homens é normalizado pela medicina e **por meio do qual os indivíduos se constituem** não se dá, nas sociedades modernas, separadamente [...] do processo de individualização... (2001: 27, grifos meus).

Neste processo é inevitável a medicalização do corpo da mulher. Já no século XIX a biomedicina se consolida, respaldada pelo saber científico, constituindo-se como uma prática social que cria padrões de normalidade e disciplina os corpos, estabelecendo uma nova maneira de olhá-los e cuidá-los. O corpo feminino passa a ser apropriado por esta forma de saber que, reduzindo-o a seus aspectos biológicos, e sob influência dos valores morais da época, naturaliza a condição feminina determinada então para o casamento, a geração e criação de filhos, corroborando para a popularização de ideias presentes até hoje sobre o instinto maternal, a essencialização dos papéis de gênero etc. (VIEIRA, 2008:30).

A medicina passa então a regular o nascimento e a demografia, incluindo o corpo feminino “seja através da higiene, seja com o aparecimento da obstetrícia e da ginecologia” (IDEM: 21). Se um dos aspectos da

medicalização social é a redescritção de eventos fisiológicos e de comportamentos sociais desviantes (envelhecimento, alcoolismo etc.), no caso da mulher, essa medicalização e sua consequente intervenção se darão principalmente em cima de seus aspectos reprodutivos como a menstruação, a gravidez, o parto etc. O parto, por exemplo, inicialmente realizado em domicílio e dominado por parteiras mulheres, é gradualmente transformado em um ato médico e masculino, sendo sua hospitalização, medicação e tecnocratização praticamente inevitáveis.

1.4 MEDICALIZAÇÃO DO PARTO

Finalmente, é olhando para o parto realizado na contemporaneidade que Robbie Davis-Floyd (2001) descreve os paradigmas do modelo tecnocrático presentes nas práticas obstétricas de diversos países, inclusive no Brasil, e que são também aplicadas às mulheres indígenas, como se verá adiante.

A autora afirma que, apesar de seu suposto rigor científico, o sistema médico ocidental se baseia menos na ciência do que em seu contexto social mais amplo, que engloba um sistema de valores fortemente orientado para a alta tecnologia, o benefício econômico e as instituições dirigidas patriarcalmente (DAVIS-FLOYD, 1992). Assim, a maioria das práticas obstétricas teria muito pouca ou nenhuma base em evidências científicas⁶. Apesar disso, é notável o grande número de intervenções desnecessárias realizadas mesmo nos partos normais, pela concepção ocidental de que “alterar os processos naturais faz com que estes sejam melhores, mais previsíveis, mais controláveis e, portanto, mais seguros” (2001:06).

Nessa linha, o uso de tecnologia nos procedimentos médicos, inclusive na gestação e parto, coloca-se como inerente à assistência

⁶ Evidências científicas são as pesquisas que indicam a eficácia real de uma prática médica, através de estudos randomizados, ou seja, altamente controlados. Uma boa referência para esta discussão se encontra em <http://estudamelania.blogspot.com.br/>.

obstétrica, aumentando custos sem que necessariamente represente uma melhora desse atendimento. Simone Diniz, ao escrever sobre o “paradoxo perinatal”, fala como na assistência ao parto brasileira é possível conviver com “o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada, e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada” ⁷ (2009:316). Assim, o uso da alta tecnologia nos procedimentos médicos em geral acontece não porque efetivamente melhora as condições do paciente, mas porque a biomedicina encontra-se num sistema cultural que tem a tecnologia como sinônimo de avanço e qualidade de vida, mesmo que ela seja utilizada de forma excessiva e desnecessária⁸, não raro causando dor e sofrimento (CAPRA, 2006:140; DAVIS-FLOYD, 2001:05).

Não é a toa que Davis-Floyd fala em modelo tecnocrático, fazendo referência a Reynolds ao expor o termo tecnocracia como implicando “o uso de uma **ideologia de avanço tecnológico** como fonte de poder político”, da mesma forma que outras dimensões como as hierárquicas, burocráticas e autocráticas do modelo dominante (Reynolds, 1991 apud DAVIS-FLOYD, 2001:03, tradução e grifo meus).

Nesse contexto, o médico ocupa um lugar de destaque, sendo considerado a única autoridade capaz de se pronunciar ou agir com relação à saúde do/a paciente. Centralizando em si as informações e o poder de decisão e mesmo persuasão sobre a/o paciente, acaba delegando-lhe pouca ou nenhuma voz. Esta/e, por sua vez, ao encontrar-se em uma instituição cheia de protocolos como o hospital, não tem muita alternativa se não transformar-se na/o paciente padrão que muito pouco contestará os procedimentos realizados sobre seu corpo.

⁷ Um exemplo dos malefícios do excesso de tecnologia: na cidade de Pelotas (RS) houve um aumento na proporção de nascimentos prematuros, de 1982 a 1994, juntamente com o aumento nas interrupções pré-termo da gravidez, seja por cesariana ou indução (DINIZ, 316:2009).

⁸ Davis-Floyd (2001: 05) dá o exemplo do monitor fetal eletrônico que, onipresente nos hospitais norte-americanos, não tem apresentado efetivamente melhores resultados e sim mais custos.

1.4.1 Assistência ao Parto no Brasil

O Brasil não é exatamente um exemplo de boa assistência ao parto. Sua medicina, pautada principalmente no modelo norteamericano, é altamente intervencionista conferindo ao país “resultados maternos e perinatal muito aquém do desejado e esperado, a exemplo dos altos índices de cesariana, da medicalização excessiva no parto e da assistência desumanizada presente nas instituições de saúde” (AGUIAR, 2012:16). Tal intervencionismo faz com que durante o parto, por exemplo, sejam realizados diversos procedimentos de rotina sem avaliação caso a caso - posição litotômica⁹, episiotomia¹⁰, tricotomia¹¹ etc. - desde 1985 não mais recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Tudo isso sem contar nas mais altas taxas de cesáreas do mundo, mais de 50% em 2009 (DATASUS) - procedimento apontado pela mesma OMS como injustificável quando realizado a taxas maiores do que 15% (DINIZ, 2005:03).

O país vive hoje um momento de grande mobilização em prol da humanização do parto e nascimento, assim como já ocorrido em países como a Inglaterra, na década de 1980. Em 2012, a “Marcha pela Humanização do Parto”¹² e as resoluções 265/12¹³ e 266/12¹⁴ do CREMERJ¹⁵ (posteriormente suspensas) evidenciam uma articulação

⁹ Posição na qual a mulher se deita de costas e coloca os pés nos estribos ou perneiras. Disponível em www.amigasdoparto.com.br/plano3.html. Acessado em 05/01/2013.

¹⁰ Abertura cirúrgica (corte) da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (Diniz, 2001, parênteses meu).

¹¹ Raspagem dos pelos pubianos.

¹² Manifestação ocorrida em agosto de 2012, desencadeada pelas proibições, por parte do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro (CREMERJ), de doulas (explicadas mais a frente) e obstetrizes, no parto hospitalar, e de médicos, no parto domiciliar. O evento tomou proporções nacionais ocorrendo em diversas capitais devido à articulação das redes sociais virtuais.

¹³ Que proíbe a participação de médicos nas chamadas ações domiciliares relacionadas ao parto e assistência perinatal, em equipes de suporte e sobreaviso, previamente acordadas, em partos domiciliares.

¹⁴ Que proíbe a participação de pessoas não habilitadas e/ou profissões não reconhecidas na área de saúde (entre elas, doulas, obstetrizes e parteiras) durante e após a realização do parto, em ambiente hospitalar, ressalvados os acompanhantes legais.

¹⁵ As resoluções do CREMERJ, embora tivessem abrangência estadual, geraram dúvidas e interpretações equivocadas em outros lugares do país, como em Pernambuco. Uma das

nacional que demanda melhoras na assistência ao parto - inclusive com direito ao parto domiciliar - e o incômodo que as críticas ao modelo atual têm causado à corporação médica.

Outro debate em emergência tem a ver com o que se tem denominado violência obstétrica¹⁶, evidenciando uma grave situação de falta de ética e banalização do sofrimento do outro (AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011). As autoras, ao falarem do tema mas nomeando-o como violência institucional em maternidades públicas, citam a negligência na assistência, a violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas e outros), a violência física¹⁷ (IDEM:80) e o uso inadequado de tecnologia, como resultado de uma cascata de intervenções desnecessárias com potenciais riscos e sequelas (Diniz e Chacham, 2006; Diniz, 2001 apud AGUIAR e D'OLIVEIRA, 2011).

Um pouco deste descaso se reflete no não cumprimento, por muitas maternidades, da Lei do Acompanhante¹⁸ que garanta a presença de um/a acompanhante nos momentos do pré-parto, parto e pós-parto. Instituições públicas e privadas que limitam ou negam este direito, alegam principalmente falta de estrutura física e de privacidade às outras parturientes, no caso de quartos coletivos (AGUIAR, 2012:60).

1.5 DANDO OUTRO ENFOQUE À DISCUSSÃO: SOBRE A ANTROPOLOGIA E O NASCIMENTO

O nascimento de um novo ser não pode ser resumido ao seu parto e mesmo o momento do parto não pode ser encarado apenas por um viés biológico, que aborde os cuidados com os corpos de forma intervencionista

parteiras em Pankararu me perguntou, ao telefone, se realmente era verdade que não mais poderia atuar nos domicílios, como diziam seus colegas que trabalhavam na área da saúde.

¹⁶ Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acessado em 05/01/2013.

¹⁷ Incluindo a não utilização de anestesia quando indicado.

¹⁸ Lei 11.108 de 07 de abril de 2005.

como vem fazendo o modelo tecnocrático de medicina (DAVIS-FLOYD, 2001). Como mais um acontecimento da vida de uma família, tampouco deve ser associado diretamente com processos de doença e cura, já que na maioria das vezes não está em questão o adoecimento ou problema com o corpo de alguém.

Alguns autores da antropologia já escreveram nesse sentido, enfatizando aspectos mais abrangentes do que os biológicos, no que diz respeito aos momentos de gestação, parto e pós-parto.

Margareth Mead em seu livro *Sexo e Temperamento*, publicado em 1935, escreve sobre “O nascimento de uma criança Arapesh”, que envolve cuidados por parte do pai e mãe durante a gestação - quando o bebê será moldado -, o parto – quando será aceito ou não -, e o pós-parto – quando devem cuidar do recém-nascido e de si mesmos, com restrições sexuais, jejuns etc. Tem como abordagem, em seu livro, a desassociação das noções ocidentais que padronizam o comportamento de homens e mulheres.

Jordan (1993), por sua vez, faz uma análise do “Nascimento em quatro culturas”: em uma população Maya, na península de Yucatán, no México; nos Estados Unidos, na Holanda e na Suécia. Considerando seus “sistemas” de nascimento, a autora discorre sobre as características dos “partos típicos” desses quatro contextos, a partir de sete princípios teóricos: o conceito local sobre a gravidez e o nascimento; a preparação para o parto; atendentes e sistema de apoio; local do parto; uso de medicação na hora do parto; uso de tecnologia no parto; e poder de decisão na hora do parto. A autora fala então do processo de parturição como “uma estrutura biossocial, um fenômeno produzido conjunta e reflexivamente pela (universal) biologia e (particular) cultura” sendo um desafio separar sua fisiologia de seu contexto interacional (1993:4).

Kitzinger (1996), ao fazer um “Estudo antropológico da maternidade”, critica a negligência da perspectiva antropológica¹⁹ com relação ao lado das mulheres e da família, em suas análises. Percorrendo sua análise pelos

¹⁹ Segundo ela, Evans-Prichard, ao falar sobre os Nuer, cita as mulheres muito menos vezes do que as vacas.

mais diferentes temas que envolvem a maternidade, dando exemplos das mais diversas sociedades, dá destaque para a descrição que faz sobre um parto camponês na Jamaica; o parto na África do Sul, no contexto do Apartheid; e ter um bebê na Alemanha Leste. A autora considera o parto como um processo social que afeta não somente a relação entre marido e mulher, mas a do grupo de descendência ao qual estes pertencem (IDEM), plantando uma ideia elucidativa da relação entre parto e sociedade: “a forma como uma mulher dá à luz e o tipo de cuidados que são ministrados à mãe e ao bebê apontam diretamente para os valores-chave dessa cultura” (IBIDEM:124).

Van Gennep (1978), seguindo outra linha, escreve sobre diferentes “Ritos de Passagem”, citando como um dos exemplos a gravidez e o parto em diferentes contextos: a Índia como um todo, entre os Oraibi do Arizona, nos Ichoa do Congo, e outros. De forma muito breve, o autor entende os ritos de passagem como marcados por diferentes momentos: separação, liminaridade e agregação. Os diferentes exemplos de gravidez e parto, marcados por cerimônias e seus ritos, fornecem muitos elementos para sua análise, tendo como foco o bebê, o pai e principalmente a mãe.

Nessa mesma linha, Davis-Floyd (1992) trabalha o “Nascimento Americano como um Ritual de Passagem”. Utilizando principalmente os conceitos de Van Gennep e Victor Turner, faz sua análise através da entrevista de cem mulheres de duas cidades nos Estados Unidos que tiveram seus filhos em hospitais. A partir dos relatos e observações, analisa os principais procedimentos médicos enfocando seus efeitos fisiológicos, a resposta e interação das mulheres e a finalidade ritual de cada um.

Os trabalhos citados foram, sem dúvida, importantes para a ampliação do entendimento do mundo ocidental sobre o parto e nascimento. Kitzinger (1996) e Davis-Floyd (IDEM), pertencentes a uma linha mais feminista e militante, relativizaram o próprio modelo ocidental e o lugar de passividade sempre atribuído à mulher. Principalmente Davis-Floyd (IBIDEM) tornou evidente a falácia da certeza de uma assistência obstétrica meramente científica, destacando uma série de procedimentos não

embasados cientificamente que possuíam um significado muito mais simbólico e ritual do que técnico.

Ainda assim, o enfoque do/as autoras, principalmente no caso de Jordan (1993), prioriza um olhar que enxerga os contextos culturais de forma homogênea, sem dar espaço para a criatividade e imprevisto de seus sujeitos. A grande variedade de exemplos demonstrados se por um lado enriquece a percepção da existência de uma grande variedade de concepções e práticas de parto, por outro lado, não permite sua apreensão de forma integral.

Neste trabalho, como citado anteriormente ao falar de Mauss (2003), tentarei não marcar a dicotomia biologia/fisiologia-cultura, já que isso não me ajuda a pensar o entendimento dos Pankararu sobre si próprios. Assim, finalizo esta seção resgatando a brilhante análise de Lévi-Strauss em “A Eficácia Simbólica” (2006:193), em que nos conta a atuação de um xamã da tribo dos Cuna, no Panamá, que trabalha com a cura xamanística, a pedido de uma parteira, para ajudar num parto difícil. Nessa cura a interação entre o que se poderia chamar de biopsicossocial é tão concreta que não é possível enxergar onde começa um e termina o outro.

Ao lado da mulher em trabalho de parto, através de uma narrativa cantada, o xamã inicia seu trabalho descrevendo minuciosamente todo aquele acontecimento, desde o momento em que é chamado pela parteira. A partir daí, invoca os espíritos protetores a irem em busca do *purba*, a alma perdida do feto. Este é restituído após uma viagem sobrenatural que fazem ao reino de *Muu* – metaforicamente por dentro da vagina - e que contará com a demolição de obstáculos, vitória sobre animais ferozes e um grande torneio com *Muu*, a potência responsável pela formação do feto.

A interpretação do autor é de que tal penetração vaginal, mesmo sendo mítica, é proposta à doente em termos concretos, sendo um acontecimento da qual seu corpo e órgãos internos farão parte. Assim, após todo esse trabalho, a doente se envolve corporalmente e não somente se sente penetrada, como evolui fisiologicamente a todas as etapas e caminhos enfrentados pelo xamã, finalizando na “descida difícil”, o parto. A doente e a

sociedade em que vive acreditam no xamã, o que torna concreta a eficácia deste processo, principalmente pelo fato de que todos os agentes envolvidos (espíritos, monstros etc.), fazem parte de um sistema local coerente que fundamenta a concepção indígena do universo, ou seja, uma cosmologia que jamais foi posta em dúvida pela doente (IDEM: 221).

1.6 PARTO ENTRE OS POVOS INDÍGENAS

À luz destas ideias podemos então nos aproximar de alguns contextos indígenas para compreender o que ali acontece no que diz respeito ao parto em si. Em estudo sobre os sistemas de parto no Alto Juruá (Acre), com comunidades dos povos Pano, Arawak e Arawá, Gil (2007) aponta semelhanças e diferenças de práticas entre as etnias, no que diz respeito à existência ou não da figura da parteira, ao uso do sistema público de saúde, e às concepções específicas de pessoa e corporalidade. No que tange ao parto em si, as mulheres escolhem por parir tanto na aldeia (sozinhas, com parentes ou com parteiras), ou no hospital, com o principal argumento de que a grávida apresenta algum problema e o parto pode ser de risco (IDEM: 31).

Em Pernambuco, pesquisa realizada pelo Instituto Nômades (2010a e b) mostrou como nas etnias Kapinawá e Xukuru o “parto tradicional”, assistido por parteiras indígenas, ocorre apenas nas ocasiões em que as mulheres não têm acesso aos hospitais, havendo preferência das mulheres em terem seus filhos nos hospitais. Da mesma forma, Wakanã e Gil (2007) mostraram que entre os Kariri-Xukuru, Geripankó e Karuazu, as novas gerações preferem ser assistidas nos hospitais.

Entre os Guarani do Pico do Jaraguá (MENEZES: 2012), na periferia de São Paulo, a decisão de dar à luz na aldeia ou no hospital é tomada de forma conjunta entre as mulheres e os cuidadores indígenas, havendo preferência, pelas mais jovens, ao parto hospitalar.

Avellaneda (2009), ao estudar as concepções de saúde reprodutiva de mulheres indígenas Kukama Kukamiria no Peru, aponta a preferência em terem seus filhos em casa, mas também a procura do posto de saúde mais próximo para tal. Isso porque ao fazê-lo, conseguem sem custo a certidão de nascimento da criança, podendo então solicitar ao governo o benefício²⁰ de nascimento. Neste contexto, a autora cita maus tratos no atendimento prestado pelo posto, que perfeitamente se encaixam na já citada violência obstétrica.

De forma semelhante, entre as Tupinambá de Olivença (BELAUNDE e McCALLUM, 2007) casos de violência institucional, como denominado pelas autoras, são justificativas para que as mulheres tenham seus filhos em casa.

1.7 O CONTEXTO DA SAÚDE INDÍGENA

A assistência à saúde das populações indígenas no Brasil se organiza com base no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena²¹ (SasiSUS) e na Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) que divide o país em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)²². Quem atualmente coordena e executa a gestão deste subsistema é a Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SESAI) que vem, gradativamente, desde 2010, substituindo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O subsistema, além de propor uma organização de modo a fornecer estrutura adaptada às realidades indígenas, tem como premissa oferecer um atendimento culturalmente adequado a estas populações, articulando os conhecimentos biomédicos aos conhecimentos indígenas (BRASIL, 2002: 17).

Premissa que, na prática, não tem ocorrido. Langdon (2004), ao falar do respeito à cultura e saberes tradicionais, aborda como esse tem sido um

²⁰ Uma quantia em dinheiro.

²¹ “Lei Arouca” nº 9.836/1999.

²² Para mais detalhes ver Langdon (2001).

tema pouco aprofundado, o que é particularmente marcante quando se subestima o conhecimento da mulher sobre seu corpo e as práticas tradicionais de gravidez e parto (IDEM: 219). Buchillet (2004), por outro lado, cita como no Alto Rio Negro os indicadores usados para avaliar o estado de saúde das populações específicas não consideram as percepções indígenas. Recentemente denúncias relativas a um surto de virose²³ que tem causado a morte de diversas crianças da etnia Hupd'äh, no Alto Rio Negro, expõe a precariedade em que está a assistência à saúde diferenciada nessa região. Assim como entre os próprios Pankararu, em que outra denúncia²⁴ fala do não respeito do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) local à organização interna do grupo e da desassistência no serviço de urgência.

Apesar da política de saúde indígena prever a possibilidade de articulação entre a biomedicina e as “medicinas tradicionais” (BRASIL, 2002: 19), não existem documentos de referência para nortear os profissionais na assistência ao parto em contextos de interculturalidade. As resoluções da IV Conferência Nacional de Saúde Indígena²⁵, por exemplo, são gerais e apontam principalmente para a necessidade de valorização dos *especialistas tradicionais*, inclusive das parteiras, com capacitações e a inclusão destes nas atividades das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI).

Existe no Equador, por exemplo, o Guia Técnico para Atenção ao Parto Culturalmente Adequado (2008) que preconiza a flexibilização das práticas hospitalares aos costumes indígenas e de afrodescendentes. Algumas, que dialogam diretamente com as práticas indígenas brasileiras, referem-se à não realização de procedimento rotineiros de assepsia (o banho, por exemplo), o respeito ao princípio humoral de saúde (contemplado com a não imposição às mulheres de ficarem sem roupa), e a possibilidade

²³ Disponível em http://acritica.uol.com.br/amazonia/manaus-amazonas-amazonia-virose-surto-alto-rio-negro-sao-gabriel-da-cachoeira-saude_0_853714689.html#.UQPXhlp8690.gmail. Acessado em 28.01.2013.

²⁴ Disponível em www.indiosonline.net/indignacao-coletiva-as-liderancas-pankararu-fazem-denuncia-contra-o-dsei-pe-ao-mpf-por-nao-respeitar-a-organizacao-interna-e-por-desassistencia-no-servico-de-urgencia-e-emergencia-que-transporta-os-d/. Acessado em 28.01.2013.

²⁵ Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relat_final_4CNSI.pdf. Acesso em 08/01/2013.

de que familiares levem às recém-paridas alimentos tradicionais como a sopa de galinha.

No contexto brasileiro a única iniciativa conhecida nesse sentido é da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, com o Projeto de Resgate da Medicina Tradicional. Com respaldo da Resolução SS - 72 de 15/07/2008²⁶ foi determinado a alguns hospitais do estado que forneçam uma dieta específica²⁷ às mulheres indígenas recém paridas, assim como entreguem sua placenta devidamente embalada²⁸.

XXXXXXXXXX

Para fechar este capítulo, retomemos as reflexões feitas acima. O panorama tecido valoriza primeira e principalmente o entendimento que Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro (1987) fazem da corporalidade indígena, apontando para a necessidade de considerar o discurso destes povos ao tentar compreender adequadamente suas organizações sociais e cosmologias de forma não etnocêntrica. Os exemplos citados nos ajudam a entender mais concretamente como fazer isso, o que do ponto de vista antropológico implica em entender como absolutamente verdadeiras e reais estas concepções sobre o mundo e seus corpos.

Recorro também a autores que desconstroem o modelo biomédico como ciência da verdade, abrindo espaço para a valorização de contextos híbridos das práticas de autoatenção, já que a relação dos povos indígenas com os saberes biomédicos passa pelo movimento de indigenização desses saberes, através de sua reapropriação e ressignificação (SAHLLINS, 1997a).

Voltando-me ao tema do parto em si, tento dar uma visão de como se deu seu processo de medicalização, contextualizando a situação crítica da

²⁶Disponível em

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.julho.08/iels131/E_RS-72_150708.pdf. Acessado em 07/01/2013.

²⁷ Com frango novo, arroz, mingau, milho e derivados.

²⁸ Disponível em

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=29931. Acessado em 07/01/2013.

assistência ao parto no Brasil, em que as intervenções desnecessárias são constantes, sendo apontadas inclusive como violência obstétrica. Nesse ponto novamente a biomedicina, agora em seus aspectos tecnocráticos, é também questionada por Davis-Floyd (1992; 2001), principalmente por suas práticas pouco baseadas em evidências científicas, ao contrário do que a própria biomedicina faz crer.

Nesse complexo contexto estão as práticas indígenas de parto, alvo também de medicalização e regulamentação dos Estados Nacionais, mas coerentes com as visões de mundo e organizações sociais inerentes a estes povos. O ponto que não é possível ignorar é que no caso brasileiro existe um subsistema de atenção diferenciada altamente estruturado e hierarquizado, onde acontecem as ações oficiais do Estado com relação à saúde indígena, inclusive a assistência ao pré-natal. Este sistema baseia-se numa política nacional que preconiza a articulação da biomedicina com as medicinas indígenas fortalecendo, assim, as práticas consideradas tradicionais.

2 CHEGANDO EM PANKARARU

Esta pesquisa se dá entre as e os Pankararu do interior de Pernambuco, uma população de aproximadamente 8.500 pessoas²⁹, distribuídas em 22 aldeias³⁰, localizadas em uma área³¹ onde juridicamente encontram-se duas Terras Indígenas (TI) homologadas e contínuas: a Terra Indígena Pankararu e a Terra Indígena Entre Serras³², que totalizam 14.290 hectares. Localizam-se na região do semiárido na fronteira de três municípios: Petrolândia, Jatobá e Tacaratu, os dois últimos à beira do Rio São Francisco. Território doado à época do Império, é ainda lugar de tensões decorrentes da existência de posseiros vivendo no local, e de parte da cidade de Tacaratu estar ali dentro localizada.

Os/as Pankararu fazem parte da realidade dos índios do Nordeste que, desde o início da colonização, vêm resistindo às doenças, à expropriação de seu território, ao preconceito e extermínio de sua população e cultura, principalmente por conta de interesses locais relacionados à ocupação de terras. Têm bastante contato com a sociedade nacional não possuindo uma língua própria³³, mas sendo fluentes falantes do português.

A seca é uma realidade que dificulta a vida local como um todo, mesmo que algumas aldeias possuam nascentes de água e riachos que, correndo por entre as serras, tornam as terras mais férteis e o acesso à

²⁹ Disponível em <http://pib.socioambiental.org/pt/povo/pankararu>. Acessado em 10/01/2013.

³⁰ A definição das aldeias pode ser relativa a quem as nomeia. As aldeias com as quais as equipes de saúde trabalham são: Agreste, Brejo dos Padres, Barrocão, Barriguda, Bem Querer de Cima, Bem Querer de Baixo, Baixa do Lero, Caldeirão, Caxiado, Carrapateira, Espinheiro, Folha Branca, Jitó, Lagoinha, Logradouro, Macaco, Mundo Novo, Olho d'Água do Julião, Piancó, Saco dos Barros, Serrinha e Tapera.

³¹ Que chamarei aqui de área indígena.

³² A primeira homologada em 1984 e a segunda em 2007, após grande embate entre os indígenas e posseiros locais.

³³ Relatos locais contam de pessoas mais velhas que ainda falavam uma língua indígena e recusavam-se a ensiná-la aos mais novos, por medo destes sofrerem as mesmas violências que aqueles sofreram, por parte de não indígenas, por falarem uma língua que não o português. As violências incluíam torturas físicas como ter a língua cortada, castigo atribuído à ação de cangaceiros na região.

água³⁴ relativamente mais fácil. As diferenças entre as aldeias podem ser muito grandes, dependendo desse acesso à água, a serviços e proximidade ou não dos centros urbanos.

Nas aldeias Brejo dos Padres e Jitó, por exemplo, as fontes d'água estão próximas das moradias, que recebem água canalizada, e o acesso ao transporte e à comunicação são relativamente fáceis, não sendo difícil encontrar alguém de moto e uma casa com computador e acesso à internet e telefones³⁵. Em aldeias mais distantes, como Caldeirão, Carrapateira e Olho d'água do Julião, por outro lado, o acesso à água depende de seu armazenamento em cisternas (com água da chuva e de carros pipa), e o transporte para outras aldeias e centros urbanos é bem mais difícil, sendo possível encontrar moradias³⁶ feitas de taipa³⁷.

O acesso à energia elétrica e aos bens comercializados na cidade trouxe mudança de hábitos principalmente na década de 1980, após a construção da Hidrelétrica Luiz Gonzaga na região. A quase totalidade das pessoas hoje possui geladeira em suas casas, podendo armazenar comida, consome produtos industrializados e dedica algum tempo do seu dia assistindo televisão. O consumo destes bens tem gerado também o lixo não orgânico, minimamente coletado pelas prefeituras locais e que tem se acumulado em diversos pontos das diferentes aldeias.

Embora de forma geral muitas pessoas considerem que a vida está melhor do que há 30 anos, lamenta-se que não mais se realizem manifestações como o *sapateado* (dançado e cantado para bater o chão das casas de taipa antigamente); o *siriri* (canto “à capela” com rimas improvisadas ainda de conhecimento de algumas pessoas); e o *reisado*

³⁴ A água encanada disponível é coletada dos riachos locais. Nas aldeias com mais acesso (Brejo dos Padres e Jitó), esta é usada para consumo doméstico e não dá conta de regar as plantações. Além disso, a população tem crescido, aumentando gradativamente sua demanda.

³⁵ Estas facilidades são relativas já que os riachos são intermitentes, as estradas se deterioram com as chuvas e telefones e internet diversas vezes ficam sem sinal.

³⁶ Na área Pankararu a maioria das casas é feita de alvenaria, material preferido pelas famílias que contam minimamente com algum recurso financeiro para construir.

³⁷ Conhecida também por casa de pau a pique, é feita principalmente de madeira ou bambu e barro. Visitei algumas na aldeia Olho d'água do Julião, em 2007.

(festividade relacionada ao Dia de Reis, ainda de conhecimento de algumas pessoas, mas não mais praticado). Para além dos rituais que envolvem os *encantados* (*Corrida do Umbu*, *Menino no Rancho*, *Três Rodas* e outros, explicados adiante) são festejadas anualmente diversas novenas que contam com a participação de *tocadores*: no pífano, zabumba e caixa.

Diferente dos contextos amazônico e xinguano, que dominam o imaginário brasileiro, as aldeias Pankararu estão dispostas como grandes bairros rurais, com as casas organizadas geralmente em linhas, ao longo da estrada, ou de forma circular. O acesso ao território caracteriza-se por ser praticamente livre, sem controle de quem entra ou sai por parte da comunidade ou da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), servindo inclusive de atalho - nos períodos de estiagem, em que as estradas³⁸ estão transitáveis - para caminhões e carros que por ali circulam.

Mesmo tendo um vínculo bastante forte com o lugar de onde vem sua família, avós e avôs, os/as Pankararu mantêm fluxos migratórios de diversas ordens, ainda que menor do que em outras épocas³⁹, seja para trabalhar ou estudar. Além de trabalharem na roça e na criação de animais⁴⁰ - cada vez em menor escala (ATHIAS, 2007) – e nos sistemas de educação e saúde diferenciados, oferecidos dentro das aldeias, é comum que se desloquem para realizar trabalhos domésticos ou no comércio das cidades do entorno, além de trabalhos às vezes temporários, em lugares mais longínquos⁴¹.

³⁸ Por ali todas as estradas são de terra, com exceção da ladeira de Tacaratu que foi asfaltada em 2009.

³⁹ Na década de 1940 esta intensa migração deu origem à concentração de indígenas na Favela do Real Parque, periferia de São Paulo, que hoje abriga cerca de 1500 pessoas que dividem o local com não indígenas. Os Pankararu contam ali com atenção primária à saúde oferecida pela Prefeitura de São Paulo, através de convênio com a Fundação Faculdade de Medicina/USP, e com serviço de saúde diferenciado e de maior complexidade oferecido pelo Projeto Xingu/UNIFESP. Além disso, mantêm suas práticas realizando mesas de cura e apresentações de *praiás* (a serem explicados mais adiante) em datas comemorativas.

⁴⁰ Os alimentos cultivados em maior abundância são mandioca, milho, feijão, manga, pinha, umbu, coco e goiaba, além de animais de pequeno porte como caprinos, ovinos, bovinos (em menor quantidade) e aves.

⁴¹ Acompanhei principalmente homens indo trabalhar em serviços de construção em Minas Gerais e nas obras regionais da transposição do Rio São Francisco. Há notícias também de pessoas com nível universitário realizando trabalhos em capitais como Brasília, Recife e São Paulo.

O deslocamento regional ou interestadual para frequentarem cursos técnicos ou universitários tem sutilmente crescido. Um dos resultados deste fluxo é o retorno, depois de formados, de homens e mulheres à região para exercerem a sua formação, notadamente no campo da educação e saúde. Em janeiro de 2012 pude presenciar a primeira reunião do ano do Pólo Base Pankararu, que introduziu aos presentes os novos profissionais indígenas que constituíam, à época, a primeira Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) composta somente por indígenas Pankararu.

Figuras 4 e 5

Figuras 6 e 7

Figuras 8 e 9

2.1 AS ALDEIAS BREJO DOS PADRES, JITÓ E SACO DOS BARROS

Mais especificamente, os dados desta pesquisa foram colhidos em três aldeias: Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros. É nestas aldeias, de relativo fácil acesso, que ocorre a maioria dos partos domiciliares, principalmente pela atuação de uma parteira indígena, Dona Maria, especialmente requisitada pelas mulheres. São por isso ideais para o trabalho de campo, por serem locais onde concretamente existe a opção de se ter um parto em casa⁴².

A aldeia Brejo dos Padres destaca-se por ser o centro da área indígena, onde acontecem a principal festa anual, a *Corrido do Imbu*, e a maioria das festas de *Menino do Rancho* e *Três Rodas*. Local mais populoso, é onde está a Igreja de Santo Antônio, onde acontecem os encontros das e dos Penitentes, justo onde fica o pátio em que acontece a feira livre aos domingos, de onde saem os carros para as cidades vizinhas e onde estão os únicos comércios locais. Duas importantes escolas, o posto da FUNAI e o Pólo Base do Subsistema de Atenção à Saúde indígena (SasiSUS) com sua farmácia estão ali também localizados.

Local de grande beleza, serras e serrotes estão para qualquer horizonte que se olhe e a lua cheia que aparece por detrás delas é das mais bonitas. De cima das serras é possível avistar a grande massa d'água que concentra hoje o rio São Francisco. Foi nessa aldeia onde dormi todas as vezes em que estive na área indígena, principalmente na casa de Dona Maria, aproveitando-me da coincidência de estar em campo para acompanhar alguns partos domiciliares.

Longe de minha família, situada em São Paulo, não passava todos finais de semana em Jatobá, mas muitos deles na casa de Dona Maria parteira, que praticamente me adotou como filha. A proximidade com sua

⁴² Embora aconteçam partos domiciliares no Saco dos Barros reconheço, contudo, a maior distância de algumas localidades desta aldeia, possivelmente dificultando o acesso de algumas famílias à parteira.

família e também com as demais fez com que eu criasse fortes vínculos com algumas das pessoas que convivi, além de relações de parentesco, o que marca minha identidade perante os demais grupos familiares. Compartilho o sentimento explicitado por Cruz, pesquisadora também entre os Pankararu: “os amigos dessas famílias se converteram em meus amigos quando entrei em suas casas, mas também seus inimigos automaticamente me corresponderiam com essa relação” ⁴³ (2010:32).

E foi o que efetivamente aconteceu. Houve momentos em que tive facilidade em acessar algumas informações e pessoas, o que me foi expresso mais de uma vez com a pesada afirmação “só estou contando porque é pra você!”. Em outras situações, contudo, a reação era de desconfiança, o que provavelmente me fez perder algumas entrevistas, já que eu tinha a característica de ter “passado para o outro lado”.

2.2 O PROCESSO DE NASCIMENTO

O processo de nascimento em Pankararu acontece hoje com a convivência e articulação dos saberes e práticas *dos mais velhos* com os saberes e práticas da medicina disponibilizada pelos serviços oficiais de saúde. Isso inclui os cuidados relativos à gestação - frequentar a assistência pré-natal e fazer uso de *remédios do mato* -; o momento do parto em si - que pode ser domiciliar ou hospitalar -; e o pós-parto, que requer um resguardo bem feito para harmonia da mulher com a *dona-do-corpo*. Além disso, é importante a realização do *cachimbo*, para festejar a chegada do novo membro da família; e o *batizado em casa*, necessário para que a criança possa andar pelas aldeias, protegida das entidades sobrenaturais que podem fazer mal, e indispensável para quando precise passar por alguma reza ou trabalho espiritual.

⁴³ Tradução minha. No original “los amigos de estas familias se convirtieron en mis amigos al momento de entrar a sus casas, pero también, sus enemigos automáticamente me corresponderían con esa relación”

A relação dos Pankararu com os seres sobrenaturais – guias de luz, espíritos das matas e principalmente os *encantados* - permeia todos os acontecimentos de suas vidas, sendo comum que recorram ao sistema de pedidos e pagamento de promessas local, quando acometidos por alguma dificuldade ou doença. Essa relação se dá também no processo de nascimento e é especialmente produtiva com os *encantados*, espíritos de índios que se encantaram ainda vivos e considerados seus ancestrais e protetores das aldeias.

Na pesquisa as promessas aos *encantados* surgiram como pedidos para a concepção de um bebê, para uma boa gestação, um bom parto, para proteção e superação de sofrimento em alguns partos hospitalares e para a resolução de dificuldades, às vezes com a necessidade de cura, relativas a mães e bebês. As principais formas de pagamento dessas promessas são com a realização de alguns rituais como colocar o *Menino no Rancho*, dançar as *Três Rodas*, ou pagar um *prato* ou *garapa*. É na realização desses rituais que se ativam os vínculos e se tecem as redes de relações, dentro ou fora de sua família, fundamentais para a vida das pessoas Pankararu.

De forma geral a maioria dos partos em Pankararu é normal e hospitalar, mas nas aldeias Brejo dos Padres e Jitó essa proporção se inverte, com o predomínio dos partos domiciliares. Isso acontece por escolha das gestantes, ao contrário do que acontece em outras aldeias e outras etnias como a Xukuru (INSTITUTO NÔMADES, 2010a) e Tupinambá (BELAÚNDE E MCCALLUM, 2007), em que os partos domiciliares ocorrem quando a mulher não consegue chegar no hospital a tempo.

Essa escolha se dá em grande parte pela atuação de Dona Maria parteira, que aprendeu a partejar com as parteiras *mais velhas*, posteriormente fazendo um curso técnico de enfermagem, e atualmente trabalha numa EMSI e num hospital local. A grande demanda das gestantes pela assistência dada por Dona Maria acontece por ela centralizar em sua atuação tanto as práticas indígenas como as biomédicas, ambas atualmente demandadas pelas mulheres indígenas. Convivendo com todos esses conhecimentos, a parteira articula o que considera ser o melhor de cada um,

caso a caso, para um bom resultado na assistência ao parto das gestantes que a procuram, seja na aldeia ou no hospital.

2.3 AS MULHERES INDÍGENAS DA PESQUISA

As mulheres cujas experiências de parto e nascimento foram aqui incluídas são moradoras das três aldeias destacadas, mesmo que tenham vivido, em algum momento de suas vidas, em outros locais, como a cidade de São Paulo, por exemplo. Com idades entre 20 e 32 anos, à época do campo e das entrevistas, a quase totalidade das gestações relatadas foi vivida nas aldeias (com exceção de uma em São Paulo) e assistidas pelos serviços locais de saúde, já no período em que a FUNASA era responsável pela assistência diferenciada.

Seguindo a tendência geral da aldeia, todas essas mulheres completaram o ensino médio e as que tiveram seus filhos antes disso contaram com o apoio da família e de seus maridos para terminá-lo. Estudar e/ou trabalhar fora foi o desejo explicitado na maioria das entrevistas e observações de campo que pude fazer. Ao indagar às mulheres qual a sua ocupação, algumas se mostraram envergonhadas em dizer que atualmente “somente” eram donas de casa e não tinham um trabalho externo.

Na maioria das casas são as mulheres que executam grande parte das tarefas domésticas que incluem limpar a casa, fazer comida, lavar e passar roupa e cuidar dos filhos e marido. Os trabalhos na roça e com as obrigações *da tradição* (*rezas, festas* etc.) entram também na rotina a depender da época do ano. É a partir da flexibilidade que têm com todas estas tarefas e da rede de apoio familiar com a qual podem contar que se ocupam de outras atividades como estudar e trabalhar fora⁴⁴. Assim, é

⁴⁴ Praticamente não há creches públicas na região e o início da idade escolar no Brejo dos Padres é com quatro anos.

costume os filhos ficarem aos cuidados da mãe ou, quando esta precisa se ausentar, de parentes próximas como avós, tias, madrinhas, etc⁴⁵.

De forma geral, não há tarefas que uma mulher não possa fazer. Há restrições relacionadas ao universo religioso, como há também para os homens, mas mulheres exercem sem problemas atividades na área da educação (professoras e diretoras), da saúde (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agente indígena de saúde) e de liderança. Temos como exemplo Dona Quitéria⁴⁶, falecida liderança que nas décadas de 1980 e 90 foi bastante ativa e reconhecida nacionalmente na luta pelo reconhecimento dos direitos indígenas, e até muito recentemente a cacique Dona Ilda⁴⁷, da TI Entre Serras.

Mulheres e homens Pankararu, de forma geral, têm ido para além do ensino fundamental e concluído, não de forma frequente, mas quando têm a oportunidade, o ensino superior e a pós-graduação, como por exemplo Maria das Dores de Oliveira, primeira mulher indígena a concluir o doutorado, em 2006. O incentivo da política de cotas para indígenas, praticada por algumas universidades no país, tem também estimulado positivamente os/as jovens indígenas, o que inclui as mulheres.

Observa-se, então, um contexto de mudança nas rotinas e comportamentos locais. O fato das mulheres estarem cada vez mais saindo de casa para estudar e trabalhar gera também uma alteração, ou ao menos um questionamento, sobre a divisão do trabalho doméstico, por exemplo. Em um dos encontros de parteiras ocorridos em 2008, surgiu uma conversa sobre a ajuda que os maridos davam ou não em casa. Um dos trechos de seu relatório cita

⁴⁵ Não são incomuns casos em que mães e pais, por diversos motivos, deixam seus filhos para serem criados com outros parentes, principalmente avós ou tio/as.

⁴⁶ Dona Quitéria foi responsável pela construção e funcionamento de uma Casa de Parto na aldeia Saco dos Barros e de uma creche na aldeia Brejo dos Padres, ambas atualmente desativadas.

⁴⁷ Uma das ações de Dona Ilda, que mostra a força de seu cacicado foi ter efetivamente conseguido proibir a venda de bebidas alcoólicas dentro da TI Entre Serras.

*...como alguns homens, antigamente, não pegavam nada para fazer em casa, nem tiravam o prato da mesa. [...] nos dias de hoje, muitos homens ajudam em casa, fazendo comida, cuidando das crianças, lavando roupa etc. E não somente quando as mulheres não estão em casa, mas também quando elas sim estão em casa, ajudando, assim, a que elas tenham um tempo livre para fumarem seu campô, conversarem com as amigas, etc*⁴⁸.

Essa mudança de comportamento está longe de ser algo generalizado, mas há casos concretos, inclusive entre casais de mais idade, em que mulheres e homens dividem não somente a geração de renda com os trabalhos externos e os cuidados com a casa e filhos.

Existem situações de tensão relacionadas à perda da virgindade ou gravidez fora do casamento, mas cada vez em menor intensidade, uma vez que o próprio discurso sobre a menor importância dada à virgindade é amplamente veiculado (SCOTT, 2007:34). Há mulheres que namoram longos períodos, casam e então engravidam; há outras que namoram e casam porque acabaram engravidando; e há mulheres que sem estarem efetivamente namorando engravidam e assumem o filho sem necessariamente casarem, obtendo também a ajuda de seus pais e família nessa criação.

Essa é uma mudança relevante pois há poucas décadas o comportamento padrão seria, acontecendo uma gravidez ou perda de virgindade fora do casamento, o pai da mulher exigir o casamento, sob ameaças inclusive de morte do respectivo “transgressor”. Em um caso recente, contado a mim em entrevista, a descoberta da perda da virgindade de uma das mulheres foi o suficiente para que os pais da jovem, menor de idade, a pressionassem para ir morar com o namorado, na casa dos sogros, o que acabou acontecendo pouco tempo depois.

⁴⁸ Relatório SSL. Encontro de Parteiras 2008, página 13.

2.4 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Fazendo uma quebra, mas ainda me referindo a um contexto de grandes mudanças, considero importante destacar a transição das características de morbimortalidade pela qual vêm passando de forma geral os povos indígenas brasileiros. Realidade em que se inserem os Pankararu e de relevância para o entendimento da saúde gestacional das indígenas.

Santos e Coimbra (2006) chamam a atenção para a emergência, nestas populações, de doenças como a obesidade, hipertensão-arterial e diabetes mellitus tipo II, associadas ao modo de viver das sociedades industrializadas, além do alcoolismo. Ao mesmo tempo em que citam uma gama de autores que indicam o parasitismo intestinal - doença típica da falta de acesso a serviços públicos – entre os Guaraní de São Paulo e do Rio de Janeiro, os Parakanã do Pará e os Xavante do Xingu, por exemplo.

Esta situação paradoxal está presente entre os Pankararu. Fontbonne et. al (2001), apontam a presença de parasitoses intestinais na “quase totalidade da população”, associados principalmente ao consumo de água não tratada. Ao mesmo tempo, embora não tenhamos dados diretos sobre isso, é possível constatar que muitas pessoas em Pankararu estão obesas e sofrem de diabetes e hipertensão. A população vive então, como apontado por Souza e Menegola (2009) entre outras populações indígenas, “um padrão polarizado, onde doenças associadas às etapas de processos iniciais da transição epidemiológica convivem com doenças relacionadas às etapas mais avançadas” (IDEM:38).

Isso é relevante uma vez que a principal causa de mortalidade materna no Brasil é a hipertensão (BRASIL, 2012), e que doenças parasitárias podem estar associadas ao agravamento do quadro anêmico em mulheres grávidas (COIMBRA e GARNELO, 2004:157). Ou seja, no contexto Pankararu uma mulher grávida tem chances de viver algum desses agravamentos, como veremos adiante.

2.5 METODOLOGIA

Há três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis.

Clifford Geertz

Para esta pesquisa foi utilizado o método etnográfico através da observação participante, com anotações em caderno de campo e a realização de entrevistas semiestruturadas. Entendo que a observação participante e a etnografia, com a intenção de apreenderem os fenômenos sociais, se relacionam em três etapas, como nos explica Oliveira (1996): o *olhar*, o *ouvir* e o *escrever* (IDEM:18). Aparentemente triviais, o *olhar* e o *ouvir*, próprios da observação participante, devem ser “disciplinados”, isto é, sensibilizados e focados pelas teorias disponíveis, tais como apresentadas no capítulo anterior.

A convivência com e na comunidade, observando de forma próxima as rotinas, as práticas e as relações que permeiam a vida das pessoas, atentando aos detalhes - num primeiro momento inexpressivos -, e aos diálogos - aparentemente não significativos - constitui-se no principal movimento desta observação participante. As falas ouvidas durante as entrevistas, intencionalmente pouco interrompidas, foram também fontes para o entendimento do “modelo nativo” (IDEM:22) que se tentou apreender. Entre olhar e ouvir o que acontecia em campo não ignoro que, além de observadora, fui também observada, interagindo conforme os contextos assim o pediam e nunca sendo neutra.

A apreensão desta realidade só pôde ser concretizada na hora de escrever, através da etnografia. Momento marcado por uma interpretação “*de e no gabinete*”, faz com que os dados obtidos sofram uma “refração”, uma vez que todo o processo de escrever, ou de inscrever as observações feitas no discurso da disciplina antropológica, já está contaminado pelo dia-

a-dia da rotina do/a pesquisador/a, inclusive pelo ambiente acadêmico (IBIDEM: 27).

Observo que quando cheguei a campo, em 2007, não havia ainda a intenção em fazer esta pesquisa, mas o *olhar* e o *ouvir* “disciplinados”, ensinados pela graduação em ciências sociais, foram inevitavelmente acessados com a necessidade de realizar um bom trabalho entre aquela população indígena, praticamente desconhecida por mim. Assim, desde o início pratiquei a observação participante, aprendendo a conviver no contexto das concepções Pankararu, porém nem sempre “salvando-as” através da escrita em caderno de campo, já que não era essa minha atividade principal.

Foi somente em março de 2012 que, com uma planejada inserção em campo, assumi uma postura investigativa mais incisiva atuando como pesquisadora. O que não significa ter ignorado neste trabalho tudo o que foi apreendido por mim nos anos anteriores, mais especificamente de 2007 a 2009, a serviço pela SSL, e em breves visitas nos anos de 2010 e 2011. Pelo contrário. Os movimentos de distanciamento e estranhamento, necessários para a coleta de dados, a análise e a escrita etnográfica, foram até difíceis de ser realizados, considerando a familiaridade com o contexto.

Sem dúvida, os encontros e capacitações de parteiras dos quais participei, de 2007 a 2009, foram momentos de excelência para trocar e aprender sobre a vida reprodutiva das mulheres Pankararu. Participar dos eventos familiares, festas de *praiás*, *cantorias*, novenas, conversas sem compromisso e de alguns partos em casa foi também enriquecedor para me aproximar do modo de vida Pankararu.

A todos os partos domiciliares que assisti fui chamada por alguém, algumas vezes inclusive para tirar fotos. Nunca foi possível estar ali de forma passiva, sempre havia algo a fazer para ajudar gestante e parteira. Se por um lado não era viável observar cada parto a partir de interesses pré-determinados - por precisar ajudar com alguma coisa ou não poder saber de alguma erva - por outro foi possível não só olhar, mas sentir e fazer o

momento - ficando nervosa ao ver o primeiro parto ou cortando o umbigo de um dos meninos que vi nascer.

Com relação às entrevistas, realizei treze, entre gravadas e não gravadas, com pessoas maiores de idade, sendo nove mulheres que relataram as experiências de 21 partos no total; três *especialistas tradicionais* entre parteiras, um *Pai de Praiá* e uma pessoa que batiza denominada *padre*; e um enfermeiro que trabalhou na FUNASA durante o ano de 2008. Cabe destacar que todos os relatos de parto presentes neste trabalho referem-se ao período de atuação da FUNASA, instituição responsável pela assistência na época em que as mulheres entrevistadas tiveram seus filhos/a, ou seja, entre 2000 e 2011.

A todas as pessoas entrevistadas foi garantido o direito ao anonimato e a não identificação de sua família. Sendo assim, nenhum nome nesta dissertação é real e as informações estão dispostas de forma a não identificarem as demais pessoas envolvidas, inclusive no caso deste trabalho ser lido pelos próprios Pankararu.

Para a sistematização das entrevistas foram considerados os relatos citados que ajudavam a compreender diretamente o processo de nascimento local, assim como algumas questões de interesse tanto da saúde pública como da antropologia – principalmente a interação das mulheres com os serviços de saúde – e os temas que, tanto de forma geral, como caso a caso, foram por elas citados.

O princípio metodológico utilizado principalmente para compor as narrativas que abordam os caminhos percorridos pelas mulheres indígenas, para a realização de suas práticas de autocuidado, foi o de “itinerários terapêuticos” (LANGDON, 1994). Mesmo num contexto onde não estamos falando de doença, tal conceito permitiu delinear as interpretações e escolhas de cada mulher, dando espaço para enxergar seus improvisos e criações.

Um cuidado tomado foi a não citação de nomes dos *encantados*⁴⁹, assim como a não descrição de receitas de *remédios do mato*, amplamente citados nas entrevistas. Isso não somente por entender que estas informações fazem parte dos segredos Pankararu, mas por ter presenciado em campo certa polêmica e tensão com relação à revelação destas informações por outras pesquisas previamente realizadas ali.

Finalmente, pude retomar e utilizar os relatórios dos encontros de parteiras da SSL, e que me permitiram elaborar com maior riqueza o panorama atual sobre as mulheres Pankararu, além da planilha utilizada para centralização das informações sobre as gestantes indígenas, na época da assistência pré-natal. Ter acesso ao volume três do Inventário Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco (2010b), fornecido pelo Instituto Nômades, foi também fundamental para trabalhar com algumas concepções relatadas pelas mulheres *mais velhas*, uma vez que não foram especificamente o público alvo de minhas entrevistas.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram observadas as normas e diretrizes das resoluções 196/1996⁵⁰ e 304/2000⁵¹ do Conselho Nacional de Saúde, considerando que o envolvimento de seres humanos diz respeito unicamente aos momentos de entrevistas e observação participante e que foram respeitadas as características culturais da comunidade para não haver prejuízos físicos, psicológicos e morais a seus habitantes.

Conforme a resolução 304/2000, foram solicitadas e concedidas as autorizações dos dois Caciques Pankararu (após aprovação da pesquisa também pelo Conselho Tribal Pankararu) e da FUNAI. A pesquisa foi também comunicada ao Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) de

⁴⁹ Falo apenas o nome do principal *encantado* da aldeia, não só por ser amplamente citado entre outros autores, mas para que se tenha alguma noção de como são denominados.

⁵⁰ Dispõe sobre os aspectos éticos envolvendo as pesquisas com Seres Humanos.

⁵¹ Dispõe sobre os aspectos éticos envolvendo as pesquisas com Povos Indígenas.

Pernambuco, através de representantes. Além disso, todos os documentos solicitados foram enviados em tempo ao Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Faculdade de Saúde Pública e ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), em Brasília.

3 HISTÓRIA, COSMOLOGIA E ORGANIZAÇÃO PANKARARU

Neste capítulo, falarei brevemente sobre a história de contato dos Pankararu com os europeus e a sociedade envolvente, inclusive no período das frentes de expansão para o interior do país. Apresentarei o contexto de reunião e miscigenação de famílias indígenas, negras e brancas que formou o grupo que hoje se autorreconhece como indígena e que compartilha do mesmo universo. Falarei da visão de mundo que têm estas pessoas, dos seres sobrenaturais e principalmente dos *encantados*, de extrema importância para todas as famílias Pankararu.

É a partir dos *encantados* que explicarei o funcionamento do sistema de promessas e curas, citando exemplos de como acontecem, e de como seus respectivos rituais se relacionam diretamente com a organização das famílias. Estas, consideradas principalmente de forma extensa, são constituídas através de casamentos e alianças com os demais grupos familiares.

3.1 UM POUCO DE SUA HISTÓRIA

Autores como Oliveira Filho (2004) e Arruti (1995, 1996 e 1999) descreveram os contextos e desdobramentos históricos e políticos mais recentes que fazem entender a situação atual dos índios do Nordeste, inclusive dos Pankararu, por isso cabe aqui apenas um resumo sobre o assunto.

Dantas et al. (1992) e Arruti (1995) escrevem sobre como, desde o início da colonização brasileira, foi de interesse dos colonos a entrada e ocupação do sertão nordestino, assim como o domínio dos indígenas ali existentes por bandeirantes, por missionários (portugueses, italianos e franceses) ou por incentivos à miscigenação para assimilação. A necessidade de expansão das terras, principalmente para criação de gado,

foi um fator de pressão para que o governo gradativamente reduzisse as áreas habitáveis dos indígenas, que em 1857 eram representadas por apenas oito aldeamentos de missões (ARRUTI, 1995). Um argumento bastante conveniente à demanda de mão-de-obra da época era o de que os poucos índios que ali viviam já estariam confundidos com o restante da população, precisando cada vez menos dos aldeamentos e estando cada vez mais aptos a venderem sua força de trabalho.

A invisibilidade desses povos seria também reforçada pela antropologia acadêmica que, incorporando a tese de que os indígenas do nordeste teriam sido exterminados ou assimilados, produziu, até a década de 1970, trabalhos que versam principalmente sobre as “perdas culturais” (MATTA, 2005:45) e as “últimas dimensões indígenas” (ARRUTI, 1995: 8). Ou seja, trabalhos que enxergaram muito mais um processo de desaparecimento e aculturação do que um movimento de resistência e fortalecimento de novas identidades, como foram os trabalhos elaborados na década de 1990. Apesar de tal enfoque pessimista, é possível destacar a atuação de alguns pesquisadores⁵² que, juntamente com indígenas que já buscavam o reconhecimento de direitos para seus povos, possibilitou uma mudança de perspectiva já na primeira metade do século XX.

Segundo Arruti (1995), as terras do aldeamento do Brejo dos Padres foram repartidas em 1877, a partir da implantação de “linhas”, entre índios (de etnias provenientes de diversas regiões do Nordeste), não índios (referidos localmente como os “linheiros”, invasores) e ex-escravos que estavam sendo libertados e ameaçavam se dispersar pelo território nacional. Essa distribuição fez com que algumas famílias indígenas migrassem para as serras, alterando algumas configurações locais e intensificando a miscigenação, mas sem anular a vida ritual local. Até que na década de 1930, com a presença do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) conseguiu-se a demarcação das terras e a implantação de um Posto Indígena no local.

⁵² Destaque para Carlos Estevão de Oliveira e Estevão Pinto. Há também registros audiovisuais feitos em 1938 pela Missão de Pesquisas Folclóricas, coordenada por Mário de Andrade e disponíveis na Discoteca Oneyda Alvarenga do Centro Cultural São Paulo da Prefeitura Municipal de São Paulo.

O ponto a ser destacado deste processo é que o “ser reconhecido como indígena”, que dará o direito à terra, precisava passar pelo crivo do SPI que, por sua vez, precisou estabelecer parâmetros para tal reconhecimento. Após um longo período de contato com a sociedade envolvente e de inevitável miscigenação, o fenótipo dos indígenas do Nordeste nem sempre se assemelha ao do amazônico, apenas os Fulni-ô mantêm uma língua indígena (o *Yatê*) e muitos dos rituais característicos não mais são realizados.

Nas palavras de Oliveira Filho, “o processo de territorialização trouxe consigo a imposição de instituições e crenças características de um modo de vida próprio aos índios que habitam as reservas indígenas e são objeto, com maior grau de compulsão, do exercício paternalista da tutela” (2004:25). Dentre os componentes dessa “indianidade” (IDEM) está a organização política, que passa a incluir o cacique, o pajé e o conselheiro⁵³ – tomados como “tradicionais” e “autenticamente indígenas” –, e os rituais diferenciadores, no caso do Nordeste, o *toré*, que deve “demarcar uma descontinuidade cultural frente às regionais” (IBIDEM).

Matta nos fala sobre o *toré* entre os Pankararu:

...a coreografia está baseada na dança em círculo, onde homens e mulheres, de braços dados, fazem a percussão com passadas fortes seguindo o ritmo da cantoria, também regida pelo maracá. É acompanhado por dança e música, contando com a presença dos praiás e está aberto à participação de todos os presentes, sendo praticado em Pernambuco e em São Paulo. Pode ocorrer em espaços públicos ou privados, em momentos profanos ou religiosos, de afirmação étnica e política, como instituição que apresenta caráter sagrado e como instrumento ligado à cura. Sempre é praticado durante a finalização dos rituais □ como as fases da Corrida do Imbu e os pagamentos de promessa como Três Rodas, Menino do Rancho e Prato⁵⁴ □, podendo ser dançado exclusivamente em terreiros⁵⁵, dentro das casas, ou em espaços públicos, onde pode ser manifestado tanto seu caráter lúdico como sagrado (2005:43).

Apesar de às vezes distantes entre si, os diversos grupos indígenas regionais se articulam em rede, estabelecendo “circuitos de trocas”, há pelo

⁵³ Em Pankararu não há a figura do conselheiro, mas do “capitão”, sem atribuições especificamente definidas.

⁵⁴ Explicados adiante.

⁵⁵ Explicados adiante

menos várias décadas (o que evidencia a existência de uma identidade e de memória comuns entre eles), segundo os relatos contidos no trabalho de Arruti (1999). Viagens de um grupo a outro são relatadas por diversos motivos: rituais – trânsito temporário de pessoas e famílias marcado por eventos religiosos; de fuga – migração de grupos familiares (os chamados “enxames”) em função de perseguições, faccionalismos, secas, escassez de terras e trabalhos etc. (IDEM, 1999); e mais recentemente, nas décadas de 1970/80, para fortalecimento dos movimentos reivindicatórios de reconhecimento dessas populações como indígenas e a consequente homologação de suas terras.

Neste último movimento, a relação entre os grupos disseminará as regras da expressão obrigatória da indianidade, propiciando que aqueles já reconhecidos pelo Estado transmitam seus conhecimentos aos demais. Um exemplo é justamente o dos Pankararu, que ensinaram o *toré* aos Pankararé e aos Jeripankó, que puderam posteriormente reformular sua própria forma de vivenciar os rituais. Não me aterei a este movimento, também conhecido como “etnogênese”, e que denomina estes grupos como “remanescentes” ou “emergentes” indígenas (OLIVEIRA, 1999; ARRUTI, 1999), já que os autores citados o fazem em toda sua complexidade. Cabe aqui apenas explicar a metáfora utilizada localmente para denominar este movimento, a metáfora da Árvore Pankararu (ARRUTI, 1996).

Nesta metáfora, seguindo os exemplos acima citados, os Pankararu são o *Tronco Velho* e os Jeripankó e os Pankararé – “enxames” que partiram de Pankararu e têm nestes, grande referência para retomada de suas práticas culturais – suas *pontas de rama*. Classificação que não é estanque, mas relativa, uma vez que os Jeripankó e os Pankararé podem vir a ser *tronco velho*, ao serem referência para outras populações, e os mesmos Pankararu podem ser entendidos como *pontas de rama*, se pensados com relação a seus ancestrais.

Troncos Velhos

Existe ainda outro uso desta metáfora, importante para entender as relações dentro de Pankararu, que diz respeito especificamente à história e à composição das famílias. Como já citado, a implantação das “linhas” no aldeamento do Brejo fez com que muitas das famílias fossem embora ou migrassem para as serras, devido à ocupação das melhores terras por não indígenas e negros recém-libertos. Esse período é descrito por Arruti como “marco fundamental da constituição de uma comunidade afetiva fundada na memória”, separando um passado feito de índios de “tronco velho”, isto é, puros e autênticos, de um presente feito de “caboclos misturados”; assim como “de um tempo de unidade da aldeia” em oposição ao tempo atual de “fragmentação política e religiosa” (1996:37).

Tal classificação seria mais uma referência histórica entre os *troncos* mais “antigos” - os chamados *troncos velhos* - e os mais “recentes”, do que estruturadora da organização social local. Isso porque, na prática, mesmo as famílias mais novas participam da repartição de terras, dos rituais e da organização política, assim como as mais antigas, em suas formações atuais, identificam entre seus ascendentes negros chegados nesse período das “linhas”. Cabe ressaltar ainda que a distinção entre as famílias de cada *tronco* não é muito clara, sendo também um tema delicado, justamente por levantar a memória de um período de muitas tensões e sofrimentos, além de trazer à tona discussões relacionadas à “pureza indígena”. Retornaremos a este assunto mais adiante.

3.2 COSMOLOGIA

O Mundo Pankararu é povoado por seres humanos e não humanos, todos em constante coexistência e mantendo relações de harmonia e desarmonia entre si. *Encantados, guias de luz, espíritos da mata, santos, exus e pombas-gira* evidenciam a influência das culturas indígena, afro-

brasileira e da religião católica neste universo, cuja fonte última de poder é *Deus*. Abaixo de *Deus* – cuja moradia é num céu distante - estão principalmente os *encantados*, em sua respectiva hierarquia, mas não exclusivamente. Se a referência a esta organização do mundo for algum/a indígena ligado/a à corrente da *Penitência*, junto aos *encantados* estarão também os *padrinhos* e *madrinhas* ligados à esta corrente.

Matta (2007) e Mura (2012) desenvolveram seus trabalhos dando grande ênfase aos aspectos cosmológicos Pankararu, principalmente aos que dizem respeito à *Penitência* e a alguns rituais propriamente indígenas, sendo assim de grande referência para as explicações a seguir.

3.2.1 Os Encantados

Os *encantados* são espíritos de índios que se encantaram ainda vivos⁵⁶ e habitam atualmente as serras e serrotes da região. São vistos como os espíritos ancestrais protetores das aldeias e dos Pankararu, possuidores de muitos poderes - eles mesmos são a *força encantada* - comunicando-se com os seres humanos através de sonhos, de sua manifestação em pessoas preparadas para isso e, mesmo intuitivamente, em momentos como o acender do *campiô*.

O *campiô* é um cachimbo feito de madeira ou barro, fumado com tabaco e/ou ervas da região pelos Pankararu. Foi-me dito uma vez que ele não se fuma, mas se “desfuma”, para tirar energias negativas da pessoa, servindo de elo entre a terra e os seres superiores.

O *encantado* mais importante dos Pankararu é o Mestre Guia, seguido de *encantados* cuja importância está diretamente associada às famílias ou aos *troncos* mais antigos, como explicado acima. Costumam ter nomes de flor, pássaros, elementos da natureza, além de serem denominados por capitão, general e mestre. A eles são associadas

⁵⁶ O fato de serem vivos é o que principalmente os diferencia dos espíritos dos cultos afro-brasileiros, que são espíritos de pessoas mortas.

diretamente algumas atribuições como a realização de curas e rituais específicos, ajuda no momento do parto etc. Além disso, possuem *toantes*⁵⁷ (CUNHA, 1999), comida⁵⁸ e cuidados próprios.

Mura aponta divergências com relação ao número dos primeiros *encantados* – três, oito, 12, 13 ou mesmo 25 (2012:154) – e diferentes versões para a origem dos primeiros *encantamentos*. A versão apresentada por Arruti é especialmente interessante por citar as antigas cachoeiras de Paulo Afonso e Itaparica⁵⁹, por terem sido também pontos de morada destes *encantados* e de *encantamento* dos índios vivos:

Algumas narrativas contam que o surgimento dos Encantados e dos próprios Pankararu deve-se ao encantamento de toda uma população de índios – uma “tropa” – que teria se jogado na cachoeira de Paulo Afonso. Foram esses encantados que passaram a habitar a cachoeira e que tinham origem em todas as “nações” antigas, que se comunicavam por meio de estrondo das águas, prevendo desgraças, mortes ou mesmo novos encantamentos. Depois desse encantamento coletivo, que dá origem à própria aldeia [...] outros índios, após serem anunciados e passarem pela devida preparação, podiam continuar se encantando (1999:269).

A ocorrência de novos *encantamentos*, já que não são mais possíveis através das cachoeiras, não é algo difundido e mesmo “o fenômeno do *encantamento* é apresentado como um segredo a ser descoberto” (MURA, 2012:157). O que não significa que mais *encantados* não sejam incorporados aos “batalhões” já existentes, uma vez que os *encantados* antigos, ainda não *levantados*, podem pedir para *serem levantados*. Quando isso acontece, confecciona-se um roupão de fibra de caroá⁶⁰, a ser utilizado pelos *dançadores de praiá*⁶¹, principalmente nos dias de festa.

Os *praiás* são a representação física dos *encantados* através de dançadores⁶² que, vestidos dos pés à cabeça com esse roupão,

⁵⁷ Canto entoado por *cantadores* com o balanço do *maracá* (espécie de chocalho) durante a realização dos rituais, para chamar os *encantados*.

⁵⁸ Carne de boi, carneiro ou peixe.

⁵⁹ Inundadas pela construção de diversas usinas hidrelétricas, mais especificamente o complexo de Paulo Afonso (1970) e a usina de Luiz Gonzaga (1980).

⁶⁰ Croá, caroá, caruá (*Neoglaziovia variegata*) é uma planta terrestre da família das bromeliáceas nativa do Nordeste brasileiro.

⁶¹ A serem explicados mais adiante.

⁶² Há um mistério ao redor destes dançadores, uma vez que não é permitido às mulheres e a quem é de fora saber quem são.

apresentam-se nos rituais e festas Pankararu - aqui entendidos principalmente como *trabalhos* espirituais - carregando consigo um *maracá* e uma *gaita*⁶³ utilizados nesses momentos. Os *praiás* não são a única manifestação possível dos *encantados* - que não precisam da vestimenta para se manifestar - mas são peças fundamentais para a realização e conclusão destes *trabalhos*.

O levantamento de um *encantado* se dá quando alguém encontra inesperadamente uma semente que, confirmada por algum *especialista* ritual como verdadeira, é o sinal para que sejam tomados os cuidados necessários para tal. Atualmente tem acontecido o levantamento de novos *encantados*, considerados por muitos como “bravos”, “não mansos”, e por isso, não preparados para tal. Estes levantamentos, assim como a duplicação de *praiás* já levantados, geram tensões e muitas críticas dos *especialistas* ligados aos *encantados* das famílias mais antigas.

Como temos visto, há uma estreita relação entre os grupos familiares e os *encantados*⁶⁴, sendo as famílias de *tronco velho* dotadas de especial status. Assim, independente das causas específicas que levem cada família a levantar ou duplicar os *praiás*⁶⁵, ou a levantar novos *encantados*, o fato é que obter o controle destes conhecimentos e práticas mágico-religiosas, sendo também interlocutor/a de algum/ns *encantado/s*, faz centralizar poder. Isso potencializa as possibilidades de ampliação de alianças e redes de lealdade. Bastante diferente do que acontecia em outras épocas, segundo relatos locais, em que associar-se aos *encantados* era associar-se à *feitiçaria* e à *bruxaria*, no sentido de coisas ruins.

⁶³ Espécie de flauta tocada pelos *praiás* não enquanto dançam, mas principalmente para marcarem sua presença, quando passam por algum lugar, por exemplo.

⁶⁴ Diferentemente dos espíritos dos mortos, os *encantados* são passados entre as gerações criando heranças em nível familiar e étnico (MURA, 2012: 167)

⁶⁵ Se tomadas as histórias caso a caso, cada família terá razões bem específicas para tal. O levantamento de *praiás* em São Paulo, por exemplo, passa por uma decisão política de reafirmação de identidade (MATTA, 2007:177).

3.2.2 A Santa Cruz

A Santa Cruz é uma entidade à qual são atribuídos poderes extraordinários e de cura, e que dá nome aos grupos de *Penitência* feminino e masculino em Pankararu. Simbolizada por uma cruz de madeira azul e repleta de fitas coloridas⁶⁶, é venerada não exclusiva mas principalmente por estes grupos, permitindo a comunicação entre os mortos e os vivos (MURA, 2012: 166). Resume Matta,

Na Penitência, as relações são com os *mortos* e com a *Santa Cruz*. É um ritual aparentemente ligado à religião católica e presente entre as populações rurais da região, mas que congrega outros princípios, especialmente pela relação de cura vinculada aos *mortos* e à *Santa Cruz* [...] Os *penitentes* pankararu visitam, durante a Quaresma⁶⁷, cruzes de *mortos* colocadas em diversos pontos de certas aldeias. Os pedidos e agradecimentos são feitos nas cruzes e à *Santa Cruz* (2007:16).

Presentes principalmente na aldeia Brejo dos Padres, as práticas da *Penitência* não excluem as efetivamente relacionadas aos *encantados*. Pelo contrário, seriam duas correntes pertencentes ao mesmo cosmos que ampliariam o repertório de cura Pankararu, afirmadas inclusive, por algumas pessoas, como sendo “uma coisa só” (MURA, 2012; MATTA, 2007).

Um ponto interessante apontado por Mura (2012), que rejeita a classificação da *penitência* como uma prática do “catolicismo popular”, é justamente sua não vinculação direta à igreja enquanto instituição de referência (IDEM: 245). Por outro lado, personagens como Padre Cícero, Pedro Batista⁶⁸ (ambos chamados de *padrinhos*), Madrinha Dodô (a *madrinha*) e Maria Bárbara Oliveira⁶⁹ são particularmente valorizados por suas virtudes morais e por seus poderes de realização. Como dito acima, *padrinhos* e *madrinhas* são tidos por alguns como entidades tão importantes

⁶⁶ Colocadas pelos pagadores de promessa.

⁶⁷ É nesse mesmo período, porém em dias alternados, que ocorre a Corrida do Umbu, principal festa de calendário Pankararu.

⁶⁸ Considerado a transmutação de Padre Cícero por algumas pessoas (MURA, 2012:165).

⁶⁹ Índia Pankararu de grande prestígio por ter sido de uma família do *tronco velho* e responsável pela organização da Penitência entre as mulheres indígenas. Foi irmã de João Binga, importante cacique e pajé Pankararu.

quanto os *encantados*, já que não teriam morrido, mas “se mudado”; nunca teriam sido humanos, mas *divinos* (MURA, 2012:165).

A relação dos Pankararu com os *espíritos de mortos* – bons ou ruins -, *espíritos antepassados* e *santos* - particularmente Santo Antônio, São Francisco, Nossa Senhora da Saúde, Aparecida e da Boa Morte – é extensamente abordada pelas autoras citadas, que inclusive falam da separação dos *trabalhos* em *linha de direita* e *linha de esquerda*. Destaco aqui os *guias de luz*, mais à frente citados, espíritos bons de *penitentes* que “atuaram em vida de uma forma moralmente aceita e em alguns casos se destacaram por terem sido particularmente caridosos, agindo em prol da coletividade. Alguns eram em vida *rezadores* e acredita-se que continuam acompanhando os *penitentes* nas andanças noturnas; também podem se manifestar nas *mesas de cura*⁷⁰” (IDEM: 161).

3.2.3 Espíritos das matas e das águas

Existem ainda espíritos mais ligados às matas e às águas, podendo ser suas caracterizações relativamente diversas. Muito ouvi falar das *mães d'água*, associadas diretamente às fontes d'água e aos possíveis malefícios que podem causar aos seres humanos.

A principal versão que me foi relatada trata da *mãe d'água* como um espírito que, habitante das nascentes e córregos, pode se apresentar em forma de mulher ou cobra. À noite seria um período não permitido para os banhos nas fontes, por ser o momento de banho da *mãe d'água*. Se ela pegar você, caso for às fontes à noite, ali fizer bagunça, ou mesmo porque ela “se agradou” de você, você fica doente. Ainda segundo explicação dada à Matta (2007:155), ela pode “carregar o espírito da pessoa para seu palácio” além de se transformar em borboleta, em pé de árvore, em cobra, em lagartixa, tudo o que se possa imaginar. Quando provocada ou

⁷⁰ À frente explicadas.

simplesmente quando mexem com ela, a pessoa adoece. A pessoa de *corpo aberto*⁷¹ está inclusive mais vulnerável a seus ataques.

Já o *caipora*, também conhecido por *pai do mato*, pode ser considerado como “espírito protetor do mato e de tudo o que tem dentro”, ou seja, bichos e plantas. Assim, se você fizer bagunça no mato, maltratar os animais ou mesmo matar algum animal sem necessidade, ele pega você e você adoece. Segundo Matta, ele “é um *encantado* que mora nas matas, pode ser bom ou mau. Ajuda quem caça e deve ser bajulado com fumo. Se não agradar, ele não colabora para o sucesso da caçada” (2012:154). Uma frase por mim ouvida e que ajuda a localizar o *caipora* neste universo, fazendo referência ao já citado levantamento excessivo de *praiás*, diz que “o pessoal fica levantando *caipora!*”, ou seja, levantam para *trabalhar* espíritos que não são para isso e podem inclusive causar o mal.

A ideia de que estes espíritos “pegam” as pessoas é justamente de que as deixam doentes, sendo necessário que algum *especialista* Pankararu trabalhe junto para realizar a cura, principalmente se a doença for causa de *flechadas* vindas deles. Matta (2007) e Mura (2012) citam versões diversas que ora associam as *mães d’água* e os *caiporas* aos *encantados*, ora os associam a *bichos ruins*.

⁷¹ A pessoa de *corpo aberto* caracteriza-se por estar em um estado especial de vulnerabilidade. Mulheres menstruadas e recém-paridas estão de *corpo aberto*, assim como crianças não batizadas.

Figuras 10 e 11

3.3 PEDIDOS, PAGAMENTO DE PROMESSAS E CURAS

Todo este universo acima citado compõe um complexo sistema de pedidos e retribuições, através principalmente do pagamento de promessas, e relacionados, em grande parte mas não exclusivamente, ao processo de saúde, doença e cura. Tentarei descrever os pontos mais relevantes do funcionamento destas práticas, fazendo primeiramente uma ressalva.

Como já apontado, Pankararu é uma população que, internamente, pode ser bastante heterogênea, a começar pelas diferenças contextuais de cada aldeia. Da mesma forma, considerando a história particular de cada grupo familiar, expressa pela metáfora dos *troncos*, é possível encontrar diferenças relevantes nos conhecimentos e práticas existentes, a depender da família com a qual se dialogue. Assim, pude observar em campo estas diferenças, que se tornaram bastante relevantes principalmente ao escrever esta seção, pois se torna difícil principalmente categorizar e nomear estas práticas, denominadas diferentemente por cada grupo familiar ou linha espiritual.

Aos *encantados* e à *Santa Cruz* são atribuídos poderes extraordinários, inclusive de cura. Principalmente quando alguém é acometido por alguma doença, sofrimento ou necessidade de proteção, àqueles são feitos pedidos e, caso a graça seja alcançada, a promessa é paga. À *Santa Cruz* os pedidos são pagos com *mesadas* aos *penitentes* – reuniões noturnas para os *penitentes* masculinos, e diurnas para as *penitentes* femininas, em que oferecem comida e bebida em suas casas – e fitas coloridas colocadas na cruz (MATTA, 2007:170).

Quando a promessa é paga aos *encantados* são oferecidos *Pratos*, *Garapas*, *Três Rodas*, colocar o *Menino no Rancho*, dançar o *Cansação* ou *botar cestos*, estes dois últimos durante a *Corrida do Imbu*⁷². Os *pratos* e as *garapas* são rituais mais fechados que acontecem dentro do ambiente doméstico, à noite. O primeiro com o oferecimento da bebida (garapa de

⁷² Para uma etnografia sobre a Corrida do Imbu, ver Matta (2007).

cana, rapadura ou água com açúcar), e o segundo com o oferecimento de alimento (um prato com arroz, pirão e carne de carneiro, boi ou peixe). O oferecimento tem lugar principal no *salão*⁷³ (ou na sala da casa) da pessoa ou família que zela ou que faz a mediação com o *encantado* ao qual o pedido foi feito. São chamados para compartilhar da comida ou garapa os familiares e as pessoas próximas de quem está pagando e de quem cuida do salão. O *Menino do Rancho* e as *Três Rodas*, a serem detalhados adiante, são rituais maiores que acabam mobilizando muitos membros dos núcleos familiares e dos respectivos grupos de lealdade.

Estes rituais noturnos, pagamento de promessas como descrito acima, ou relativos à cura, como descrito abaixo, são denominados genericamente de *cantorias*, acontecem frequentemente na área indígena e podem ser ouvidos de longe. As pessoas que trabalham nestas cantorias são denominadas *cantadore/as*, *rezadore/as* e *curadore/as*. *Cantadore/as* são também as pessoas que, durante os rituais nos *terreiros* - espaço no chão de terra onde acontecem os rituais externos - cantam balançando o *maracá*, para que dancem os *praiás* e se realize o *toré*.

No caso de doenças, é preciso que algum dos *especialistas* Pankararu avalie a pessoa e faça então o diagnóstico, confirmando se o tratamento deve ser feito pelo conhecimento dos índios, “do branco” - neste caso a biomedicina - ou mesmo de ambos. No caso do *benzedor*, sua atribuição principal é a de passar o ramo para tirar as energias negativas, encaminhando a pessoa para outro *especialista*, caso seja necessário trabalhar com algum *espírito* ou *encantado*. Aqui a pessoa deverá procurar um/a *rezador/a*, que trabalha na linha dos *espíritos de mortos*, ou um/a *curador/a*, na linha dos *encantados*⁷⁴ e que, se necessário, abrirá uma *mesa* para tratar do problema. A *mesa* (mais ligada aos *encantados*) ou *mesa de*

⁷³ Pequena casa construída com espaço para a realização de rituais como *prato*, *garapa* e *mesas de cura*, podendo também ter um anexo específico para guardar os roupões dos *praiás*.

⁷⁴ Como também relatado por Mura (2012), Matta (2007) e pelo COIMI (2007) esta definição está longe de ser consensual e rígida, uma vez que há pessoas que invertem a definição de *rezador/a* e *curador/a* e existem especialistas que trabalham, ao mesmo tempo, com estas diferentes linhas.

cura (mais ligada aos demais espíritos) são os rituais noturnos que, embalados por *toantes*, o balançar do *maracá* e o uso do *campiô*, abrem o espaço para a comunicação com os seres sobrenaturais⁷⁵, cujo/a *curador/a* ou *rezador/a* é apenas seu interlocutor.

O que define a retribuição a ser dada, no caso dos pedidos, é a própria promessa feita pela pessoa. No caso de uma cura, a própria entidade que a realizou é quem a determina, muitas vezes solicitando algum ritual específico como fechamento da cura que não está finalizada.

3.3.1 Entre o *salão*, o *terreiro* e o hospital

A necessidade de ir ao médico ou ao especialista indígena é determinada pela própria pessoa, a depender dos sintomas ou de sua intuição, conforme o depoimento a seguir:

Nem sei, Andrea, como é isso, se é intuição, se eles mesmos (os encantados) que já dão o tino, que várias vezes a gente adoecer, como é que sabe que é de médico, que é de reza? Acho que vai naquele coiso do que mandar fazer na hora, a gente faz. Às vezes a gente diz, eu quero ir prali, mas não é nem a gente que tá querendo na hora, quem sabe é eles (os encantados) que dão aquele tino de dizer, não é isso, vai pra isso e a gente vai naquilo, acho que é muito assim. É coisa de Deus mesmo, esse negócio da gente definir [...] em qualquer salão que tiver com encantado que chega aqui, se for coisa de médico eles dizem na hora pra procurar o médico que não é coisa nossa (de tratamento dos índios). [...] No próprio salão eles dizem. Procure o homem de branco que aí não é trabalho pra gente. [...] Teve uma vez que eu adoeci, que fui lá pra tia Branca [...] cheguei lá, assim que cheguei ela disse "procure o homem de branco o mais rápido possível". De lá mesmo me mandei pro hospital. Quando cheguei do hospital em casa, ela (tia Branca) mandou recado pra eu ir lá (no salão), quando eu cheguei lá eles (os encantados) já tavam. E disse "agora sim é nosso". Aí foi tomado de conta, que eu tava muito fraca com anemia, cheguei (no hospital), tomei soro, fui medicada, aí aquela parte passou. Aí tinha outra (a da reza), foi a que eu fui cuidar. Tá vendo como é? (Heloisa, 30 anos, parênteses meus⁷⁶).

Quando a causa da doença é o ataque de algum *encantado*, *mãe d'água* ou *caipora*, o trabalho pode ser pesado. Heloisa relata agora a

⁷⁵ Para mais detalhes sobre as mesas de cura ver os trabalhos de Matta (2007) e Mura (2012).

⁷⁶ A partir daqui são meus todos os parênteses dentro das citações de entrevistas utilizados para o melhor entendimento das falas.

experiência vivida com um de seus filhos e que demandou, posteriormente, colocá-lo no *Rancho*.

Quando chegou lá (no salão) ela trabalhou três dias com ele, de dia e de noite, três dias. Ou seja, era um bicho do mato, daqui mesmo do Brejo, que tinha pegado o menino. E disse assim, acho que você nem vai entender, e já ia longe com o menino, ou seja, o espírito, o anjo de guarda do menino. É tanto que no último dia de trabalho quando começou a rezar ele endureceu, Andrea, ele no meu braço ele ficou duro, duro, e azul, quase morreu. Aí ela gritava “chama o nome do menino! Chama o nome do menino!” E a gente chamando por ele. Com meia hora depois eles começaram a trabalhar pesado com o menino, ele voltou. Acordou rindo, olhou assim como se não tivesse acontecido nada. [...] Ele mesmo (o encantado) foi que chegou e disse: “eu trabalhei três dias com o menino, o menino é meu. Ele tem dono, o dono dele sou eu e eu quero um negócio.” Aí esse negócio que ele pediu geralmente alguns pede um Prato, outros pede Três Roda e outros pede pro Rancho, dependendo da ocasião. Ele disse “mãe, você viu o trabalho que foi com o menino, não viu?” Eu disse, vi. “Você viu que nós vencimo, todo junto, não foi?” Vi. “Então, eu quero o menino pro Rancho”. [...] Eu digo, é seu, e vai pro Rancho. Ele “só digo uma coisa, o menino não tá...” [...] salvo de tudo, sabe? Porque aquilo que pegou ia tentar pegar de novo. Ai ele disse, “eu quero ele pro Rancho e quero logo”. Isso ele (o menino) tinha sete meses [...] no dia que ele completou nove meses eu botei no Rancho. Ele foi molinho! [...] Ele disse “e eu quero pra logo!” Eu disse, pois não Capitão, vai ser ligeirinho mesmo. [...] que nem eles trabalharam, que nem diz, eu trabalhei e quero aquilo que eu trabalhei. (Heloisa, 30 anos)

3.3.2 Preparações, cuidados corporais e relações entre os gêneros

Para que todos estes rituais e curas sejam bem sucedidos, existem diversos cuidados corporais que devem ser seguidos por *especialistas* Pankararu, *zeladore/as*⁷⁷, *dançadores de praia* e demais pessoas envolvidas diretamente nos *trabalhos espirituais*. Os cuidados envolvem restrições sexuais, resguardos, o uso do *campiô* e de ervas para defumação e realização de banhos, sempre com o número certo de vezes e as formas e lugares corretos de pegar as ervas. Não se pode, por exemplo, utilizar as ervas de caminhos por onde passam defuntos.

No caso das restrições, inclui-se não somente a abstinência sexual, mas a ausência de contato corporal entre os cônjuges. Ao dormirem na mesma cama, é necessário que marido e mulher deitem sob diferentes lençóis. Já o *campiô*, fumado com tabaco e ervas, é também benzido e

⁷⁷ Explicados abaixo.

utilizado para o *encruzo*, técnica de cura (MURA, 2012:206). Nele, sopra-se o cachimbo ao contrário para defumar, em sinal de cruz, o corpo de alguém, purificando e dando proteção.

Para a cura, as pessoas devem também fazer uso de banhos indicados pelos *especialistas* indígenas ou pelas próprias entidades que realizam a cura, fazer o resguardo sexual e evitar estar a céu aberto às 12h e 18h.

As mulheres menstruadas, por sua vez, devem resguardar-se, sem ter contato com os elementos e espaços que dizem respeito aos *encantados* (*terreiros*, o *campiô*, etc.) e cuidando para não serem atacadas por sua *dona-do-corpo*⁷⁸. Restrições que no contexto Pankararu dialogam com o que sintetiza Belaúnde (2005) ao enfatizar a necessidade de compreender as diferentes visões a respeito do “manejo do sangue”, inclusive para entender as relações de gênero que ao redor deste se constróem. Segundo a autora, o que constituiria uma linha de subordinação destas mulheres indígenas não seria sua falta de autonomia em tomar decisões, mas a cosmovisão que associa a menstruação às doenças e que as excui de alguns elementos sagrados (IDEM: 35).

Todos esses cuidados envolvem a ideia de que o corpo, para determinadas práticas, deve estar limpo, preparado, ou seja, deve ser “fabricado” para tal, conforme Viveiros de Castro (1987). Caso estes cuidados não sejam seguidos, há o risco dos rituais citados não terem desfechos satisfatórios ou mesmo das pessoas a eles ligadas adoecerem. Neste sentido, um caso me foi relatado.

Em uma viagem de Pernambuco a São Paulo, realizada por algumas pessoas para fazerem uma apresentação de *praiás*, alguns dos moços *dançadores de praiá* se adoentaram. Sem se importar muito, entraram para tomar banho na piscina do hotel “onde as mulheres se banhavam” e um deles quase ficou cego. Dois outros rapazes passaram muito mal e precisaram ser *encruzados* por conta do banho. Ou seja, estes homens que

⁷⁸ Explicada no capítulo 5, assim como os cuidados associados ao período menstrual.

vestem os *roupões* dos *praiás* e precisam estar com o corpo limpo e preparado para tal – afinal estarão em contato com o que de mais sagrado envolve os *encantados* – transgrediram regras que invariavelmente levam a uma associação de contato, neste caso de “contágio”, com as substâncias corporais das mulheres que na mesma água se banhavam.

Voltando a falar das ervas, existem também os/as *especialistas* que trabalham com *remédios do mato*⁷⁹ e sabem indicar e preparar chás, lambedores, garrafadas⁸⁰ etc., para a resolução de problemas mais pontuais. Como todos os conhecimentos e práticas indígenas, o uso de *remédios do mato* é algo passado entre as gerações, mas que se apresenta num movimento dinâmico de constante transformação e atualização (FERREIRA, 2010:200).

Flaviana (54) atribui a essa sabedoria uma origem divina. Justamente à época em que morava em São Paulo, no Real Parque, sua filha fora diagnosticada com problema de bexiga e precisaria ser operada. Ela contou ter pedido a Deus pra lhe dar uma luz de qual *remédio* poderia usar para que ela se curasse e intuitivamente pegou “ali perto” algumas ervas e mandou sua filha fazer, durante duas semanas, banho de assento e bebê-las como chá. E o resultado foi positivo, pois quando o médico voltou a olhá-la, não tinha mais o problema e não foi mais necessário realizar a cirurgia.

Finalmente, considerando as descrições feitas acima, é possível identificar o sistema cosmológico Pankararu como xamânico, conforme também apontado por Matta (2007) e Mura (2012). Além da existência de um ciclo onde xamã, doente e público acreditam na cura realizada e consolidam sua eficácia (LÉVI-STRAUSS, 1996:207), estão presentes aspectos descritos por Langdon (1996:27-28), como a ideia de uma realidade visível que supõe uma outra invisível; e um conceito de poder onde os seres extra-

⁷⁹ Na mesma concepção Fulni-ô, segundo Souza (2007:55), “remédios feitos com plantas de uso medicinal, sob diversas formas, tais como: mascar sementes, cascas e folhas; deixar cascas em repouso na água; chás; defumadores; banhos; banhos de assento; lambedores e garrafadas”.

⁸⁰ A diferença entre estes é o modo de preparo sendo que a garrafada é enterrada para maturar sob a terra.

humanos agem sobre os humanos, e os xamãs atuam como mediadores, principalmente para o benefício de seu povo.

3.3.3 *Menino no Rancho e Três Rodas*

Falarei agora de dois rituais que pude acompanhar em Pankararu, escolhidos por terem sido bastante citados nos pedidos e retribuições relativos ao nascimento de uma criança: o *Menino no Rancho*, destinado somente aos meninos⁸¹ e as *Três Rodas*, destinada aos meninos e às meninas. São *festas* que acontecem nos *terreiros* relativos a *encantados* aos quais foram feitas as promessas, ou que realizaram as curas, sendo necessário seguir os cuidados e preparações da forma indicada pela família e *zelador/a*⁸² daquele *encantado* e seu respectivo *terreiro*.

Ambas são festas bastante custosas e trabalhosas que demandam a ajuda de vários membros, tanto da família que está promovendo a festa, quanto da família *zeladora* do *praiá*, no caso de serem distintas. É necessário marcar a festa, convidar *pais* e *mães* de *praiás* aliado/as e comprar os produtos necessários principalmente para fazer as comidas. Na própria aldeia se abatem e se retalham os animais, preparados desde muito cedo para as festas.

Com o aumento local da renda tornou-se mais viável a realização destas *festas* que ocorrem mais rotineiramente do que em outras épocas. Os *mais velhos* contam que antigamente os meninos só eram designados a irem *pro Rancho* em caso extremo de doença em que a vida estivesse ameaçada. Hoje em dia, muitos pais e mães, pela alegria de nascer uma criança, e no caso de ser menino, prometem-no para algum *encantado* e então para o *Rancho*.

Um momento comum a ambas as festas e que merece prévia explicação é o oferecimento da comida aos *praiás* – que se dirigem ao *poró*

⁸¹ Considerados mais vulneráveis às flechadas e ataques espirituais.

⁸² O/a especialista *zelador/a de praiá* será explicado mais adiante.

para comê-la – e ao público que está assistindo às festas. A comida - arroz, pirão, carne de boi e/ou carneiro - e a bebida - garapa de rapadura, cana ou água com açúcar -, são benzidas pelos *encantados*, e servidas às pessoas em pequenos pratos de barro. Não há talheres, come-se com as mãos, e a garapa é servida também em um copo comum a todo/as.

A comida é, aparentemente, a mesma servida aos *praiás*, que a levam para dentro do *poró* em um grande prato de barro coletivo, além de seus pratos individuais. O *poró* é uma grande casa feita de palha, com apenas uma porta de entrada e saída, destinada aos homens (mulheres, crianças e pessoas de fora não podem entrar), sendo que não se pode contar o que ali dentro se passa. Localizado na periferia dos *terreiros*, é utilizado pelos *praiás* para fumar o *campiô*, tocar *gaita* e *maracá*, se alimentar e beber garapa, além de fazerem concentração para a entrada no *terreiro* e descansarem nos intervalos dos rituais (MATTA, 2007: 74).

Menino no Rancho

As festas de *Menino no Rancho* acontecem no decorrer de todo o ano, durante um dia inteiro, aos finais de semana. Têm grande concentração nos meses de dezembro e janeiro, por serem os meses em que as famílias de outras partes do país, principalmente São Paulo, viajam para suas aldeias para cumprir com tal obrigação. Nesse período, a quantidade de festas é tão grande que às vezes há mais de uma no mesmo dia.

Para além dos preparativos já apontados, é necessário comprar o tecido e materiais para a confecção da roupa do menino, das indumentárias da *noiva* e das *madrinhas*, e das *flechas* do *praiá* dono do menino e a do próprio menino. Estas, assim como o chapéu de palha de ouricuri⁸³ utilizado, serão confeccionadas por alguém da família.

Noiva, *madrinhas* e *padrinhos* são personagens importantes do *Menino no Rancho*, sendo as primeiras escolhidas pela família do menino, o

⁸³ Ouricuri, licuri, alicuri e outros (*Syagrus coronata*), é uma palmeira da região da caatinga cujo fruto é comestível e suas fibras são usadas para artesanato.

que torna públicas as alianças entre famílias. Os *padrinhos* não precisam ser convidados, vão chegando aos poucos para, no momento auge da festa, as *peitadas*, “defenderem” o menino do ataque dos outros *praiás*. Para isso, é desejável que sejam mais padrinhos do que *praiás*. Como ressaltado por Mura (2012:295) o *Menino no Rancho* é uma festa trabalhosa, custosa e bastante esperada e falada pela aldeia, atraindo muitos participantes e comentários sobre o número de *praiás*, o desfecho das *peitadas*, a performance do menino etc.

Ao assumir o compromisso de colocar o *Menino no Rancho*, a família deve fazê-lo no tempo estipulado à época da promessa ou pelo *encantado* dono do menino, que se manifestará em alguma *mesa* (como visto na página 51) ou mesmo em sonho, cobrando-a. Assim, pode acontecer do menino ir pro *Rancho* bebê ou bem criança – quando será preciso que seja levado no colo por um padrinho durante todo o percurso e as *peitadas* -, maior, adolescente, ou mesmo adulto – mais difícil de acontecer, mas não raro.

O *Menino no Rancho* descrito abaixo foi presenciado por mim em janeiro de 2009. Paulo⁸⁴, à época com 10 anos, viajou de São Paulo para o Brejo dos Padres, para concretizar o pagamento de uma promessa feita por seu pai quando ainda não tinha nascido a um dos *encantados* de sua família.

xxxxxxxxx

⁸⁴ Todos os nomes são fictícios.

...Existia assim uns cabra nas serra, que fazia mal praquelas criança, né? Então os caboclo iam trabalhar com aquela criança, né, fazer o trabalho deles. E dentro desse período dos trabalho deles, de três dias e às vezes, talvez era mais, né? Então um desses chefe tinha uma vitória que dava, trazia aquela criança de volta, sabe? Então aquele ganhava uma festa.

Associação SOS Pankararu

Quando cheguei à casa do menino os praiás já haviam ido buscá-lo e estavam dançando no terreiro. Por volta de oito da manhã o sol estava bem quente e as pessoas presentes tentavam se esconder nas poucas sombras que ali havia. Eram por volta de quinze praiás dançando em fila as três rodas⁸⁵, em uma coreografia que se alternava ora em círculo, ora cruzando o terreiro, ao som do canto e maracá do cantador/a da vez. Próximos a este estavam, debaixo de um pé de árvore, os demais cantadores, o zelador do praiá dono do menino (que chamarei aqui de especialistas-rituais) e o pai do menino, sempre observando a movimentação no terreiro.

Na hora correta, o menino e os padrinhos, em princípio na varanda da casa, juntaram-se aos praiás e dançaram algumas voltas. Depois, levados pelos especialistas-rituais, os praiás e os demais familiares homens mais próximos ao menino, entraram na casa e lá ficaram algum tempo, sem que mais ninguém pudesse entrar. Foi possível ouvir uma cantoria, o som do maracá e perceber o uso do campião, muito provavelmente encruzando e já trabalhando no menino.

Em clima de intervalo, os praiás se dirigiram a um poró improvisado com uma lona amarela, nos fundos da casa. Foi servida a comida que, diferente da servida à tarde no terreiro principal, era composta por arroz, pirão e buchada. Juntamente, serviu-se a garapa. Retomado o trabalho, os praiás dançaram brevemente no terreiro para então iniciar as três rodas de

⁸⁵ Expressão referida também à festa das Três Rodas. No Menino no Rancho e na Corrida do Umu, as três rodas são o momento específico em que os *praiás* dançam no *terreiro*, não somente de forma circular, mas cruzando-o. Apesar de levar esse nome, nunca me foi possível acertar a contagem exata de voltas que se dá no *terreiro*, possivelmente por haver improvisos na hora da contagem.

toré abertas ao público e passar para buscar a noiva, no caso a prima do menino, na casa ao lado.

Lá a noiva já os esperava na varanda. Os praiás chegaram e permaneceram dançando até ser o momento da noiva entrar na roda e dançar também. Nesse momento foi ela quem puxou a fila de praiás, à frente do dono do menino - primeiro da fila, por isso chamado de cabeceira – dançando posteriormente a pareia, em dupla com algum praiá. Enquanto isso, era servida novamente garapa ao público. Finalmente, dançou-se o toré e foram reunidos o menino, seu dono, a noiva e os padrinhos, para seguirem a buscar a primeira madrinha.

À frente desta “comitiva”, o dono do menino e o menino carregam suas flechas coloridas. O menino, sem camisa e de corpo todo pintado com barro branco, veste um shorts vermelho com duas cintas cruzadas à frente e penduradas nas laterais, o chapéu de palha de ouricuri e um rolo de fumo também pendurado à sua frente. A noiva e as madrinhas estão de saia no joelho – roupa de qualquer cor menos preta -, o enfeito colorido preso à cabeça e o corpo também pintado de barro. Os padrinhos também estão sem camisa e de corpo pintado. O desenho que predomina nas pinturas corporais de todo/as são cruzeiros que estão no rosto, braço, pernas e tronco.

A primeira madrinha a ser buscada é uma renomada zeladora de praiá também parente da família do menino. Já em seu terreiro, o Terreiro Poente⁸⁶, seguiu-se basicamente a mesma dinâmica para buscar a noiva, com a madrinha puxando a fila dos praiás e dançando a pareia. O cantador da vez foi seu irmão, que a partir daí acompanhou a festa até o terreiro principal. Finalizando a busca da madrinha, foram puxados os três torés, dançados com muita animação pelas pessoas, apesar da areia extremamente quente em contato com os pés descalços.

A busca da segunda madrinha - renomada zeladora de praiá e tia do pai do menino - seguiu os mesmos paços da madrinha anterior, com uma particularidade: por não poder participar diretamente do ritual, considerando

⁸⁶ Terreiro onde acontece a Corrida do Umbu.

o grande esforço físico requisitado, ela colocou em seu lugar uma sobrinha para representá-la, prática comum entre as madrinhas. Assim, quem efetivamente dançou na festa foi a sobrinha, apesar do laço fortalecido ter sido com a tia e sua família.

Finalizadas as danças, o toré, e reunidos cantadores, o menino, seu dono, a noiva, as duas madrinhas, padrinhos e os demais praiás, foram todos para o Terreiro da Fonte Grande, pertencente ao encantado zelado pela família que fez a promessa e onde se realizou a parte principal da festa.

Chegando lá todos deram voltas pelo terreiro, para então apenas os praiás dançarem nele, posteriormente incorporando à coreografia a noiva e as madrinhas, às vezes puxando fila, às vezes dançando em pareia. Foram contados mais de 70 praiás nesse momento, havendo visivelmente menos padrinhos para defender o menino. No centro da roda, enquanto dançavam os praiás, foi realizada uma brincadeira que costuma causar muita graça ao público, uma disputa de bastões entre um praiá e um padrinho que, medindo forças, tentam derrubar um ao outro.

Cabe aqui uma observação: não foi necessário abrir o terreiro no momento da chegada porque ele já havia sido aberto na noite anterior, quando efetivamente começa o ritual do Menino no Rancho. Nesse momento estão presentes não necessariamente o menino, mas seu dono, seu pai e familiares, não sendo possível enxergar muito bem as pessoas, já que não há luz, a não ser a da lua. Essa noite, em especial, a lua estava cheia e a imagem dos praiás dançando no terreiro iluminado era belíssima. A poeira levantada pelo arrastar de seus roupões fazia parecer que estavam flutuando e o canto e o soar dos maracás eram hipnotizantes. Comum quando há praiás à noite, as pessoas levaram seus lençóis para acompanharem-nos deitadas e até cochilando.

Retornando a festa diurna, a comida foi servida relativamente tarde, por volta das 14h, pelas cozinheiras que ficam num espaço periférico ao terreiro. Acabado esse momento, é iniciada novamente a roda de praiás e então aguardado o auge da festa, as peitadas.

Os cantadores, o zelador, o menino, seu dono, a noiva, madrinhas, padrinhos e praiás se organizam nessa ordem, formando um círculo que roda e cruza o terreiro. Ao mesmo tempo o público, já entendendo o que acontecerá, começa a procurar lugares protegidos como os troncos de árvores, as pedras, qualquer ponto difícil de ser atingido pela correria que começará a qualquer momento, assim que o dono do menino o soltar.

A partir do momento em que corre o menino, os demais praiás terão como objetivo “pegá-lo”, o que inclui qualquer objeto seu como o chapéu, um pedaço de sua flecha ou de seu fumo. É nesse momento que vão “se peitar” com os padrinhos, que farão de tudo para defender o menino, principalmente indo para o embate corpo-a-corpo com os praiás, segurando-os e derrubando-os. O menino, por sua vez, pode se refugiar dentro do rancho, ou sair correndo para qualquer lado. Quando isto acontece, os praiás saem rapidíssimos atrás dele, passando por cima do que estiver na frente, mato, pedras, arames, carros e inclusive as pessoas! Por isso estas se protegem.

Na festa em questão, o menino primeiramente se protegeu no rancho junto com um padrinho, sendo logo em seguida salvo por seu dono e recomeçando a roda. O rancho é um espaço demarcado por grandes folhas de ouricuri, localizado quase dentro do terreiro e que serve para concentração do menino. Solto novamente⁸⁷, Paulo não conseguiu ir longe e tiraram-lhe o chapéu, o que contou como vitória dos praiás. Frustrados os padrinhos e alegres os praiás, que saem dançando e tocando em comemoração, dá-se uma pequena pausa para então recomeçar o trabalho.

A primeira pergunta nesse momento é de quem é o praiá que pegou o menino? O pai do menino, ao saber do parentesco da zeladora do praiá com sua família exclamou: “Ah, é de Tia Rita! Tá em casa!” Ser pego por um praiá não significa que o menino sofra algum prejuízo ou algo dê errado, apenas que o menino terá mais um dono para homenagear e trabalhar quando necessário. O que significa também estreitar os laços com a família daquele praiá, que se já for de parentes, é algo muito bom.

⁸⁷ Não há um número certo de vezes para o menino “correr”, depende do dono do menino declarar que acabou ou não.

Finalmente, é hora de devolver a noiva e as madrinhas, sendo necessário que haja algum representante de sua família – pai, mãe, tia etc. - para recebê-las. Organizados, todo/as dão algumas voltas no terreiro para então entregar as mulheres, na ordem descrita e com muita emoção de quem as recebe. Por último, foi entregue o menino, neste caso recebido com muita alegria e emoção pelo pai e uma tia.

Antes do fechamento do terreiro, com a volta final dos praiás, foi dado espaço ao toré, para a felicidade das pessoas que estão de fora e que, como eu, passaram a festa inteira querendo dançar. Mais à noite, no salão do dono do menino, foi aberta uma mesa da qual pude participar distante, no espaço onde ficam as pessoas que não trabalham diretamente. Nessa mesa, com cantoria, maracás e muito campião, confirmou-se, com quem se tinha que confirmar, que a festa fora satisfatória, estando o trabalho encerrado e a promessa efetivamente paga.

Três Rodas

Acompanhei vários rituais de *Três Rodas*, contudo, sem ter anotações específicas de nenhum deles. Assim, farei aqui explicações gerais deste ritual.

A festa de *Três Rodas* não é um acontecimento tão falado quanto o *Menino no Rancho*. Ela pode acontecer em qualquer dia da semana, no decorrer do ano e seu tempo de duração é de algumas horas, de manhã ou à tarde.

Acontece no *terreiro* do *praiá* ao qual é paga a promessa, tendo início quando os demais *praiás* convidados já estão posicionados em fila para dançar. As dinâmicas de dança em *Três rodas* são semelhantes às do *Menino no Rancho*, sendo que os *praiás* dançam em círculo e cruzando o *terreiro*, aproximando-se do cantador que puxa os toantes ao final de uma rodada. Nesse momento é permitido às mulheres indígenas de saia, apenas a elas, que dançam *pareia* com os *praiás*. Por poderem dançar apenas de duas em duas, este torna-se um momento disputado pelas presentes.

O auge das *Três Rodas* se dá quando a pessoa à qual foi feita a promessa é então *encruzada* primeiramente por seu *dono (praiá)* e então por cada um dos *praiás* ali presentes. Esta pessoa também dança com os *praiás* e, no caso de ser uma criança, é levada no colo por seu dono. Finalmente come-se e, para encerrar a festa, é dançado o *toré*.

xxxxxxxxx

Considero importante uma última observação sobre estas manifestações. Os rituais do *Menino do Rancho*, as *Três Rodas* e a *Corrida do Umbu* são comumente referidos como *festas*. Contudo, ressalto aqui o caráter sagrado destas *festas*, pois, como explicado acima, elas são a retribuição de uma graça que deve ser paga, e mesmo a conclusão de um *trabalho* espiritual, de uma cura que não está finalizada. Ou seja, apesar do clima de festividade existir, afinal de contas se comemora uma “vitória”, se o *trabalho* não for corretamente conduzido ele pode não ser “aprovado” pelo *encantado* ao qual é destinado. São conhecidos casos de *Meninos do Rancho* que tiveram que ser feitos novamente pela primeira *festa* não ter sido válida, como nos conta Heloísa: “*muitos (muitas pessoas) preocupado com muita gente de fora pra assistir aquela brincadeira, e tal e tal, foram dar mais atenção pros de fora receber aquela coisa toda, que tinha muita gente, todo mundo tirando foto, esqueceram do trabalho, tiveram que botar de novo!*”

Figuras 12 e 13

Figuras 14 e 15

Figuras 16 e 17

3.4 ORGANIZAÇÃO SOCIAL E RITUAL

A organização dos Pankararu tem como referência, para além das famílias extensas, os *troncos* familiares e os grupos de lealdade que ao redor dessas famílias se congregam. Espacialmente essa organização é bastante perceptível na configuração das aldeias, já que grande parte delas é composta por agrupamentos de membros das mesmas famílias. Cada núcleo familiar, por sua vez, tende a construir sua casa ao redor ou próximo da casa do/a patriarca ou matriarca, fortalecendo assim o vínculo e o contato quase que diário com sua família extensa, além de estabelecer relações com as demais vizinhanças.

Retomando a ideia dos *troncos velhos*, as pessoas e famílias a estes ligadas acabam obtendo um status diferenciado por estarem associadas à antiguidade dos conhecimentos indígenas e aos próprios *encantados* mais antigos e importantes da área. Mesmo assim, Mura, de forma semelhante à Arruti, sustenta que as famílias não reconhecidas como tal não recebem um estigma de inferioridade, mesmo que tenham menos chances de exercerem poder localmente (2012:39).

É neste contexto que surgem as lideranças locais, apoiadas principalmente por seus grupos familiares e que tentarão conjugar os interesses de suas bases com os interesses das demais lideranças e grupos da área indígena, inclusive perante o Estado. Assim, nem sempre é possível manter posturas homogêneas frente às questões políticas que envolvem o grupo Pankararu. Daí a necessidade de compreender a força que o pertencimento a um grupo familiar ou a um *tronco* específico tem. Concorro com Mura quando diz ser “fundamental realçar a importância das identidades familiares que, diversamente das identidades étnicas, parecem ser menos frágeis em face das ações violentas e compulsórias do Estado” (2012: 30).

Cabe agora entender mais de perto a relação destas famílias com os *encantados*. A responsabilidade em cuidar dos respectivos *praiás* pode

passar de geração em geração, mantendo-se na mesma família, ou seja, produzindo herança. Quem decide isso é o próprio *encantado*, havendo inclusive famílias que foram “deixadas” por um *encantado*, para posteriormente serem “escolhidas” por outro, para *levantarem* seu *roupão*.

As figuras centrais nesta estrutura são os *pais*, *mães* ou *zeladores/as de praiá*. São responsáveis pelos cuidados e rituais relativos aos *encantados e praiás* ligados à sua família, que pode ser um ou podem ser muitos - neste caso, compondo o que se denomina *batalhão de praiás*. Cabe ao/a *zelador/a*, confirmar e organizar (ou delegar às pessoas certas) os cuidados relativos aos rituais quando acontecem em seu *terreiro* (no caso do *Menino do Rancho* e *Três Rodas*) ou no *salão*, caso da *garapa*, *prato* ou *mesa*. Definir os *moços de praiá*, que vestirão o *roupão* e dançarão nas festas é também uma delicada atribuição deles.

Os cuidados com o *terreiro* são também de grande importância e responsabilidade do/a *zelador/a*, já que todos eles têm um dono (um *encantado*) e há formas corretas de *limpar*, *abrir* e *fechar* o *terreiro*.

Outra atribuição é o de estabelecer e manter boas relações com outros *zeladores/as*, que podem ser ou não de seu *tronco familiar* e que comporão seu grupo de lealdade religiosa. Isto significa participar das festas-rituais uns dos outros, já que é necessária a presença e dança dos *praiás* para serem realizadas. Além disso, nem sempre um/a *zelador/a* é possuidor de *terreiro*, sendo esta rede fundamental para que se tenha, neste caso, um *terreiro* de referência para suas obrigações. Os *praiás* são a expressão de poder de seus/as respectivos/as *zeladores/as*, que muitas vezes mantêm também o status de liderança política local, decorrente do importante lugar que possuem de cuidadores/as dos segredos Pankararu.

Os/as *zeladores/as* são figuras importantes na organização Pankararu, mas não necessariamente acumulando funções dos demais especialistas. Em conversa com o *zelador de praiá* de uma família do Brejo dos Padres, o mesmo reconheceu não ter tanto conhecimento sobre o uso das ervas, por exemplo, ao contrário de sua mulher, referência principal dentro de sua casa para tal. Ele aprendera, ao ajudar seu pai, os

conhecimentos necessários para cuidar dos *encantados* da família, sem ter exatamente a intenção de assumir seu lugar posteriormente, o que acabou acontecendo após sua morte.

Os/as *zeladores/as de praiá*, contudo, não trabalham sozinhos. Há uma “equipe” de homens e mulheres, em geral da mesma família, extremamente necessária para a organização do espaço e feitura da comida na realização de cada ritual. Assim, para marcar algum *trabalho* ou *festa*, ou confirmar sua presença e a de seus *praiás* no trabalho ou festa no *terreiro* de outro/a *zelador/a*, é preciso contar com a participação de ao menos algumas destas pessoas. Estas encaram a demanda como obrigação, devendo cumprir todas as prescrições e cuidados necessários ao bom cumprimento de seu trabalho, ausentando-se somente por algum motivo excepcional.

Na descrição de Matta (2007) os agrupamentos familiares “acabam por envolver, principalmente se houver algum *pai de praiá* na família e algum *terreiro* no local, além dos parentes, grupos de vizinhança e de amigos, tornando-se referência para expressões religiosas e congregando ações políticas e rituais (IDEM:25)”. A depender da relação do/a *zelador/a de praiá* com sua vizinhança, ele e seu *batalhão de praiás* – suas qualidades morais contarão para tal reconhecimento - serão as referências para práticas de cura, realização e principalmente pagamento de promessas etc. Ele e sua família terão aliados, mesmo que isso não signifique que “tenham poder nas esferas de decisões como representantes **do grupo indígena**” (IDEM: 26, grifos meus).

Isso porque, por fim, é nessa teia de relações que surgem as lideranças locais, que defenderão os interesses de seus aliados, muitas vezes distintos dos de outros grupos de aliança, sendo difícil manter posturas homogêneas. Os cargos de *caciques* e *pajés*⁸⁸, exigidos pela FUNAI para reconhecimento dos Pankararu enquanto índios, não exatamente representam uma escolha consensual de toda a população. Na TI Pankararu, por exemplo, ao invés de haver propriamente um cacique

⁸⁸ Por serem duas Terras Indígenas, Pankararu e Entre Serras, haverá ao menos um cacique e um pajé para cada uma delas.

representante central das famílias, existem duas pessoas, ligadas a *troncos* familiares diferentes, que exercem os papéis de cacique.

O *pajé*, aliado ao cacique⁸⁹, também pode caracterizar-se por ser um cargo mais político do que religioso. Ou seja, a pessoa que o ocupa não necessariamente “atingiu um patamar elevado tanto na cura quanto no saber religioso” (COIMI, 2007:20), uma vez que várias pessoas em Pankararu teriam a capacidade para assumí-lo.

3.4.1 Relações de Compadrio

As relações de compadrio em Pankararu são muito comuns, cada pessoa podendo ter diversos padrinhos e madrinhas. Ao estabelecer uma relação de compadrio, a família que o faz ampliará seu círculo de alianças reforçando os vínculos intrafamiliares ou estendendo-os a outras famílias. Estes vínculos reforçam as relações de ajuda mútua e de confiança entre compadres e comadres, que se consideram parte das respectivas famílias (MURA, 2012: 43). A autora ainda nos escreve: “laços entre *compadres* e *comadres* inaugurados através dos filhos convidam a aumentar os níveis de recíproca colaboração entre as famílias, bem como solidificam lealdades políticas e religiosas” (2012:43).

Além dos padrinhos e madrinhas escolhidos para o *batizado em casa* (descrito no capítulo 5), o batizado na igreja católica e o ritual do *Menino no Rancho*, estão as relações de compadrio *de fogueira*, as originadas com a *mãe de umbigo* – a parteira - e mesmo as originadas esporadicamente.

O compadrio *de fogueira*, observado também por Silva (2007:34) entre os Atikum, é estabelecido no mês de junho, especificamente nos dias de comemoração dos santos católicos, época em que em muitas casas da região, à noite, se acende uma grande fogueira. Segundo me foi relatado, é ali, ao “pular a fogueira”, que compadres e comadres estabelecem o vínculo, prática não mais tão comum nos dias de hoje.

⁸⁹ Na TI Pankararu são dois caciques e dois pajés.

Já o compadrio originado esporadicamente se dá por ser possível chamar a qualquer pessoa para ser sua madrinha⁹⁰, alguém com quem se tenha, por exemplo, respeito ou admiração que suscite este convite. Ouvi o relato de Marianinha (33), que me contou ter sido chamada para ser madrinha de um rapaz mais velho, pois simpatizava muito com ela e gostava de sentar-se para conversar sobre algumas dificuldades da vida. No princípio, ela mesma achou estranho, mas depois acostumou-se e esse rapaz não deixa, até hoje, de presenteá-la durante a Páscoa, na *sexta-feira da paixão*. Nesse dia, não tão mais comemorado como em outras épocas em que se presenteava a madrinha com uma maçã, há também a perspectiva de que esta presenteie o/a afilhado/a com dinheiro.

Finalmente, a relação de compadrio com a *mãe de umbigo*, a parteira indígena, ocorre justamente por ocasião do nascimento de uma criança. Mais comum em outras épocas, se pensarmos que hoje a maioria dos partos são nos hospitais, a relação é ainda bastante forte nos partos domiciliares, que acontecem principalmente nas aldeias Brejo dos Padres e Jitó. A parteira pode ou não ser uma pessoa da família, sendo que, a depender da situação, o que determina chamá-la é realmente a necessidade de *pegar o menino*, mais do que a relação que se estabelecerá com ela a partir de agora. Falarei mais das parteiras no capítulo 4.

3.5 SOBRE OS CASAMENTOS

Não há em Pankararu uma regra familiar para a realização dos casamentos e tampouco para a constituição da residência de um novo núcleo familiar. Considerando a atual escassez de terras, o novo casal, se tiver condições financeiras, construirá sua casa no terreno doado por alguém de uma das duas famílias, ou mesmo comprado, e se não tiver, pode ficar morando na casa de familiares, principalmente dos pais de um dos cônjuges.

⁹⁰ Foi-me dito ser mais comum escolher mulheres e não homens.

Segundo os relatos, é mais comum que seja na casa dos pais do marido, mas pode acontecer do casal morar na casa dos pais da mulher; as condições financeiras ajudarão a determinar a situação. Pode acontecer, inclusive, de o casal ir morar em uma das três cidades circunvizinhas, a depender das necessidades de trabalho, situação financeira etc. A mesma dinâmica de moradia se observa nos casamentos entre indígenas e mulheres ou homens não indígenas, que acabam se integrando à família, podendo inclusive usufruir da assistência especial à saúde, se estiverem dentro da área indígena.

Na prática, não há um evento certo para a celebração dos casamentos. É comum os casamentos acontecerem na igreja de Santo Antônio⁹¹, sendo necessário que os cônjuges tenham os sacramentos anteriores; no cartório, com a formalização do estado civil; e mesmo sem uma festividade específica, apenas com a simples união dos cônjuges, o que os caracteriza como *amigados*. Ouvi também algumas descrições⁹² sobre o *banho na bica*, sempre do ponto de vista de mulheres, um ritual de passagem semelhante a uma despedida de solteiro/a, que ocorria muito em outras épocas e hoje praticamente não mais⁹³.

Ocorrendo de forma separada, os banhos foram-me descritos quase como eventos exclusivamente femininos ou masculinos, em que se cantava e se tomava vinho, motivo este de impedimento para a participação de algumas crianças. Os banhos aconteciam principalmente na bica da aldeia Jitó, chamada de *Bica de Camila*, e no caso de ocorrerem ao mesmo tempo os dois banhos, o do homem e o da mulher, a preferência é do banho da mulher ser na *Bica de Camila*, e o do homem em uma bica mais abaixo,

⁹¹ Considerado patrono dos Pankararu e de sua principal igreja, na aldeia Brejo dos Padres. Parry Scott ressalta “que a igreja situada num contexto local não é ‘a’ Igreja (com I maiúsculo), e sim uma adequação dela ao conjunto de atores e eventos que operam no cotidiano dos grupos sociais locais que a compõem” (2007:15).

⁹² Além de poucos, quando ficava sabendo de um banho na bica ou ele já tinha acontecido, ou aconteceria em algum momento em que eu não poderia participar.

⁹³ Um dado interessante é que antes da canalização da água, quando havia mais água nas bicas e riachos, ocorriam mais banhos na bica. Esta informação é, contudo, muito pontual, num contexto onde muitas outras mudanças ocorreram na mesma época, para ser associada diretamente à diminuição desses banhos.

exclusivamente de uso masculino, conhecida como *Bica dos Homens*. Os cantos, que davam um tom de festividade e alegria ao momento, rimavam versos sobre a vida de solteira que se ia e não voltava mais, sobre o choro de mãe e pai, que perdiam a presença da filha dentro de casa, e outras situações sempre ao redor desse tema. As rimas davam-se com o refrão principal da música *do Tororó*:

*Fui no Tororó
Beber água e não achei
Achei bela morena
Que no Tororó deixei*

4 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Esta seção explorará de forma ampla a assistência pré-natal de que as mulheres indígenas dispõem principalmente na TI Pankararu. Entendo que a atenção dada a este período surge com mais importância após a chegada dos serviços oficiais de saúde. Isso porque no conhecimento das índias *mais velhas*, a atenção principal sempre foi dada ao resguardo pós-parto e seus cuidados com a *dona-do-corpo*, abordada no próximo capítulo.

O trabalho de Ferreira (2010) descreve como algumas comunidades Pano do Alto Juruá, no Acre, se apropriaram da categoria de pré-natal para referirem-se também aos cuidados prestados às gestantes em seus contextos étnicos particulares (2010: 188). O “pré-natal tradicional”, categoria híbrida, surge aí como uma reapropriação e indigenização do conceito de pré-natal biomédico, não apenas para o entendimento das práticas indígenas, mas com a intencionalidade de “ao atribuir valor aos cuidados indígenas, conquistar o reconhecimento do outro” (IDEM: 189), no caso, o branco.

Em Pankararu não se nomeia a existência de um “pré-natal tradicional”, apesar de existirem cuidados *tradicionais* durante a gravidez. Tentarei delinear abaixo um pouco da assistência geral que caracteriza esse período e que conta, como se verá, com profissionais indígenas que sutilmente promovem uma assistência intercultural.

4.1 CONTEXTO LOCAL

Com a chegada da assistência ao pré-natal em 1990, em Petrolândia, e em 1999 na Terra Indígena, o contexto local de cuidados gestacionais e perinatais se alterou de forma significativa (CRUZ, 2010). Antes até, desde 1950, no vale do Rio São Francisco, as parteiras começaram a ter contato com capacitações promovidas pelo Serviço Especial de Saúde Pública

(SESP). Atuando como “tradutoras” das concepções biomédicas de saúde e doença, possibilitaram a “ampliação da assistência médica dos serviços de saúde ao que se refere à assistência maternoinfantil, principalmente quanto à hospitalização e medicalização da assistência à gestação, parto, puerpério e aos recém-nascidos” (IDEM:57).

A autora descreve que a SESP, tendo em vista a escassez de profissionais em saúde nas regiões rurais,

Adotou uma estratégia de estreita aproximação com as parteiras tradicionais, diminuindo restrições e consolidando alianças com aquelas que atuavam nas comunidades assistidas pelo Serviço, principalmente nos locais que não dispunham de hospital. Assim, foram colocadas baixo controle institucional, identificadas e treinadas (IBIDEM: 55).

Respeitadas por suas comunidades e encaradas como ignorantes por médicos e enfermeiras, recebiam treinamento teórico e prático fornecido por enfermeiras e visitadoras sanitárias, ganhando também uma bolsa⁹⁴ com o material destinado a seu trabalho. Localmente, na Região de Itaparica, foi também a partir de 1978 que os casos de risco puderam ser encaminhados aos hospitais de Petrolândia e Itaparica (IBIDEM).

Cruz (2010) descreve em sua pesquisa a chegada dos serviços de saúde na região, mostrando também como gradualmente as mulheres Pankararu foram aderindo à assistência médica, ou seja, à medicalização desse atendimento. Processo este que entendo não somente como resultado do reconhecimento da importância de uma avaliação médica, mas também como exercício de seus direitos e interesse em usufruir das “coisas do branco”, do ponto de vista simbólico.

A questão é que dentro do contexto exposto, as parteiras de toda a região ou atuavam em domicílio em suas comunidades, ou nos hospitais, de ambas as formas com respaldo da SESP. Foi somente após a criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, e sua respectiva Política, a ser implementada pela FUNASA, que se começa a falar em atenção

⁹⁴ Hoje chamada de “kit da parteira”, inclui uma bolsa com luvas, tesoura de metal, plásticos protetores e outros materiais de utilidade para realização do parto em domicílio.

diferenciada e culturalmente adequada a essas populações, e consequentemente na valorização das parteiras indígenas, dentro de suas especificidades indígenas.

Neste contexto de assistência pré-natal, as parteiras Pankararu e suas *aprendizes* têm aparecido como alvo e promotoras desta medicalização, já que em determinadas situações fazem a ponte entre a gestante e os serviços de saúde. Contribuem assim para a existência de um contexto intercultural em que as práticas indígenas e biomédicas de modo geral se complementam, mesmo que exista tensão entre ambas.

4.2 A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS LOCAIS DE SAÚDE

O Distrito Sanitário Especial Indígena responsável pela assistência aos Pankararu é o DSEI Pernambuco, cuja área de atuação coincide com o Estado de mesmo nome, e cuja responsabilidade de atendimento se estende a outras nove etnias⁹⁵ que somam quase 47 mil⁹⁶ pessoas. Nos Pankararu, a logística dos serviços conta atualmente com a estrutura de dois Pólos Base (um em cada Terra Indígena), que centralizam as tarefas burocráticas além de serem os espaços para reuniões e planejamento das equipes e a farmácia. Há também nove postos de saúde sendo que, nas aldeias em que estes não existem, algumas pessoas disponibilizam suas casas para atendimento em dias específicos. Para o deslocamento das equipes a cada posto e também dos usuários, o DSEI terceiriza uma frota de carros⁹⁷, caso precisem de alguma assistência fora das aldeias.

Com a mudança de gestão da FUNASA para a SESAI, o tipo de contratação dos trabalhadores de saúde tem mudado, estando todos

⁹⁵ Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Kainawá, Pankará, Pankaiwká, Pipipã, Truká, Tuxá e Xucuru.

⁹⁶ Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1774. Acesso em 30/10/2012.

⁹⁷ Há muitas reclamações por, na prática, estes carros não estarem disponíveis como deveriam.

registrados com carteira assinada desde janeiro de 2012⁹⁸ e com perspectivas de contratação através de concurso público para 2013. Antes da SESAI, contudo, as contratações eram feitas através de convênio com os municípios locais (principalmente Jatobá e Tacaratu), o que não raro gerava tensões decorrentes de interesses diferentes entre os gestores do DSEI e os municipais.

Existem três Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) – duas para os moradores da TI Pankararu (EMSI 1 e 2) e uma para os da TI Entre Serras (EMSI 3), que atuam como Programa de Saúde da Família (PSF) Indígena. Estas equipes são compostas cada uma por: um/a médico/a, um/a odontólogo/a, um/a enfermeiro/a, técnicos/as ou auxiliares de enfermagem, além de agentes indígenas de saúde (AIS), agentes de saúde bucal (ASB) e agentes indígenas de saneamento (AISAN), totalizando 50 pessoas⁹⁹, entre homens e mulheres. A prioridade dada às contratações de todos estes profissionais é de que sejam indígenas, sendo que atualmente há profissionais Pankararu também nos cargos de médica, enfermeira e dentista.

Além das EMSI, os Pankararu das aldeias ligadas à cidade de Jatobá contam com o atendimento de mais uma enfermeira que cobre a área pelo Programa de Saúde da Família (PSF) do município¹⁰⁰. Apesar das demais cidades não disponibilizarem suas equipes de PSF para suas áreas correspondentes dentro das TI, os indígenas têm a opção de usar os serviços de saúde dos municípios aos quais suas aldeias se vinculam¹⁰¹,

⁹⁸ Legalmente contratados pelo Instituto de Medicina Integral (IMIP), conveniado à SESAI para atuar de forma complementar na execução de ações voltas às populações indígenas. Ver http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38129, para mais informações. Acessado em 05/01/2013.

⁹⁹ SESAI. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/escala_pe_0912.pdf. Acesso em 30/10/2012.

¹⁰⁰ Em 2012, ano eleitoral, a prefeitura disponibilizou mais um médico para atender tal área.

¹⁰¹ Como o repasse de recursos federais é feito com base no número de habitantes, há uma tentativa de cada município em limitar o acesso a estes serviços apenas às pessoas nele residentes. Situações relacionadas principalmente à impossibilidade de realizar consultas médicas e de enfermagem foram citadas por indígenas residentes em aldeias localizadas nas fronteiras entre Jatobá e Tacaratu. Para comprovar a residência é cobrada das pessoas o RG e o título de eleitor, que deve ser do respectivo município.

além dos hospitais de Itaparica (Jatobá), Tacaratu e Petrolândia, sendo este último o único da região que realiza cesáreas.

Outros serviços de referência para procedimentos mais complexos são os Pólos Avançados do DSEI em Salgueiro e Caruaru, sendo que no caso de gestações e partos de maior complexidade e gravidade as referências principais são o Hospital Nair Alves de Souza, em Paulo Afonso, há 40 km já no estado da Bahia, e o Complexo Hospitalar do Instituto de Medicina Integral (IMIP¹⁰²), em Recife, há aproximadamente 500 km.

Como já dito, os saberes dos *mais velhos* com relação aos cuidados perinatais dão muita ênfase ao momento do resguardo pós-parto, principalmente para o bem estar da mãe, diferentemente do período pré-natal em si, em que não há recomendações gerais. Existem indicações de uso dos *remédios do mato* para coisas pontuais como enjoos, pequenos sangramentos durante a gravidez, inchaço, mal estar etc., mas não há regras a cumprir (relativas a carregar peso e restrições alimentares, por exemplo) como durante o resguardo. Por outro lado, as informações que provém do conhecimento biomédico dão maior importância e mobilizam mais ações aos cuidados com a mãe durante a gestação e não tanto no pós-parto. Existe a indicação de cuidados pós-parto, mas estes não são tão enfatizados como os pré-natais.

Para a realidade brasileira o Ministério da Saúde preconiza uma série de condutas disponíveis no Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), que discorrem amplamente sobre diversos aspectos, não somente do período gestacional, mas também pré-concepcional e puerperal. Da mesma forma, o documento faz referência direta à atividade das parteiras tradicionais, afirmando ser fundamental a articulação de seu trabalho, no caso de comunidades indígenas, com as EMSI (IDEM:152).

Dada a importância que o Ministério da Saúde dá ao planejamento familiar, a evidente demanda das mulheres indígenas por contracepção e

¹⁰² Conhecido também por Instituto Maternoinfantil.

também pelos depoimentos relevantes que surgiram durante as entrevistas, é conveniente abrir uma seção específica para tratar este tema.

4.3 CONTRACEPÇÃO

Contrariando previsões catastróficas que falavam do desaparecimento dos povos indígenas no Brasil, a grande maioria destes encontra-se hoje num processo de acelerado crescimento populacional devido aos altos níveis de fecundidade e à queda de sua mortalidade (AZEVEDO, 2009). Apesar disso, Coimbra e Garnelo relatam a posição pública dos militantes do movimento indígena na Amazônia contra a adoção de “quaisquer práticas contraceptivas, fazendo ressalva, inclusive, ao uso de preservativos masculinos” (2004:156). Trata-se de uma posição que visa compensar as perdas populacionais ocorridas em outras épocas.

Desconheço relatos de indígenas que tenham frequentado consultas de concepção como indicadas no Caderno de Atenção ao Pré-Natal¹⁰³, mas a demanda por métodos contraceptivos biomédicos entre as mulheres tem aparecido nos trabalhos de McCallum (2007), Rosalem (2005), Avellaneda (2009), Azevedo (2004) e Menezes (2012).

Entre os Pankararu a mudança no padrão de fecundidade é visível. Em pesquisa realizada de 1998 a 2000 com 66 mulheres de diferentes aldeias, Athias (2004:201) aponta ter, a maioria delas, mais de oito filhos. Atualmente, observa-se a diminuição desse número nos casais jovens que têm, de forma geral, de um a quatro filhos. Nas pirâmides etárias de 2000 e 2005, apresentadas por Athias (2007), é possível observar a diminuição de sua base.

Não há, no âmbito da FUNASA/SESAI uma política clara de planejamento familiar entre os povos indígenas. Enquanto há notícias de distribuição de pílulas anticoncepcionais e orientações sobre cirurgias de

¹⁰³ A consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação.

laqueaduras entre os Guarani Kaiowá do Mato Grosso do Sul¹⁰⁴, entre os Tupinambá de Olivença não são fornecidas informações a respeito de contracepção e tampouco distribuídos os métodos (BELAUNDE e McCALLUM, 2007). Neste contexto, as autoras citam a oposição das lideranças locais em relação à introdução de programas de planejamento e ao sistema introduzido por FUNAI e FUNASA em que é necessário que os caciques dêem autorização para o uso de qualquer método, situação semelhante à dos Guarani do Pico do Jaraguá, para realização de laqueadura (MENEZES, 2012).

Este é um tema delicado que, além de mobilizar discussões sobre demandas coletivas e individuais entre as populações indígenas, mobiliza ressalvas éticas¹⁰⁵ e técnicas dentro da biomedicina que limitam, por exemplo, a realização de laqueadura juntamente com a cirurgia de cesárea¹⁰⁶. O fato é que há muitas informações desconhecidas, inclusive sobre a existência de uma lei nacional, não especificada por ninguém, que proibiria ações de planejamento reprodutivo entre indígenas (BELAUNDE e McCALLUM, 2007).

Em Pankararu, por exemplo, “paira no ar” a mesma noção encontrada pelas autoras (IDEM) de que haveria uma recomendação dos órgãos oficiais para não disponibilizar aos indígenas acesso à contracepção. Ouvi relatos dispersos sobre a existência de *remédios do mato* que concretamente evitassem a gravidez, mas tanto nas entrevistas como nas conversas informais com as mulheres, o que aparece principalmente é a busca por

¹⁰⁴ Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/brasil/fc0904200717.htm>. Acessado em 09/01/2013.

¹⁰⁵ Belaunde e McCallum (2007) relatam um evento ocorrido na década de 1990 quando um deputado promoveu, entre as mulheres Pataxó Hã-hã-hãe, um ato de esterilização em massa, caracterizado pela imprensa da época como genocídio.

¹⁰⁶ Segundo a portaria de nº 44 de 11 de fevereiro de 1999 “É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante períodos de parto, aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores, ou quando a mulher for portadora de doença de base e a exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representar maior risco para sua saúde. Neste caso, a indicação deverá ser testemunhada em relatório escrito e assinado por dois médicos.” Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/PT-048.html>. Acessado em 09/01/2013.

métodos biomédicos, inevitavelmente os disponíveis na região¹⁰⁷: pílula, injeção, camisinha e laqueadura.

De forma geral, considerando que as mulheres têm acesso também aos serviços de seus respectivos municípios, é possível dizer que podem fazer uso de contracepção através de camisinha - disponível nos postos de saúde dos municípios e único método disponibilizado pela FUNASA/SESAI - e pílula – a ser prescrita por um profissional médico e fornecida na farmácia da prefeitura. A cirurgia de laqueadura, procedimento que tem sido requisitado pelas mulheres Pankararu, aparentemente não é uma cirurgia de tão fácil acesso, mas possível de ser realizada em algumas cidades.

Percebe-se que a maioria das jovens famílias tem conseguido se planejar, conforme as entrevistas realizadas por mim, utilizando camisinha, pílula, injeção e a cirurgia de laqueadura, inclusive com a escolha de cesárea para esta última. Por ser este um tema crucial na vida reprodutiva das mulheres, influenciando o tipo de parto desejado, relato abaixo o itinerário de uma das entrevistadas que surgiu de forma muito expressiva, apesar de sua experiência ser aparentemente uma exceção da realidade Pankararu.

xxxxxxxxx

Simone (29), moradora da aldeia Jitó, casou com 18 anos e em seguida já teve seu primeiro filho. Ao falar da vida de casada, ela diz “achei que casar ia ficar namorando do mesmo jeito, ia ser meu namorado, não achei que uma casa tomava tanto tempo, um casamento tomava tanto tempo, é muita coisa”.

Segundo ela, nessa época (início da década de 2000), não havia acesso à contracepção como há hoje.

¹⁰⁷ Entre o que se consegue via SUS e particular.

SIMONE - A gente falava no comprimido aqui o médico da FUNAI, FUNASA que vinha, era o primeiro a dizer “não, a gente não pode fazê isso não, vocês são índio, índio tem que procriar mesmo...”. [...] Aí do primeiro (depois do primeiro filho) ainda procurei a prefeitura de Jatobá, que a gente aqui vive esse conflito entre Jatobá e Tacaratu. Já procurando, nem sabia que nome dava. Eu sei que eu lembro na assistente social, eu cheguei procurando se tinha até camisinha, que era muito difícil camisinha. E olhe que não tá com tanto tempo não, meu filho tem dez anos só. ‘Não, não tem assim não, que tem que procurar no Brejo que tem FUNASA, que tem FUNAI, que eles sempre jogam, né? Prefeitura de Tacaratu joga pra FUNASA, FUNASA faz mais ou menos, que eu não vou dizer que ela não faz nada que ela faz.

ANDREA – Mas nessa época que você engravidou já tinha FUNASA aqui ou era FUNAI ainda?

SI – Já era FUNASA.

A – E nessa época não distribuía nada de contraceptivo, nem camisinha, nem pílula, nem nada?

SI – Não, na época do menino, nem camisinha distribuía por aqui não. [...] Hoje graças a Deus tá todo mundo...hoje eu sei muito mais, eu queria saber o tanto que eu sei hoje naquela época, quem sabe hoje eu era gente aqui dentro da aldeia. Porque era aquela inocência, a gente tinha até medo de falar com o povo, quando falavam que era mal recebido!!! Deus me livre, ali não voltava mais nunca!¹⁰⁸

Segundo Simone, à época do primeiro filho não havia pré-natal na área e a contracepção que praticou posteriormente baseava-se no coito interrompido. Assim, dois anos depois ela engravidou do segundo filho. Nessa segunda gestação já contava com pré-natal dentro da área indígena e a contracepção que fez posteriormente ao segundo filho baseava-se no coito interrompido, no uso de pílula e de camisinha, mesmo assim com dificuldades.

Eu tentei a pílula só que eu tenho gastrite [...]. Todo comprimido que eu tomava, pronto, só teve um que foi Neovilar, que não enjoei muito, mas menstruei o mês todinho. Todo dia andar de absorvente, não tinha como. Quando não doía o estômago era menstruada o mês todinho. Aí não teve. E camisinha é assim, na FUNASA ela dá dez camisinhas pra gente passar o mês! Te juro, se você for lá dizer que essas dez camisinha não dá, começa com resenha¹⁰⁹ “ah, se tá com resenha!! Dez camisinha não dá por mês!” Pôxa, a única diversão que a gente tem por aqui é essa! Você luta o dia todinho, com menino, com casa, quando é a noite tem que recompensar aquele dia!!! Aí, é pra racionar dez dias, hoje ele pode, amanhã não, aí não, aí ficava era com raiva pra falar, era uma resenha quando chegava pra pedir. Era, né, quando ia pegar, todo mês pegava dez camisinha. Aqui, acolá ainda enganava as menina, saía 12, 13, contava, ainda saía uma, pense! Mas é assim. É como eu digo, a FUNASA tá melhorando, tá tentando melhorar, mas tem muita coisa a melhorar ainda! Se melhorasse seria melhor.

¹⁰⁸ Refere-se à falta de receptividade e discriminação que costumava-se dar aos Pankararu quando estes iam às cidades vizinhas, principalmente à cidade de Tacaratu. Há vários relatos nesse sentido, os mesmos que dizem ser hoje a situação bastante diferente, os índios sendo bem melhor tratados.

¹⁰⁹ Gozação.

Simone ainda conseguiu ficar bastante tempo sem engravidar, seis anos depois decidindo tentar uma menina. “Dela eu engravidei porque eu quis, da menina, já tinha uma diferença boa, eu vou tentar a menina”. Durante essa gestação, novamente com acompanhamento pré-natal dentro da área, Simone decidiu que queria fazer a laqueadura, considerando já ser sua terceira criança. Conseguiu uma ficha para passar em consulta com a médica da FUNASA e ao chegar lá contou sua história:

Doutora, já tenho três filhos e não queria mais. Aí tô grávida dessa menina, já sabia que era uma menina, tenho dois meninos e ela agora a menina vai ser três filhos. Meu marido trabalha [...] ele ganha um salário mínimo. Te juro, disse a ela do jeito que to dizendo assim à você. E com esse salário mínimo é pra gente sustentar esses três e ainda fazer o que pode em casa, eu não queria ter mais filho. Meu plano agora era de estudar pra trabalhar também. Aí ela foi e disse, “olhe, eu não posso fazer sua ligação porque você é muito nova, e outra, vai ver que mais tarde você se arrepende e vai querer vim desligar ou até um processo. Não pode. E outra, que em área indígena médico nenhum pode operar mulher não, você é índia. Eu não posso operar, isso já vem do órgão do governo aí, assim, da própria FUNAI mesmo que não quer que ligue índio.” Eu disse, doutora, FUNAI nenhuma dá assistência pros meus filho não! Ninguém vai lá em casa dizer, “seu filho tá precisando de um chinelo? Tá precisando de um shorts, de uma camiseta, de um material escolar pra estudar? Não conto com FUNASA pra nada não! E por que a FUNASA vai decidir a minha vida se eu vou ter filho ou não? Disse um bocado de coisa, ela disse “não, calma, não é assim. Vamos fazer o seguinte, quantos anos você tem?” Eu disse minha idade, aí ela foi e disse assim “então quando tiver bem pertinho de você ter a menina aí você me procura que eu vou ver o que posso fazer por você.” Quando foi já no [...] tava já completando os nove meses, pertinho de completar, eu... porque é uma peleja pra gente conseguir uma ficha aqui dentro da aldeia. Muita gente pra pouco médico e poucos dias que ele vem, né, é um só. Aí [...]briguei com os AIS tudo pra conseguir outra ficha, com muita zoada consegui e fui de novo. Doutora [...] disse que já até tinha esquecido minha cara a história e tudo. Fui, lembrei ela todinha de novo. Disse, doutora, pelo amor de Deus, já tá pertinho de eu ganhar, me ligue! Ainda disse assim, olhe, as meninas dizem que a senhora não gosta de ligar, mas tudo é por amizade que ela ligou duas colegas minhas porque era colega de trabalho, ela ligou elas e não ligou pra mim.

[...]

Que eu achava que ela não queria fazer por conta do negócio da cesariana...eu digo, eu tenho normal. [...] se eu tiver normal a senhora me liga depois? Ela botou mil dificuldades, aí disse assim, “olhe, vamo fazer o seguinte, do jeito que você quer eu vou fazer. Quando você tiver o neném você me procure, que aí a gente vê.” Marca a data até 15 dias e não sei o que, que tá não sei como, até 15 dias ela liga. Eu disse tá bom. Ô mulher, eu fiquei só pra chorar, que depois que eu tive a neném ainda procurei e não consegui ficha e tal, mas ainda fui procurar ela, enfim, ela botô um monte de coisa, que...até hoje tenho todos os exames que ela fez eu fazer, ela fez eu fazer duas vezes o da orelha de coágulo, de não sei o que, todos os exames pré-operatório eu fiz. Eu tenho três exames ali que ela pediu. Que eu fiz e não

consegui. Aí [...] fui também em Itaparica. Acho que até hoje é o único cirurgião de Jatobá que tem. Me enganou também depois ele disse “olhe, teve um caso de uma índia do Brejo que eu liguei, depois ela arranhou outro marido, o marido queria filho e aquela frescura todinha, ela queria que ele religasse ela”. É assim, eles usam um caso a parte e não é justo. Contam que uma não deu certo, a outra ia fazê isso também. Aí terminou me enganando envolvendo esse negócio que índia não é pra ligar, índio é pra procriar, que nem piolho, que nem cabra miserável. Fiquei com uma raiva, eu chorava e vinha com um buchão, e chegava aqui em casa e não queria comer, não queria beber, ficava...meu Deus.

Com toda essa dificuldade Simone desistiu temporariamente da cirurgia e teve sua filha de parto normal. Sua contracepção, a partir daí, baseou-se na mesma que utilizara até então, principalmente com a prática do coito interrompido, segundo ela, achando que “tava abafando”. Isso porque quando a menina ia completar um ano, Simone ficou grávida sem querer, notando a gestação somente no quarto mês. Abalada com a gravidez, pois sua meta de vida era retomar os estudos, conta que chorou os nove meses todinhos. Foi então que ela retomou a ideia de fazer a laqueadura: “eu tenho que fazer uma cesariana desse menino, é parindo e ligando mesmo! Não quero saber de parir normal com 15 dias e fazer ligação”.

Dessa vez, Simone mudou sua estratégia, considerando as outras duas experiências anteriores em que se sentiu enganada pelos médicos, e pagou uma consulta particular em outra cidade da região, já com oito meses de gestação. O médico então lhe perguntou o número de filhos, a idade – à época 28 anos – e se o marido estava de acordo. Simone argumenta:

Achei errada a pergunta dele, mas tá. Porque não tinha nada a ver com o marido ali. Quer dizer que a mulher não vale nada não, é? O corpo é meu, a vontade é minha, a ideia é minha. Daí isso quer dizer que se o marido não tivesse de acordo ele ainda ia dizer alguma coisa? [...] Dizia o que ele quisesse ouvir [...]. Tão fácil! Doutor, vai fazer mesmo? “Eu faço!” Eu chega enchi os olhos d’água! Digo, ô doutor! Deus te abençoe, como se ele tivesse me fazendo um favorzão enorme, tava pagando a consulta ele tinha que fazer! “Eu faço!” Aí passou outra bateria de exames, eu fui fiz todos os exames, ele disse quando tiver pertinho de você ter venha. Aí eu pra me assegurar ainda fui com os nove meses, ainda fui de novo, paguei outra consulta, mostrei os exames, aí ele foi e marcou a data da cirurgia.

Sem poder levar acompanhante Simone foi, na data marcada, fazer a cirurgia. Apesar de ter pago as consultas de forma particular, ela conta que conseguiu fazer alguns exames pela prefeitura de Jatobá, outros de forma particular, e que a própria cirurgia foi paga pelo SUS em uma clínica particular conveniada.

Aí dei entrada, fiquei internada, quando foi oito da noite, em jejum, sem tomar água, sem comer sem nada, aí eles chamaram pra sala de cirurgia, deram anestesia, fizeram um bicho essa anestesia, que era a pior coisa do mundo, não! Anestesia não foi nada perto da cirurgia que, pense, pelo menos pra mim foi a experiência pior de todas. Foi pior do que o primeiro parto que eu achei horrível, foi pior do que o segundo, foi pior do que o terceiro, porque assim, na hora da anestesia, que disseram que doi, não doeu, na hora da cirurgia você tá nas mãos deles, nas mãos de Deus, ou você escapa ou morre, que ali você não tá vendo nada. Eu mesma não dormi de jeito nenhum, só ali assim, que eu vi quando tiraram o neném, mostraram o neném chorou e tudo. Até ali tava tudo ótimo, mas eu ali com medo Andrea, eu disse, tem alguma coisa errada, nada foi tão fácil assim pra mim, tão bonzinho assim eu tô parindo aqui sem sentir uma dor, não vai ser assim não. E lá quietinha, né, imóvel, eles lá cortando. Assim que terminou o parto, eles “ó, a gente já tá costurando, é rapidinho agora”, costuraram e tudo, botaram o curativo assim, aí tiraram da mesa de cirurgia, aí fui lá pra salinha onde tava de novo, né, já com o neném, o neném já tava me esperando lá, chorando. Antes de eu chegar no quarto o neném já tava. Assim que eu cheguei no quarto que me botaram na cama eu já comecei a sentir os pés, eu não sei que anestesia infeliz foi... [...] porque a das outras, Andrea, só passou de manhã, a anestesia delas. Que elas começaram a sentir os pés no outro dia de manhã, e eu assim que cheguei na sala, que me deitaram na cama, tiraram da maca, botaram na cama. Eu já olhei pros pés e mexi o dedo, disse, ó já tô mexendo meus dedo. Aí as colega que tavam junto disseram “conversa!” Digo, olhe aí ó! Aí mexi... “eita minha irmã!” Digo, to sentindo meus dedos já. Ô mulher, não foi 20 minuto não, já começou dor por cima de dor. Uma dor que eu não desejo nem pra pior pessoa do mundo, horrível, horrível!

Simone, internada em um quarto coletivo, conta que chamou os funcionários do local, que afirmaram já ter-lhe aplicado inclusive morfina – “uma tal de morfina, era pra dor” – e que não era possível aplicar-lhe nada mais.

O danado foi o pós cirúrgico, que foi horrível. No parto normal você domina a situação, tá ali, vem as contração, vai aumentando ali, você vai ajudando, você tá dominando ali. Nesse tal de cesário, tão fazendo por você. Quando eu dei por mim, com toda a dor do mundo, eu ali de barriga pra cima, sem poder me mexer, sem poder me mover, que com uma criancinha ainda chorando com fome, pra mim pegar e dar de mamã, sem um acompanhante. [...] com tanta dor no mundo sem poder nem chorar direito,

que se você abrir a boca entra gases, né, de tudo, doi mais. E eu ali quietinha me apegando com todo santo, aí a sorte é que tinha uma mãe de uma menina que diz que não deixava a menina por nada, ia fica com a filha dela, tava de acompanhante pra filha. Aí essa foi que foi acompanhante de nós tudinho, [...] ela cuidou das três a noite, dos três bebezinho [...] botava em cima da gente assim...eu a noite todinha chorando de dor.

Ao conseguir falar com o médico que fizera sua cirurgia, Simone conta que sua reposta foi:

Eu não disse à você que doía? Eu disse à você que doía. Você não queria fazer, agora fique contente, que você não parí mais mesmo, esse vai ser seu último mesmo.

SI - Assim eu espero [...] Eu acho que essa experiência vou levar pro resto da vida também, esse negócio de cesariana.

xxxxxxxxxx

Apesar de ser aparentemente uma exceção, já que de forma geral as famílias em Pankararu têm conseguido se planejar, o caso acima traz à tona algumas questões. O ocorrido com Simone é um exemplo de quão drástica e sofrida pode ser a situação quando não há esclarecimentos sobre o assunto, por parte das mulheres e dos próprios profissionais de saúde. O uso de pílula sem orientação médica – caso de Simone – mostra-se uma situação não rara entre as indígenas.

Seu caso mostra também uma situação em potencial para uma tentativa de interrupção da gravidez, o que poderia ter colocado em risco sua vida¹¹⁰. Em Pankararu, o aborto não é bem visto, mas, segundo Cruz (2010), enquanto as mulheres das gerações mais velhas referem-se a ele como algo totalmente accidental, as gerações recentes visualizam essa prática como uma possibilidade real em caso de gravidez indesejada. Efetivamente há relatos de mulheres que tentaram abortar, principalmente com o uso de Citotec.

¹¹⁰ As complicações decorrentes de um aborto mal feito são atualmente a quinta causa de mortalidade materna no Brasil. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012- -mortalidade-materna-no-%20%20brasil>. Acesso em 24.01.2013.

Belaúnde e McCallum (2007), voltando ao contexto Tupinambá, apesar de falarem da necessidade de se pedir autorização ao cacique para o uso de contracepção, evidenciaram uma utilização relativamente difundida de métodos contraceptivos por parte das mulheres. Sem respaldo dos serviços oficiais de saúde e sem orientação médica, o uso de métodos hormonais é feito por conta própria, o que acarreta efeitos colaterais e pode resultar justamente numa gravidez indesejada e em sua consequente interrupção voluntária. Outra situação encontrada foi a realização da cirurgia de laqueadura, ou o desejo de realizá-la, por mulheres jovens, com idade entre 30 e 40 anos.

4.4 PRÉ-NATAL

Com relação ao pré-natal, pude acompanhar a assistência realizada pela SSL e, posteriormente, pela FUNASA, que retomou tais atividades após a saída da SSL. Havia muitas semelhanças nos procedimentos técnicos seguidos em consulta, uma vez que ambas as assistências eram realizadas por profissionais de enfermagem, seguiam os protocolos do Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (2005) do Ministério da Saúde e baseavam-se na referência indicada pela FUNASA para encaminhamento de gestações de alto risco¹¹¹.

Uma das diferenças entre os dois modelos era que, enquanto a SSL possuía duas profissionais (uma enfermeira e uma técnica de enfermagem) – além da eventual ajuda de alguém da FUNASA ou de uma parteira indígena ou *aprendiz*¹¹² - para o atendimento integral da área indígena¹¹³, o atendimento da FUNASA seguia a organização acima descrita, de três EMSI que dividiam entre si o pré-natal de toda a área. É importante ressaltar que, enquanto a SSL concentrava suas ações basicamente com a assistência ao

¹¹¹ De competência exclusivamente médica.

¹¹² A ser explicada adiante.

¹¹³ Considero área indígena os 14.290 hectares que incluem as TI Pankararu e Entre Serras.

pré-natal, as equipes da FUNASA executavam também os demais programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), que incluíam ações de puericultura, coletas de Papanicolau, promoção de saúde do adulto (com visitas domiciliares a pessoas acamadas) e hiperdia¹¹⁴, além das exaustivas campanhas de vacinação.

A SSL atuou na assistência local durante um período muito pontual, a ser detalhado em seguida. Nesse período, de 2005 a 2007, houve mudanças na equipe, mais precisamente com a saída da primeira enfermeira (seguida de sua quase imediata substituição) e da antiga coordenadora regional, substituída por mim. Com o fim do financiamento ao projeto e a melhora no acesso à assistência ao pré-natal, movimento geral dentro do SUS, a SSL encerrou seu atendimento, mantendo principalmente as atividades com as parteiras, o que resultou na retomada do programa de pré-natal por parte da FUNASA.

Nesse momento de transição, a EMSI 1 estava sem profissional de enfermagem, vaga que só foi preenchida em janeiro de 2008, por um Pankararu recém-formado. Poucos meses depois, a enfermeira da EMSI 2 saiu de licença maternidade e, em dezembro do mesmo ano, o enfermeiro indígena contratado da EMSI 1 não mais trabalhava para a FUNASA. Movimentos que evidenciam uma alta rotatividade dos profissionais locais, principalmente os de saúde, situação também relatada por outros autores (BELAUNDE e McCALLUM, 2007).

Quando soubemos da chegada do novo enfermeiro que faria a assistência ao pré-natal, eu e outra funcionária da SSL fizemos com ele uma reunião para falar da atividade da ONG com as parteiras. O intuito era também entender sua posição com relação ao parto em casa e sua disponibilidade em articular as ações do pré-natal para uma aproximação com as parteiras, seja chamando-as para os atendimentos ou mesmo participando dos nossos encontros, para entender mais de perto como atuavam.

¹¹⁴ Acompanhamento de hipertensão e diabetes.

4.4.1 Equipe da Saúde Sem Limites

Detalhemos a assistência ao pré-natal começando a falar da Saúde Sem Limites que desde 1995 desenvolve ali projetos na área de saúde sexual e reprodutiva. Nessa linha, a SSL executou, de 2005 a 2009, o Projeto Saúde e Cultura Pankararu, do qual participei, de 2007 a 2009, como coordenadora regional. Dentre as atividades deste projeto estão a assistência ao pré-natal (de 2005 a 2007) ¹¹⁵, a realização de encontros e capacitações de parteiras tradicionais, assessoria às associações indígenas locais e diversos encontros e seminários sempre com a temática da saúde.

A assistência ao pré-natal ¹¹⁶ consistia em atender mensalmente as indígenas em suas aldeias ¹¹⁷ realizando também uma consulta de puericultura pós-parto em domicílio. Quando necessário, eram realizadas também consultas sobre saúde da mulher, inclusive com a coleta de Papanicolau. A equipe possuía materiais ¹¹⁸ e carro próprio para suas atividades, mas utilizava a estrutura de prédios existente para o atendimento: os postos de saúde da FUNASA, ou, na ausência destes, a casa de alguém.

Assim que fechado o cronograma do mês, os/as agentes indígenas de saúde (AIS) eram avisados das datas de atendimento em cada aldeia e então ficavam responsáveis por repassá-las às gestantes de suas áreas, que iam por conta própria no dia agendado ¹¹⁹. O tempo de permanência em cada aldeia variava conforme a quantidade de mulheres, sendo possível, a depender das localidades, atender mais de uma aldeia por período, ou mesmo várias por dia, já que a equipe trabalhava de segunda a sexta das 8h às 17h. Quando se tratava de alguma moradia bastante longe do local de

¹¹⁵ Neste período, auge do projeto, o escritório local contava com cinco funcionários, incluindo as profissionais de saúde já citadas.

¹¹⁶ A descrição baseia-se na dinâmica da equipe de pré-natal que pude acompanhar.

¹¹⁷ Algumas das gestantes acabavam passando também em consultas de pré-natal pelos municípios, ou mesmo pela FUNASA, já que a enfermeira da EMSI 3 continuava realizando este atendimento.

¹¹⁸ Os cartões de pré-natal eram fornecidos pelos municípios.

¹¹⁹ Aos AIS cabe também identificar estas gestantes e incentivá-las a ir ao atendimento pré-natal.

atendimento, de uma gestante que nunca passara em consulta, que deixara de passar, ou que estivesse nas últimas semanas de gestação (demandando consultas com intervalos menores) as profissionais iam diretamente realizar o atendimento em suas casas.

As consultas de enfermagem ocorriam em salas fechadas, sendo aberto à gestante ir acompanhada do marido ou de qualquer outra pessoa. O primeiro passo era confirmar a gravidez através de um teste rápido de farmácia e, então, seguir com os procedimentos. Nos aproximados 40 minutos¹²⁰ de consulta, a gestante era examinada (a procura de sinais que pudessem evidenciar algum mal estar ou patologia), pesada, sua barriga e pressão arterial (PA) medidas, o coração do bebê era auscultado e eram passadas informações relativas ao desenvolvimento da gestação, parto e amamentação, feitas recomendações (sobre vacina, alimentação, repouso etc.) e tiradas dúvidas. Quando havia parteiras indígenas para participarem dos atendimentos, perguntava-se à gestante e, se ela concordasse, a parteira era convidada a participar da consulta. Isso acontecia principalmente quando gestante e parteira já possuíam algum vínculo ou parentesco.

A parteira durante o atendimento era então chamada a auscultar o coração do bebê, a medir e a palpar a barriga da mãe e a falar sobre o uso de *remédios do mato* ou de qualquer outro tema surgido no decorrer da consulta. Na sala de espera, paralelamente, quando a técnica não era solicitada durante a consulta, seu trabalho era adiantar o preenchimento dos cartões de pré-natal com as informações relativas ao peso e PA das mulheres, além de esclarecer possíveis dúvidas. Outras condutas da enfermeira eram a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, e o encaminhamento das gestantes a pelo menos uma consulta médica¹²¹, no final da gestação, ou até antes, se constatada gestação de alto risco¹²².

¹²⁰ O tempo de consulta poderia variar para mais, se fosse a primeira consulta ou avaliação dos resultados dos exames, ou para menos, se fossem realizadas apenas as análises clínicas padrão.

¹²¹ Na época em que estive na região havia grandes problemas para se manter uma periodicidade no atendimento médico pela FUNASA, especificamente nas EMSI 1 e 2, ficando como alternativa passar em atendimento médico nos municípios, o que também não era garantido. A falta de periodicidade se dava pelo grande número de ausências dos

A todas as gestantes eram pedidos os exames determinados pelo Ministério da Saúde¹²³ e de forma geral todas as mulheres conseguiam realizá-los, contudo, nem sempre a tempo. Isso porque às vezes o início do pré-natal já se dava com a idade gestacional avançada, ou havia demora por parte da mulher em realizar as coletas (por diversos motivos, dentre eles dificuldade de transporte), situações que, juntamente com a demora dos procedimentos laboratoriais, acarretava na chegada tardia dos resultados, às vezes depois do parto já ter acontecido. Muito poucas vezes, quando houve tempo hábil, foi possível repetir com eficiência os exames ao final da gestação, como indicado pelo protocolo.

Além das atividades em campo, uma vez por mês a SSL fazia um balanço dos atendimentos prestados, repassando à FUNASA (às enfermeiras das EMSI e ao DSEI em Recife), em Reunião de Produção, os números de atendimentos e os casos de gestantes que mereciam maior atenção. De setembro de 2005 a outubro de 2007, 371 gestantes foram atendidas, totalizando 400 gestações e 28 mulheres que estiveram grávidas mais de uma vez nesse período¹²⁴. Considerando os 400 pré-natais, 31,5% foram iniciados no 1º trimestre, 57% no 2º trimestre e 11,5% no terceiro. Do total, 3,75% não foram levados até o final, principalmente pelas mulheres terem ido embora da área, mas também, no caso de uma, por ter se

profissionais vinculados à FUNASA ou porque simplesmente não se conseguia contratar alguém. A articulação destes profissionais com o restante da equipe era também apontada como muito falha e às vezes o descaso era tanto, que não havia preocupação em deixar pacientes e demais profissionais de saúde esperando. Lembro-me de uma vez em que tal situação aconteceu na aldeia Brejo dos Padres e a médica responsável pelo atendimento, ao ser telefonada pela coordenadora do Pólo Base, não somente disse que não iria aquele dia, como informou que não mais trabalharia para a FUNASA. Dias depois uma criança que passaria em consulta acabou morrendo com queixas de diarreia, situação que talvez pudesse ter sido evitada com o atendimento pontual.

¹²²O Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012) divide os fatores de risco entre aqueles que podem permanecer na atenção básica (idade menor do que 15 e maior do que 35 anos, baixa escolaridade, ocupação com esforço físico excessivo, etc.) e os que devem ser encaminhados para uma atenção de maior complexidade com profissional médico (cardiopatas, hipertensão arterial, doenças psiquiátricas, etc.).

¹²³ Descreverei esta dinâmica com mais detalhes ao falar da equipe da FUNASA.

¹²⁴ Uma das mulheres esteve grávida três vezes durante esse período.

recusado a fazer a assistência. Aproximadamente a metade das mães contava com a ajuda do Programa Bolsa Família¹²⁵.

A média de consultas por gestação, incluindo as mulheres que não foram até o final com a equipe, foi de 4,1 consultas. Ao considerar as consultas realizadas também por outras equipes que não a SSL (número provavelmente subnotificado) essa média cresce para 5,2, mesmo assim ficando abaixo do ideal de seis consultas, recomendadas pelo Ministério da Saúde. Finalmente, as principais causas que, durante os pré-natais levaram a caracterizar as gestações como sendo de risco foram: hipertensão, doença hipertensiva específica na gestação, cardiopatias, problemas mentais, depressão e desenvolvimento de diabetes gestacional.

4.4.2 Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena da FUNASA

O pré-natal oferecido pela FUNASA seguia também o protocolo do Ministério da Saúde realizando atendimentos mensais de enfermagem¹²⁶. Em entrevista com o enfermeiro indígena que trabalhou na FUNASA¹²⁷, Roberto (39), pude explorar sua inserção em campo e os procedimentos por ele seguidos durante os pré-natais e também observados por mim à época.

Segundo o enfermeiro, havia uma alta adesão ao programa de assistência ao pré-natal, pois se trabalhava para que fosse assim:

Previamente [...] você junta os agentes de saúde [...] você vai saber por cada sub-área quantas gestantes tem, aquele agente é responsável por levar aquele número de gestantes. As que faltaram a gente ia ter que justificar porque faltou, ia ter que ir lá, e depois a gente fazia busca ativa. Mas geralmente elas iam porque é cobrado, é bem cobrado. Você atendia por área de cada agente, fazia esse controle por agente, por área [...] essa era a função do agente, levar as da área dele, se no dia

¹²⁵ Programa do governo federal de transferência de renda para famílias pobres que estipula, como dever de quem recebe a bolsa, manter os filhos na escola e acompanhar o estado de saúde de todos, inclusive gestantes. Disponível em http://www.caixa.gov.br/Voce/Social/Transferencia/bolsa_familia/saiba_mais.asp. Acessado em 08.01.2013.

¹²⁶ Na EMSI o enfermeiro é o coordenador das ações de cada equipe e seus AIS.

¹²⁷ O enfermeiro é atualmente estudante de medicina na Universidade Federal de São Carlos.

do pré-natal elas não tivessem eles voltavam, iam lá saber porque elas não tinham ido.

Assim, praticamente não havia mulheres que não fizessem pré-natal, apesar de algumas iniciarem suas consultas tardiamente e outras preferirem passar em atendimento pelos municípios, principalmente Jatobá. Outro fator que impulsionava a participação delas era a necessidade de passarem por um número mínimo¹²⁸ de consultas para receberem o auxílio do Programa Bolsa Família e o auxílio maternidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) como agricultoras.

Dedicava-se um momento exclusivo ao pré-natal, que poderia ser um dia todo, ou apenas um período, dependendo do tamanho das aldeias, de forma semelhante ao que fazia a SSL. O tempo das consultas também variava bastante, conforme o tipo de atendimento a ser feito com a gestante. Era possível, além dessa assistência, colocar em dia a caderneta de vacinação das mulheres, principalmente com a vacina antitetânica, necessária durante a gestação, conforme protocolo. Acontecia ainda de ser dada flexibilidade de horários às gestantes, já que às vezes o atendimento durava o dia todo. E mesmo quando alguma delas faltava, Roberto usava seus momentos de folga para visitá-las e colocar a caderneta em dia, já que, afinal de contas, eram também suas parentes: *“além de tudo tinha um laço familiar... se você for pegar o Brejo, todo mundo é basicamente parente...então tem essa questão também. Eu era o profissional de lá que era parente de todo mundo, então você não vai deixar um parente teu sem uma visita.”*

E completa mais a frente: *“era uma visita de enfermagem! [...] Ou de puérpera...primeira visita de puérpera, passava pra saber o que tava acontecendo, o que aconteceu [...]. Eu acho que eu tinha que ter folga como todo mundo, é que eu tava residindo lá dentro da área!”*

¹²⁸ Apesar do Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012) falar do ideal de realização de seis consultas pré-natais, não há informação direta sobre o número mínimo de consultas a serem feitas para receber o benefício do Programa Bolsa Família ou auxílio maternidade. Isso porque, como já dito, o número de consultas fica aquém desse ideal, mas no geral, as mulheres indígenas têm conseguido acesso ao benefício.

Nesse contexto e com uma demanda grande de atendimento, sua equipe (EMSI 1) acabava trabalhando mais horas por semana do que a outra (EMSI 2), o que às vezes lhe gerava algumas reclamações por parte dos funcionários. Roberto justifica: *“sim, se queixavam, mas tinha que cumprir metas, tentava cumprir metas.”*¹²⁹

No atendimento em si, Roberto trabalhava sempre com as duas técnicas de sua equipe (que são também parteira e aprendiz), ficando uma com ele dentro do consultório (a técnica parteira) por entender ser uma necessidade ética¹³⁰ realizar os exames físicos em suas pacientes acompanhado de outra profissional. Enquanto isso, a outra técnica ficava na sala de espera pesando e medindo a pressão das gestantes, ou fazendo orientações sobre amamentação, parto etc. As condutas de atendimento baseavam-se então, conforme protocolo, na confirmação da gestação, da idade gestacional da gestante, na procura de problemas com gestações anteriores, na rotina de exames etc.

A cada gestante eram pedidos os exames indicados pelo Ministério no manual técnico: os de sangue (sorologia para sífilis, hepatite B e HIV; grupo sanguíneo e fator Rh; glicemia; e hemograma), urina (urina I e urocultura), fezes (parasitológico) e ultrassom obstétrico. As mulheres deveriam ir direto aos hospitais municipais para colhê-los, com exceção do exame de ultrassom, que deveria ser encaminhado ao Pólo Base. Este utilizava as cotas mensais que possuía com cada município para marcá-los retornando à gestante para indicar dia e horário de sua realização. Quando de urgência, o ultrassom era pago pelo Pólo-Base, com dinheiro do chamado “fundo de reserva”. O resultado dos exames de urina, fezes e sangue demorava por volta de oito dias para ser emitido, com exceção dos de hepatite e HIV, que tardavam até 60 dias.

Nesse sentido, uma mudança muito positiva ocorreu, com a inserção do teste rápido para HIV, cujo kit era fornecido pela FUNASA. O resultado

¹²⁹ Principalmente aos finais de ano e nos períodos de campanhas de vacinação a cobrança por números de produtividade, ou seja, o alcance das metas era imperativo nas ações das equipes.

¹³⁰ Evitando assim, de seu ponto de vista, acusações infundadas de abuso sexual.

deste exame, que costumava tardar, agora é obtido - com consentimento da mulher - durante a primeira consulta e repetido por volta da trigésima semana de gestação. Os demais exames seguiam os caminhos já apontados acima, mas especificamente o de HIV era agora realizado com maior eficiência. Roberto relata que, de forma geral, as mulheres conseguiam realizar o primeiro conjunto de exames, havendo, não raro, demora para realizarem a primeira consulta, o que inviabilizava a segunda bateria de exames.

Como já citado, as gestações consideradas de alto risco eram encaminhadas aos atendimentos de referência da FUNASA, para o acompanhamento de um médico especializado em ginecologia e obstetrícia. Não sendo possível contar com médico da própria FUNASA, as gestantes acabavam em sua maioria encaminhadas para as cidades de Paulo Afonso ou Recife.

Como também apontado por Belaunde e McCallum (2007), e neste caso pelo enfermeiro, o ponto falho é que não havia contra-referência, ou seja, um retorno, um relatório da avaliação e conduta médicas feitas a essas mulheres na consulta com o especialista, não sendo possível dar continuidade ao atendimento individual a partir disso. Assim, quando acontecia dessas gestantes retornarem às consultas de enfermagem, seguindo o acompanhamento mês a mês do pré-natal, o enfermeiro seguia encaminhando-as à referência se novamente considerasse necessário. Havia um diálogo com as próprias mulheres de como havia sido essa referência, mas a falta do registro de atendimento pelo profissional médico impedia a continuidade da assistência no âmbito primário.

A avaliação de risco feita pelo enfermeiro considerava principalmente a pouca idade da mulher (menor de 15 anos¹³¹), maior de 35 anos múltipara, pressão alta e obesidade, características consideradas em conjunto, mas na particularidade de cada mulher, acompanhada consulta a consulta. Os principais fatores apontados por Roberto que faziam com que ele

¹³¹ Pela necessidade de acompanhar o desenvolvimento de um corpo ainda em amadurecimento.

encaminhasse as gestantes para a referência eram obesidade e hipertensão pré-gestacional.

Roberto abriu as consultas para que as gestantes levassem quaisquer acompanhantes, o que incluía as parteiras, e também para que estas, de forma autônoma, se dirigissem ao atendimento. Uma das parteiras, Rosinha, costumava ir quase sempre, inclusive para participar durante a consulta falando de cuidados com o corpo, medindo a altura uterina e auscultando os batimentos cardíacos do bebê. Assim, entre esta parteira e as demais que já eram funcionárias da equipe e trabalhavam com o enfermeiro, é possível dizer que havia participação das parteiras indígenas durante o pré-natal.

A – Por que você chamava as parteiras?

RB - Pra aumentar o vínculo, deixar a gestante mais segura, para ela ter a opção de, se ela quiser parir em casa ela já tá com maior vínculo, embora esse vínculo exista com as parteiras, mas estar reforçando que ela tem essa opção, que é dela, é tradicional, porque a gente não faz parto dentro da área, a gente encaminha pro hospital... eu sou enfermeiro generalista, não sou enfermeiro obstetra.

A - Mas isso foi uma coisa tua ou tinha uma recomendação da FUNASA?

RB – Não, isso foi uma coisa de vivência na área [...] não teve nenhum treinamento, não teve nenhuma indicação pra nada. Fui aprendendo em campo.

Finalmente, a assistência ao pré-natal se encerrava com a visita à mulher recém-parida, para ver principalmente como estava sua recuperação e se estava conseguindo amamentar o bebê. Alguns pontos abordados em especial eram os cuidados com o coito umbilical do bebê, se as mulheres continuavam a tomar o sulfato ferroso, se havia algum sinal de infecção, como febre, e se os bebês já tinham tomado as vacinas de BCG¹³² e Hepatite, no caso dos que tivessem nascido em casa. Para esta visita de pós-parto a intervenção de Dona Maria, parteira, era também importante. Era ela que, conjuntamente com o enfermeiro ou mesmo sozinha, ia visitar as mulheres nesse momento.

¹³² Tuberculose.

4.5 PARTEIRAS TRADICIONAIS INDÍGENAS

A figura da “parteira” não está presente em todos os povos indígenas, enquanto uma especialista que concentra em si os saberes tradicionais ligados ao parto. Segundo Ferreira,

Na verdade, a noção de ‘parteira’, que aparece nos discursos como uma figura genérica e universal, encobre uma realidade extremamente diversa e dinâmica no que diz respeito tanto aos processos de surgimento dessa personagem no âmbito das comunidades indígenas dessa região quanto das formas que a organização da assistência ao parto assume nesses contextos (2010: 150).

Em seu trabalho com populações indígenas do Acre¹³³, fica clara a existência de duas situações diferentes. Entre os Kaxinawa as mulheres aprendiam sobre o momento do parto a partir da experiência dos seus próprios, sendo este um evento do âmbito familiar, e a assistência provida pela parente mais próxima. Entre os Katukina, antes dos cursos de parteiras, “qualquer pessoa” poderia “pegar a criança”. Em caso de complicações o especialista chamado a resolver o parto difícil era o pajé. A autora ainda completa: “segundo um pajé Katukia, o seu povo começou a falar em parteira quando começou a estudar as ‘leis do branco’” (2010: 154).

Já entre os Jaminawa-Arara, Nukini, Nawa, Yawanawa e Shanenawa, os relatos apontaram sim para a existência de mulheres que se destacavam em suas comunidades por serem referência na assistência ao parto. Neste contexto, diferente do primeiro, em que os saberes sobre o parto são difusos, já havia a existência destas especialistas antes das capacitações (IDEM).

Não é possível precisar, mas em Pankararu há relatos das famílias recorrerem a parteiras específicas, de sua confiança, para assistir aos partos das mulheres, na década de 1960, ou seja, ainda no início das capacitações

¹³³ Especificamente com as etnias de algumas aldeias que participaram dos encontros de medicina tradicional descritos.

de parteiras no vale do Rio São Francisco (CRUZ, 2010:55). Da mesma forma, há casos de mulheres que aprenderam a “pegar meninos” com seus próprios partos e acabaram, por questão de necessidade, assistindo aos partos de parentes e vizinhas que moravam ao redor. A palavra *parteira*, nem sempre é a expressão referida para falar destas mulheres. Ao procurar saber das parteiras, a reação das pessoas às vezes era de não confirmar fulana como parteira, mas dizer: “*ah! Fulana pega menino!*”

4.5.1 Parteiras Pankararu

Segundo Cruz (2010) e COIMI (2007), as parteiras Pankararu são mulheres que, no geral, têm muita experiência e que ao longo de suas vidas acompanharam várias dezenas de partos. A maioria delas aprendeu acompanhando parteiras mais velhas, muitas vezes suas mães, avós e tias, iniciando-se na atividade antes dos 18 anos. As pessoas das gerações nascidas até a década de 1980 vieram, em sua maioria, ao mundo pelas mãos de parteiras indígenas que até hoje descrevem seu trabalho como um dom dado por Deus e não cobram pelo serviço.

É preciso lembrar que antes de serem parteiras, estas mulheres são índias Pankararu, compartilhando da mesma visão de mundo das demais pessoas e muitas vezes assumindo papéis importantes em rituais, cantorias e processos de cura. Além disso, antes de cuidarem das gestantes que as procuram, elas mesmas foram cuidadas, como jovens e mães, recebendo das mulheres mais velhas os conhecimentos que hoje repassam. Ou seja, elas compartilham das mesmas concepções de corpo que o restante de sua família e comunidade, mesmo que, ao longo do tempo, haja mudanças entre as gerações. Elas são referências porque, afinal de conta, acumulam a experiência de serem também mães e avós.

O Inventário dos Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco, elaborado em 2010 pelo Instituto Nômades, registrou 22

parteiras indígenas¹³⁴, metade delas com mais de 60 anos e todas detentoras de saberes sobre técnicas, manobras e uso de ervas relativas ao parto (2010a:39). Além disso, o apego aos *encantados* e a outros santos, através de orações secretas, é bastante forte (CRUZ: 2010), como também o uso do *campiô* para fazerem seus pedidos, e menos utilizada, mas ainda presente, a *rudia*, um pedaço de pano torcido e enrolado no qual a mulher se senta para ter melhor apoio na hora de parir (INSTITUTO NÔMADES, 2010a: 44).

Um trecho do inventário conta sobre uma parteira, “que já ‘pegou’ crianças de tudo que é jeito: atravessado, pelos pés, morta. Quando o bebê está atravessado, ela deita a mulher, a sacode e roda o bebê dentro da barriga da mãe. Ela sabe que ele achou seu caminho quando as laterais da barriga da mulher ficam fundas” (IDEM). Ainda “caso a placenta demore a ser expulsa são utilizados chás, simpatias e orações, tais como fazer um círculo ao redor da casa batendo com a mão do pilão no chão ou rezar a oração a Nossa Senhora do Bom Parto ou a Santa Margarida, havendo variações no texto da oração” (IBIDEM:45) .

Ou seja, existe um aspecto muito relevante da atuação da parteira, destacado por Cruz (2010), o fato de ser uma especialista com função não somente fisiológica, mas ritual. Para conseguir o bom desfecho do parto, ela deve usar de suas técnicas e manobras, mas também acessar, como já dito, *encantados* e santos, com o uso do *campiô*, e nas emergências também do *maracá*. Ou seja, sua comunicação com os seres sobrenaturais é constante, mesmo que não se esteja exatamente praticando uma cura. No próximo capítulo veremos como a relação com a *dona-do-corpo* reforça esse papel ritual da parteira.

É preciso lembrar que a parteira é, muitas vezes, parente da gestante, ou seja, membro da família que está prestes a ganhar um novo ser. A familiaridade entre elas é então fortalecida pelo momento de intimidade e cumplicidade que ocorre durante o parto, em que a parteira deve deixar a

¹³⁴ Este número refere-se principalmente às mulheres mais reconhecidas enquanto tal e que foram encontradas para o preenchimento da ficha.

buchuda o mais tranquila e confiante possível. Segundo Cruz, “este tipo de atenção personalizada e acolhedora já era proporcionada pelas *mais velhas*, com isso recebendo um título de parentesco uma vez realizado o parto” (2010:155). A relação da parteira como mãe-madrinha da criança, e desta como filha/o da parteira é também o movimento de afirmação de um coletivo que se reproduz.

4.5.2 As novas gerações

Apesar do Instituto Nômades ter (2010a) apontado a plena atividade destas parteiras, a idade avançada e seus consequentes problemas de saúde têm dificultado sua atuação. Algumas, apesar de relatarem que ainda atenderiam aos partos em caso de necessidade, preferem não fazê-lo. Inseridas no atual contexto capitalista, muitas precisam gerar renda, cumprir os horários de trabalho etc., o que nem sempre é compatível com a dinâmica de tempo que uma parteira precisa ter.

Por outro lado, verifica-se o recente interesse de mulheres indígenas mais jovens (de 20 a 40 anos), muitas vezes ligadas aos serviços de saúde locais, em acompanharem as parteiras atuantes como suas *aprendizes*. Essa categoria, *aprendizes*, surgiu no contexto do Projeto da SSL, para contemplar a existência de mulheres que manifestavam tal interesse e participavam dos encontros e capacitações. Muitas já mães possuíam alguma experiência com seus partos e de acompanharem as parteiras mais velhas, mas não se reconheciam ou eram reconhecidas como parteiras. Desse grupo, algumas se destacavam por terem um pouco mais de idade (de 40 a 60 anos) e principalmente por terem muito conhecimento de rezas e uso de ervas, fundamentais para a atividade de parteira.

É importante destacar que estas gerações mais novas têm crescido num contexto bastante diferente das mais velhas¹³⁵. Esse contexto inclui a ampliação e chegada dos serviços oficiais de saúde às aldeias, inclusive o pré-natal¹³⁶, assim como a escola e as oportunidades de frequentarem cursos técnicos e universidades, e o acesso cada vez mais amplo à informação através de televisão, rádio e internet. É perceptível o interesse e apropriação delas sobre os conceitos e práticas biomédicos, principalmente os que têm relação com saúde e direitos da mulher, ainda mais sendo elas profissionais de saúde. A maioria das que participavam dos encontros e capacitações¹³⁷ de parteiras se mostrava ávida em ter acesso a essas informações.

Isto não significa um distanciamento das práticas *tradicionais*. É esta geração que vive o crescimento do número de *terreiros*, *praiás* e festas *de menino no rancho*, dentro de um contexto de reafirmação da identidade e distinção indígena, compartilhando a mesma história e visão de mundo de seus familiares. Obviamente há uma reapropriação e ressignificação do mundo, o que acontece tanto com os conhecimentos que vêm da *tradição indígena*, como dos que vem do mundo “do branco”. Tudo é capitalizado e potencializado para benefício seu, mas também de sua família, o que incluirá a relação com os *encantados*.

A própria posição delas como aprendizes é elucidativa desse movimento. Há uma tendência muito grande de, ao falarem de pré-natal, parto e pós-parto, posicionarem-se do ponto de vista biológico, até porque muitas são profissionais da área de saúde. As mulheres de forma geral valorizam bastante o acesso ao pré-natal, aos exames, a um bom atendimento no hospital, como um cuidado importante para seus corpos, mas também como exercício de direitos. Contudo, ao se posicionarem como

¹³⁵ Quando disser gerações mais velhas, em oposição às novas, farei referência principalmente às mulheres criadas antes de 1980.

¹³⁶ Recordando a grande influência dos movimentos feministas para a expansão da assistência maternoinfantil no Brasil.

¹³⁷ Principalmente as capacitações de parteiras, com conteúdo mais técnico, baseavam-se em abordagens bastante influenciadas pelos princípios do Parto Humanizado, caracterizado por ter um ethos individualista libertário (Tornquist, 2004).

mães, na hora de praticarem os cuidados, muitos dos saberes das *mais velhas* são acionados, assim como o recurso aos *encantados* e especialistas tradicionais da área.

Cruz (2010) considera que as *aprendizes* têm, principalmente com a parteira Dona Maria, construído uma nova forma de atender ao parto. Diferentemente das gerações passadas, elas conhecem e agem considerando a visão biomédica de risco e contam com todo o material esterilizado para a atenção de um *parto natural*, sendo cada vez mais hábeis em ambas práticas de assistência ao parto: a *tradicional* e a biomédica.

Figura 18

4.6 OS PERSONAGENS DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Apesar da Política de Saúde Indígena preconizar a articulação entre as “medicinas tradicionais” e o atendimento biomédico, não há entre os profissionais das equipes indígenas um acúmulo de debate sobre a questão. Na época em que ali trabalhava, tampouco havia uma introdução ao tema para os profissionais que chegavam de fora, ou seja, essa articulação tem sido feita “no improviso”, a depender da postura de cada profissional, sem maiores orientações, contrapontos ou respaldo por parte dos órgãos oficiais de saúde.

O fato de existirem indígenas atuando como profissionais de saúde abre campo, por exemplo, para uma melhor compreensão das práticas Pankararu de cuidados, por parte do serviço prestado. Mas não resolve a necessidade de espaços que pensem de forma precisa o dia-a-dia dessas práticas e atendimentos, o que poderia amenizar algumas tensões e até otimizar recursos. Cada um dos profissionais, incluindo os indígenas, terão contextos de experiência particulares uns dos outros, além de não necessariamente terem intimidade com os cuidados *tradicionais*, por não serem especialistas¹³⁸.

Além disso, ao atuarem em campo são limitados pela lógica dos serviços de saúde que se guia, antes de mais nada, pelas práticas biomédicas e por uma organização interna hierarquizada que demanda produtividade, muitas vezes em detrimento da qualidade dos serviços. Relato agora um pouco da experiência de um homem e uma mulher Pankararu, ambos profissionais de saúde pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena no ano de 2008, quando eu estava lá.

¹³⁸ Para mais informações sobre os diversos especialistas Pankararu ver capítulo 3.

4.6.1 Roberto

Roberto incorporou-se à EMSI 1¹³⁹ aproximadamente seis meses após a saída da funcionária anterior, deparando-se com um grande volume de trabalho acumulado. Retornando à aldeia Brejo dos Padres treze anos após ter saído, não sabia ao certo o que encontraria pela frente. O cenário descrito por ele foi de tensão, principalmente por não haver uma boa estrutura de saneamento básico, o número de pessoas doentes ser alto e o deslocamento dos pacientes para atendimento de maior complexidade ser difícil. Além disso, sua área era ligada ao município de Tacaratu, prefeitura que não fornecia assistência em campo (somente na cidade) e alguns meses depois de iniciar teve que incorporar a assistência das aldeias da outra equipe, já que a enfermeira tirara licença maternidade. Para concluir, praticamente não podia contar com atendimento médico, pela falta de periodicidade destes profissionais nas equipes.

O enfermeiro relatou ter iniciado seu trabalho sem treinamento para o atendimento diferenciado, tendo apenas participado de uma reunião no DSEI, em Recife, para explicação dos programas de saúde existentes. Com relação a seu atendimento pré-natal, esperava defrontar-se com alguma resistência por ser do gênero masculino, receio que foi logo perdido pela maioria das mulheres.

Apesar de pertencer a uma família *zeladora* de *encantados* e de ser envolvido com as práticas *da tradição*¹⁴⁰, sua atuação em campo foi sempre, principalmente naquele primeiro momento, bastante centrada na biomedicina e com grande inclinação alopática, conforme sua formação universitária. Assim, sua primeira reação, ao saber da atividade das parteiras nas aldeias em que atuava foi de estranhamento, o que chegou a causar certo mal estar, já que suas colegas de trabalho eram as próprias parteiras e aprendizes.

¹³⁹ Equipe responsável pela cobertura da área mais populosa que inclui as aldeias Jitó, Brejo, Serrinha, Macaco, Espinheiro e Agreste.

¹⁴⁰ Em janeiro de 2009 Roberto promoveu o *Menino do Rancho* de seu filho mais novo.

A posição de Roberto não é isolada dentre os profissionais de saúde. Como já citado, as parteiras vem sendo gradativamente substituídas pelos médicos, sendo relegadas ao lugar de ignorantes e suas práticas e conhecimentos considerados arcaicos, mesmo que a própria obstetrícia brasileiras seja hoje considerada obsoleta por médico/as que atuam a partir da medicina baseada em evidências. Assim sendo, é comum que os profissionais de saúde, após se formarem nas graduações e cursos técnicos na área de saúde, adotem esse ponto de vista, entendendo o parto domiciliar como algo perigoso para mãe e bebê¹⁴¹, mesmo que as evidências científicas mais recentes digam o contrário.

Outro ponto levantado por Roberto foi sua percepção de risco com relação aos partos ocorridos na aldeia, baseada em sua própria experiência como Pankararu. O enfermeiro afirmou que da década de 1980, época em que ali morava, lembra-se de muitas mortes de bebês decorrentes do *mal de sete dias*, ou tétano neonatal, e também muito relatada pelas parteiras da região. Segundo ele, *“era um monte de caixõezinhos descendo, vez por outra, principalmente do Jitó.”*

Roberto apresenta-se nesse contexto como Pankararu, do gênero masculino e principalmente como enfermeiro, formado conforme a racionalidade biomédica, responsável pela promoção à saúde perinatal daquelas mulheres, num contexto de escassez de recursos (humanos, logísticos e financeiros) e sobrecarga de trabalho. Além disso, sua experiência particular com relação ao grande número de mortes de recém-nascidos e a falta de apoio do DSEI, não contribuíram para um posicionamento inicial positivo com relação ao parto domiciliar.

Como já descrito, com a chegada de Roberto fizemos uma reunião para tentar dar-lhe outra visão do parto em casa. Periodicamente tentávamos, na SSL, fazer reuniões e encontros com os profissionais de saúde (muitas vezes com pouquíssimo retorno) para falar do trabalho das

¹⁴¹ Percepção difundida na sociedade brasileira, de forma geral, e que não é contraposta nessas formações. Não raro conheci profissionais que se surpreendiam ao descobrir que “ainda” existiam parteiras tradicionais.

parteiras e tentar uma aproximação desses profissionais com elas. Apesar desse movimento, a aproximação não era garantida, dependendo sempre do interesse do profissional em questão. No caso de Roberto, possivelmente o fato de ser Pankararu tenha contribuído para a relativização de sua posição.

ROBERTO - Eu deixei a visão acadêmica e comecei a ver mais com uma visão tradicional pra entender e aceitar. Se você vê com a visão acadêmica é complicado, é um tanto mais difícil, até porque lá é um pouco longe do hospital, a maioria dos hospitais não têm médico, se tiver alguma intercorrência é pior, lá não tem uma infraestrutura. Às vezes não tem nem carro pra locomover, então isso pesa dentro do olhar técnico, porque você não tem uma assistência em torno. Agora quando você olha do tradicional, não, (as dificuldades) são diminuídas. E também tem a questão da própria experiência da parteira, ela não corre riscos...ela sabe, já parteja há um bom tempo então confiava nela, embora nunca participei de um parto direto até porque eu não podia, se eu fosse eu era como curioso e eu não queria ir como curioso, porque não é minha área. [...] Sei da dificuldade que tem em arranjar material, tinha uma resistência da FUNASA, eles sempre deixaram muito claro essa resistência com o parto tradicional [...].

Aos poucos, Roberto tentou dar espaço às parteiras dentro do atendimento pré-natal, articulando-se também com as demandas resultantes do parto em domicílio. Certa vez, conta ele, uma das parteiras o requisitou para convencer uma gestante em trabalho de parto, de que não seria possível parir em casa. Roberto encaminhando-a e ajudou com sua ida ao hospital, lembrando que *a mulher deu à luz de um parto não muito fácil no hospital, mas deu tudo certo*. Em outra situação, já com maior diálogo com as atividades das parteiras, pôde estar presente num pós-parto imediato, prestando, juntamente com a parteira, os primeiros cuidados à parida e seu bebê.

Com relação à Dona Maria, parteira que também trabalhava em sua equipe como técnica de enfermagem, Roberto afirma

R - Ela faz parto no Brejo por boa vontade, porque fica difícil dela trabalhar e fazer parto, depende do bom senso de quem ta trabalhando com ela. Muitas vezes ela passa a noite inteira num parto e ela tem que trabalhar (no dia seguinte) porque não era considerado um serviço pra FUNASA. Pode ser que seja agora, mas na minha época não era considerado um serviço.
A - Ou seja, ela não podia compensar.
R - Não podia compensar.
A - Você chegava às vezes a deixar ela compensar o trabalho?
R - Sim...sempre que podia sim.
A - E você tinha resistência do Polo Base?

R – Do Polo não, mas da equipe sim, o restante da equipe achava que Dona Maria tinha privilégio. Não sei como tá hoje, mas na época criava um mal estar.

A inserção das parteiras no pré-natal e a mobilização do enfermeiro com demandas provenientes dos partos em casa não eram ações previstas ao atendimento e tampouco suscitavam interesse por parte dos gestores da FUNASA. Foram sim sendo incorporadas com base na experiência e a partir das necessidades e reflexões de cada um dos atores ali presentes, segundo o relato a cima, às vezes causando tensão inclusive entre os indígenas.

4.6.2 Dona Maria

Todas família aqui eu tenho uma relação próxima, né. Que não tem uma casa aqui no Brejo, aqui na aldeia que eu não tenha entrado pra fazer parto. Aí eu tenho um carinho muito grande por essas pessoas. Desses meus filho todinho não tem um assim que eu tenha gostado mais de um, tenha carinho mais de outro, pra mim todos são...cada parto é uma emoção grande pra mim. Chega tá com sono mesmo, não durmo direito, mas é muito prazeroso.

Dona Maria parteira

O que chama a atenção ao andar com Dona Maria (47) pelo Brejo é a quantidade de pessoas e crianças que, ao encontrá-la, pedem a bênção. Maria, mãe Maria, comadre, madrinha, assim ela é chamada. *Deus lhe dê saúde!* É a resposta que mais dá, pegando na mão e dando a bênção. Mãe, avó, esposa, Dona Maria é sobrinha de Quitéria Binga, importante liderança e parteira Pankararu já falecida. Foi ela quem encaminhou Dona Maria para fazer o curso de técnica de enfermagem, na cidade de Petrolândia em 1978, profissão em que atua até hoje.

Dona Maria é uma pessoa bastante demandada em sua aldeia. Sua casa, no Brejo dos Padres, está num lugar de muito fácil acesso para as pessoas: ao lado do Pólo Base - onde está a farmácia e se fazem as reuniões das equipes de saúde -; a alguns metros dos únicos mercados locais e da igreja de Santo Antônio; e por onde saem e passam os transportes para os centros urbanos mais próximos: Itaparica, Jatobá e

Paulo Afonso, descendo em direção ao rio São Francisco, e subindo serra acima, em direção à cidade de Tacaratu. Neste último percurso também a alguns metros do Posto da FUNAI e das escolas da aldeia.

Como técnica de saúde da SESAI, ela é uma das referências diretas para a solicitação de carros para o hospital (inclusive aos finais de semana) e para entrega de materiais entre pessoas que chegam e saem do Pólo Base (uma chave, um caderno, um remédio etc.). Além disso, é comum que seja procurada para esclarecer dúvidas com relação ao uso de medicamentos, a sintomas associados com doenças e, devido ao seu grande conhecimento sobre o uso de *remédios do mato*, para sua indicação, sendo às vezes necessário que ela mesma os faça (pegue as ervas, processe, armazene etc.), no caso de garrafadas ou lambedores.

Acontece também de Dona Maria acompanhar ao hospital ou na realização de algum exame pessoas que, por terem pouca experiência com os serviços de saúde fora da aldeia, precisem de algum acompanhante para que os procedimentos sejam efetivamente bem feitos. Além de tudo isso, é a principal parteira da área, sendo altamente demandada para a realização de partos domiciliares, sempre sem dia, hora e duração definidas. Apesar de ser sobrinha de Quitéria, foi com Mãe Chiquinha que aprendeu a fazer partos.

Finalmente, Dona Maria é uma mulher profundamente ligada à *tradição*, participando ativamente todos os anos da *Corrida do Umbu*, festa mais importante do calendário Pankararu, onde anualmente é, com destaque, *botadora de cesto* e *dançadora dos Passos* e do *Cansação*.

É também constantemente chamada a participar das *cantorias*, batizados, *festas* do *Menino do Rancho* como *madrinha*, sabendo confeccionar as indumentárias, e também como cozinheira das festas de *terreiros* de forma geral. Participa dos momentos de reza e peregrinação ligados às atividades das *Penitentes*, indo todos os anos, em outubro, à Romaria de Juazeiro do Norte no Ceará.

Para conciliar todas estas atividades, juntamente com os plantões que dá num hospital da região para complementar a renda, Dona Maria conta

com a ajuda de sua rede de apoio, irmãs/os, sobrinho/as e vizinha/os. Cito abaixo alguns acontecimentos que presenciei na última vez em que estive em sua casa, em março de 2012, para exemplificar como pode ser o período de 24 horas dessa parteira.

XXXXXXXXXX

No mesmo dia em que cheguei, depois de Dona Maria ter voltado do trabalho e almoçado, fomos visitar Cilene que havia ganhado bebê há duas semanas. Ficamos em sua casa por aproximadamente uma hora, conversando e chupando laranja, e quando voltamos à casa de Dona Maria já era fim de tarde.

Lá estavam sua nora, que havia feito a janta e se preparava para ir ao curso técnico em Tacaratu, seu neto de quatro anos, correndo pela casa, e seu filho, que depois chegou de moto do trabalho. Faltou seu esposo, Antônio, que só retorna à casa de dois em dois meses, empregado que está, na obra de construção da Usina Hidrelétrica de Telles Pires, no Mato Grosso. Nesse meio tempo, como de praxe, apareceram algumas pessoas para falar com ela, deixar um recado, pegar alguma coisa etc.

Essa mesma noite, Dona Maria se ocupou de cuidar de uma parida e de madrugada de uma buchuda, movimentação que acompanhei não diretamente com ela, mas do quarto em que costumo dormir quando fico por lá. Na primeira visita foi ver se estava tudo bem com mãe e bebê, que havia nascido em casa um dia antes, ocupando-se também em dar o primeiro banho na criança. De volta à sua casa meia noite, eu já dormindo, pude ouvir quando foi chamada novamente, por volta das 2h da manhã, para ver uma gestante em trabalho de parto. Dona Maria me contou que a mulher estava somente com dois dedos de dilatação e levaria ainda muito tempo para nascer, ou seja, provavelmente já de dia, em seu horário de trabalho. Assim, encaminhou-a ao hospital, onde acabou tendo seu bebê sem maiores problemas.

De manhã, Dona Maria acordou às 7h, tomou banho, se arrumou e foi trabalhar. Às 8h já se encontrava no Pólo Base, onde passou um carro para

buscá-la, junto com o restante da equipe, para realização do atendimento do dia na aldeia Jitó.

A atuação como parteira

Dona Maria teve como principal referência para aprender a fazer partos mãe Chiquinha, falecida parteira que começou a acompanhar com 18 anos. De lá para cá não parou mais, sendo atualmente a principal referência dentro de Pankararu para os partos em casa. Sempre que pode, chama alguma das meninas mais novas, as *aprendizes*, interessadas em acompanhá-la.

Já passou por várias capacitações para parteiras tradicionais sendo a primeira realizada em 1994, na cidade de Arco Verde. Posteriormente, participou das capacitações promovidas pela SSL, em 2006, pelo Curumim e FUNASA, em 2007, e pela SSL e Curumim, em 2008. A última capacitação fornecida ocorreu em dezembro de 2012, como parceria entre o DSEI-PE e o Grupo Curumim, e seu tema principal não foi exatamente o parto em si, mas as técnicas de reanimação para recém-nascidos.

Acumula também os conhecimentos que aprendeu trabalhando como parteira nos hospitais da região, onde outros profissionais de saúde (médicos e enfermeiras) lhe indicavam e ensinavam as intervenções consideradas apropriadas para a realização de um bom parto. Assim, Dona Maria vem desde há muito tempo sendo incentivada a adicionar, junto à suas práticas indígenas, as práticas biomédicas de atenção ao parto, tendo hoje um repertório bastante variado de cuidados, o que é apreciado pelas gestantes.

Ao perguntar que práticas biomédicas ela incorporou em seu atendimento, Dona Maria responde primeiramente sobre os cuidados com o corte do cordão umbilical, hoje feito com uma tesoura esterilizada.

O risco que o bebê corria era porque elas (as parteiras antigas) não tinha, não esterilizavam a tesoura, cortava com faca, cortava com pedra, que também não tinha, que era difícil uma casa ter uma tesoura aqui. Às vezes nascia o menino e via a tesoura distante pra cortá aquele umbigo. Aí elas cortavam logo com uma faca, aí morria muita criança.¹⁴²

Outro cuidado, o primeiro banho no recém-nascido, foi aprendido com as *mais velhas* a não ser dado imediatamente; depois reformulado para ser dado logo após o parto, conforme passado na capacitação de 1994 e feito nos hospitais da região; e recentemente, segundo padronização do hospital onde trabalha, indicado para não ser dado no primeiro dia. Pude observar a mudança de conduta de Dona Maria dentro dos partos em casa, já que atualmente ela não mais dá o banho imediato nos bebês.

Considerando sua atuação como técnica em um hospital da região, há também práticas relatadas por ela que, aprendidas com as *mais velhas*, reproduz da forma que pode no hospital. Uma delas é o momento de cortar o cordão umbilical.

DONA MARIA – Porque no hospital eles cortam o umbigo antes de sair a placenta, né? Antes de sair a placenta eles cortam o cordão. E eu ainda fico esperando o cordão parar de pulsar e os médicos até ficam observando assim porque eu fico, dou um tempo, fico pegando no cordão, quando ele para de pulsar é que eu corto. Aqui (na aldeia) a gente tira a placenta pra poder cortar.

ANDREA – E no hospital os médicos ficam olhando?

DM – Ficam...

A – E dizem o que?

DM – Ficam calados. Aí eu digo logo, to esperando parar de pulsar o cordão, antes deles falar, né?

A – Outro dia saiu no jornal que isso diminui a anemia nos nenéns.

PD – Isso, e nós índio as índia velha tudinho já fazia, há muito tempo, né? Que a gente não corta assim que nasce. E como eles descobriram não sei, não sei como os índio descobriram...é Deus que dá a ciência pra eles...

Massagem e até posicionar a mulher de cócoras Dona Maria consegue, eventualmente, reproduzir no hospital.

¹⁴² O trato do umbigo do recém-nascido com instrumentos não esterilizados é associado, pela biomedicina, à ocorrência do tétano neonatal e consequente óbito de bebês. As parteiras locais reconhecem que, a partir da mudança ocorrida nesse cuidado o número de óbitos caiu bastante.

A – E a posição de tê o neném?

DM – Lá (no hospital) só faz deitá, né? Mas tem umas daqui do Brejo que teve que parí de cócoras porque não conseguiu parí deitada.

A – Lá no hospital?

DM – Sim! Deitada não!

A – Mas e aí como é que foi? Que pra senhora tudo bem, mas e pros outros que tavam ali?

DM – Disseram nada não! Só olharam!

A – Me conta essa história, como é que foi?

DM – Eles deitavam a mulher e ela disse que não tinha como botá força pra o neném saí. Eu peguei mais a auxiliar e...veio melhorá no pré-parto, no leito, e ela pariu de cócoras, encostada na cabeceira...

A – E aí, foi tudo bem?

DM – Foi! Num instante nasceu! Era bom se tivesse um apoio assim pras mulhé pari de cócoras. Facilitava bastante, mas num tem.

Um movimento significativo que tem acontecido é o de algumas mulheres, ao saberem que Dona Maria está de plantão no hospital, seguirem para lá, não com a intenção de um parto hospitalar, mas de um parto **com aquela parteira**, independente de onde este ocorra. O que não significa que o parto seja como é quando acontece em casa.

DM - Não é como em casa não! [...]. Porque aqui eu vou trabalhá com minhas ervas, e lá eu não posso, né? [...] Não posso tá com meu campiozinho lá, fumando...como eu faço aqui. Às vezes dá vontade, mas eu não posso.

[...]

A - Já aconteceu de alguma pedir pra senhora usar alguma coisa que não pode usar lá?

DM - Já, já disse “Oxenti, não vai botá, fazê a cinta¹⁴³ não, é? Vai deixá eu solta é?” Que elas sempre diz assim, vai deixa eu solta? Aí digo não, quando chega lá no Brejo a gente faz.

A – Então aí a senhora vem completar o serviço aqui depois...

DM – Fazê o amarradinho¹⁴⁴ delas, com as ervas, como se já viu, né? Mas é a primeira coisa que elas pergunta.

A – Ah é? Então elas sentem falta também!

DM – Sentem.

A – Que mais que fica pendente pra senhora vir fazer aqui, que não pode fazê no hospital com ela? Se puder falar, né?

DM – Tem de a...deixa pra vir dançar o toré aqui, né! Que não vai dançar no hospital, né? (risos). Não vai dançar o toré dentro do hospital.

Dona Maria é também atenta a alguns sinais hoje considerados de risco pela biomedicina, para que uma mulher tenha o parto em casa. Ela é categórica ao afirmar os motivos que a fazem encaminhar uma gestante ao hospital.

¹⁴³ Explicada adiante.

¹⁴⁴ Pano amarrado na barriga, a ser explicado no próximo capítulo.

DM - Quando o bebê tá sentado, quando vê a mãe tá com a pressão alta, é diabética, às vezes tá com anemia muito forte também...mas que a gente não fica aguardando.

A - E quando é gêmeos?

DM - Gêmeos também (encaminha), mas já teve caso de não espera, né, e nascer gêmeos. Já fiz cinco parto gêmeos.

A - E a senhora não sabia que eram gêmeos, ou algum sabia?

DM - Não. Ainda vim sabe na hora [...]

Saber dos fatores biomédicos de risco é hoje uma necessidade presente na realidade Pankararu, em que muitas mulheres sofrem de pressão alta, obesidade e diabetes, o que concretamente aumentam a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal (BRASIL, 2012:58). Assim como a mudança na forma de cortar o cordão umbilical foi percebida pelas próprias parteiras como importante na redução de mortes pelo *mal de sete dias*. Mas há outras aptidões que uma parteira indígena deve ter para ser uma boa parteira e, principalmente, para ser uma parteira Pankararu. Uma situação vivida por Dona Maria retrata isso de forma muito bonita.

Saí aqui de manhã mais uma turma, pra ir nas Alagoas, no Caixão, com minha mãe, irmã, tia, um bocado, pra gente voltar no outro dia a tarde. E quando eu fui pro rio que ia pescar, né, e lá eu não sei o que aconteceu que eu fiquei olhando pra água e vi como se fosse uma pessoa me chamando. Eu sentia que realmente era, tão precisando de mim. E disse às meninas que vinha embora elas disse que eu tava ficando era doida. "Tá ficando doida? Nós chegamo agora, pra ir amanhã e tu já qué ir embora!". Disse, não, alguma coisa tá acontecendo, tão precisando de mim. Daí eu almocei e vim me embora. Quando cheguei aqui já tinham vindo atrás. Aí não sei quem disse que eu já tinha chegado, né? Aí depois ele veio de novo. Aí eu fui examinei ela tava só com dois centímetros. Aí eu vim me embora e quando foi madrugada eu fui pra lá. Se eu tivesse lá não tinha dado tempo! Meu primo diz que pediu os Homem, né? Pra ir me buscar. E eu acredito porque eu senti que tinha, tinha alguém [...]. Aí eu não esqueço disso em nenhum momento. Aí eu não esqueço não. De vez em quando eu pego aqui meu campiozinho fico fumando e fico lembrando, como é que pode, né? Como é que pode a menina ir mandá eles me avisá! Mas tem gente que não acredita que isso, que não sei o que!

XXXXXX

Dona Maria parteira é uma personagem fundamental que muito impulsiona os partos domiciliares, por centralizar em si os saberes e práticas indígenas e biomédicos, ambos atualmente demandados pelas mulheres

indígenas. Convivendo com ambos conhecimentos, por ser também técnica em enfermagem, Dona Maria articula o que considera ser o melhor de cada um, caso a caso, para um bom resultado na assistência ao parto das gestantes que a procuram, seja na aldeia ou no hospital, ilustrando aqui a ideia de “develop men” de Sahllins (1997a).

Frequentadora de cursos e capacitações de parteiras desde a década de 1990, ela é incentivada a adotar, em sua assistência, tanto na mãe como no bebê, as práticas e cuidados biomédicos, mais ou menos intervencionistas conforme a linha de atuação¹⁴⁵ da pessoa que repassá-los. Os hospitais em que trabalhou foram também citados como locais em que essas práticas lhe foram ensinadas. Cito aqui outros exemplos: cortar o cordão com tesoura esterilizada, usar luvas, aplicar colírio de nitrato de prata¹⁴⁶, dar ou não banho no recém-nascido.

Como parteira indígena, que aprendeu com as mulheres *mais velhas*, Dona Maria não se guia principalmente por evidências científicas, apesar de não ignorar muitas delas, e das práticas indígenas serem às vezes condizentes. A questão das evidências científicas e da própria medicalização do parto entra quando a parteira é ensinada e incentivada a atuar com base nesses conhecimentos, já que muitos deles estão obsoletos e a tendência da medicina em querer controlar essas práticas é bastante grande, minando, como vimos no primeiro capítulo, a autonomia das parteiras. Ferreira (2010:221) já levanta, em seu trabalho, algumas implicações que a regulamentação da atividade de parteira tradicional no SUS traria, como por exemplo, a supervisão médica, com base em padrões biomédicos de conduta, sob a qual estas mulheres teriam que atuar.

¹⁴⁵ Nas capacitações mais recentes, ministradas pela SSL e pelo Grupo Curumim, os conhecimentos abordados seguem a linha da medicina baseada em evidências, com uma tendência a serem menos intervencionistas nas práticas de parto.

¹⁴⁶ Para evitar dois tipos graves de conjuntivite causadas no recém-nascido pelo contato com as secreções vaginais da mãe, no parto normal, se ela tiver gonorreia ou clamídia. Há muitos questionamentos relativos ao uso de rotina deste colírio.

5 NASCENDO, ENCANTANDO E CUIDANDO

A parteira se apegou também com os encantados e, concentrada, aparou a buchuda, fizeram seus pedidos, fumaram seu cachimbo. Segundo a gestante, era emocionante também porque estavam trabalhando com a “lei do homem branco” – que tinha a ver com o material utilizado por Dona Maria para o parto, os instrumentos - e a “lei do indígena” – que tinha a ver com os encantados e o campião.

Tereza, 21

Como veremos nesta seção, o nascimento é um processo que envolve diretamente uma ligação com os *encantados* e muitos cuidados com a mãe, que deve cumprir um rigoroso resguardo por conta da *dona-do-corpo*, e com o bebê, vulnerável à ação de seres sobre humanos e que precisa ser iniciado nos costumes Pankararu.

Cada mulher e cada família terá seu contexto de experiência particular e viverá esse processo de forma diferente, a depender da rede familiar e de referência com que possa contar. A articulação a ser feita entre os saberes e assistência biomédicos e os saberes Pankararu, dentro de um contexto de intermedicalidade (FOLLÉR, 2004), é também relevante neste processo, principalmente no que tange ao resguardo, como se verá adiante. Pensando no nascimento no contexto Pankararu e ao encontro do que aqui tenho abordado, Cruz afirma que “entre as expressões culturais manifestas ao momento do nascimento de uma pessoa entre os Pankararu estão a dança do *toré*, as orações secretas aos *encantados* e no caso de risco, colocar ao *menino no rancho*, e se for menina a promessa de dançar *três rodas*” (2010:162).

Neste processo estão incluídos cuidados que fazem parte da incorporação e manutenção da pessoa Pankararu dentro do grupo e que integram aspectos físicos, sociais e espirituais. Eventos como o *Cachimbo* e o *Batizado em Casa* são fundamentais para o início de uma vida sem intercorrências na comunidade. Tentarei agora mostrar como tudo isso tem

acontecido atualmente em Pankararu, iniciando por falar da *dona-do-corpo*, que reflete também um pouco das mudanças acontecidas localmente.

5.1 DONA-DO-CORPO

A *dona-do-corpo* é uma entidade viva, pertencente à natureza feminina, tanto de mulheres indígenas como não indígenas. É um órgão autônomo com textura e formato próprios e que não se confunde nem com o útero, nem com a placenta, devendo receber cuidados principalmente no período menstrual, no parto e pós-parto. Cheia de vontades, é ela quem controla o corpo da mulher, que precisa agir corretamente para não “provocá-la”, pois, caso ela “fuja de controle”, pode causar sérios danos à mãe, como dores, hemorragias, deixá-la “doida” ou “fora de si”, chegando até sua morte.

Defino-a assim a partir das concepções Pankararu, principalmente das *mais velhas*, tendo como base também os trabalhos de Cruz (2010) e do Instituto Nômades (2010b). Há referências sobre a *dona-do-corpo* também entre as Atikun (SILVA, 2007) e as Tupinambá de Olivença (BELAUNDE e McCALLUM, 2007), com ligeiras diferenças, mas todas com o consenso de ser ela determinante do funcionamento reprodutivo da mulher, na menstruação, gravidez, parto, puerpério e amamentação (CRUZ, 2010:70).

Conhecida também por *mãe-do-corpo* ou *camarada* é responsável por deixar a mulher vulnerável, de corpo e canais “abertos”. Ao perguntar à Bruna (45), Pankararu que mora em São Paulo, sobre a *mãe-do-corpo*, a resposta que obtive foi sobre a atuação desta durante o período menstrual, pois era com relação à esse período que recebia instruções de sua avó. Já os cuidados necessários ao período de resguardo pós-parto não lhe foram transmitidos, uma vez que Bruna foi embora da aldeia antes de estar preparada para tal. Ela diz: “*eu era menina, não tinha namorado, virgem, o conhecimento não fazia sentido, não estava pronta pra isso.*”

Bruna fala então que durante o período menstrual, quem manda é a *mãe-do-corpo*. Com o corpo em “ponto zero”, vulnerável, não se pode nem chamar aos *encantados* ou tocar nas coisas relativas à eles, como panelas (não se pode cozinhar nas festas), *campiôs* benzidos, cruzar o *terreiro* etc., sob o risco de ser atacada por ela, ou de prejudicar o trabalho ritual que estava sendo feito. Além disso, os cuidados básicos durante o resguardo menstrual eram não lavar a cabeça, não andar descalça ou pegar friagem e não comer comidas *pesadas*.

Falando da *dona-do-corpo* durante a gestação e o parto, é importante entender que ela é *camarada* não da mãe, mas do bebê enquanto está na barriga da mãe (CRUZ: 2010). Após o nascimento ela fica só e pode querer ir atrás da criança, saindo do corpo da mãe, sendo aí fundamental a intervenção de uma parteira experiente para que ela recobre seu lugar e não cause a morte da mulher. Não são todas as parteiras que já viram ou precisaram intervir sobre a *camarada*. Alguns depoimentos gravados pelo Instituto Nômades (2010b), de parteiras mais velhas, já com mais de 60 anos, revelam como se dá a relação entre parteira e *dona-do-corpo*¹⁴⁷.

Ela é a camarada do menino. Ela é encostada. O menino é criado perto dela. Que quando o menino nasce, quando o menino sai, ela fica solta dentro. Tem que apertar porque ela tá solta. Que ela é desapregada. Ela não é pregada em nada não. Ela só é pareia do menino. Mas ela não... se o menino nascer ela fica solta. Aí é que fica doendo na pessoa. É ela. Porque ela fica solta do menino. O menino sai, aí ela fica com aquele babona, né? (...) E ela é viva (...) Não tem nada nela não. Só tem aquele cabão fino. É feio, menina, aquele negócio assim. (...) Ela é assim meia roxona assim. Ela é feia. (...) Mas não é a placenta, é a camarada, que a gente pega e ela fica solta lá dentro da pessoa. A pessoa mesmo sente. A pessoa ganha o menino e ela fica pra lá. Aí ela fica caminhando assim dentro da barriga. Tem gente que diz que é menino. Mas não é. É ela caçando donde o menino saiu. Ela fica vazia. Aí tudo ela já viu. Por isso que os povo dizem, essas parteiras novas assim deu pra cá, elas não viram o que eu vi não. Porque já tinha doutor. Mas eu já vi (IDEM:333). (Dona Ana, 78)

[...]

Uma vez eu fui pegar um menino, aí tive medo. Que eu vi aquele negócio (a camarada) de fora. Era uma mulher até nova. Aí ela tinha a camarada de fora. Aí eu tive medo. Eu já tinha visto mãe fazer numa pessoa. Eu disse: “sente ali. Você tem azeite?”. Aí ela disse; “tenho”. Aí eu expliquei um pouquinho. Aí ela me deu. Eu peguei uma folha (da mesma planta do azeite). Quando acabar, melei a folha assim. Do azeite. Aí fiz assim quando tava aquele negócio pra fora. Quando eu fiz assim

¹⁴⁷ Os relatos do Instituto Nômades foram colhidos por Julia Morim.

chega fez “ploft”, ela entrou pra dentro (...). Fiz nela, mas empurra assim. Com a folha assim aqui, melada no azeite. Dá pra empurrar. Quando eu fiz assim, aí a bicha fez “ploft”. Entrou pra dentro. Quando ela entrou pra dentro o menino apontou. E se ela não entra pra dentro, como é que sai o menino? Ela queria nascer primeiro (IBIDEM). (Dona Ana, 78)

[...]

Aí em Inhapi tinha uma mulher que quando ela ia ganhar um menino, ela (a camarada) saia primeiro. Ela saia primeiro. (Inhapi) É onde eu tenho uns parentes lá. Aí a parteira, e eu lá. Aí ela pegou um prato assim. Pegou um prato branquinho, quando acabar botou perto dela, da mulher que ia pegar o menino da outra. Aí, ela fez um prato grande. Botou o prato perto dela. Quando a mulher fez aquela força pra ter menino, aí a bichona saiu. Ela [a camarada] ficou se bulindo assim olhe. Aí o menino pá, nasceu. Aí ela pegou. Quando ela (a camarada) saiu, ela pegou e botou no prato. Cobriu. E quando o menino nasceu ela foi lá pegou ela e botou de novo. Aí ela entrou de novo (IBIDEM). (Dona Ana, 78)

[...]

Porque a gente tem uma camarada que ela é fininha, mas quando ela tá firmada ela é grande. Ela enche de vento e fica grande. Aí eu não queria deixar ela vim primeiro pra não encher de vento, porque se encher de vento dá trabalho. (...) Quando a gente é moço, uma moça¹⁴⁸, ela é bem fininha. Às vezes quando chega assim, no tempo de menstruar, dá uma dor na barriga, né? Ela começa a beber remédio para parar aquelas dor. Já dei três folhinhas de jasmim, “bota aí no fogo”, faço um chá pra ele. Quando a gente tomava aquele chá, ela fica tchumm, esturrando na barriga. Se aqueta (IBIDEM:88). (Rosinha, 60)

Embora em Pankararu não haja homens parteiros, Cruz (2010) entrevistou Cleideane (51), parteira que cita seu falecido pai, também *zelador de praiá*, como conhecedor de rezas para alívio da dor causada pela *mofina*:

*A dor é pior que de criança, eu mesma, eu senti dela mesmo, é uma dor mesmo que é pior de uma dor para uma pessoa ganhar a criança. Mas o meu pai, de primeiro, ele era rezador né? Ele rezava, saíam correndo atrás dele no Brejo, ele vinha aqui pra Tapera a rezar a mulher que estava com... chamava Mofina. Rezava a Mofina, sentava o pé na barriga da mulher, começava a rezar **e ela começava a se mexer na barriga dele**, que nem uma criança mesmo... na barriga da pessoa, e ele balançava, pe,pe,pe,pe,pe.... rezando e aí aquela dor ia, aliviando, aliviando, com que ela procurava o lugar dela e... passa remédio a fulana que, senão, fica a dor, e pronto! Passava a dor ...Chamavam muito a ele para vir rezar a mulher (2010:73, grifos meus).*

¹⁴⁸ *Moça* é uma palavra usada localmente para se referir à mulher jovem e, principalmente, virgem. A expressão “moça veia” refere-se à mulher de mais idade que não se casou, mantendo-se virgem.

Vê-se que a *dona-do-corpo*, neste caso chamada de *mofina*, tem a propriedade de passar de um corpo a outro. Isso também pode acontecer caso uma mulher não parida, sem filhos, sente na cama de outra recém-parida.

Faço aqui uma breve observação. *Mofina* tem a ver com um estado de padecimento, expressão usada também para pessoas do gênero masculino. Aqui e mais adiante, é usada como sinônimo de *dona-do-corpo*, mas, conclusões minhas, fazendo referência a um estado de padecimento desta, que inclusive precisa ser rezado. Da mesma forma o termo *camarada* diz respeito à *dona-do-corpo* no estado gestacional, ou seja, quando ela é *camarada* do bebê. Assim, uma moça que não está grávida e tampouco sofre de padecimento, não pode ter *camarada* ou *mofina*, apenas *dona* ou *mãe-do-corpo*.

Voltando aos cuidados com a *dona-do-corpo*, neste caso a *camarada*, para que volte ao seu lugar sem prejudicar a saúde da mãe, é necessário cumprir o resguardo pós-parto de 45 dias, período de extrema importância segundo as *mais velhas*. Os problemas decorrentes de um “resguardo quebrado” podem ser imediatos (cólica e dor de cabeça), ou a longo prazo, como relata a parteira Julia (67): “*se quebrar o resguardo, fica doida e na velhice vêm as consequências: quando for pro fim da idade tudo chega*” (INSTITUTO NÔMADES, 2010b:33).

Com relação aos cuidados durante o resguardo puerperal, imediatamente após o parto é feita no ventre da mulher uma amarração com ervas dentro de um pano, para que a *dona-do-corpo* retorne ao seu lugar, e para que a mulher não fique “solta”. Além disso, pode ser também usada a técnica de “fechar as cadeiras”, que estão abertas, deitando a mulher “de bandinha” e empurrando seus quadris (INSTITUTO NÔMADES, 2010b). É preciso repouso, preferencialmente deitada de lado, de cabeça amarrada, sem pisar no chão descalça, sem levantar peso, se abaixar ou levantar muito, sem se aborrecer ou presenciar muito barulho, em alguns casos colocando-se algodão nos ouvidos.

O banho deve ser com *remédios do mato*, sem lavar a cabeça nos primeiros 15 dias, além de ser feita abstinência sexual. Finalmente, há uma série de alimentos dentre frutas, legumes, carnes e peixes considerados *carregados*, *pesados* ou *remosos*, que devem ser evitados. Dentre eles estão: manga (durante seis meses), pinha (durante um ano), abacaxi, abóbora de leite, ovos, carne de porco, carneiro, peru, guiné¹⁴⁹, miúdos, nenhum tipo de peixe de couro e a Curimatã. É nesse momento que a mulher, tendo ou não um marido que a ajude, recorre à sua rede de apoio familiar e ativa sua mãe, sogra, irmãs, comadres etc. para que esses cuidados possam ser seguidos da melhor forma possível. Para os casos de resguardo quebrado, existem ervas que dão conta de restaurar ao corpo da mulher um estado saudável de harmonia com a *dona-do-corpo*.

Relação muito semelhante é relatada entre as Tupinambá de Olivença (BELAUNDE e McCALLUM, 2007), em que a falta de resguardo - com restrições de comportamento, banho e alimentação (*resguardo de boca*) – é diretamente associada às consequências negativas para a mulher como dores, hemorragias e até a morte. Nesse contexto a associação feita entre o resguardo quebrado e alterações psicológicas na mulher foi maior, havendo referências à possibilidade de ficar com “juízo fraco” ou mesmo enlouquecer (IDEM: 116).

Faço um parênteses para citar aqui - já que estamos falando de cuidados corporais - duas noções que não têm a ver com a *dona-do-corpo*, mas que surgiram em alguns relatos de parto e me pareceram relevantes: a existência da *bolsa d'água* ou *bolsa de sangue*, e o cuidado que se deve ter com o umbigo do bebê quando ele cai.

Com relação aos dois tipos de bolsa que podem se desenvolver no ventre da mãe durante a gestação, Joana (20) nos explica:

A bolsa d'água é só uma água com umas coisa verde, uns raio verde, mas o sangue (a bolsa de sangue) é aquele sangue...assim, você não vê muito porque ele não sai, ele sai bem pouquinho, ele não é que nem a (bolsa de) água, a água você vê logo muito, e ele não, é só aquele sangue, aqueles raio de sangue preto. Aí só que é tipo

¹⁴⁹ Galinha d'Angola

uns bolo, né, tipo aqueles bolo, mas é assim a bolsa de sangue. E dói muito, aquelas dor tipo você tá pra menstruar, né, aquelas dorzinha seca...eu senti muita dor daquela menina, muita dor [...] era muito forte as dor, e ela, achei assim que ela demorou (pra nascer) porque a outra foi rápido e ela assim demorou. Eu comecei a sentir umas dor umas 8 horas. Eu ganhei ela era umas duas e pouco. E bolsa sem ver sangue, sem ver nada...enquanto ela não tava vendo nada, ela (a parteira) “Não, você não vai ganhar agora não, vamo esperar sair o sangue”. O sangue não saía. Aí só na hora mesmo que ela saiu foi que...aí Dona Maria: “essa foi de lasca mesmo, porque a bolsa só saiu quando ela saiu mesmo. E às vezes a bolsa tem que estourar antes, né, e ela não, só saiu quando a menina saiu!”

No caso, Joana explica que, por ter uma bolsa de sangue, o parto foi mais doloroso e difícil, ao contrário do que aconteceu em seu primeiro parto, quando a bolsa foi de água.

Com relação ao umbigo, é comum que seja guardado pela mãe após cair, com diferentes justificativas para isso. Uma delas tem a ver com a intenção de que a pessoa, se for embora do local de onde nasceu, retorne sem falta algum dia (ATHIAS, 2004). Outra versão ouvida por mim várias vezes e também por Cruz (2010) tem a ver com guardar o umbigo dos ratos que, se o comerem, podem fazer com que a criança ao crescer vire ladrão. Finalmente, em uma das entrevistas, foi-me relatado um conhecimento por parte dos *mais velhos* que ensina ser prudente guardar o umbigo, pois, em caso de doença, pode-se fazer, para cura, um chá com um pedaço do umbigo.

5.1.1 A “transfiguração da camarada”

O trabalho de Cruz (2010) faz uma análise da “transfiguração” do conceito da *camarada*, uma vez que as gerações mais novas compreendem tal conceito de forma diferente. Segundo a autora, para as gerações mais velhas, durante o período de gestação, a *dona-do-corpo* é

Camarada do feto, não da mãe. Em todo caso, é camarada do coletivo que precisa se reproduzir, não do corpo da mãe que durante o processo de gravidez-parto- puerpério deve ser aberta com o coletivo, não deve guardar segredos no que diz respeito a este processo, já que sendo assim pode ser sancionada com a suspeita de ter quebrado alguma norma cultural e à hora do parto manifestar dor. A dor é a

manifestação de uma transgressão: pisar o chão frio, comer alguma comida proibida, não cumprir com o resguardo (2010:164).¹⁵⁰

Nessa linha, a autora entende que o corpo reprodutivo gira ao redor do coletivo. Reconhece, contudo, a possibilidade da parteira de reacomodação dos conceitos e práticas, a depender do contexto¹⁵¹, o que inclui a invenção de novas orações e segredos que permitam superar os momentos limite do parto. Recordemos que os Pankararu estão em constante contato com os seres sobrenaturais, principalmente os *encantados*, e que a sabedoria que têm hoje na terra é de origem e inspiração divina, ou seja, surge desse contato com os *encantados*.

Pensando nas novas gerações, sob influência dos conhecimentos biomédicos, da escola, das mídias e das demandas de reconhecimento de direitos individuais, mais do que coletivos, Cruz (2010) aponta para o início de um processo de ressignificação da *camarada* e, conseqüentemente, de seus corpos. Mencionando a indagação “*Camarada* ou inimiga?” (SILVA: 2007), associa a *dona-do-corpo* a uma entidade que significa dor para o corpo da mulher e controle por parte do coletivo, sendo a manifestação de regras reprodutivas transgredidas.

Cito novamente Cruz que explica a coexistência de duas concepções de corpo, uma mais relacionada com o coletivo e a outra com a pessoa.

Sempre se falou da camarada como camarada do bebê e não da mãe, mas não é até esta geração que se lhe considera realmente uma entidade contrária ao bem estar da mulher, por isso me atrevi a cogitar este trânsito de significados em uma mudança de concepção de corpo que talvez genericamente pudesse responder à mudança de um corpo que pertence ao coletivo a um corpo individual; da saúde reprodutiva, vendo-a desde a perspectiva do grupo interessado em se reproduzir como tal, à saúde sexual, vendo-a desde a perspectiva da pessoa interessada em explorar os prazeres do corpo sem descartar seu papel reprodutivo (2010:159).

Embora tenha ressalvas em afirmar que as novas gerações veem a *camarada* como contrária ao bem estar e prazer femininos (CRUZ, 2010:165), já que pouco conceberam sobre ela em minhas entrevistas,

¹⁵⁰ Tradução minha, assim como a seguinte.

¹⁵¹ Lembremos da necessidade dos Pankararu de reivindicação de sua “indianidade”, hoje presente na luta pelo acesso à assistência à saúde e educação diferenciadas.

concordo com a ideia da transição de um corpo coletivo a um corpo individual. A demanda por contracepção, contada a partir da história de Simone (capítulo 4), mostra isso também.

As mulheres entrevistadas para esta pesquisa são, com exceção das parteiras, da geração que frequentou o serviço pré-natal em quase todas as suas gestações e que realiza hoje boa parte de seus partos nos hospitais. Ao perguntar a elas sobre a *dona-do-corpo*, obtive respostas que demonstraram pouca intimidade com o conceito, associando-o diretamente ao útero, ou a algum mal estar.

A – E como é isso da dona-do-corpo?

V – Mulher, eu não sei não, só sei que elas diz que a dona do corpo é...eu nem sei explicar, assim...não sei explicar não, mulher.

A – Mas é só quando tem neném?

V – É não, às vezes que a gente fica assim doente, tipo tá grávida de resguardo, às vezes a gente ia pros resguardo e dizia, “e a dona-do-corpo, vai mandá rezá?”, ou se não tem que ter o resguardo igual você ganha o neném mesmo, não é só quando ganha neném não... (Verônica, 26 anos)

É uma coisa que escuto muito frequente mãe falar, reclamando mal estar que “deve ser a dona-do-corpo”... nunca tive curiosidade de perguntar pra explicar...frequente ouço o pessoal falar de um mal estar que é a dona-do-corpo. Acho que como meu resguardo foi tranquilo não senti nada disso. (Tatiane, 20)

Mesmo não concebendo a *dona-do-corpo* como as mais velhas, é importante considerar que elas não a ignoram, inclusive fazendo o resguardo pós-parto. Mais à frente falarei de como essas mulheres vivem hoje esse resguardo.

5.2 A RELAÇÃO COM OS *ENCANTADOS*

A relação dos Pankararu com os *encantados* é muito forte e, como descrito acima, permeia todos os acontecimentos ao longo de suas vidas, inclusive o nascimento dos/as filhos/as. A revelação de uma gravidez, por exemplo, pode ser feita inesperadamente por um *encantado*:

Eu vim saber que tava grávida foi numa cantoria que a gente foi, um encantado da gente aqui foi que disse... eu achava que tava com algum tipo de inflamação. Novinha, tinha começado a vida sexual assim [...] aí então eu achei dois meses sem a menstruação vir, aí começou tipo uma colicazinha que nem ia descer a menstruação, não descia, que eu me lembro foi assim mesmo. Aí a gente foi pra uma cantoria que teve [...] aí eu pedi. Porque eles sempre ensinam um banho de assento, chá pra gente tomar, pra infecção de qualquer coisa... aí eu pedi pra ensinar um banho, alguma coisa, ainda falei que eu achava que eu tava com alguma inflamaçãozinha alguma coisinha assim. Eles disseram que não, não era o que eu tava pensando e sim, ia ser um cabocão muito bonito, inclusive já disseram até um cabocão (menino) muito bonito. Aí eu disse “não, não acredito”. Aí, eu tava com uma tia minha, que ela disse: “Você tá grávida! Eles ainda não erraram uma de dizer isso e a mulher com pouco tempo não saber que tá grávida”. Às vezes antes da mulher engravidar, como eles diz, se tiver a permissão eles diz, logo, logo a gente tá vendo um cabocão correndo aí. Aí foi onde eu vim saber que tava grávida, ainda fiquei com aquilo, disse, não...ué, se for a gente vai...vai ter que sair (dar certo). (Bete, 30)

Os *encantados* são mobilizados através de pedidos, seja no desejo de se ter um/a filho/a ou uma boa gestação, seja para a resolução de alguma aflição ou problema mais grave com a mãe ou o bebê.

Em todos os partos eu fiz meus pedido e também eles (os encantados) tiveram meu agradecimento, né... como dessa menina (a primeira filha), ela teve que dançar Três Rodas com o praíá, então a gente diz que é o dono dela, né...então ela já tem aquela pessoa que nas dificuldades dela é quem ela pede, quem protege ela, é tipo...tem um guia de luz, tem um guia. [...] Se a gente quiser entregar filho da gente (pra algum encantado) a gente entrega. Minhas filhas [...] só a do meio que não teve promessa, graças a Deus não precisou de... meu pedido só foi por um parto bom, graças a Deus eu tive...teve a Garapa que a gente pagou de agradecimento. (Cristina, 30)

No caso abaixo, o compromisso com o *encantado* veio muito antes da criança ser concebida.

Ele (o filho) vai pro Rancho. Mas não foi uma relação de quando eu engravidei, ah, tipo, se correr tudo bem, às vezes a criança adoece ou tem alguma complicação na gravidez, aí muitos prometem, se correr tudo bem vou botar no rancho ou até mesmo um prato. Já no caso não foi assim. Eu nem namorava ainda com o pai dele, não tinha nada ainda com ele, sabe? Acho que a gente nem se conhecia, mas ele prometeu que no caso um dia que tivesse um filho que fosse homem, no caso pro Rancho é só menino, né. Que fosse homem, ele botaria no Rancho. Mas assim, a gente não tinha relação nenhuma, sabe? Só que daí eu apareci, veio o filho, daí tem que cumpri. Tem que cumpri a promessa. (Tatiane, 20)

Outro momento relevante em que os *encantados* estão presentes é no parto, em casa ou no hospital, sendo inclusive vistos, para quem pode ver, e ouvidos, por algumas mulheres em trabalho de parto, e que relatam

muita fé e segurança na proteção fornecida por eles. Há referências sobre um *encantado* em especial, parteiro, ao qual às indígenas se “apegam”:

Mas é Deus e nossos encantados, porque a gente tem muita sorte que além de Deus pra todo mundo pros índios a gente tem os encantados. Pelo menos dos índios daqui que eu conheço têm. Porque sempre tem o dono do menininho [...] dizem que ele foi parteiro, antes de se encantar, ele era um parteiro, um homem parteiro. Dias antes, acho que três dias antes de eu parir, a gente foi em outra ocasião, ele disse: “pode chamar por mim que eu estarei e vou fazer seu parto”. E a gente sente, Andrea, eu com toda dor do mundo ali chorando, sem poder gritar, sem parente nenhum, sem ninguém conhecido.... ali a gente se sente um bicho do mato acuado. E quando foi na hora eu disse, eu vou morrer, dor por cima de dor, sangue lavando na perna e a gente sozinha, a enfermeira só era pra chamar quando elas quisessem vir, ou quando já estivesse parindo, ora se eu sabia que hora ia parir? Eu digo “Mestre, o senhor esqueceu de mim, pelo amor de Deus, venha fazer meu parto que nem o senhor disse que ia fazer”. Isso eu gritando que nem uma tonta lá dentro: “Mestre, faz favor venha fazer meu parto”, a enfermeira chegou veio ver se eu tava com febre [...] e chamei três vezes e... pra você que é branca, de fato se pode até dizer, foi a fé dela que fez ela ouvir. Mas a gente sente, escutei a gaitinha dele bem fina, aquela gaita que, chega emociona mesmo, Andrea, de dizer você não tá sozinha, tô aqui contigo. Com um bom tempo a gente foi agradecer né, que tem os prato, tem as garapa, mas pense numa alegria...a gente vai tão satisfeita, que nem, eu fui valida e fui mesmo [...] o doutor tava lá fazendo o parto, mas eu tenho certeza que ele tava fazendo também. Aí fiquei boa do resguardo, quando fiquei boa fui levar o prato a ele. (Bete, 30, em relato de parto hospitalar)

A resolução de uma aflição pode vir também por sonho:

Eu tava tão aperreada pra mim vir embora que nessa noite eu pedi a um dos encantados nossos daqui da aldeia que no outro dia tivesse alta, porque eu não aguentava ficar mais naquele hospital. Aí sonhei a noite indo pra casa, quando foi de manhã minha tia chegou lá e o médico disse “olhe, se vocês se responsabilizar de fazer [...] o tratamento dela em casa a gente dá alta nela hoje ainda”. [...] Oxe, no outro dia eu saí! Então assim, é uma das provas assim muito grande que eu tenho, assim, e acredito nos encantos nossos daqui, foi uma dessas, né? (Cristina, 30, relato de parto hospitalar)

A tendência é que a pessoa peça aos *encantados* da sua família, da família do cônjuge, ou àqueles que já tenham atendido a alguma demanda sua, provavelmente de alguma família com quem se tenha boas relações, seguindo a rede de lealdade já existente. Mas não exclusivamente.

É o jeito que vem na cabeça, né, aí vem o nome daquele encantado a gente pede...uma vez eu tava tão aperreada me veio na mente o nome de um praiá, de um encantado. Só que aí eu não sabia de onde era, de quem era, apenas veio na minha mente pra eu pedir, dei graças a Deus que eu pedi. Aí depois eu procurei de quem era, aí disseram de quem era eu fui e paguei. Mas não assim porque foi da

família de fulano, apenas veio na minha mente e pedi. Digo, agora tenho que descobrir de onde é e pagar minha promessa. (Bárbara, 33)

Porque apesar de haver desavenças entre as pessoas, mais de uma vez me foi afirmado que entre si, os *encantados* são irmãos. Ou seja, acima da briga entre quaisquer famílias, está a irmandade dos *encantados*, que deve ser considerada.

5.3 PARINDO

Nas aldeias foco deste trabalho, Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros, a escolha por ter o filho em casa é uma opção concreta, mesmo que Dona Maria atualmente seja mais demandada do que suas possibilidades. Como se verá na última seção deste capítulo, a maioria dos partos em Pankararu é normal e hospitalar. Mas nas duas primeiras aldeias citadas, prevalece o parto domiciliar, sem mortes maternas¹⁵² ou infantis a ele associadas.

O parto domiciliar em Pankararu é um dos acontecimentos mais relevantes no que diz respeito às práticas indígenas de nascimento. Além de contar com a atuação de uma especialista *tradicional* no momento auge do processo permite que, a partir dali, sejam tomados os cuidados necessários com o resguardo, sempre junto da família, atendendo e respeitando as necessidades específicas da recém-parida. É fortalecido o vínculo daquela família com a parteira, que vira mãe-madrinha do bebê e comadre de seus pais. Por outro lado, se houver a necessidade de transferir alguma mulher para o hospital, é necessário requisitar os carros da SESAI, que nem sempre estão acessíveis. O carro da família ou de algum vizinho pode também ser mobilizado.

O parto hospitalar, por sua vez, por estar inserido na lógica do modelo biomédico, não dá muita abertura para as demandas individuais das

¹⁵² Felizmente a mortalidade materna em Pankararu é quase nula. Desde 2004, quando o DSEI aprimorou seus instrumentos de coleta de dados, houve um único caso de morte materna, em 2009, de uma gestante de alto risco, inclusive internada no IMIP, em Recife.

parturientes, principalmente as que dizem respeito aos cuidados *tradicionais*. Ali é mais fácil ter acesso aos medicamentos e a procedimentos de urgência, caso sejam necessários, mas se a mulher quiser seguir algum cuidado *tradicional* precisará contar com boa vontade do/a profissional que a atende, ou simplesmente deverá esperar retornar à aldeia. Apesar de esperado, nem sempre é possível contar com a presença de um médico nos hospitais próximos, sendo conhecida a dificuldade de se contratar e manter estes profissionais no interior do país. Na maioria das vezes os partos normais são realizados por parteiras que na verdade são técnicas de enfermagem¹⁵³.

5.3.1 Parto em casa

O parto domiciliar é realizado por opção de diversas mulheres em Pankararu, salvo algumas exceções, principalmente nas aldeias de difícil acesso, que acabam parindo em casa ou a caminho do hospital por não chegarem a tempo. É bastante valorizado pelo acompanhamento permanente que a grávida tem da parteira e de seus parentes e pela liberdade que lhe é dada para movimentar-se e escolher uma posição para parir.

Aí elas já me davam a prioridade de escolher o modo que eu queria ganhar...aí no caso elas me acocavam, me sentavam, faziam minha vontade, o que dava vontade de fazer elas faziam. (Tive) deitada mesmo... na hora de ganhar a menina veio e elas fizeram o trabalho. [...] Dona Maria ora vinha, fazia meu pirão¹⁵⁴, dava banho na menina, me dava meu banho... substituiu muito papel de mãe, por isso que eu tenho ali, Ave Maria, aquela dali, ela e Juliana, fizeram muita parte de minha história [...] (Cristina, 25)

Não há uma posição predeterminada para parir, as mulheres são deixadas à vontade, algumas tendo seus bebês de cócoras, outras de quatro, outras deitadas.

¹⁵³ Apesar de não ser de competência das técnicas assistirem partos essa é uma prática difunda no interior do país.

¹⁵⁴ Pirão é a comida por excelência da mulher recém-parida. Trata-se de um prato com arroz, frango e o seu pirão, mistura do caldo com farinha de mandioca.

No geral, os partos domiciliares iniciam com a *buchuda* mandando chamar a parteira através da pessoa mais próxima que estiver à disposição no momento em que tenha alguma sensação que indique o momento do parto, às vezes com urgência, se a mulher já estiver prestes a dar à luz. Avisada, a parteira praticamente para o que está fazendo e vai acudir a mulher, já levando consigo o “kit da parteira”, se tiver participado de alguma das capacitações.

O parto presenciado por mim e relatado abaixo iniciou de forma mais tranquila e aconteceu em agosto de 2008.

xxxxxxxxx

O parto de Dindinha era esperado uma semana antes de quando aconteceu. Ela e Dona Maria já tinham me chamado para participar, com a intenção de que eu filmasse e tirasse fotos, ou seja, de que eu também participasse. Eu estava em Jatobá quando recebi a ligação de Dona Maria, por volta das 8h30 da manhã, e fui para a aldeia Jitó. Deixei o carro em sua casa e fui a pé até a casa da buchuda, subindo serra acima, num percurso de tirar o fôlego entre terra, mato, pedras e o sol queimando na cabeça.

Passei então o dia com Dona Maria, Dindinha, Tereza e Catia, estas duas últimas parteiras que acompanhavam Dona Maria, aguardando o desenrolar do trabalho de parto. Lá estavam o pai da gestante, seu marido - que acabou saindo e voltou só depois do parto – e seus três filhos, correndo por fora de casa. Dindinha estava barrigudíssima, perto de nós que estávamos fora da casa conversando, as parteiras fumando o campião.

Pouco depois, entramos na cozinha e, junto de Tereza, que estava preparando o almoço, ficamos aguardando. Por ali estava o pai de Dindinha, arranjando o frango que mataria para nosso almoço e perguntou se ele poderia ser morto com um tiro, com Dona Maria respondendo que sim, pois Dindinha, que também comeria, ainda não havia parido. Se fosse pós-parto, ela não poderia, pois, segundo Tereza “a carne fica muito agitada”. Só

poderia matar o frango torcendo o pescoço, pois a forma de sangrar era diferente.

Nesse meio tempo Dona Maria saiu com um copo e uma faca para procurar um pé de árvore. Ela voltou com duas raspas de pau que, misturadas à água (acho que era água), deu para Dindinha tomar. Ao perguntar o que era, obtive uma resposta muito categórica de Dona Maria: coisa que branco não pode saber! À qual obviamente não insisti, os segredos e mistérios também fazem parte do momento do parto. Ficamos por ali observando Dindinha, que de vez em quando sentia dores, andava por ali, por acolá, não sentindo nada ainda nas costas. Catia acabou indo embora, já que não poderia permanecer no parto que ainda demoraria.

O almoço servido foi arroz, galinha, salada, farinha, mandioca e suco de murici¹⁵⁵. Depois do almoço ali ficamos mais um pouco e, enquanto as mulheres tiravam um cochilo, desci para o Brejo adiantar alguns assuntos do trabalho. Voltei uma hora depois e as contrações de Dindinha continuavam iguais.

Já por volta das 16h, Dona Maria fez um chá que deu para a buchuda tomar, pelo que entendi, para estimular as contrações. E realmente, dentro de algumas horas as contrações de Dindinha foram aumentando, até que, em certo momento, já ao cair da noite, a coisa foi ficando mais séria. Em determinado momento, que eu não vi, Dona Maria colocou sua tesoura para ferver algumas horas dentro de uma panela de alumínio, guardando-a em seguida no seu estojo de alumínio.

Então efetivamente começaram a preparar o espaço para a hora do parto. As crianças, terminando de jantar, foram mandadas para outra casa, Dindinha tomou um banho e ficou de camisola, e Dona Maria começou a separar seu material. Confirmei com ambas, diversas vezes, que eu poderia filmar o parto, e me preparei para isso. Um comentário de Dona Maria me chamou a atenção, quando entrou no quarto de Dindinha para arrumá-lo e disse: vou fazer igual aos mais velhos, desatar todos estes nós, menina,

¹⁵⁵ O murici (*Byrsonima crassifolia*) é uma fruta nativa do Nordeste brasileiro de sabor e cheiro muito intensos e característicos.

desata estes nós. Não consegui resposta a esta necessidade de desatar os nós¹⁵⁶, só me disseram que os mais velhos faziam isso.

Dona Maria fez algumas vezes o exame de toque, para avaliar a evolução da mulher no decorrer do dia, auscultou o coração do bebê com o sonar, quando achou necessário, sempre considerando que as condições de Dindinha estavam boas para ter o bebê em casa. Fez também algumas massagens em suas costas e barriga, e uma espécie de carinho, que ela sempre faz, abrindo e fechando suavemente os dedos da mão em cima do bucho, como quem quisesse acordar e chamar o bebê.

Dindinha então começou a passar momentos de fortes repuxos, onde fazia caras de sofrimento, com Dona Maria chegando por perto e fazendo alguma massagem, sinais também de apoio, junto com seu campião aceso, que parecia ter ali algum papel de amparo, conforto, segurança. Isso no quarto de Dindinha, com os plásticos e panos já colocados sobre a cama para o momento do parto. Dindinha chegou a deitar sobre ela, contudo, Dona Maria achou a cama muito fofa e mole, o que poderia prejudicar o momento do parto. Assim, mudamos para uma das camas do quarto ao lado, que era das crianças. Precisamos também conseguir mais panos e lençóis, já que o plástico estava furado e a parteira não queria manchar a cama.

Dindinha escolheu parir deitada, ficando um bom tempo ali até que o bebê saísse por completo. Em certo momento Dona Maria, já de luvas, chamou Tereza para segurar Dindinha por trás, pela cabeceira, e esta se agarrou no pescoço daquela, fazendo toda a força que fosse preciso. Não demorou muito para vermos a cabeça do bebê coroando e pude observar como a parteira, para evitar lacerações, amparava o períneo da mulher com um pano. E dava sempre umas mexidinhas na barriga de Dindinha, mais uma “empurradinha” por cima da barriga, até que saiu a cabeça do neném e, em seguida, o resto do corpo.

¹⁵⁶ Segundo Rosalen, um cuidado “bastante enfatizado pelos Wajãpi é relativo ao dar nó”. Estando o filho recém-nascido, os pais são proibidos de fazer nós, uma vez que estes simbolizam o confinamento do princípio vital, impedindo sua circulação principalmente via respiração e urina (2005:106).

Dona Maria deu graças a Deus, benzeu o neném na cabeça com o sinal da cruz, nela mesma e, não vi ao certo, se benzeu finalmente o cordão umbilical ou o peito do bebê. Ele então chorou um pouquinho, foi limpo com um pano seco e limpo e colocado no peito da mãe, mas acabou não mamando. Dona Maria começou a massagear a barriga pra sair a placenta que, sem muita dificuldade, foi despachada e benzida com o sinal da cruz. A parteira então clampeou¹⁵⁷ e cortou-lhe o cordão umbilical, guardando a placenta numa bacia para ser enterrada posteriormente atrás da casa pelo pai. Nisso, o bebê foi enrolado num pano onde ficou bem aquecido e ao lado, esperando tudo terminar, pra poder ir junto de sua mãe.

Com a ajuda de Tereza, foi a hora de limpar a mãe com soro fisiológico e “amarrar” seu ventre com o pano e as ervas. Tereza, por outro lado, se ocupou de limpar e organizar o local e o trabalho de ambas, conjuntamente, fez com que tudo terminasse muito rápido.

Depois disso, segurei o bebê, pois foi a hora de mudar Dindinha de cama. Deixaram-na dentro do lençol que, pego em uma ponta por cada pessoa (e eis que Roberto já estava ali fora e entrou para ajudar) serviu como rede que transportou-a de uma cama a outra. Tudo para que ela se movimentasse o menos possível. Já deitada em sua cama, ela então saiu de cima do lençol com movimentos muito delicados, até chegar bem ao canto perto da parede, seu lugar por excelência nos próximos dias.

Depois disso, Dona Maria deu banho no bebê, pingou-lhe nitrato de prata e o vestiu como manda o saber local: blusa, casaquinho, calça, luvas, meias e toca. Roberto que estava ali ainda pesou e observou o apgar¹⁵⁸ do bebê, colocando-o, finalmente, junto à mãe. Nessa hora, todos os filhos de Dindinha entraram juntos para conhecer o mais novo irmão. O pai, que ainda não vira o bebê, estava ali perto bebendo o cachimbo e comemorando com os amigos.

¹⁵⁷ Prendeu o cordão umbilical com um clamp, espécie de grampo utilizado em hospitais.

¹⁵⁸ Bem sucintamente, estado geral imediato de tônus muscular, respiração, frequência cardíaca, etc., do bebê.

Quem fez a comida de Dindinha foi novamente Tereza: o tradicional pirão de galinha da parida que, apesar de ter ganho o prato, não o comeu na hora. O comentário era de que a comida do almoço já não servia pra ela, era necessário fazer outra fresca. Por ali também já bebemos o cachimbo e esperamos um tempo a mais, prática das parteiras, para ver se está tudo bem com a mulher. Eu esperei algum tempo e, por volta das 21h30, desci pra Jatobá.

XXXXXXXXXX

Em todos os partos, de forma geral, a ajuda de uma outra pessoa é requisitada, quando não sendo possível a presença de alguma outra parteira ou aprendiz, sendo chamada alguma mulher da casa ou vizinhança. Não é costume a participação dos homens, embora haja casos em que o pai acompanhe diretamente sua mulher. O uso do *campiô* é constante, antes e após o parto, sempre pedindo pelo bem estar de todos/as os/as ali envolvidos. Finalmente, observei que a parteira evita se ausentar da aldeia no período posterior ao parto, além de ser de praxe que visite mãe e bebê no dia seguinte, sempre para ver se está tudo bem com ambos.

5.3.2 Parto hospitalar

O parto hospitalar, inserido na lógica do modelo biomédico, dificilmente dá abertura para as demandas individuais das parturientes, inclusive para os cuidados relativos ao resguardo. Ouvi histórias de mulheres peregrinando entre os hospitais, que as mandam de volta para casa dizendo que não vão parir naquele momento, ou que não há vaga para elas, e que acabam parindo em outro hospital, encaminhadas pelo primeiro, na aldeia com a parteira ou mesmo na rua.

Os relatos sobre parir nos hospitais da região caracterizam-se pelo tratamento pouco acolhedor dado às mulheres, pelas intervenções de rotina

(sem análise caso a caso da necessidade de cada mulher) e principalmente pelo costume de deixá-las sozinhas, sem direito a acompanhante e sem saber o que vai acontecer a elas. Uma assistência paciente, respeitosa e mesmo o exercício de alguns direitos, ficam a mercê da boa vontade do/a funcionário pelo qual se é atendido. Desde 2007, que tenho contato com as mulheres de lá, não conheço o relato de nenhuma indígena que tenha exercido seu direito de ter um acompanhante no parto. Como muito D. Maria, por ser parteira, consegue entrar e permanecer com elas em alguns hospitais.

Não acompanhei nenhum parto hospitalar, por isso, o caso aqui contado baseia-se inteiramente na entrevista feita com Joana, de 27 anos.

XXXXXXXXXX

Joana teve sua primeira filha com 18 anos. Ainda na escola, ficou grávida do namorado, mudando-se então para a casa que ele já tinha, no Brejo dos Padres, onde começaram a vida de casados. Joana conta das dificuldades que teve, principalmente no começo da gravidez, em que era ajudada por sua sogra com comida, roupas e fraldas:

Foi difícil porque eu sem emprego, sem poder trabalhar, que a gravidez foi no começo foi muito ruim, de enjoô, não conseguia comer nada nem fazer nada, aí eu saí do trabalho e ele também sem trabalho e foi muito difícil, uma gravidez muito dura mesmo, viu? Só o cuscuz mesmo e bofe¹⁵⁹ era o que eu mais comia assim.

Por ser de outra aldeia, Joana não tinha ainda muitos vínculos no Brejo, o que fez com que tivesse como principal referência para suas dúvidas de gestante, a enfermeira com quem se atendia no pré-natal. Nem com Dona Maria, de quem posteriormente seria uma pessoa próxima, ela tinha contato.

¹⁵⁹ Viscera.

Tudo eu procurava ela (a enfermeira). Às vezes não era nem dia do meu pré-natal e eu sentia alguma coisa diferente, que primeira gravidez a pessoa não sabe, eu ia pra ela e ela sempre explicava “não, é assim mesmo, tem problema não”, toda dúvida que eu tinha sempre perguntava à ela. Que minha mãe mora em outro lugar, outra aldeia, aí já fica longe daqui. Então não tinha assim muita amizade quando eu vim pra cá, tudo eu era só a enfermeira.

Apesar de já haver pré-natal dentro da área, ela preferiu se consultar em Itaparica, onde considerava a enfermeira muito boa. Esta lhe passou exames e remédios que a própria prefeitura em tempo hábil lhe forneceu. Conta Joana: “ela olhava pra ver se estava bem, eu ainda fiz duas ultrassons. E ela passava os remédios, sulfato ferroso, ela passava aqueles fortificantes pra mim, dizia como ia ser o parto mais ou menos, essas coisas”. Para ir para Itaparica Joana pegava o transporte local, caminhonetes D20 que descem e sobem o dia todo levando passageiros.

Segundo ela, o parto foi fácil, apesar de não saber ao certo o que ia lhe acontecer.

Eu tinha lavado roupa, a enfermeira tinha dado até dia 25 de janeiro, aí eu tava lavando roupa dia 17 de janeiro. Lavei roupa o dia todinho, lençol, as fralda que tinha dado roupinha tudinho! Já pra ir se preparando, pra quando nascer já tá limpo. Então lavei roupa o dia todinho, a tarde toda. Quando foi a noite não senti nada [...] Aí quando deu onze....quando deu duas, três horas (da madrugada), deu vontade de ir no banheiro. Foi passar a perna pra levantar desceu aquela água bem forte, bem forte mesmo assim, quando eu vi comecei a tremer: “ai, o que é isso!?” Eu era besta eu achava que parir era alguém que ia meter a mão lá e ia puxar, eu não sabia que ia depender de você, aí eu me desesperei, aquela coisa [...] e fui fechando minhas pernas com medo [...] aí ele (o pai) correu, chamou a mãe dele [...] e eu não tinha esse contato com D. Maria (a parteira). Como eu fazia sempre pré-natal lá (em Itaparica, fora da aleia), tudo meu era lá, aí eu não tinha contato com ninguém assim... aí quando ela chegou: “mulher abra tuas perna que tu não vai ter tua filha assim não, abre as perna! E eu lá sentada na cama chega me tremia assim...aí ela, “tem que abri as perna...vai vestir um vestido e tomar banho!”. E quando eu ia, aquela aguona descendo, que era a bolsa d’água né...aí quando a parteira chegou aí: “você quer ganhar em casa?”. Disse “não, não, quero ir pro hospital que eu tô aperreada e eu não sei o que é isso” [...].

Desceram então, a parteira e Joana no carro da FUNASA, para o hospital de Itaparica. Chegando lá ambas ajudaram a preencher a ficha de entrada da gestante, mas Dona Maria quase não conseguiu entrar junto, só com muita insistência. Joana diz “minha sorte foi ela,

se não ia ficar lá sozinha o resto da madrugada, até chegar de manhã". Isso porque o comum é as mulheres serem deixadas sozinhas até o período expulsivo, quando efetivamente o neném nasce e quando muitas delas não conseguem chamar ou simplesmente não sabem que é a hora de nascer. Joana dá sua percepção da assistência.

Acontece muitos casos assim de gente que vai quando elas vem o menino já tá no chão, lá acontecem muitos casos assim [...] já ouvi muita história assim. Porque lá tem uma sala que elas ficam conversando e quando é a noite aí que é pior, que elas vão pra essa sala, ficam tomando café e tudo...aí quando chega pra ganhar elas deixam você lá, no quatinho de espera e ficam lá. Aí quando você aperta mesmo que você chama, e quando você aperta mesmo é a hora que você não pode chamar, que não aguenta! Aí quando vem o menino já tá é no...que lá na salinha de espera que tem um banheirinho assim também e quando elas vem o menino já tá é no chão!

No caso dela, a entrada da parteira indígena foi fundamental porque simplesmente não havia profissional de saúde para atendê-la.

Aí quando chegou no hospital não tem parteira, não tem médico, não tem nada, aí eu fiquei lá mais ela [...] Aí quando foi umas cinco horas começou a vir as contrações mais fortes...aí eu: "Dona Maria, essa dor é dor de cólica...eu já conheço essa dor..."Aí eu achava que ia ter numa caminha que me colocaram lá, né... e eu ficava "essa cama assim tão sem graça, será se é assim...", eu achava que eu ia ter num quarto bonito! Aí depois quando eu já tava a pulso¹⁶⁰, aí ela, vamo ali, só eu e ela. Aí outro dia era dia de pré-natal, que era dia de terça. Aí quando deu sete horas a enfermeira que me acompanhava chegou e eu ainda tava lá. Aí ela correu aí foi pra lá, sei que eu ganhei ela era 8h20 com ela (a enfermeira)...fazendo massagem, ela alisava seu rosto, e "você fique calma", e ela alisava seus braço e bota as perna naqueles ferros no hospital, e eu tive com ela, com Dona Maria e outra acompanhante dela (do hospital), Paula, que acompanhava o pré-natal. Aí pra acabar de acertar chegou irmã graça que era religiosa e começou a rezar o terço e eu pense num parto abençoado esse? Mas eu não sofri tanto assim porque a bolsa já tinha estourado aí foi bem rápido assim, com elas lá, eu só lembro delas, uma alisava, a outra dava um beijo, a outra cuidava, aí quem acabou pegando ela foi Dona Maria que a parteira não tinha chegado! Aí depois foram limpar, e tudo, e dessa eu não sofri muito não!

Joana conta que pôde se movimentar durante o pré-parto, na fase ativa, o que não é muito comum nos hospitais da região. O fato

¹⁶⁰ Sem aguentar mais, sendo arrastada.

de ter sido assistida pela própria parteira indígena permitiu que a dinâmica hospitalar fosse diferente, resultando em benefícios para a mãe. Pelo relato entende-se que muitas pessoas estiveram com ela dando apoio, fala-se de uma “acompanhante”, mas não tenho conhecimento, por exemplo, de atuação de doulas¹⁶¹ na região.

Gestante e parteira compartilham da noção de que, o fato dela ter lavado muitas roupas pesadas naquele dia, ter feito força, “ter sido macho”, ajudou no desenrolar de um parto não sofrido, que teve um bom desfecho. Evitar esforço físico é uma recomendação que não existe durante a gestação, segundo os saberes das mais velhas¹⁶², ao contrário dos cuidados biomédicos que, como já citado, colocam isso inclusive como fator de risco¹⁶³.

Depois de nascida a menina, Joana conta que despachou¹⁶⁴ com facilidade, tudo foi limpo, a neném tomou banho e então as parteiras e enfermeiras foram embora. Transferida para outro quarto, conta como foi começar o resguardo no hospital.

JOANA - Aí colocaram ela (a bebê) no quarto, aí ela veio embora e pronto, aí eu me senti perdida porque eu fiquei sozinha, não tinha mais ninguém lá e essa Paula, que era acompanhante da minha enfermeira, ela veio me visitar mas depois quando foi a noite ela foi embora daí eu fiquei sozinha.

ANDREA – Porque aí você dormiu mais uma noite...

J – Dormi mais uma noite lá... aí eu ficava, como é que eu vou me levantar dessa cama? Aí ficava pensando, porque ninguém me disse que eu tinha que levantar, deixaram lá e pronto, sabe? Deixou lá e você que se virasse. Aí eu fiquei lá deitada também nunca me levantei pra dar o peito, fiquei com medo porque minha mãe sempre me dizia “olhe – que elas (mãe e irmãs) não queriam que eu tivesse no hospital – quando você ganhar não se levante só, que às vezes a pessoa está fraca e cai, se você levantar não vá só, fique deitada. Aí ficava com medo de sair, de se levantar, de pegar menino, de se levantar pra ir no banheiro. Eu fiquei o dia quase todo sozinha lá, sem ir no banheiro, sem dar peito, só deitada. Aí no almoço elas...já tinha as pessoas que vem dar o almoço, aí vem entregar o almoço,

¹⁶¹ Mulher que dá suporte físico e emocional a outras mulheres antes, durante e após o parto. Disponível em www.doulas.com.be. Acessado em 05/01/2013.

¹⁶² As mulheres mais velhas, que costumavam frequentemente trabalhar na roça, contam que até no dia do parto estavam lá, pegando na enxada e percorrendo grandes distâncias. Há casos muito curiosos de mulheres que, quando percebiam, já estavam dando à luz ali mesmo, debaixo da árvore, no caminho da cidade, quase que por acaso. Era somente a partir do parto que a mulher se recolhia.

¹⁶³ Conforme citado no Capítulo 4.

¹⁶⁴ Refere-se à saída da placenta.

voltou, veio buscar o prato e ninguém falou nada! E o neném lá! Só que ela não chorava! Aí depois quando foi a noite que chegou outra enfermeira que elas ficam trocando, aí disse “tu já deu peito à tua neném?” Eu disse “não!”. Ela disse “tem que dar!” Aí foi pegar, botou no peito, “vamos fazer um biquinho!”. Aí depois eu passei a noite sozinha com ela! Aí não botei mais ela na outra cama, fique com ela já comigo que eu não queria me levantar. Aí quando foi no outro dia já era pra vir embora [...]

Explorando um pouco mais a questão do resguardo durante o hospital, Joana conta,

J - Porque lá (na aldeia), minha mãe disse que não pode comer feijão, elas não dão feijão. E lá (no hospital) o primeiro almoço que veio foi feijão. Aí eu já achei...lá não tem negócio de resguardo, já vem feijão pra você comer. [...] lá são avexadinha pra comer feijão.

A - Mas, por exemplo, lá você tomou banho...

J - É, e o banho também que elas (as mais velhas) não recomenda você tomar banho, só depois que passar uns dias, que você toma banho, e lá (no hospital) não. Terminou já, vamo toma banho, lavá cabelo, e eu já lavei o meu cabelo lá porque eu não sabia, né? Elas “vamo lavá o cabelo pra fazê uma trança”, e molhei minha cabeça já. Então aí eu não entendia de nada. Quando eu cheguei aqui (na aldeia, com as tias do marido, já contando que havia lavado a cabeça) foi que elas: “e foi!” Só que o feijão eu não comi porque eu já sabia, só que o banho eu tomei, lavei o cabelo. E elas dão banho normalmente, como se você não tivesse de resguardo. E elas mesmo que deu o banho.

De volta à sua casa Joana não pôde contar com a ajuda de sua mãe que havia ido para São Paulo. Assim, marido, vizinhas e sogra se mobilizaram para que ela pudesse cumprir o resguardo.

E nesses tempos ela (a mãe) tava por São Paulo. Aí foi que também os pessoal tava esperando eu chegar, depois que eu cheguei aí veio, ele forrou a cama, aí eu deitei, aí eu fiquei e agora eu vou comer o que? Você não tem nada pra fazer, e quem vai cuidar? Será que vai ser eu mesmo? E minha mãe sempre dizia, pior é o fogão, não pode ir pro fogão, né? Aí depois não, aí Julia chegou, começou a arrumar a casa, aí depois minha sogra veio com o almoço, aí pronto elas ficaram 15 dias, minha sogra ficou 15 dias fazendo o almoço, todo dia ela fazia o almoço, o pirão, o arroz, o suco, vinha buscar as fraldas sujas, lavava, vinha trazer, já passadinha, e Julia ali sempre vinha, vinha dar o banho, como eu não sabia esse negócio de dar o banho, ela vinha dava banho, até uns 15 dias ela que deu banho na menina, aí depois ela “Não, agora você já pode dar, passou dos 15 dias, né?” O pessoal tem esse negócio dos 15 dias. Aí depois dos 15 dias foi que comecei a dar banho na menina, mas as fraldas assim pra lavar, isso tudo era elas, elas que faziam, Julia e a minha sogra.

A - Ou seja, você não foi pro fogão? Quanto tempo você ficou assim?

J - Não. Um mês mesmo, um mês direitinho eu cumpri assim.

A - E como é que você sentiu com essas pessoas te ajudando?

J - Muito feliz assim. Feliz e triste ao mesmo tempo, porque quando eu ganhei assim ela, agora eu aprendi a dar mais valor à minha mãe porque a gente sofre, viu? A mãe sofre assim pra ter, e depois, o cuidar, o ter não é nem tanto, que é rápido, mas depois o cuidar, é uma responsabilidade e

tanto, eu achava que eu não ia nem ter essa responsabilidade toda não. Ai essa também Mariana, como era minha madrinha, ela sempre ajudava com a gente em tudo: fralda, porque gasta muita fralda, ela dava sempre, trazia uma roupinha, trazia uma bolacha. Ela sempre ajudava, de vez em quando ela vinha também, ajudava, até a noite às vezes ela vinha.

No caso de Joana, longe de seu núcleo familiar, ainda começando a estabelecer vínculos naquela nova família e aldeia, a ajuda das vizinhas, de sua sogra e sua madrinha foi fundamental para que pudesse cumprir o resguardo e aprender a cuidar da neném. Aos poucos, seu marido, que a princípio não se envolvera muito, começou também a assumir os cuidados com a menina e a casa, principalmente para Joana concluir seus estudos e começar a trabalhar. Para este nascimento, Joana e seu marido pagaram Três Rodas no terreiro do pai dela, zelador de praiá, em sua aldeia de origem.

xxxxxxxxxx

A experiência de Joana foi relativamente tranquila, apesar de seu resguardo ter sido quebrado logo no início. Seguem abaixo alguns relatos um pouco mais marcantes das experiências em hospital, sendo a maioria deles de Bete, índia de 30 anos que passou por um parto traumático há dez anos.

A ausência de uma pessoa ao lado, durante os momentos do parto é uma das principais queixas das mulheres. Quando perguntadas sobre o que poderia ter sido melhor, quase todas responderam sobre não serem deixadas sozinhas e sem assistência. Em um dos depoimentos a resposta foi

Médico ter dado assistência e não só a parteira, tendo mais paciência. Vejo pessoas novas tendo filho sem experiência nenhuma... porque a gente vê que as pessoas não têm paciência com essas crianças. Então, pra mim ter tido uma boa relação com o meu parto lá acho que tinha que ter uma parteira mais amiga, atendimento mais amigo, pessoas que não se interessassem só pelo dinheiro, mas que fossem um pouco sensibilizado com a situação daquela pessoa. (Cristina, 30)

A situação de deixar as mulheres abandonadas no hospital é tão grave que uma entrevistada presenciou uma moça não indígena tendo neném no vaso sanitário:

...quando a menina disse, “eu não tô aguentando mais não... meu filho vai nascer!” Aí a enfermeira disse assim... “olhe, seu bebê não vai nascer agora que você não tá com cara de quem tá sentindo a dor de parir mesmo não. Sente e espere, que não vai ser agora, o seu vai ser só lá pra madrugada”. Aí ela aperreadinha, hoje eu sei que ela tava com uma dor de, que quando dá aquela dor mesmo, dá vontade como se fosse aquela vontade de fazer cocô, foi o pensamento dela. Aí ela foi pra bacia fazer cocô, ela achava que não ia nascer, era o primeiro dela também, ia fazer cocô, ela “melhor, vou pro banheiro, não tô aguentando mais não”. Quando ela chegou na bacia, que sentou [...] acho que foi forçar pro cocô o bebê, pá! E foi a sorte que o bebê já caiu, acho que quando ele caiu dentro da bacia mesmo, na aguinha da bacia. Aí quando ele caiu ela gritou: “aí eu tô parindo doutor! Ah, minha filha, nessa hora correu, até os médicos que acho que estava dormindo acordo. Aí veio três enfermeira com médico, pegaram a menina, pegaram a mulher, saíram com o fatão¹⁶⁵ todo coisando (arrastando) assim...te juro, no chão do banheiro...coisas e coisas assim que eu fiquei, eu digo, eu tenho fé em Deus que eu nunca mais há de parir pra passar por uma coisa dessas. (Bete, 30)

Apesar dessa história ter acontecido há dez anos, são bastante atuais os relatos de mulheres que ainda hoje, deixadas sem assistência durante o trabalho de parto, acabam tendo seus filhos sozinhas no próprio hospital. Outra característica criticada do parto hospitalar é o fato de não ser permitido que a mulher ande durante o trabalho de parto. As instruções são, ao contrário do que acontece em domicílio, para que elas fiquem quietas.

Elas dizia que não adianta gritar que vai fazer mal para o bebê, que você vai ficar sem força. Era pra deitar e ficar quietinha o máximo possível. A gente quando tá sentindo essas dor não dava pra ficar deitada. Quando elas virava as costas levantava um pouquinho, estirava, aí quando elas saía de tudo que só vinham mesmo quando escutava os gritos...as enfermeiras, que já acostumadas no hospital, (diziam) “vá sentar! Não se esforce, não chore, não grite, não não sei o que...” tudo era pra economizar as forças. Eu com toda dor do mundo ali chorando, sem poder gritar, sem parente nenhum, sem ninguém conhecido....ali a gente se sente um bicho do mato acuado. (Bete, 30)

O sentimento de repressão é tão grande, que não se pensa pedir coisa alguma às enfermeiras, como a placenta para ser enterrada¹⁶⁶, por exemplo, para não levarem mais broncas ou serem maltratadas. Assim, a

¹⁶⁵ Tripa.

¹⁶⁶ Por ser um órgão do corpo entende-se que não pode ser jogada fora.

enxurrada de intervenções sem explicação e sem avaliação caso a caso é alarmante: *“era a fila de mulher assim, teve umas quatro mulher, o médico só furando a bolsa delas. Se tava aqui ele furava a bolsa e saía, furava a bolsa e saía, que era pra ser rápido. E naquela que eu nem sabia que diabo era furar a bolsa, pra mó de ser rápido”* (Bete, 30).

Bete teve ainda suas pernas amarradas para parir e episiotomia de ambos os lados.

Quando chegou ela (a enfermeira) foi, deitou na mesa de parto aí disse, eu vou amarrar suas pernas. [...] Enganchou minha perna ali, enganchou a perna no outro. Quando eu vi um médico entrando, digo meu Deus, e é um homem! A gente tá tão lascada que...nem liga mais pra isso, mas ainda prestei atenção, é um homem. O homem me vê daquele jeito, meu Deus. [...] E já com aquilo, eu disse eu escutei a flauta dele, ele tá aqui, ele vem. Eu acho que foi a força, Deus primeiramente que me manteve levar até o fim ali, se ele tá aqui ele vai me ajudar, vai fazer o parto. Aí o doutor disse, olhe, eu vou fazer seu parto. Você bote só, só o que você vai fazer agora é botar força, o neném tá saindo. Andrea, como diacho a gente bota força desse jeito, não tem apoio aqui, não tem, a força que eu arranjei era a enfermeira de um lado, a enfermeira do outro. Pra que as duas assim eu nas pernas dela, porque a força é no braço, né. As duas pernas que era pra ter que botar força amarrada. E eu “solte minha perna, solte minha perna, como é que vou botar força com a perna amarrada?” Olhe, o doutor, “se você fechar a perna mata seu filho, então não tem como eu fechá sua perna, soltar. Tem que ser com a perna amarrada”. Até hoje quando eu lembro, ter as pernas pra cima, sem apoio algum, ou assim pra segurar, a única força que tinha que botar era no braço [...]. Mas que foi uma experiência traumatizante.

[...]

A – Cortaram você?

BETE – Dos dois lados. Aí quando eu vi o doutor disse “é o primeiro filho?”. Disse, é. Naquela loucura, vai parir, vai parir, vai parir. O doutor disse, “olhe, é o primeiro filho dela mesmo”, as enfermeiras disse, “É!”. Ele disse “vamo ter que cortar, porque ela não tem passagem”. E eu escutando, tudo isso a gente escuta. [...] Aí eu ainda disse, doutor, ceis vão me cortar? Não me corte não”. “Não, meu amor, tem que cortar, se não como é que o neném vai sair? Aí senti a primeira cortada, pá! Depois eles ainda teimaram que só tinham cortado de um lado, mas não, eu cheguei em casa a primeira coisa que fui olhar fiquei naquele sentido, cortaram dos dois lados. Ave Maria, horrível isso. Horrível pra sentar, pra levantar, até os banhos de assento que a gente tomava, era horrível aquela linhona caindo. É assim, humilhante mesmo. Ali a gente tá sem poder nenhum, que eu pedi, doutor não me corte não, tem que cortar, é horrível. Essa do primeiro parto foi horrível, horrível, horrível, em todos os sentidos. Eu acho assim, que se eu não fosse com essa ideia fixa, meu Deus, vai dar tudo certo, que a gente sempre diz tem Deus e tem os ministros dele aqui pra gente. Se eu não tivesse tanta certeza de que ele taria ali comigo, o Homem daqui, que prometeu tá...e quando foi pra sair do hospital, quando o doutor veio me dar alta, que eu arrumei as bolsa e tudo, no mesmo cantinho que quando cheguei no quarto eu escutei de novo, quando foi pra sair eu escutei, “eu vou te acompanhar em casa, vai tá tudo bem”, é bom demais! Eu mesmo assim que eu sei que o branco não tem esse privilegio que a gente tem, de ter com quem a gente se apegue tanto.

No geral, mesmo atualmente, a maioria das mulheres tem seus pelos pubianos raspados e algumas delas recebem o “soro”, na verdade ocitocina¹⁶⁷, na veia. Tudo isso sem contar as experiências de duas mulheres que, ainda no hospital, ou depois de terem voltado para casa, tiveram problemas com o “resto de parto”, na linguagem biomédica, resto de placenta dentro do corpo.

Porque essa primeira assim, é porque os hospitais não querem, a pessoa também não vai caçar conversa (não vai questionar o ocorrido), mas eu creio, eu digo que era coágulo mas possa ser que dessa minha primeira filha possa ser também que tenha sido resto de placenta, porque se fosse coágulo era pequeno e quando saiu foi mais ou menos assim grande, o bolo de sangue, de dentro de mim. Foi saindo e eu desmaiando, né?(Cristina, 30)

A partir destas experiências negativas, há mulheres que, nos filhos seguintes, decidem parir em casa. Não foi possível quantificar esse número, ao perguntar à parteira ela vai pouco a pouco relatando os casos, tendo citado duas mulheres que, no último ano, fizeram esse movimento. Sobre decidir por não mais parir no hospital, duas mulheres disseram:

CRISTINA - Eu já tinha contado a ela, assim, pela experiência de já ter tido a primeira no hospital. Eu não passei por uma experiência boa então eu disse: “Dona Maria, se minha filha tiver tudo normalzinha com ela eu vou ter em casa.” Então fiz ultrassom, fiz meus exames deram tudo bom, positivo, então optei pra ter em casa, a primeira experiência não tinha ficado muito bem em minha mente não, em minha cabeça, né. [...]

ANDREA - O que teus pais acharam de você ter em casa?

C - Acharam bom porque ali eles tavam vendo, tavam tendo cuidado... e eu acho que em casa a gente tem uma proteção maior porque além deles tá vendo ali eles tão ali preocupado em fazê seus pedido, de terem mais próximos dos nossos encantados, enquanto a gente tá tendo ali aquele filho eles tão ali fazendo aquele pedido pela gente, que tenha normal, que não tenha complicação nenhuma. Então eu tive, elas fizeram um bom trabalho, graças a Deus...

[...]

C - E... graças a Deus, minha experiência de ter o parto em casa foi muito melhor do que no hospital.

A – Por que?

C - Acho que pelo fato de eu estar até mais próxima deles, deu poder gritar eles, poder chamar eles, eles os encantos, porque aqui todos conhecem eles. E lá no

¹⁶⁷ Substância sintética que aumenta as contrações e suas dores.

hospital, vou gritar? Não posso gritar. Que vão dizer que é doida essa mulher. Então assim, é mais, eu mesmo aconselho muitas vezes as meninas, digo, olha, tenha em casa. Porque aqui a gente tem essa liberdade de estar próxima. Meu parto mesmo, eu não, mas minha tia assim, ela gosta de frequentar essas cantorias da gente, ela diz que assim que entrou dentro do meu quarto ela escutou eles todos dançando...quando eu tive em casa. Então assim eu acredito porque eu tive meu parto normal, rápido, sem complicação nenhuma, diferente do hospital, que tive essa complicação. Então eu hoje, eu mesmo, se eu tivesse filho novamente eu teria em casa, não iria pro hospital não. (Cristina, 30)

Joana (18), que teve sua primeira filha no hospital com a própria parteira indígena, também não teve dúvidas em ter a seguinte em casa, com a mesma.

Eu não sofri, mas mesmo assim fiquei com trauma [...] hoje mesmo se eu for ganhar quero ter em casa, ainda mais com Dona Maria porque teve um tempo que disseram que ela ia parar, aí todo mundo ficou, não ela não pode não! Porque a maioria daqui só quer ter em casa com ela, sentir mais a vontade, que nem eu mesma, eu não aguentava ficar mais na cama (no seu segundo parto, em casa), eu não aguentava, ela ajeitou a cama direitinho, botou os pano e eu Dona Maria, e não aguento, então vamo pra onde você quisé, aí caçava uma posição, não, essa daqui não! Então vamo, e você acha que se fosse uma parteira no hospital ela ia deixar eu ficar acocada¹⁶⁸? E ela caçou todo jeito, de eu acocada, e ela caça um cantinho pra pegá a criança. Se fosse uma parteira do hospital não ia querer! Ela ia querer facilitar as coisas pra ela, pra pegar a criança, mas pra você...e ela caçou todo jeito de apoio pra pegar a criança pra que não caísse no chão e facilitou pra mim e pra ela não, que eu vi que a posição que ela tava pra pegar criança não era boa, mas já a minha...que eu não tava assim tão acocada...

¹⁶⁸ De cócoras

Figuras 19 e 20

Figuras 21 e 22

Figuras 23 e 24

5.3.3 Algumas considerações

Há vários motivos que fazem com que as mulheres tenham seus filhos em casa. Um dos mais valorizados é o tratamento respeitoso e a liberdade de movimentos que a parteira, sua parente ou comadre, dá à mulher. A comodidade de estar em casa, onde se pode comer, beber e estar junto de toda a família é fundamental para o sentimento de segurança da mulher. A possibilidade de se fumar o *campiô* e chamar verbalmente os *encantados* é, como se viu, outra razão para se preferir o parto em casa.

A possibilidade de parir e iniciar o resguardo imediatamente não foi citada como uma razão direta para não ir ao hospital, embora receber esses cuidados esteja diretamente associado a estar junto aos membros da família, que efetivamente proporcionarão esses cuidados. Apesar disso, o resguardo no hospital não foi vivido sem tensões, como veremos adiante.

Já com relação aos motivos para o parto normal hospitalar, as explicações são mais difusas. Apenas um relato revelou preocupação, por parte da mãe de uma das mulheres, com relação à maior segurança de se parir no hospital, apesar deste ter sido um argumento ouvido por mim em outras ocasiões, junto com a ideia de maior assepsia.

Não podemos desprezar o fato de que a parteira mais demandada da aldeia nem sempre pode atender a todos os chamados, acabando também por isso, por encaminhar algumas mulheres aos hospitais, se estas não quiserem procurar outras parteiras na aldeia. Uma das entrevistadas teve um motivo bastante peculiar para nem cogitar um parto em casa. O fato de se considerar escandalosa e não querer expor a família a passar por essa experiência. Segundo ela, o parto em casa é *para pessoas que aguentam o tranco*.

O hospital é um lugar que pode ser visto com ambiguidade. Se por um lado é associado à maior segurança, ideia sustentada pelos profissionais de saúde e pela mídia, por outro, é experienciado, como visto a cima, como um lugar de sofrimento e fonte de complicações, ou seja, de insegurança. Uma

das mulheres que chegou em casa, depois de um parto hospitalar, e descobriu ter resto de placenta, afirmou, referindo-se à desvalorização do parto domiciliar por algumas pessoas da aldeia: “*a gente tem que ter fé e acreditar no que é nosso, porque o que é dos outros falha também!*”

Algumas explicações sobre parir no hospital versaram sobre a pouca experiência da mulher com relação àquele momento. Podemos recordar o caso de Joana, que ao sentir descer a água da bolsa rota não sabia do que se tratava. Nesse sentido, Belaúnde e MacCalum apontam uma situação semelhante entre as Tupinambá, em que muitas mulheres só acabam sabendo o que acontece, no momento mesmo de dar à luz. Segundo as autoras,

Isso tem a ver com a prática da transmissão dos ensinamentos culturais através de uma vivência corporificada. A experiência sensível, antigamente, era a porta de ingresso aos mais fundamentais conceitos Tupinambá e, ainda hoje, muitas jovens confirmam, por meio das suas práticas reprodutivas, alguns tópicos do repertório de saberes proferido pelas idosas (2007:97).

Como no contexto citado por elas, até hoje muitos pais e mães, em Pankararu, não falam abertamente com seus filhos sobre os temas reprodutivos, daí o interesse enorme das mulheres em ter acesso aos saberes biomédicos. Lembremos também de Bruna que, ao falar da *dona-do-corpo*, só soube relacioná-la ao período menstrual, marcado em seu corpo tanto por sua experiência, como pelos conhecimentos transmitidos por sua avó, na época em que conviveram.

No contexto Pankararu, alguns depoimentos foram categóricos ao afirmar que, somente com a experiência, depois de já ter vivido o primeiro parto, é que a mulher compreendeu as sensações que teve, os diferentes momentos do trabalho de parto e os fluídos corporais que liberou. No contexto do parto domiciliar, estar junto da família e da parteira são então fundamentais para este apoio e compreensão das sensações.

Contudo, esta situação de não saber o que vai acontecer, no parto hospitalar ganha outra dimensão. Supondo que a mulher foi orientada pelo pré-natal e não havendo alguém do lado para dar apoio e informação, o

contexto vivido dá margem para um saber incorporado fortemente marcado por uma experiência de angústia, medo e violências muito grandes.

5.3.4 Alguns números

Os gráficos abaixo mostram alguns números extraídos da assistência ao pré-natal da SSL, 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-se a abortos espontâneos, restando então 337 partos registrados. Do total de 337 partos, 298 (88,4%) foram normais e 39 cesáreas (11,6%), sendo seis com realização de laqueadura, dado provavelmente subnotificado.

Dos 298 partos normais, 78 (26,2%) foram em domicílio, a grande maioria com Dona Maria, e em três, as mulheres tiveram sozinhas. Dos 220 partos hospitalares, 58 são dados indisponíveis, restando então dados de 162 partos. Destes 162 partos normais hospitalares, 40 (24,7%) foram assistidos por médicos (todos nos hospitais de Paulo Afonso e Recife), 119 (73,4%) por parteiras (técnicas ou auxiliares de enfermagem), sendo cinco

destes com Dona Maria, o que acontece quando não há profissional no local para atender. Três destes partos (1,9%) aconteceram sozinhos, sem assistência.

As aldeias em que mais ocorrem partos domiciliares são justamente as aldeias mais acessíveis para Dona Maria: Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros. No Brejo, dos 62 partos, 36 foram domiciliares (58%), 21 normais em hospital (33,9%) e cinco foram cesáreas (8,1%). No Jitó, do total de 41 partos, 27 (65,85%) foram domiciliares, 13 (31,7%) foram normais hospitalares e um (2,43%) cesárea. Do total de 55 partos na aldeia Saco dos Barros dez (18,18%) foram domiciliares, 31 (56,36%) normais no hospital e 14 (25,45%) cesárea.

Finalmente, Coimbra, em recente pesquisa no ano de 2012¹⁶⁹, destaca que a epidemia de cesáreas chegou aos povos indígenas. Do total, 60% das crianças indígenas nascem em hospitais, sendo 24% por cesáreas. Números que, como já visto no primeiro capítulo, extrapolam o recomendado pela OMS. Com base nesta pesquisa, podemos afirmar que o total de partos em Pankararu, neste período, foi mais condizente com o que preconiza a OMS e não com a realidade brasileira. Chama a atenção que os partos nas aldeias Jitô e Brejo dos Padres aconteçam em sua maioria em casa, e que a aldeia Saco dos Barros tenha tido mais de 25% de cesáreas.

5.4 RESGUARDO

Segundo os conhecimentos *tradicionais*, o resguardo pós-parto é fundamental para a recuperação da mulher. Há, contudo, queixas de mulheres mais velhas, criticando o fato das mais novas não aderirem a tais cuidados, sofrendo então de problemas de saúde como dor de cabeça e *bucho quebrado*¹⁷⁰, entre outros. Concretamente, na prática das mulheres

¹⁶⁹ Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/28266>. Acessado em 25.01.2013.

¹⁷⁰ Bucho quebrado é a flacidez abdominal que aparece na mulher algum tempo após o parto, associada principalmente à falta de amarração do ventre durante o resguardo.

entrevistadas, há um movimento de adaptação desses cuidados, à realidade possível de cada parida, ou ao que os conhecimentos da biomedicina hoje dizem que são válidos ou não.

Não lavar a cabeça, por exemplo, foi uma indicação não seguida por duas das mulheres com quem conversei, considerando que isso “era besteira”. Em outra situação, não contar com a ajuda da mãe para os afazeres domésticos exigiu que uma das entrevistadas deixasse de repousar – apesar de ter mantido todos os demais cuidados – para ajudar em casa.

Independente do parto ser em casa ou no hospital, a presença de alguém da família que saiba indicar e proporcionar um contexto favorável ao resguardo é fundamental. Conta bastante ter alguém para fazer o serviço doméstico, preparar os chás e banhos de assento e servir as comidas corretas, como no caso de Cristina (30), que teve essa estrutura quando chegou do hospital.

C – [...] Cheguei em casa já tinha minha comidinha pronta, meu banho pronto, o pirãozinho de galinha, que sempre faz...cheguei já tava prontinho, meu banho de remédio pra me banhar tava pronto, minha filha também, sempre tive irmãs também que sempre me deram apoio, sempre me ajudaram a cuidar delas...

A – [...] o que você acabou fazendo do teu jeito?

C - Minha filha, eu acho que nadinha, porque eu só podia exagerar assim alguma coisa na questão de ajudar na casa, de arrumar um pouco ali o quarto, essas coisas, mas, em questão, não lavei minha cabeça, comida, nunca comi porque minha mãe sempre teve esses cuidados da pessoa não comer todo tipo de comida, não lavar a cabeça, andar com o paninho amarrado na cabeça...

A – Sua mãe ficou ali...

C - Ficou ali no pé observando isso, as tias também, pra comer toda a comida, até o pirãozinho de galinha aqui a gente tem a galinha certa de comer, porque de raça, galinha de raça não pode ser feito pirão, então eu tive tudo isso, todos esses cuidados. Já nas outras eu extrapolei mais

[...]

C - Que primeiro mãe tava ali. Tava ali toda hora “é assim, assim”. Já no segundo eu já tive aquela liberdade de sair do quarto, sentar, deitar, foi tanto que [...] eu peguei, levantei com o pé descalço né, coloquei no chão, aí fui pro banheiro, aí quando voltei tava com muita cólica, muita cólica. Aí minha irmã: “vamo leva pro hospital!” Disse, não...foi que fizeram um chá de pimenta do reino, deram um chá caseiro aí foi que melhorei. E ainda “você quer dar uma de que tá boa, tá moça”. Então assim eu já exagerei mais porque já não tinha elas, tinha que cuidar da criança, já ia também cuidar de outras coisas, fazia arroz, feijão [...] então esses dois últimos resguardos eu não tive, não foi igual o primeiro não.

Quando o parto é no hospital, contudo, é bastante difícil iniciar o resguardo corretamente. Apesar de ser possível ficar em repouso, já que se está deitada, os cuidados com alimentação e principalmente o banho acabam por seguir a dinâmica determinada pela instituição. A reação de uma das entrevistadas ao viver seu primeiro resguardo no hospital demonstra surpresa na diferença de práticas existentes na aleia e lá:

Foi, até que eu falei pra minha mãe, nossa mãe, eles come tudo no hospital! É minha filha, no hospital o que vim eles manda pra comê, não querem sabe disso não, tem aqui isso pra gente aqui, mas lá fora eles não são dessa forma. Aí [...] voltava o meu prato normal (não comia). Agora quando vinha a tarde que vinha um suco, uma vitamina, aquilo eu tomava, a não ser... o que eu via que eu não comia aqui lá eu também não comia. (Marianinha, 32)

Neste caso, Marianinha pôde contar com a boa vontade de uma das enfermeiras, que lhe permitiu fazer o resguardo alimentar no hospital.

M – Eu pedia a elas. Assim, eu dizia eu não quero isso, eu não como isso, eu não falava o porque. Aí aquela outra parte que eu comia eu pedia pra mim repetir e elas levavam copinho pra mim, prato...aí eu comia.

A – E alguém falava alguma coisa, alguém perguntou por que, achava estranho...

M – Não, ninguém veio. Eu creio que elas achavam porque eu não gostava. Mas eu também não expliquei pra elas, só disse que não comia. Aí teve uma que era bem legal comigo ela, e você vai ficar com fome? E disse, mas não tem outra coisa? Não, vou ali arrumar alguma coisa pra você. E ela sempre ia lá e arrumava. Mas eu pedia.

No caso de Cristina, foi possível contornar a situação novamente com o apoio de parentes.

No hospital quem levava já era minha tia, era pirãozinho na hora do almoço, ela levava de manhã o leite, já pra mim não comer comida de hospital. Ela dava um jeitinho dela [...] já com esse medo de não comer todo tipo de coisa. Café da manhã levava o pãozinho, o leite, o cafezinho, já pra mim não tomar (do hospital), na hora certinha ela chegava.

Mas nem sempre a reação da mulher é a de evitar as comidas do hospital. No caso de Geiseane¹⁷¹ (33), os dois dias de contrações que antecederam ao parto foram acompanhados de jejum, dica dada pela irmã, para que não tivesse que fazer a lavagem intestinal. Assim, depois de parir,

¹⁷¹ O primeiro parto de Geiseane, relatado aqui, aconteceu na época em que morava em São Paulo.

no momento em que lhe foi servida a comida, segundo ela “*naquela bandeja tão linda!*” A fome era tão grande que ela não aguentou: “*Deus há de me perdoar!*” E a partir daí comeu de tudo, ainda mais com o incentivo da nutricionista ao dizer que “o que mata o ser humano é o costume”. Posteriormente ela pôde retomar os cuidados com alimentação dentro de casa, mas o banho, que ela desde o início tomara “de cabeça”, seguiu sendo de corpo inteiro, inclusive nos dois pós-partos dos filhos posteriores.

No caso de Joana, explicitado no relato de parto hospitalar, apenas o feijão foi evitado, porque era o alimento que ela sabia não ser recomendado no resguardo. Os outros alimentos e o próprio banho de corpo todo foram aceitos pela falta de clareza que tinha do que se poderia ou não fazer.

Finalmente, apesar de não nomeada, a *dona-do-corpo* foi sentida por estas mulheres. Cristina, acima citada, pisou no chão e imediatamente sentiu cólicas, precisando em seguida fazer um chá, para reverter o processo. Já Heloisa (29), sentiu uma grande movimentação da *dona-do-corpo* e mandou rezá-la, na verdade falando do útero.

O útero ficou muito...ficou doido lá dentro andando, na barriga, desse segundo parto eu senti andar como se o menino tivesse mexendo ali, começava assim, até aqui a cima do umbigo assim, sentia mexendo, aí foi chamemo Cleide ali, Cleide rezou, que tem uma reza pra dona-do-corpo também, pra ela se aquietar. Essa dona-do-corpo é o útero, tem essa reza no útero, pra ele achar o lugarzinho dele. Eu acho que acha o lugarzinho dele, que elas diz, as mais velhas, diminui de tamanho e volta pro lugarzinho dele. Ela veio rezou, amarrou o remédio, que amarra, e deu o chá pra tomar. Graças a Deus, aquietou mesmo na hora assim de você sentir como se fosse aquilo diminuir, aquietar e até o sangramento diminui. Acho que ele contrai mais e fica quietinho, né, expulsa lá um bocado de coisa e graças a Deus pronto, foi isso do segundo filho, aquietô.

Nota-se que, apesar de traduzir a *dona-do-corpo* como útero, Heloisa o trata como *dona-do-corpo* e não como útero, pedindo para que fosse rezada.

Vimos então que os cuidados com o resguardo não são desprezados, apesar de não ser muito claro, para algumas mulheres, quais especificamente são eles. O contexto de cada resguardo vivido determinará o que será feito segundo as *mais velhas* e o que será feito segundo as possibilidades de cada mulher. No contexto hospitalar fica evidente que em

alguns casos há um esforço da parida e de seu coletivo em propiciá-lo. Em todos os casos, o acesso a estes saberes e a possibilidade de praticá-los depende da rede familiar de apoio existente ao redor - mãe, sogra, comadre, tia etc. - disponível para esse momento, principalmente para as mulheres que são mães pela primeira vez.

5.5 CACHIMBO

O *Cachimbo* é a comemoração da chegada de uma criança à sua família. Não somente parentes mais próximos vão à casa da mulher que acabou de ter bebê, mas toda a vizinhança e amigos/as com quem se tenha uma boa relação, o que o caracteriza como um evento eminentemente social. É quando as pessoas estão autorizadas, geralmente no mesmo dia do parto em casa ou da chegada do hospital, a entrar na casa para conhecer o bebê e ver a mãe.

O Cachimbo...é bebida...é o vinho, né...junto com o pirão, se tivé o pirão da parida que faz pra gente e faz pros colegas que vêm visitar também. É isso, o cachimbo é isso. Que diz: "ah, vamo tomá o cachimbo, vamo tomá o restinho do mijo da criança, então o cachimbo é isso, é a bebeção, é a festa da vinda daquela criança, é o momento de dar as boas vindas à criança e à mãe que tá ali de resguardo. É a alegria da chegada do filho, né? (Cristina, 30)

O festejo consiste basicamente em receber as pessoas em casa e oferecer-lhes bebida - vinho de jurubeba¹⁷², principalmente para as mulheres, e cachaça Pitu, o mais forte, principalmente para os homens - e algo de comer, o pirão da parida quando este houver, ou alguns petiscos como calabresa frita, salgadinhos etc. O vinho de jurubeba é consumido de forma industrializada, embora Cruz (2010:77) tenha citado uma senhora que sabia fazer o vinho de jurubeba na localidade conhecida como Rua dos Manezinhos.

¹⁷² A jurubeba (*Solanum paniculatum* L) é uma planta presente em quase todo país, a qual são atribuídas grandes propriedades medicinais.

Apesar de ser as boas vindas à mãe e à criança, estas não participam do *cachimbo*, por ficarem mais restritas ao quarto, onde a mulher cumpre o resguardo e amamenta. De forma geral, as pessoas praticamente espiam mãe e bebê para depois permanecerem em algum cômodo ou quintal mais afastado, para não incomodá-los, como conta Bete (30): “... *o divertido é... vai visitar a mulher... fala bem baixinho: ‘tá boa?’ Aí: ‘tô!’ Aí pronto. Aqui mesmo bebem, ou lá atrás, cada um chega, toma uma e vai embora. Aí pronto, ficam na resenha*¹⁷³ *lá fora, longe da gente.*”

O *Cachimbo* pode seguir uma dinâmica diferente em cada casa, durando o festejo uma tarde toda, ou mesmo vários dias seguidos, com mais ou menos *zoada*¹⁷⁴, a depender do lugar da casa em que se esteja, da quantidade de pessoas, de como na hora se improvisam os cuidados para respeitar o resguardo da mãe. O clima de festa permite a música do rádio ou alguma *cantoria* ou *toré* como diversão, muita conversa e muita risada que reforçam aquele momento como sendo de alegria e descontração. Em algumas ocasiões, os grupos dentro da casa se dividem, mulheres de um lado e homens de outro, inclusive com a participação do “grupo das parteiras”, no caso dos partos domiciliares.

*Acho que o cachimbo durou um mês. Porque não faltou tanto os meus colegas, quanto os do pai dele, né, os da sogra... tanta gente, todo dia tava a sala e a cozinha cheia. A sala de homens, com o pai do menino, e a cozinha cheia, que era com a avó lá, cheia de mulher. Era dividido assim, mas todo dia a casa tava cheia de gente, todo dia. E haja vinho. Vinho, Dreyer, cahimbo foi o mês todo*¹⁷⁵.

Há quem não tenha feito o *cachimbo*, com a intenção de preservar integralmente o resguardo da mãe, por conta da *zoada* que se faz, e tanto mãe quanto filhos permaneceram bem. Mas há quem diga que não fazer o *cachimbo* pode trazer sérios riscos à criança que nasceu. O relato abaixo conta de um parente de Bete que se negou a “dar o *cachimbo*” e acabou prejudicando seus filhos

¹⁷³ Zoação, brincadeira.

¹⁷⁴ Barulho.

¹⁷⁵ Neste caso, fica evidente que o casal que oferece o *cachimbo* mora junto aos pais de um dos cônjuges, e que então aparecem também os/as amigos/as mais “chegados” a estes.

...teve um tio meu que disse “é, vô dá cachimbo, dá cachaça pra esses vadio pra tá bebendo...”... aí tive um mais velho, tio da gente assim mais velhinho, que disse “olhe, pois enquanto você não der o cachimbo do menino num vai segurar um (filho)”. Aí dos cinco...quatro morreram. Acho que coincidência morreu doente, adoecia, morreram... aí no quinto... aí ele deu o cachimbo “eu vou ver se é isso mesmo” aí ele deu o cachimbo do menino, até hoje ele tá fazendo raiva (está vivo com saúde). Aí esse tio dizia que foi isso “se chegá aí com onda, com coisa, não quis dar o cachimbo do menino, aí (o que aconteceu)”. Aí eu tenho o maior medo... tem que dar cachimbo pra os meu!

5.6 AMAMENTAÇÃO

As práticas e percepções da amamentação aqui descritas têm como base as mulheres mais novas, uma vez que foram elas meu público entrevistado. Tive acesso, contudo, ao depoimento de uma parteira mais velha (INSTITUTO NÔMADES, 2010b: 30) que cita que em outras épocas¹⁷⁶, não era costume o bebê mamar logo no primeiro dia de vida, recebendo apenas o chá de uma erva específica. Se considerarmos que ao nascer o bebê também terá seu corpo cuidado e fabricado (VIVEIROS DE CASTRO, 1987) para vir a crescer, não é de estranhar que haja, entre os povos indígenas brasileiros, diferentes práticas relacionadas à amamentação.

Com relação à amamentação entre os Pankararu, apesar de haver casos de dificuldade ao dar o peito - como o empedramento do leite e dor - de forma geral todas as mulheres conseguem amamentar, para além dos dois primeiros anos de vida do bebê, às vezes chegando até os cinco anos ou mais. Não raro nos primeiros dias, em que o leite materno ainda não desce, solicita-se a alguma parente ou amiga próxima, que também esteja amamentando, que dê seu peito àquele neném, atuando assim como ama de leite.

Uma das mulheres que entrevistei disse ter consciência, hoje, a partir dos saberes biomédicos, de não ser recomendada essa prática, pela possibilidade de transmissão do vírus do HIV. Contudo, do ponto de vista

¹⁷⁶ Pela idade da parteira presumo que refere-se à época de sua juventude, há 60 anos.

dessa mesma entrevistada, como as mulheres atualmente têm feito o pré-natal, inclusive com o teste rápido de HIV, isso não seria exatamente um problema.

Apesar de ser grande o número de mulheres indígenas que amamentam, aparentemente sem restrições de fazê-lo em público, enquanto há mulheres que dão exclusivamente o peito até os seis primeiros meses, há outras que em algumas semanas já complementam o leite materno com leite artificial. Existe então a percepção de que o leite materno é insuficiente, como no depoimento de Luiza (21):

LU - Dar o peito, da primeira vez que eu dei lá doeu, viu? Doeu mesmo. Consegui, mas só foi ali na hora mesmo quando ela tava ajeitando, fazendo biquinho, mas depois, não senti mais nada não, foi normal...agora só que eu sempre tive pouco leite, minhas meninas mamaram só até um mês e 15 dias e a outra só mamou só até um mês. [...] É porque as crianças agora parece que não satisfaz só com leite de peito, aí eu comecei a estudar, ela ficou até um mês e 15 dias só no peito, aí depois minha sogra "Não, vamo dá um leite!" Ela até comprava um leite, começou a dar um Nestogen, aí ela foi tomando até 6 meses, aí com 6 meses "Vamo dá uma papinha!" Aí o leite já misturou com ela mesmo que fazia, com papinha, ia misturando "Vamo fazê assim", que ela própria ensina, aí até um ano, uns 8 meses só foi o leite e a papinha.

No caso de Marianinha (32), voltar a trabalhar não foi um impedimento para continuar a amamentação.

Ela tinha oito meses quando eu comecei a trabalhar. Eu sempre quando eu saía eu tirava o leite e deixava numa mamadeira dentro da geladeira. Sempre amamentei a mais velha com um ano e cinco meses e o menino até dois anos. A outra até três anos e a última três anos também. Então, sempre quando ia trabalhar deixava o leite. Só mandava ele morná um pouquinho d'água, colocar a mamadeira dentro, pra esquentar e dar pra ela. [...] Eu tirava o leite sozinha, deixava a mamadeira meia... e eu tirava sem a bombinha. Porque meu peito enchia muito.

Em uma experiência relatada, Tatiane (20), pelo fato de seu filho ter ficado com anemia, questionou a real eficácia da amamentação exclusiva, considerando também que muitas de suas colegas dão aos filhos outras coisas.

Depois dos seis meses assim que foi mais assim que veio gripe, gripe forte, febre, daí foi que ele começou. Até porque com seis meses ele só mamava mesmo, chega era aquela coisa tão fofa, sabe, aquela bolinha, todo gordinho, aí começou a

adoecer, o que ele mais ficava assim era gripado. Aí também ele tava com anemia, agora não sei porque ele com anemia, a gente fez exame assim, acho que com seis, sete meses [...], daí ele com anemia. Agora não entendi porque daí ele mamava bem, era fortinho e todo mundo fala que até seis meses não tem problema, só mamá. [...] Porque todo mundo dá, todo mundo amamenta, só que daí eles sempre dão uma coisinha a mais. É errado, mas assim, na medicina, todos os médicos falam “não, não precisa, o leite é suficiente”, mas, até no meu ponto de vista é errado o que eu achei, o que no caso posso até dizer que eu sofri, por causa disso e me arrependo, de só ter dado de mamá até os seis meses sem ter acrescentado nada, sabe? Porque aí como ele tava com anemia, aí ele não comeu mais direito, acostumado só com o peito.

Tatiane relata não ter dado nem chá para seu filho, hábito que, desde as mais velhas é comum. Os chás de ervas são amplamente oferecidos aos bebês recém-nascidos, para limpar seu intestino e evitar cólicas e dor de barriga. Pude notar nos relatos que essa prática não é vista como quebra na amamentação exclusiva, mas apenas como maneira de tratar o incômodo que acomete os bebês nos primeiros dias de vida, ou seja, como mais um tipo de *remédio do mato*, um cuidado corporal.

5.7 BATIZADO EM CASA

Um cuidado que se mostrou essencial nos depoimentos obtidos, para o bem estar do bebê e o seu efetivo início de vida em Pankararu, andando pelas aldeias e participando dos *praiás*, foi a realização de seu batizado, mais especificamente do *batizado em casa*. Grande parte dos batizados em Pankararu é feito em casa, por uma pessoa denominada *padre*, que pode ser alguém da família que saiba batizar, ou uma pessoa da vizinhança conhecida por isso. Acontece também do batizado ser feito pelo *guia de luz* da pessoa escolhida para ser o/a *padre*.

Os batizados que pude acompanhar foram cerimônias simples, com madrinha, padrinho, os pais, água benta, sal, uma vela e um galho de arruda. Foram pronunciadas breves palavras com relação àquele momento, principalmente o nome do bebê batizado, foram rezadas as orações Pai Nosso, Ave Maria e Creio em Deus Pai e em um dos batizados foi cantada uma música em que um dos trechos dizia “a nós descei divina luz”.

Posteriormente as famílias reuniram alguns convidados e, em comemoração, serviram comes e bebes.

O intuito principal desse batizado, que pode ser na casa da família ou do/a *padre* - é proteger espiritualmente aquela criança das entidades sobrenaturais que existem em Pankararu e que podem prejudicá-la. Muito se diz em não deixar que a criança seja “pagã”, e na importância de que esta seja católica. Contudo, ser batizado é um pré-requisito indispensável para que a criança possa andar pelos *terreiros*, riachos e fontes d’água e, quando precise, possa passar por alguma reza ou trabalho espiritual. Uma mãe que com sete meses de nascido ainda não havia batizado seu filho passou por momentos difíceis:

A gente acredita que o primeiro batizado mais forte é o de casa. Aqui, pra criança nascida em Pankararu mesmo, principalmente pro homem, quando é menino homem é mais propício à doença, doença espiritual, do nosso lugar mesmo. Aí quando o menino adocece, nenhum rezador aqui se não for batizado em casa nenhum deles rezam não. Porque dizem assim que ele é um bichinho bruto, não viu a luz de Deus de jeito nenhum ainda sem o batismo dele, de casa. Nenhum deles quer rezar. Eu passei por isso com um segundo meu, adoceceu, morre não morre, eu bati na casa dos rezadores e disseram que não iam rezar, que ele era bem novinho, aí eu corri batizei em casa ligeiro pra poder procurar reza pra ele. Assim que batizou eu fui caçar reza. [...] quando chegou lá trabalhou três dias com ele (o filho). Era um bicho do mato que tinha pegado o menino e já ia longe com o menino, o espírito, ele quase morreu. O encantado que trabalhou com o menino disse “ele é meu”, e ele pediu o menino pro Rancho. “Eu quero Rancho e quero logo”. Quando completou nove meses botei ele no Rancho. (Daiane, 31)

O batizado feito pela igreja é também válido para essa proteção. É comum que mães solteiras ou pais não casados pela religião viagem até a cidade de Pariconha¹⁷⁷ para batizarem coletivamente seus filhos e conseguirem o batistério, quando houver interesse no documento. Ao contrário do que ocorre na igreja de Santo Antônio, no Brejo dos Padres, o padre de Pariconha não coloca empecilhos para batizar os filhos das pessoas que não estejam “em dia” com os sacramentos católicos. Apesar disso, o batizado em casa é reconhecido pelo padre da igreja de Santo Antônio.

¹⁷⁷ Já em Alagoas, a uns 100 km do Brejo dos Padres.

Um ponto importante do batizado é que nesse momento a criança ganha um nome¹⁷⁸. O nome é fundamental para que em algum trabalho de cura se possa chamar por ele. Retomo o relato de Heloisa, no capítulo 3, em que isso ocorre quando o espírito de seu filho está sendo levado por um “bicho ruim”:

[...] no último dia trabalho quando começou a rezar ele endureceu, Andrea, ele no meu braço ele ficou duro, duro, e azul, quase morreu. Aí ela (a rezadeira) gritava “chama o nome do menino! Chama o nome do menino!” E a gente chamando por ele. Com meia hora depois eles começaram a trabalhar pesado com o menino ele voltou.

A depender de quem batiza, algumas características do batizado podem mudar, mas é desejável que a criança seja batizada com nomes bíblicos, mesmo que depois seja registrada com outro nome. Rosinha (60), que já batizou muitas crianças e costuma participar de algumas romarias da *Penitência* explica como costuma fazer:

ROSINHA - Em casa mesmo um menino eu batizo o nome dele como Manuel, se for uma menina é Maria, agora na igreja os pais botam o nome como queira no registro e em tudo, mas em casa mesmo é batizado por...o menino Manuel se é menina é Maria.

A - Por que esses nomes?

R - Porque é os nomes [...] de Nosso Senhor né? [...] tem muitos nomes assim, mas então isso quer dizer que...o nome de... Maria e Manoel quer dizer que é o nome de nosso Senhor Jesus Cristo e de Maria Santíssima né? Porque, que já aconteceu assim de ter menininho pagão, que morre sem não ser batizado, e acontece do pessoal ver ele chorando às vez assim... em alguns canto.

De fato já houve casos em que a criança mesmo morta, acabou sendo batizada, para não morrer pagã. Rosinha explica que é da natureza da pessoa nascer pagã e pecadora¹⁷⁹ e o batizado é justamente para que deixe de ser um bichinho bruto, um animal, o que

¹⁷⁸ Até algumas décadas atrás registrar um filho no cartório não era uma prática corriqueira. Assim, o batizado em casa era o momento em que, perante o coletivo, a criança era denominada.

¹⁷⁹ Conforme a doutrina cristã do pecado original de Adão e Eva.

a deixa vulnerável ao ataque de seres sobrenaturais, ou mesmo *mau olhado*¹⁸⁰.

É, porque...é que nem uma pessoa que não é registrada né? A pessoa que não é registrada é que nem um bichinho, é que nem um animalzinho né? É igualmente no batizado, isso quer dizer que [...] nos olho às vez daquelas pessoas que tem o olho [...] que seca pimenta alí, então se quer dizer que ele já pega a vez aquele, aquela [...] criança porque que ele é assim que nem um animalzinho se não se é benzido, batizado né? Aí ele sendo batizado e recebendo às vez a...aquela água benta, aquela luzinha às vez acesa ali já é uma claridade alí pra quem ele é ali é que nem ser...um menino que já tem dono às vez assim, um menino que [...] não é batizado não é conhecido às vez das palavra de Deus né? [...] eu batizo confiando às vez em Deus...e confiando às vez na palavra de um...dum guia de luz também que dá aquele conselho pra fazer aquele batismo...

Praticamente não há criança que não tenha sido batizada. Isso pode acontecer com uma semana de vida, duas semanas ou um mês. Se a mãe estiver de resguardo ela não precisa ir. O importante é que a criança, sem muita demora, receba logo as palavras de *Deus*.

A necessidade de batizar uma criança recém-nascida e que, como citado no relato acima, é ainda um “bichinho bruto”, faz pensar sobre a noção de pessoa Pankararu, que passa pelas próprias noções locais de natureza e cultura. Neste caso, a criança que ainda não foi batizada não está somente desprotegida e de *corpo aberto*, mas ela ainda não é cristã, ou seja, não foi introduzida à cultura, pertence ainda ao universo da natureza, por isso é um “bichinho bruto”. O batizado, ganhar dali um nome, é fundamental para que a pessoa vire gente e, mais importante, gente Pankararu.

¹⁸⁰ Uma pessoa “põe” *mau olhado* ou *quebranto*, às vezes sem intenção, em outra pessoa ou mesmo em animais, causando-lhe adoecimento e sintomas como esmorecimento e febre.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nascimento de uma criança é um acontecimento que ativa as redes de relações familiares e de lealdade em Pankararu, não somente pela ligação direta entre as famílias do pai e da mãe da criança, mas pelas relações que serão estabelecidas a partir dos pedidos e retribuições aos *encantados* e às famílias a eles ligadas. Se todo nascimento ativa esse sistema de pedidos e retribuição, então todo nascimento ativa as relações políticas entre as famílias em Pankararu.

Nesse processo de nascimento, as mulheres indígenas entram diretamente com seus corpos que, gestando, parindo e se resguardando, deverão ser cuidados tanto pelos saberes *dos mais velhos*, como pelos saberes da biomedicina. Esta articulação tem sido feita constantemente pelas mulheres Pankararu, não somente as parturientes, mas as parteiras, algumas delas integradas aos serviços oficiais de saúde como profissionais biomédicas, sempre com a intenção de beneficiar a si e à sua família.

Um aspecto relevante das escolhas feitas para essa articulação de saberes é a forma de transmissão do saber indígena. Segundo McCallum,

[...] o corpo acumula progressivamente os efeitos das 'experiências', e que aquilo que podemos tentar tratar como 'conhecimento' é, de fato, mais um processo do que uma categoria fixa. [...] O 'conhecimento' não existe de forma separada, externo ao corpo. Em vez disso, é parte íntima de cada corpo em desenvolvimento (1998: 224).

Apesar de se referir ao contexto Kaxinawá, conecto esta visão de corpo e conhecimento à realidade das mulheres Pankararu, reconhecendo que entre as diferentes gerações, a transmissão do conhecimento é gradativa, ou seja, ocorre na medida em que se vive, e não ao contrário, quando o conhecimento é ensinado para que possa ser vivido. Isso fica explícito na experiência que as mulheres têm com a *dona-do-corpo* e com seus partos, em que se aprende na medida em que haja necessidade, ou seja, em que se viva concretamente aquela experiência e o saber tenha a

característica de ser corporificado. O corpo resultante desse processo é então um corpo marcado profundamente, um “corpo que sabe” (IDEM).

O relato do terceiro parto de uma indígena, depois de um hospitalar traumatizante e um em casa, nos dá outro exemplo de como o saber incorporado pode produzir novas ações e itinerários, tornando a relação das mulheres com seus partos dinâmica:

Eu mandei atrás de D. Maria parteira já era nas contrações finais mesmo, porque daí já tinha tido o curso de parteiras já sabia, né, qual era o horário certo de ir atrás dela, fiquei segurando...: “tu é doida! vai atrás da parteira se não tu ganha só!” (disse a irmã)... “digo, não, não tá na hora não”. Fiquei sozinha... a experiência aí já era, que eu já sabia quando era a hora certa, foi D. Maria chegar e eu ganhar...(Cristina, 30)

Neste caso, a má experiência hospitalar afastou Cristina da instituição, mas não resultou necessariamente numa rejeição dos conhecimentos biomédicos. Depois de ter vivido dois partos e participado de uma capacitação de parteiras, com ênfase em conhecimentos da medicina baseada em evidências, ela teve autonomia para ressignificar toda essa experiência, articulando saberes indígenas e não indígenas de forma a fortalecer suas ações individuais e coletivas, já que suas decisões envolveram diretamente todo o grupo familiar ao seu redor.

No momento do parto, momento auge do nascimento, a mulher deve escolher entre ficar em casa e confiar na parteira local, sua parente; ou ir a algum hospital longe de casa. Enquanto a primeira opção privilegiará as vontades daquela mulher enquanto sujeito, a segunda opção a colocará como passível de condutas que muitas vezes podem ser caracterizadas como violência obstétrica. Existe também uma expectativa com relação ao parto hospitalar, de ser atendida por um/a médico/a ou enfermeiro/a, de ficar em um bom quarto, ter boa comida e bom atendimento, que muitas vezes é frustrada pela realidade de má assistência ao parto no país.

De forma geral, a assistência que envolve a saúde reprodutiva das mulheres indígenas tem melhorado, seguindo a tendência nacional, tanto na assistência diferenciada como nas disponibilizadas pelos municípios, se considerarmos que há maior acessibilidade a esses serviços. No caso Pankararu, por exemplo, as mulheres gradativamente têm tido mais acesso às consultas de pré-natal (principalmente de enfermagem) e à realização de exames, apesar dos problemas já citados como a escassez de médico/as, a demora no resultado de alguns exames, violência obstétrica etc.¹⁸¹. O acesso a métodos contraceptivos tem permitido que as novas gerações realizem o planejamento familiar, escolhendo por terem menos filhos.

Contudo, no que diz respeito às ações para articulação dos “sistemas tradicionais indígenas de saúde” aos “conhecimentos e tecnologias da biomedicina” (BRASIL, 2002:17), no caso específico do processo de nascimento local, praticamente não há melhoras. Apesar de ações pontuais para a capacitação de algumas parteiras indígenas, no dia-a-dia da assistência prestada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), nem estas especialistas nem suas práticas e conhecimentos estão articuladas à assistência prestada. Ou seja, não há uma política interna do DSEI-PE para esta articulação, apesar da enorme proximidade das parteiras com o atendimento prestado.

Isso porque no contexto da atenção diferenciada as EMSI são compostas por parteiras e aprendizes de parteiras, não como tais, mas como técnicas de enfermagem ou AIS. Além disso, apesar dos protocolos para assistência ao pré-natal do próprio Ministério da Saúde darem cada vez mais espaço para a atuação das parteiras tradicionais, inclusive as indígenas, na

¹⁸¹ O Brasil ainda tem muito a melhorar em sua assistência à gestação, parto e pós-parto. Sua razão de mortalidade materna estava, em 2010, em 68 para 100 mil nascidos vivos. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012--mortalidade-materna-no-%20%20brasil>. Acesso em 05/01/2013. Em países como a Suécia, Holanda e Reino Unido – onde a atuação de obstetrizes é instituída, inclusive em domicílio – a razão de mortalidade materna é, respectivamente, de 4, 6 e 12 óbitos por 100 mil nascidos vivos. Disponível em http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/mdg5_mm/atlas.html. Acesso em 05/01/2013.

prática, a articulação entre os saberes indígenas e biomédicos fica à mercê do profissional de enfermagem que comandar a equipe. Isso porque estes profissionais entram em campo sem preparação para o atendimento diferenciado, não se interessando por ou subestimando os saberes indígenas, e com forte tendência a reproduzir as velhas percepções sem base em evidências científicas, passadas em suas formações e que não concebem o parto domiciliar como alternativa eficaz para a mulher.

O exemplo do enfermeiro indígena Roberto é ilustrativo de como esse encontro pode ser tenso. Como profissional ele assumiu inicialmente uma postura condizente com a do DSEI (sem muita abertura às parteiras), ao mesmo tempo em que suas experiências individuais (na aldeia e enquanto enfermeiro) lhe conferiam a certeza de que o parto hospitalar era a melhor opção. Assim, ter conseguido transcender uma postura negativa com relação ao parto em casa e ao trabalho das parteiras foi resultado de um esforço individual, sem participação da instituição FUNASA, mais especificamente do DSEI-PE, e que contou com a confiança nas parteiras e com o incentivo do trabalho já existente da SSL.

No contexto local, melhorar a assistência à saúde reprodutiva inclui efetivamente fortalecer e assumir o parto domiciliar como uma opção apoiada pelos serviços oficiais de saúde, principalmente o diferenciado, atualmente prestado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Ao fazer isso se garante não somente o direito de escolha das indígenas, como uma melhora no parto domiciliar já praticado nas aldeias.

Assumir esta possibilidade no momento em que as EMSI prestam a assistência ao pré-natal, por exemplo, é considerar a importância das boas condições de trabalho da parteira, inclusive com a reposição de seu material, hoje fornecido de boa vontade por um hospital da região, e a disponibilidade de carros, caso haja a necessidade de transferência ao hospital. É também esperar de e viabilizar a seus profissionais condutas baseadas em evidências científicas, assim como assumir que existem mulheres que não poderão ter seus filhos em casa, em decorrência de fatores de risco

previamente avaliados, como a hipertensão, doença hoje real no contexto Pankararu.

Finalmente, e tentando não me afastar de uma visão mais ampla do nascimento em Pankararu, para além do significado que cada nascimento tem de forma particular para cada mulher, devemos também relevar a importância que eventos como o *cachimbo* e, principalmente o *batizado*, têm para as famílias e a incorporação de novos membros. É no *cachimbo*, por exemplo, que a criança será socializada e reconhecida como membro daquele grupo. O *batizado*, por sua vez, entendo como parte do próprio processo de nascimento, ou seja, do processo de constituição da pessoa Pankararu. Ele marca a oposição ao que não é humano e sim “bicho bruto”. Como em outras sociedades indígenas em que a pessoa deve ser gradativamente forjada, passando por rituais de iniciação, neste caso a criança Pankararu não nasce pronta, mas deve ser batizada para deixar de ser pagã, poder andar pelas aldeias, pelos riachos, pelos *terreiros*, participar das rezas, rituais e eventos de *praiás*, ou seja, para ser um Pankararu.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, C. A. **Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde São Paulo**. 112p. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. L. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. In: **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 15, n.36, p. 79-91, jan./mar. 2011.

ARRUTI, J.M.P.A. Morte e Vida do Nordeste Indígena: a Emergência Étnica como Fenômeno Histórico Regional. In: **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol.8, n.15, p.57-94, 1995.

_____. **O Reencantamento do Mundo: Trama histórica e Arranjos Territoriais Pankararu**. 1996. 254p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____. A árvore Pankararu: fluxos e metáforas da emergência étnica no sertão do São Francisco. In: OLIVEIRA, João P. de (Org.). **A viagem da volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999. p. 229-277.

ASSOCIAÇÃO S.O.S PANKARARU. **Promessa Pankararu**. 2010. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=NmJam7ReWzA>. Acessado em 20/01/2013.

ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S. et al. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p.189-209.

_____. **Menino no Rancho. Festa, Cura e Iniciação entre os Pankararu**. 2006. Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=FeZwQiyHlig>. Acessado em 20/01/2013.

_____. Sexualidade, fecundidade e programas de saúde entre os Pankararu. In: SCOTT, P. et al. (Orgs.). **Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**. Recife: UFPE, 2007. p. 97-122.

AZEVEDO, M. Situação demográfica dos povos indígenas do Brasil. In: Consórcio Institute of Development Studies, Associação Saúde Sem Limites, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**. Relatório Inicial (revisado). 2009. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2009/Diagn%C>

[3%B3stico%20v4c.pdf>.](#)

AZEVEDO, MAP de. **Maternidade e transmissão cultural: o que os Guarani, residentes na periferia da capital paulista, têm a dizer**. 2004. 102p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

BELAUNDE, L. E. e McCALLUM, C. (Coord.). **Relatório final. Projeto MAINBA**. Saúde Reprodutiva e Morte Materna entre os Tupinambá de Olivença, BA. MUSA/ISC/UFBA, 2007. *Mimeo*.

BELAUNDE, L. E. **El recuerdo de Luna**. Género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales, 2005.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. e ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final. 2009. http://www.abrasco.org.br/grupos/documentos.php?id_gt=10

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BUCHILLET, D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: _____ (Org.) **Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia**. Belém: MPEG/CNPq/UEP, 1991. p. 21-44.

_____. Cultura e saúde pública: reflexões sobre o Distrito Sanitário Especial Indígena do Rio Negro. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas**, reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 129-47.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: CULTRIX, 2006.

COIMBRA, C. E. A. Jr. e GARNELO, L. Questões de Saúde Reprodutiva da Mulher Indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S. et al. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina – um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p.153-173.

COMITÊ INTERTRIBAL DE MULHERES INDÍGENAS EM ALAGOAS (COIMI). **Caracterização dos sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas, Pernambuco e Paraíba - Relatório semestral etnográfico (3º Produto)**. 2007.

CORRÊA, M.V. O processo de medicalização. In: _____. **Novas Tecnologias Reprodutivas**. Rio de Janeiro: EdUERJ.2001. p.23-37.

CRUZ, M. R. **Cuerpo y Reproducción entre los Pankararu del Noreste de Brasil**. 2010. 203p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

DANTAS, B. G. et al. Os povos indígenas no Nordeste brasileiro: um esboço histórico. In: CUNHA, M.C. (org.). **História dos Índios no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, FAPESP e Secretaria Municipal de Cultura. 1992. pp. 431-456, 2ª ed.

DAVIS-FLOYD, R. Los paradigmas tecnocrático, humanista y holístico del parto. In: **International Journal of Gynecology and Obstetric**, p. 05-23, vol.1, sup. nº 01. 2001.

_____. *Birth as na American Rite of Passage*. 2ª ed. Berkley and Los Angeles: University of California Press; 1992.

DINIZ, S. G. C. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (3), p. 627-635.2005.

_____. Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal. In: *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento*, 19 (2), p. 313-326. 2009.

ECUADOR. Guía Técnica para La Atención del Parto Culturalmente adecuado. Ministerio de Salud Publica. 2008.

FERREIRA, L.O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto: a emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas**. 2010. 256 p. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FOLLÉR, M. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Orgs.). **Saúde dos Povos Indígenas**, reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.129-47.

FONTBONNE, A.; CARVALHO, EF; ACIOLI, MD.; SÁ, GM. & CESSE, EAP. Fatores de risco para poliparasitismo intestinal em uma comunidade indígena de Pernambuco, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 36-373, 2001.

FOCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal Ltda. 1990.

GIL, L.P. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. **Medicina tradicional indígena em contextos** – Anais da 1ª Reunião de Monitoramento. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007. p.23-36.

INSTITUTO NÔMADES. **"Inventário Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco"**. Volume I -. Relatório do Inventário dos Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco. Recife, 2010a.

_____. **"Inventário Saberes e Práticas das Parteiras Indígenas de Pernambuco"**. Volume III - Etnia Pankararu. Recife, 2010b (mimeo)

JORDAN, B. Introduction. In: _____. **Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States**. Prospect Heights: Waveland Press. 1993

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico entre os Siona da Amazônia Colombiana. In: SANTOS, R. V. et al. (Orgs.). **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 115-142.

_____. Introdução: Xamanismo – velhas e novas perspectivas. In: LANGDON, E. J. (Org). **Xamanismo no Brasil: Novas Perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996. p. 09-36.

_____. A Tolerância e a Política de Saúde do Índio no Brasil: São Compatíveis os Saberes Biomédicos e os Saberes Indígenas? In: GRUPIONI, B. D. L. et al. (Eds.). **Povos Indígenas e Tolerância, Construindo Práticas de Respeito e Solidariedade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001. p.157-165.

_____. Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S. et al. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: Um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 211-225.

LASMAR, C. Mulheres Indígenas: representações. **Estudos Feministas**, Rio de Janeiro: IFCS/UFRJ, vol.7 N. 1 e 2/99, p.143-156, 1999.

LEA, V. Gênero Femenino Membegokre (Kayapó): desvelando representações desgastadas. In: **Cadernos Pagu** (3). Campinas: PAGU – Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, p. 85-116, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. O Feiticeiro e sua Magia; A Eficácia Simbólica. In: _____. **Antropologia Estrutural**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996. p. 193-213.

McCALLUM, C. O corpo que sabe. Da Epistemologia Kaxinauá para uma Antropologia Médica das Sociedades das Terras Baixas Sul-Americanas. In: ALVES, P.C. & RABELO, M.C. (Eds.). **Antropologia da Saúde**. Traçando Identidade e Explorando Fronteiras. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998. p. 215-45.

MATTA, P. **Dois elos da mesma corrente: uma etnografia da Corrida do Imbu e da Penitência entre os Pankararu**. 2005. 204p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MAUSS, M. Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”; e As Técnicas do Corpo. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p. 367-397 e 399-422.

MEAD, M. **Sexo e Temperamento**. São Paulo: Editora Perspectiva. 2003.

MENENDEZ, E. La enfermedad y la curación: Qué es medicina tradicional. In: **Alteridades**, v. 4, n. 7, México, p.71-83, 1994.

OLIVEIRA FILHO, J. P. de. Uma etnologia dos “índios misturados”? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. In: _____ (Org). **A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no nordeste indígena**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1999. p. 11-38.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. In: O trabalho do antropólogo. São Paulo: Unesp, 1998.

ROSALEN, J. **Aproximações à Temática das DST junto aos Wajãpi do Amapari. Um estudo sobre malefícios, fluídos corporais e sexualidade**. 2005. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAHLINS, M. **O pessimismo sentimental e a experiência etnográfica**: por que a cultura não é um objeto em via de extinção (parte 1). Mana, v. 3, n. 1. Rio de Janeiro: 1997a.

_____. (parte 2). Mana, vol. 3, n. 2. Rio de Janeiro, 1997b.

SANTOS, R. V., COIMBRA, Jr. C.E.A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr CEA, et. al., organizadores. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ABRASCO, 2006. p.13-47.

SOUSA, R. P., MENEGOLA, I. Perfil Epidemiológico das populações indígenas no Brasil. In: **Consórcio Institute of Development Studies**, Associação Saúde Sem Limites, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Diagnóstico Situacional do Subsistema de Saúde Indígena**. Relatório Inicial (revisado). 2009. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/Web%20Funasa/not/not2009/Diagn%C3%B3stico%20v4c.pdf>. Acessado em 15/06/2010.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. A Construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/Ed. Marco Zero, 1987. p. 11-29.

SCOTT, P. Morsi, Religião e sexualidade em contextos urbano, rural e indígena: namoro, aborto e responsabilidade. In: SCOTT, P. et al. (Orgs.). **Saúde, Sexualidade e Famílias Urbanas, Rurais e Indígenas**. Recife: UFPE, 2007. p. 13-54.

SILVA, G. da. Camarada ou Inimiga: a 'dona-do-corpo' e as mulheres Atikum. In: ATHIAS, R. (Org). **Povos Indígenas de Pernambuco, Identidade, Diversidade e Conflito**. Recife: UFPE, 2007. p. 195-202.

_____. "Chama os Atikun que eles desatam já!" Práticas terapêuticas, sabedores e poder. 2007. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SOUZA, L. C. de. **Remédios do Mato e Remédios de Farmácia: relações entre o sistema médico Fulni-ô e o sistema oficial de saúde**. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. Medicina tradicional indígena em contextos – Anais da 1ª Reunião de Monitoramento. Brasília: Projeto Vigisus II/Funasa, 2007. p. 55-62.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**, 2004. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VAN GENNEP, A. **Os Ritos de Passagem**. Petrópolis: Editora Vozes, 1978.

VIEIRA, E.M. **A Medicalização do Corpo Feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, E. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (Org.). **Sociedades Indígenas e Indigenismo no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/Ed. Marco Zero, 1987. p. 31-41.

ZORZAN, B., SENA, L. M., FRAZON, A.C., BRUM, K. RAPCHAN, A. **Violência Obstétrica, a voz das brasileiras.** Disponível em <http://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>. Acessado em 28.01.2013.