

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Gestar e parir em terra de *juruá*: a experiência de
mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo

Mariane de Oliveira Menezes

Dissertação 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

Linha de pesquisa: Ciências Sociais,
Saúde Pública e Questões Contemporâneas

Orientador: Prof. Dr. Edemilson Antunes
de Campos

São Paulo
2012

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 dissertação.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Vera e Jaime (*in memoriam*).

À tod@s que lutam diariamente por um
tratamento justo e digno às gestantes,
mães, bebês e famílias.

AGRADECIMENTOS

Às mulheres que abriram as portas de suas casas para mim, pela convivência e por terem compartilhado comigo suas histórias.

Ao curso de Obstetrícia, que me inspirou e inspira em diversos momentos, por me fazer perceber que, na tomada de decisões clínicas, existem pontos de intersecção entre os desejos das mulheres, a experiência clínica e as evidências científicas.

Aos meus professores, por entrarem nas grandes lutas conosco e acreditarem que é possível um melhor atendimento às mulheres.

Ao Prof. Dr. Edemilson Antunes de Campos, meu orientador, por ter acreditado no potencial da pesquisa e pelos ensinamentos que me propiciou.

Aos obstetrites que me inspiram diariamente pelo amor à profissão.

Aos meus amigos que me deram suporte nos momentos mais complicados e compreenderam diversas ausências.

À Carol Patrocínio, por ser, estar, pelo apoio e ajuda.

Aos textos e pesquisas inspiradores de grandes autores da área os quais não citarei nomes para não cometer injustiças.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado.

*“Éramos uns poetas loucos, místicos
Éramos tudo o que não era são;
Agora são com dados estatísticos
Os cientistas que nos dão razão.*

*De que valeu, em suma, a suma lógica
Do máximo consumo de hoje em dia,
Duma bárbara marcha tecnológica
E da fé cega na tecnologia?”*

É fogo – Lenine

Menezes MO. Gestar e parir em terra de *juruá*: a experiência de mulheres guarani-mbyá na cidade de São Paulo [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

RESUMO

Introdução – A gestação e o parto são eventos fisiológicos com uma linguagem cultural. Em um país multicultural e multiétnico como o Brasil, o cuidado intercultural no atendimento é de extrema importância para se respeitar as diferentes culturas. Existem grupos étnicos guarani em periferias de São Paulo, que utilizam o modelo vigente de assistência à saúde. O modelo tecnocrático no qual estamos inseridos faz uma separação mente e corpo e trata o corpo como uma máquina defeituosa e imprevisível, enquanto a cosmologia indígena tem uma construção mais próxima de uma ideia holística de saúde. **Objetivo** – Compreender as práticas de cuidado com as gestantes, parturientes e puérperas de uma comunidade da etnia guarani-mbyá da região noroeste da cidade de São Paulo. **Metodologia** – Pesquisa com abordagem qualitativa na qual foram utilizados elementos metodológicos da etnografia. **Resultados** – Durante a gestação, mulheres transitam por cuidados tradicionais e biomédicos – atendidas pela Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena. No hospital, passam por procedimentos invasivos e obsoletos sem ter aspectos relevantes da sua cultura preservados. Durante o puerpério no hospital as mulheres tiveram dificuldades em obter uma alimentação adequada. **Considerações** – O atendimento à saúde em contexto multicultural e multiétnico deve ser baseado na interculturalidade para promover um diálogo entre as culturas, democratizando o acesso à saúde.

Descritores: gestação; parto; antropologia do nascimento; interculturalidade; povos indígenas.

Menezes MO. To gestate and give birth on *juruá* land: the experience of

guarani-mbyá women in São Paulo [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

ABSTRACT

Introduction – Pregnancy and childbirth are physiological events with a cultural language. In a multicultural and multiethnic country like Brazil intercultural care in birth is extremely important in order to respect different cultures. There are different guarani groups in the suburbs of São Paulo, using the current model of health care. We operate inside a technocratic model in which there's a split between body and mind. This model treats our body as a defective and unpredictable machine, while the indigenous cosmology is like a holistic Idea of health. **Objective** – Understanding the practices of care during pregnancy, childbirth and postpartum period of women living in a guarani-mbyá community from northwestern region of São Paulo. **Methodology** – Qualitative research using methodological elements of ethnography. **Results** – During pregnancy guarani's women transit through both their traditional care and the biomedical care (Indian Health Multidisciplinary Team). At the hospital they undergo invasive and obsolete procedures without preserving relevant aspects of their culture. During postpartum period in hospital they have difficulties in obtaining adequate food. **Closing Remarks**– Health care in a multicultural and multiethnic country should be based on promoting an intellectual dialogue between cultures, democratizing access to public health care.

Keywords: pregnancy; childbirth; anthropology of birth; intercultural; indigenous.

ÍNDICE

1	CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	10
	1.1 A TRAJETÓRIA DA INVESTIGADORA E MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO.....	10
	1.2 ANTROPOLOGIA E O PROCESSO DE NASCIMENTO.....	12
	1.2.1 Interculturalidade e os povos indígenas.....	15
	1.2.2 Relações corporais: a cosmologia indígena.....	20
	1.3 BIOMEDICINA E O NASCIMENTO.....	23
	1.3.1 Os Sistemas e a Medicina Tradicional.....	27
	1.4 ETNIA GUARANI.....	34
	1.4.1 A instalação dos guarani-mbyá na região noroeste da cidade de São Paulo.....	35
2	OBJETIVO.....	37
3	METODOLOGIA.....	38
	3.1 TIPO DE PESQUISA.....	38
	3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
	3.3 COLETA DE DADOS.....	39
	3.3.1 Amostra.....	39
	3.3.2 Instrumentos de coleta.....	40
	3.3.3 Procedimentos metodológicos.....	41
	3.4 ANÁLISE DOS DADOS.....	41
	3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
	4.1 O CENÁRIO DO ESTUDO.....	44
	4.1.1 As lideranças e os conselhos.....	47
	4.1.2 Um pouco da história: Ceci, a informante chave e as outras informantes.....	49

4.2 GESTAÇÃO.....	54
4.2.1 Anticoncepção e a descoberta da gestação.....	54
4.2.2 A descoberta da gestação.....	55
4.2.3 Os cuidados durante a gestação: tradicionais e biomédicos.....	57
4.3 PARTO.....	63
4.4 O PUERPÉRIO.....	68
4.4.1 Alimentação.....	69
4.4.2 Cuidados com o recém-nascido: leite materno e artificial.....	71
5 CONSIDERAÇÕES.....	75
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES.....	84
Apêndice 1– Roteiro de Questões.....	84
Apêndice 2 – Declaração de autorização: pesquisa em território indígena...85	
Apêndice 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	86
CURRÍCULO LATTES.....	87

1 CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 A TRAJETÓRIA DA INVESTIGADORA E MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Quando iniciei a graduação de Obstetrícia não tinha a menor ideia das tantas emoções, dificuldades e realizações pelas quais eu passaria dali para frente. Emoções por participar de momentos tão importantes na vida das mulheres, de suas gestações, do rito de passagem e transformação de uma mulher em uma mãe (ou em uma nova mãe), dos primeiros momentos de uma nova vida extra-uterina. Dificuldades em um contexto de um país com uma quantidade assustadora de cesáreas – principalmente na rede suplementar –, uma quantidade exagerada de intervenções (por muitas vezes desnecessárias) em partos vaginais, como também dificuldades na inserção no campo de trabalho de profissionais desconhecidos atualmente no nosso país, os obstetrizes.

Entre o me apaixonar completamente pela profissão e viver as realidades inesperadas dos contextos de estágio, uma das muitas coisas que me intrigou foi perceber um tratamento padrão a todas as pessoas atendidas: com suas culturas, etnias, saberes e vivências. O fator cultural já havia sido falado e debatido em aulas teóricas, mas nos estágios ele ficava ainda mais claro.

Um dos temas que normalmente abordamos na admissão para o parto na maternidade são as possibilidades de posições, lugares e exercícios durante o trabalho de parto. Muitas mulheres, a princípio, ficam deitadas – como mostram os filmes, séries e novelas – acreditando que, entre as muitas dores e desconfortos à que são fadadas (por terem nascido com o corpo feminino), nasceria seu bebê.

Em um dos partos de uma boliviana, que acompanhei em uma maternidade em São Paulo, muitas coisas aconteceram de uma maneira “diferente”. Neste caso específico, sem ao menos eu ter comentado, ela mesma decidiu permanecer de pé, enquanto comia, e continuou assim durante o trabalho de parto.

Tanto o trabalho de parto como o parto foram muito rápidos, após o nascimento percebi uma laceração no períneo dela (rasgo que algumas vezes ocorre durante o parto), contei o que ocorreu e ela prontamente respondeu “sem costura” – como a laceração não sangrava muito e nem trazia modificações anatômicas, não havia a necessidade de suturar. Após a saída da placenta ela pediu para levá-la para casa, o que causou estranhamento dentre os profissionais do hospital, tanto uma médica neonatologista quanto uma enfermeira obstétrica negaram prontamente o pedido, dizendo que ela não poderia levar a placenta.

Esse episódio ficou na minha memória, como também meu interesse pelas diversidades. Já graduada, uma das minhas experiências profissionais foi um trabalho com o Instituto Brasil Solidário – IBS, uma organização sem

fins lucrativos que promove programas sociais em comunidades desfavorecidas e com baixo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano). Saímos com carros e caminhão equipado de São Paulo e trabalhamos com o projeto em Balsas/MA, São Raimundo Nonato/PI e Crateús/CE. Fui como obstetrix com o objetivo de dar palestra sobre exame preventivo (papanicolau), câncer de colo do útero e mamas e realizar consultas. Foi uma experiência rica que só fez aumentar meu interesse pela grande diversidade cultural do nosso país e pela maneira como ela envolve e determina todo o processo de nascimento.

Depois desses episódios, uma amiga foi trabalhar em Uiramutã/RR com indígenas – a maioria da etnia macuxi – e sempre conversávamos sobre o atendimento dela lá, a recepção dos indígenas, a relação com as parteiras locais, com o sistema de saúde. Com isso, passei a ter grande interesse pelos cuidados de saúde durante a gestação e parto com povos indígenas e fiquei imaginando como seria isso em São Paulo, com indígenas em uma grande cidade. Este trabalho é uma possível resposta para essas indagações.

1.2 ANTROPOLOGIA E O PROCESSO DE NASCIMENTO

Durante muitos anos, as práticas realizadas durante o processo de nascimento em sistemas culturais tradicionais foi um tema pouco abordado em pesquisas científicas. Como salienta JORDAN (1993), é estranho pensar

que antropólogos que estudaram em profundidade “crenças exóticas” e “rituais secretos” não tenham aprofundado muito no modo de parir das sociedades estudadas.

Talvez o tema possa não ter sido chamativo para os pesquisadores ou, por outro lado, a participação em tal acontecimento podia ser restrita ao mundo feminino, quando a maioria dos pesquisadores eram homens. (JORDAN, 1993) Outra possibilidade é a falta de um olhar mais específico fazendo um recorte no nascimento, típico da cultura ocidental e, mais especificamente, de profissionais da saúde. Entretanto, a partir das primeiras pesquisas de campo sobre tais práticas, cada vez mais o tema tem sido abordado e aprofundado.

Em sua pesquisa, JORDAN (1993) estudou quatro culturas diferentes em seus processos de nascimento: Holanda, Suécia, Estados Unidos e Yucatán, no México. Quando pesquisou os cuidados durante o parto nos Estados Unidos, em conjunto com as outras culturas, essa autora mostrou as implicações de se adotar o modelo biomédico tecnocrático.

Ao se estudar parto e nascimento, deve-se levar em conta que tais eventos ocorrem como um processo fisiológico, que também têm uma linguagem cultural, portanto deve ser visto como um evento holístico. É tanto um evento universal, biologicamente falando, como um evento particular de cada sociedade. Trata-se, portanto, de um evento biossocial, no qual a fisiologia do parto é significada culturalmente (JORDAN, 1993; GUALDA, 2002).

As pesquisas socioantropológicas também enfatizam que o nascimento, em todas as sociedades, é um rito de passagem e, cada uma delas, o entende conforme os valores que partilha; são processos simbólicos que fazem parte de um contexto social (MEAD, 1988).

GENNEP (2011), em seu estudo clássico sobre os rituais de passagem, nos mostra que as cerimônias de gravidez e do parto constituem, em geral, uma totalidade composta de “ritos de separação para 'proteger' a mulher grávida e a criança” (2011, 53)¹.

O rito de passagem consiste em uma mudança de status social a partir de processos rituais, transformando a ideia própria e social que se tem sobre o indivíduo, que assumirá um novo papel social após tais rituais. Por isso sua extrema importância para se pensar o processo de nascimento dentro do contexto sociocultural em que se insere, pois lá está nascendo uma criança, uma mãe, um pai, uma família.

A antropóloga DAVIS-FLOYD (1992) também demonstrou que, com a mudança do local de parto na sociedade norte-americana, isto é, a passagem dos partos domiciliares para os partos hospitalares, não houve

¹ Os rituais de passagem, trabalhados por Van Gennep, são apresentados Turner (1974) em três fases características: “A primeira fase (de separação) abrange o comportamento simbólico, que significa o afastamento do indivíduo ou de um grupo, quer do ponto fixo anterior na estrutura social. A segunda fase, chamada de “liminar” as características do sujeito ritual (o “transitante”) são ambíguas; ele passa através de um domínio cultural que tem poucos, ou quase nenhum, dos atributos do passado ou do estado futuro. Na terceira fase (reagregação ou reincorporação), consuma-se a passagem. O sujeito ritual, seja ele individual ou coletivo, permanece num estado relativamente estável mais uma vez, e em virtude disto, têm direitos e obrigações perante os outros membros do grupo social do qual faz parte”.

uma diminuição de rituais em torno desse processo, ou melhor, houve uma grande proliferação de rituais para esse evento. Em seu estudo sobre o nascimento como um ritual de passagem da sociedade norte-americana, a autora também sublinha o modo como desde o anúncio da gravidez, passando pela gestação, o parto e o pós-parto, a mulher vivencia um processo ritual no interior do qual ela muda seu *status* social, reconhecendo-se como mãe. Assim, ao contrário do que se possa pensar, no contexto hospitalar próprio do parto medicalizado, o processo de nascimento não estaria isento de simbolismos e rituais.

1.2.1. Interculturalidade e os povos indígenas

A interculturalidade se refere à ideia de uma interação entre as culturas de forma que respeite suas diversidades em um ambiente de interação e trocas. No contexto de encontro com o outro e suas diferenças podem surgir intolerâncias, discriminações, como também a supremacia de algumas identidades sobre outras. A ideia de interculturalidade incentiva um diálogo entre formações socioculturais diferentes, conduzindo a uma maior tolerância da diversidade, valorizando a pluralidade.

Experienciar a interculturalidade mostra como é importante o reconhecimento das diversas identidades culturais, realidades heterogêneas que, ao entrarem em contato, se modificam através das trocas de informações e permitem a transformação da realidade. (RODIGUES, 2007)

Focar na interculturalidade para atenção à saúde é colocar como fator central o respeito à dignidade humana e transformar a usuária em protagonista deste processo.

Nesse sentido, trata-se de dar valor e autoridade às vivências e necessidades das pessoas que utilizam o sistema de saúde, tendo a flexibilidade para incorporar à atenção elementos que sejam significativos. Isso tem implicações na percepção das mulheres usuárias sobre o sistema de saúde, as estratégias pertinentes e que se respeite suas tradições, fazendo com que a experiência seja vivenciada de uma maneira mais satisfatória, assim se transformando em um cuidado integral capaz de aceitar e respeitar as diferenças. (SADLES, 2009)

Em um país multicultural e multiétnico como o Brasil, o cuidado intercultural no atendimento é de extrema importância para se adequar às diferentes necessidades culturais em nosso território. Portanto, o reconhecimento e respeito pelas diferenças é papel fundamental para possibilitar que as famílias indígenas tenham acesso adequado aos serviços de saúde.

A diversidade cultural é um fenômeno que surge devido o desenvolvimento de nossa sociedade, que proporcionou o encontro e o contato com as populações indígenas e, conseqüentemente, levou às suas transformações. De acordo com o filósofo Cabanis (citado por FOUCAULT, 1990) que viveu no final do século XVIII: "*Todas as vezes que homens se*

reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde."

O encontro entre culturas diversas nos coloca diante do problema do etnocentrismo.

Como apontou ROCHA (1988), o etnocentrismo é um fenômeno que envolve o encontro entre o mundo do "eu" e o mundo do "outro", de maneira que é a tendência de avaliar e julgar os valores do outro, tomando como referência os valores do mundo do "eu".

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

A convivência entre as culturas nem sempre se mostra horizontal e equitativa e, por diversas vezes, vemos a cultura dita "ocidental" dominando e subordinando outras culturas. (SADLER, 2009)

A situação torna-se mais complexa quando, além de tal superioridade, uma cultura tenta fazer com que outra aceite seus valores e forçadamente passe a tomá-los como seus – um "genocídio cultural" – ação denominada etnocídio. (CLASTRES, 2004) Aplicações de uma determinada racionalidade sobre o corpo é uma forma de violência sobre este.

Como o etnocentrismo não favorece a um entendimento entre as culturas, pois facilmente são gerados atritos que podem culminar em

preconceito, uma alternativa é a interculturalidade. A interculturalidade enfatiza o pluralismo cultural, promovendo um diálogo igualitário entre diferentes culturas. (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008).

GIL (2007) demonstrou diferentes grupos indígenas adotando elementos socioculturais de outras culturas, inclusive da cultura biomédica. É um fenômeno complexo que traz consigo a resignificação de valores próprios e a significação de valores exteriores. Tal adaptação e releitura se fazem em diversos aspectos, inclusive na ideia de saúde. Alguns desses grupos utilizam-se dos recursos da biomedicina por métodos próprios, diferentemente do uso para o qual a ciência ocidental os destina, dependendo dos critérios culturais próprios.

Isso também ocorre, há tempos, de maneira inversa: a biomedicina interpretando os elementos de outros sistemas em relação a critérios e teorias próprias como, por exemplo, o uso das plantas medicinais de modo farmacêutico que, por diversas vezes, diverge completamente das concepções nativas para o uso de tais ervas e suas eficácias (inclusive eficácias simbólicas).

Mesmo com ambas as resignificações, há diferenças entre as atitudes dos dois grupos perante a ideia do "outro". Nos grupos indígenas, suas etnomedicinas aceitam a incorporação de elementos de fora, culminando em uma hibridação, enquanto na biomedicina há uma recusa em deixar suas fronteiras se ampliarem. (GIL, 2007) A racionalidade biomédica tira os rituais mágico-simbólicos, ignorando estes ou, algumas vezes,

subjugando, ao dar a nomenclatura de que tais aspectos culturais são "interessantes", mas não devem prevalecer no cuidado.

Dentro dos grupos indígenas os processos de resignificações têm relação direta com diversos fatores: hábitos, comportamentos e o contexto em que se dá a interação. A resignificação se baseia em suas tradições e culturas específicas, ou seja, há uma multiplicidade de fatores (muitos deles externos) que ajudarão na determinação das práticas de saúde. Essas multiplicidades devem ser consideradas e respeitadas na elaboração das políticas de saúde pra cada determinada etnia. Quando investimentos são realizados sem levar em consideração esses dados, os resultados nem sempre trazem benefícios para a população.

Ao pensar no atendimento à saúde, a interculturalidade promove o diálogo entre as diferenças com uma tendência à inclusão e equidade; o que leva a um questionamento do modelo social e cultural da medicina ocidental, caracterizada por uma tendência à exclusão de outros saberes da saúde. (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008) Questionar a forma como a saúde da população é tratada é um modo de democratizar a saúde, fortalecer a participação dos usuários e procurar as medidas necessárias para satisfazê-los, viabilizando os cuidados com um diálogo entre o modelo vigente e seus saberes e práticas. (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008)

A partir dessa reflexão é possível estabelecer que, dentre os pontos mais importantes de um atendimento intercultural adequado à saúde,

podemos citar o reconhecimento da própria identidade; o diálogo em condições igualitárias para estabelecer acordos; e a execução de compromissos. (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008)

1.2.2 Relações corporais: a cosmologia indígena

As relações saúde-doença são complexas e a busca de cada um por um cuidado está diretamente relacionada à ideia de corpo, consciência e às interações entre estes.

Muitos estudos tratam destas relações entre corpo e consciência. Uma das opções simplificadas e generalizadas para tentar explicar tais ideias pode ser a de separá-las em dois grupos: no primeiro existe ênfase na forma corporal, ou seja, o corpo molda a subjetividade de quem o tem, existindo uma correlação direta entre corpo e subjetividade; no segundo grupo a ênfase é no sujeito como um ser social, ou seja, cada sujeito é moldado pelas suas interações sociais, sua moral, suas relações de parentesco e afeto, sem ter grande relação com sua forma física - que é um molde que contém o Eu. (ROSENGREN, 2006)

Em geral, os grupos indígenas têm a relação entre corpo e consciência construída socialmente, a identidade se dá a partir do que se é ciente, e não do corpo físico. Nessa concepção, os seres têm uma alma tanto com a força vital como também com a subjetividade, mas cada um

expressa isso de uma maneira única, o que se dá a partir da vivência de cada dia, dos fatos pelos quais as pessoas são expostas.

Dessa forma, as relações interpessoais tendem a acontecer de maneira diferente da considerada "ocidentalizada", o social é colocado como fator principal e as relações sociais dentro da comunidade definem diversos aspectos que fazem parte de suas culturas e de seu cotidiano.

A partir disso, fica mais fácil entender como diversos grupos indígenas compreendem a ideia de saúde-doença como algo social, articulada à cosmologia de cada grupo e não experienciada individualmente. A doença é interpretada a partir de várias relações, como as entre as pessoas e a natureza, os grupos humanos, a natureza e o cosmo, e o papel da pessoa na comunidade.

Tal construção se aproxima mais da ideia do paradigma holístico do atendimento ao parto discutido por DAVIS-FLOYD (2001). Esse conceito foi introduzido para indicar a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura do paciente. O modelo de atenção acredita em uma unidade mente-corpo-espírito.

Para ficar mais clara a ideia de integração, ela exemplifica que o cérebro está em todo o corpo, suas ramificações e terminações nervosas não ficam restritas à cabeça, ao cérebro, portanto não existe a ideia de "mente" e sim uma conexão entre o todo. Não existe como na ideia científica tradicional uma dicotomia entre corpo e mente e, por vezes, até a exclusão do conceito "alma". É um pensamento fluido, que transcende a lógica linear

e as classificações rígidas, em que é possível a convivência de múltiplas modalidades de cura.

1.3 BIOMEDICINA E O NASCIMENTO

“The way a society conceives of the uses of technology reflects and perpetuates the value and belief system that underlies it.”

Robbie Davis-Floyd

Durante muito, muito tempo os partos aconteciam nos domicílios das parturientes, acompanhadas pela família, amigos e parteira. No Brasil, até o começo do século XIX, eles eram, praticamente, realizados apenas nesse ambiente – inclusive partos complicados – somente em raras exceções o médico era chamado; em geral era um evento feminino. (MOTT, 2005)

Com o passar dos anos houve uma institucionalização do parto, que passou a acontecer principalmente nos hospitais. Essa modificação trouxe consigo diversas mudanças no olhar sobre o evento parir. Uma delas é a visão da mulher como paciente, que necessita do ato médico para lidar com o corpo feminino (essencialmente biológico), tratar da gestação e, principalmente, do parto, tornando necessárias as intervenções médicas.

O conhecimento autoritário da medicina traz consigo a extrema medicalização dos indivíduos. No contexto do parto os papéis se invertem e, nesse momento, o médico se torna o protagonista do parto, o bebê é o produto desse ato e a mulher tem um papel inferior.

DAVIS-FLOYD (2001) escreve sobre as 12 crenças do modelo tecnocrático para a atenção ao parto e começa falando sobre a separação

que tal modelo faz entre mente e corpo e, assim, o corpo passa a ser visto como máquina. Além disso, o corpo feminino é encarado como um desvio do masculino, sendo assim defeituoso e imprevisível e, nesse caso, precisa da intervenção profissional que irá objetificar a paciente, a tratando de fora para dentro. Um exemplo citado por DAVIS-FLOYD (2001) é o uso de soro intravenoso (IV) como um símbolo tecnocrata da ligação da mulher ao hospital, como se fosse um cordão umbilical.

Também existe a ideia de que ao tratar do parto dentro do hospital, o processo estaria totalmente ligado à ciência e bases científicas. Entretanto, tal apropriação e patologização do parto trouxeram consigo diversos procedimentos e intervenções com uso exagerado de tecnologias para o processo do nascimento.

DAVIS-FLOYD (2001) afirma que a tecnologia domina os partos e a maior parte dos procedimentos tem pouca ou nenhuma evidência científica que corrobore seu uso, portanto são realizados não com uma base científica, mas porque fazem sentido cultural.

No Brasil podemos começar falando das altas taxas de cesárea que em 2010 (DATASUS, 2010) chegaram a ultrapassar, pela primeira vez, o número de partos normais, sendo que a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1985) afirma que, idealmente, as taxas de cesárea devem permanecer por volta de 10%, no máximo 15%.

Dentre as práticas medicalizadas podemos citar a episiotomia (incisão cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina para ampliar o

canal de parto), que continua sendo feita rotineiramente em diversos hospitais. O procedimento teve seus primeiros ensaios clínicos divulgados em meados dos anos 80 e os estudos demonstram que ele não deve ser realizado rotineiramente. (DINIZ, 2005)

A dieta zero durante o trabalho de parto também é um procedimento clássico, com o intuito de prevenir a aspiração do conteúdo gástrico caso seja necessária uma anestesia geral; os estudos mostram que tal restrição não garante a diminuição do conteúdo estomacal da gestante (McKAY & MAHAN, 1988), trazendo mais malefícios para a gestante de baixo risco e para o feto do que benefícios. As recomendações da OMS (1996) afirmam que, para decidir a dieta, é necessário avaliar o risco anestésico (se há possibilidade de anestesia geral), avaliar a necessidade de repor as energias materno-fetais, permitir que as gestantes de baixo risco ingiram líquidos e alimentos leves, e que se respeite o que é culturalmente adequado para essa mulher (ingestão ou não e o tipo de alimento).

A tricotomia - corte dos pelos pubianos - costuma ser realizada em diversos hospitais, com a ideia de higiene e diminuição de infecções. A revisão Cochrane (BASEVI e LAVENDER, 2001) mostra que não houve diferença na morbidade febril (infecção) entre as mulheres que passaram pelo procedimento e as que não passaram.

Já sobre a posição materna durante trabalho de parto, os estudos demonstram (LAWRENCE al, 2009) que as mulheres que permaneceram em posição vertical e/ou andando têm um trabalho de parto mais curto do

que as que ficam deitadas no leito. Em diversos hospitais as mulheres são obrigadas a permanecer no leito durante todo o trabalho de parto.

Outro procedimento é a lavagem intestinal, conhecida como enema, que supostamente deixaria o intestino livre, facilitando a descida da cabeça, diminuiria o risco de contaminação e infecções (tanto materna quanto neonatal). É um procedimento incômodo, que várias mulheres consideram constrangedor e o qual, segundo revisão de REVEIZ et al (2007), não há evidências suficientes para recomendar a realização de rotina e não tem efeitos quanto à infecção materna ou neonatal. Pelas evidências atuais, é uma prática desnecessária e deve ser abandonada durante o trabalho de parto e parto em si.

A manobra de Kristeller é uma pressão fúndica no útero materno, ou seja, uma força aplicada externamente na barriga, empurrando o bebê para baixo. São necessários mais estudos, entretanto, até o momento, não há evidência da eficácia da manobra de forma manual. A forma de cinto inflável não diminui a duração do período expulsivo e existem diversos casos de efeitos nocivos relacionados à manobra. (VERHEIJEN et al, 2009)

Logo que o bebê nasce, em muitos hospitais, é prontamente realizado o clampeamento do cordão umbilical, entretanto, o clampeamento tardio (de 30 a 120 segundos após o nascimento) promove uma transferência de 30 a 150 ml de sangue da placenta para o recém-nascido, aumentando os níveis de hemoglobina e de ferritina (que persiste por seis meses) no recém-nascido. (McDONALD e MIDDLETON, 2008)

A ideia de relacionar medicina e médicos à ciência se torna falsa a partir do momento que grande parte dos médicos não é acostumada a procurar as mais recentes evidências, ou tem um treinamento sobre suas metodologias e análises. Enquanto a ideia de ciência é supervalorizada, as melhores evidências são desconhecidas ou ignoradas. (DAVIS-FLOYD, 2001)

1.3.1. Os Sistemas de Saúde e a Medicina Tradicional

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o plano oferecido no Brasil, um dos maiores do mundo e tem seus princípios na Lei Orgânica de Saúde, de 1990 (BRASIL, 1990), com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Ele garante acesso integral, universal e gratuito para todas as pessoas em território nacional; é um direito social. Sua criação teve como meta promover um atendimento igualitário, promoção e cuidado da saúde da população.

Sua legislação (BRASIL, 1990) estabelece princípios para o funcionamento do SUS. Os princípios ideológicos do sistema são o da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade tem como base a concepção de que "A saúde é um direito de todos", como está descrito na Constituição Federal (1988), portanto o Estado tem o dever de fornecer atenção à saúde. A integralidade visa atenção a todos para prevenir ou tentar curar, individual ou coletivamente, em todas as complexidades

necessárias. Na equidade, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema.

Somente em 1986 é que aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio onde ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde do índio. Na segunda conferência em 1993 é que foram criados os DSEIs, Distrito Sanitário Especial Indígena, descentralizando o sistema e organizando a atenção indígena em suas áreas específicas determinadas pelas características étnicas e ocupação geográfica das comunidades indígenas. (CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE, 2012) Os DSEIs estão dentro das ações de promoção e proteção à saúde da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA, 2002), que também tem como missão atender integralmente à saúde dos povos indígenas e é um modelo complementar, voltado para a população indígena, focado na proteção, promoção e recuperação da saúde.

Na cidade de São Paulo existem três Unidades Básicas de Saúde Indígena voltadas à população guarani. Sua Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que conta, inclusive, com moradores da comunidade como Agentes Indígenas de Saúde (AIS) é fundamentada em uma perspectiva etno-cultural, sendo que a atenção à saúde ocorre de forma diferenciada, levando-se em consideração especificidades culturais e epidemiológicas. (BRASIL, 2002) A comunidade estudada está localizada próxima a uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBS Indígena).

MAPA 1: DISTRIBUIÇÃO DAS ALDEIAS INDÍGENAS DO MUNICÍPIO

DE SÃO PAULO



Fonte: Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo/SP. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=2993
1

Além da política focada na saúde indígena, ainda existe um projeto específico e culturalmente adequado para a assistência ao parto, o "Projeto de resgate da medicina tradicional indígena", que tem como enfoque o patrimônio cultural. Uma de suas prioridades é dar a oportunidade de mulheres indígenas terem um parto em que a perspectiva étnica e cultural

seja levada em consideração. Houve um estudo com mulheres e parteiras Guarani do litoral de São Paulo, em que foram ouvidas suas falas e reunidos dados vistos como fundamentais, pela comunidade, para uma melhor qualidade ao atendimento prestado. (RATTNER e FERRAZ, 2009)

O plano se sustenta a partir de uma rede nacional que visa garantir o acesso aos mecanismos de saúde aos índios. Pelos dados da Fundação Nacional da Saúde (FUNASA, 2002), no Estado de São Paulo existem oito hospitais "tradicionais" que buscam se adequar às necessidades e tradições indígenas; na cidade de São Paulo são dois: Hospital de Pedreira e Hospital de Interlagos, ambos próximos às aldeias do extremo sul da cidade.

Quando os hospitais foram selecionados², os rituais de tais comunidades tiveram de ser priorizados no atendimento. Nos hospitais da cidade de São Paulo, por exemplo, que atendem mulheres de comunidades Guarani, uma das primeiras alterações a ser implementada foi a devolução da placenta, que é enterrada para garantir a proteção do recém-nascido. Além disso, outras medidas foram tomadas, como a adequação da dieta pós-parto baseada em frango novo, arroz, mingau, milho e derivados, além de arroz e consulta ao pajé (caso necessite de alguma intervenção). Tais partos só seriam realizados no hospital se fosse de interesse tanto da

² Os hospitais escolhidos para participar do projeto tiveram prioridade pela proximidade à aldeias indígenas, contudo os hospitais do município de São Paulo localizam-se no extremo sul da cidade, próximos à duas aldeias guarani, mas ainda uma localidade distante da comunidade em questão (região noroeste da cidade), o que pode se transformar em uma grande dificuldade de acesso para essas mulheres.

gestante como da etnomedicina da comunidade - normalmente quando são casos de risco – e, pelas dificuldades com a língua, as parteiras podem acompanhar a mulher no trabalho de parto e parto. (GOVERNO ESTADUAL DE SÃO PAULO, 2008)

No Equador existe um guia técnico para atenção ao parto culturalmente adequado (MINISTÉRIO DE SALUD PÚBLICA, 2008), desenvolvido para melhorar a qualidade da atenção à saúde sexual e reprodutiva a nível nacional, regional e local. O guia tem o objetivo de adequar os serviços de saúde à diversidade cultural da população, de maneira que se possam reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal fomentando a atenção ao parto com adequação intercultural em todos os níveis de atenção do Sistema Nacional de Salud (SNS). A partir de diversas pesquisas, foram desenvolvidas estratégias para a adequação dos cuidados à saúde de gestantes, parturientes, puérperas e suas famílias:

. Tratamento interpessoal para a usuária e seus familiares: profissionais da saúde devem ser afetuosos e respeitosos, considerando a realidade social e cultural dos pacientes e suas famílias;

. Acompanhamento durante a atenção ao parto: os cuidados de saúde devem integrar cuidados com o corpo, a proteção do espírito e evitar riscos emocionais;

. Posição de parto: dar opções de posições de parto que não seja somente a horizontal, considerada antinatural;

. Vestimenta/ mudanças bruscas de temperatura: evitar mudanças bruscas de temperatura e exposição ao frio, como mudanças de roupa para aventais hospitalares frios, sala de parto fria, assepsia fria, banho na mãe logo após o parto;

. Alimentação: respeitar diferentes costumes de cada comunidade sobre alimentação antes, durante e após o parto;

. Informação: os profissionais de saúde, tanto do nível primário quanto de níveis especializados de atenção, devem ser devidamente informados sobre práticas locais de atenção ao parto para poder respeitá-las. Além disso, não devem realizar nenhum procedimento sem informar de uma forma suficientemente clara sobre riscos e consequências, tomando cuidado para não confundir, assustar ou induzir a mãe;

. Devolução da placenta: para diversas etnias existe uma grande importância dos ritos associados com o enterro da placenta, o que justifica sua devolução às famílias.

Ao se tratar de população indígena, pensar em simples acesso aos

recursos disponíveis não é o desejado, pois não se consideram várias especificidades dos diferentes grupos. Uma articulação entre o modelo biomédico e a medicina tradicional pode ser favorável à população desses grupos. A ideia de que medicina tradicional e biomedicina são campos contrapostos e excludentes está fora da realidade vivida em diversos grupos étnicos, pois eles podem experienciar e usufruir dos recursos que estiverem ao seu alcance.

1.4 ETNIA GUARANI

A etnia guarani é uma das mais representativas das Américas, sofreu uma diminuição sumária na época da colonização, entretanto, alguns grupos permanecem em países da América do Sul habitando inclusive o Brasil. A etnia se divide em subgrupos conforme características próprias. No território brasileiro se consideram três grupos: Kaiová, Mbyá e Nhandeva (MONTARDO, 2002) que se diferem por formas linguísticas, costumes, religião, práticas ritualísticas, formas de compreender e se relacionar com o mundo. Durante séculos, tais grupos migraram e fundiram em processos complexos, sendo que alguns deles encontram-se inclusive no município de São Paulo. (SILVA, 2008)

Três aspectos principais que expressam uma identidade guarani: o *ava ñe'ë* que é a ideia de identidade guarani (expressão que seria como uma junção entre homem e alma); o *tamõi*, que são os ancestrais em comum; e o *ava reko*, comportamento em sociedade, juntamente com a parte mítica e ideológica. (SUSNIK, 1980) Estes aspectos formam o homem guarani e dão base para entender suas relações sociais. Segundo LADEIRA (2001):

“A população Guarani estimada no Brasil é de aproximadamente 33 mil pessoas, entre os *Kaiowá* (20 mil), *Nhandéva* (7 mil) e *Mbyá* (6 mil). No Paraguai, calcula-se que vivam cerca de 21 mil, entre os *Pai Tavyterã/Kaiowa* (9 mil), *Nandéva* (7 mil) e *Mbyá* (5 mil). Na Argentina, a população Guarani é quase

exclusivamente *Mbyá* e concentrou-se na província de Misiones, em torno de 4 mil pessoas”.

1.4.1 A instalação dos guarani-mbyá na região noroeste da cidade de São Paulo

Os arredores da área em que a comunidade do estudo habita foram ocupados por guaranis por volta dos anos 1960, quando foram convidados a construir uma aldeia na região. Os motivos do convite não são claros, o lugar onde moravam anteriormente pertencia à prefeitura, que o requisitou para utilização. Além disso, nessa área oferecida – que se situa na região noroeste do município – havia boas características de topografia, fauna, vegetação, nascentes e estava se tornando área de preservação do patrimônio histórico nacional. (SILVA, 2008)

O grupo se fixou nessas terras utilizando o terreno da frente para o plantio. No entanto, com a chegada de mais uma liderança para morar nessas terras era possível que fossem gerados conflitos. Assim, o novo líder se mudou para o terreno da frente. Estes se transformaram em dois grupos distintos, com lideranças distintas e uma grande proximidade física; a “aldeia de baixo” (mais antiga) e a “aldeia de cima” (mais nova e mais populosa). (SILVA, 2008)

Existe uma parte representativa da população indígena nas periferias de grandes cidades, buscando sobreviver e em um contexto hostil,

principalmente por terem se fixado em um espaço limitado para o crescimento populacional e, principalmente, para o desenvolvimento da agricultura, modalidade tradicional para a sobrevivência indígena (AZEVEDO, 2004)

Segundo BRAND (2003), em sua pesquisa em Campo Grande – MS, “o confinamento das populações indígenas em áreas reduzidas, principalmente naquelas localizadas próximas a centro urbano, como é o caso das etnias guarani-kaiowá, alimenta a desestruturação familiar, o suicídio e problemas de saúde como o alcoolismo e as doenças sexualmente transmissíveis”.

2 OBJETIVO

Compreender as práticas de cuidado com as gestantes, parturientes e puérperas de uma comunidade da etnia guarani-mbyá da região noroeste da cidade de São Paulo.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa com abordagem qualitativa, na qual foram utilizados elementos metodológicos da etnografia. A partir dessa abordagem, o pesquisador se transforma em um dos instrumentos de pesquisa, e o trabalho de campo depende de sua interação com as situações sociais de um determinado contexto. A abordagem favorece um estudo sociocultural adequado a partir da perspectiva dos sujeitos do estudo.

A descrição etnográfica é uma descrição densa, que traz consigo a interpretação do fluxo do discurso social, transformando-o em material de pesquisa. (GEERTZ,1989)

Ao identificar o modo como o sujeito do estudo percebe a vida e como lida com a relação saúde-doença é possível realizar planos de ações para melhorar a assistência prestada. O estudo foi realizado com pessoas da etnia Guarani com foco em mulheres, suas experiências e cuidados durante a gestação, parto e puerpério.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em uma comunidade Indígena guarani-mbyá situada na zona noroeste da cidade de São Paulo.³

3.3 COLETA DE DADOS

3.3.1 Amostra

A amostragem se deu com base nos contatos da pesquisadora dentro da comunidade. Com o começo da formação de vínculo, naturalmente uma das mulheres se tornou a informante principal e esta indicou outras mulheres que tiveram a experiência do parto nos últimos dois anos. Contudo, foram poucas as mulheres que se prontificaram a falar sobre o assunto com uma *jurua* (pessoa não índia). Tais pessoas foram informadas dos objetivos da pesquisa e, concordando com o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III), foram inclusas na pesquisa.

Como se trata de uma pesquisa com base na observação participante e no contato com diversidades, são presentes no texto diversos nuances das relações estabelecidas com o ambiente, homens, mulheres e crianças, o que faz com que eles também façam parte da pesquisa. Contudo, os temas da gestação, parto e puerpério foram mais profundamente abordados com

³ Um aprofundamento sobre a localidade se dará no capítulo “4.1 O Cenário do estudo”.

quatro mulheres que se disponibilizaram falar sobre suas gestações e partos.

3.3.2 Instrumentos de coleta

Para a coleta de dados foram utilizados alguns instrumentos:

. Observação: a pesquisadora se inseriu em contexto diferente do seu habitual para observar. Essa vivência serviu de subsídio para uma posterior avaliação e foi fundamental para a construção do cenário social, relações interpessoais e cenário físico local. Sempre existe a possibilidade de haver um choque cultural nesse início, o que não é prejudicial para a pesquisa. Os primeiros contatos com o grupo a ser estudado foram os que ocorreram para obter a autorização da pesquisa;⁴

. Diário de campo: lugar onde foram guardadas as observações, impressões e registro de detalhes. A anotação é importante, pois não permite que a memória distorça tais fatos subjetivos;

. Roteiro de questionário (Apêndice I): realizado com as mulheres delimitadas pelo critério de inclusão do estudo, em formato de conversas informais.

⁴ O processo mais detalhado da autorização pelos indígenas será abordado no capítulo “4.1.1 As lideranças e os conselhos” onde a pesquisadora retratará as etapas vividas até o momento em que foi aceita na comunidade.

3.3.3 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi realizada em aproximadamente seis meses, os dois primeiros para obtenção da autorização com as lideranças da comunidade e mais outros quatro em campo entre observação participante, diário de campo e roteiro de questões. Os dados foram anotados tanto na comunidade quando sentava em algum lugar esperando alguém, como durante as conversas – para não perder algumas falas importantes –, e também durante o trajeto de volta.

A princípio, o conteúdo do roteiro de questões seria gravado em fitas para posterior análise, entretanto, as mulheres do estudo preferiram que não fosse utilizado o gravador, mas aceitaram que as suas respostas fossem anotadas durante o processo. Toda a pesquisa se deu dentro da comunidade indígena entre espaços comuns, casa de alguns indígenas e excepcionalmente duas vezes na casa de reza.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Houve uma transcrição das entrevistas, os vícios de linguagem foram retirados sem perder as características individuais de expressão e a ordem das falas também foi alterada para que houvesse uma sequência textual. Os conteúdos foram analisados em conjunto com o diário de campo. Após

leitura exaustiva, os assuntos abordados foram divididos em temas e subtemas, pré-estabelecidos e analisados à luz da interculturalidade.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para a realização da pesquisa foram respeitadas as normas e diretrizes das resoluções 196/1996 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde, tanto na observação participante como também durante as entrevistas. O trabalho foi aceito no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública – COEP/FSP e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

A interculturalidade e outras características específicas da comunidade foram respeitadas sem haver qualquer prejuízo físico, psicológico e moral às pessoas envolvidas na pesquisa. Após algumas reuniões que explicavam o motivo e metodologia da pesquisa⁵, houve uma anuência sobre a pesquisa junto às lideranças locais e o presidente da Associação República Guarani Amba Vera. (Apêndice II) Todos os nomes foram alterados pela pesquisadora e os pseudônimos foram escolhidos por ela para preservar a identidade dos sujeitos do estudo.

As entrevistas contaram com um termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice III) no qual foram informados, em linguagem

⁵ mais detalhado no capítulo “4.1 O cenário do estudo e as primeiras interações”

clara, os objetivos da pesquisa e esclarecidos quanto ao anonimato. Os depoimentos foram dados de forma voluntária. O povo Guarani dessa região, em sua grande maioria, é bilingue e uma das línguas faladas é o português. Como as pessoas com as quais o pesquisador teve contato falavam português, não houve a necessidade de um tradutor.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O CENÁRIO DO ESTUDO

Era uma segunda-feira de manhã quando parti para minha primeira ida à comunidade. Por ser a primeira vez, fui de carro e acompanhada. É um longo percurso saindo da minha casa até a comunidade, um pouco mais de duas horas, dependendo do trânsito no meio da cidade.

Perto do lugar nos perdemos e tivemos de perguntar indicações, as pessoas da região não sabem exatamente onde a aldeia fica, mas sabem a direção aproximada. Depois de algum tempo chegamos a uma estrada ainda asfaltada, a comunidade fica cercada por muros e tem uma entrada mais larga, por onde dá pra passar com automóveis. Havia uma mulher com aparência indígena perto dessa entrada ao lado de alguns artesanatos indígenas expostos na calçada e perguntei se poderia entrar com o carro, ela afirmou que sim.

É uma pequena distância de terra, mas muito esburacada na parte mais alta. Recebemos alguns olhares de curiosidade, saí do carro e fui conversar. Uma das primeiras pessoas que estava por perto era o Ubiratã. Contei a ele quem eu era, comentei sobre a pesquisa e fui informada de que as pessoas que tratavam sobre esse assunto não estavam lá e eu teria de ir outro dia. Disse que a pessoa com quem eu precisava falar para tentar a autorização para a pesquisa, normalmente, está na comunidade por volta

das 12h, quando chamam as crianças pro almoço. Além disso, ele explicou como fazer para ir de trem e falou da proximidade da estação.

Na visita seguinte utilizei transporte público. Um ônibus e dois trens. Nesse segundo o ambiente começa a modificar... Depois de algumas estações aparece mata ao redor. No ponto em que devo descer só se vê a estação, mata e um lugar de treinamento de policiais. Saio do trem de ferro, desses mais antigos, sem ar condicionado e com longos bancos nas duas laterais. Pergunto para um dos guardas locais sobre a direção de saída e ele me informa por onde seguir, sabendo por qual rua ir, mas não exatamente como chegar ao meu destino. Ando por um bairro simples, passo por uma escola, casas, pequenos comércios locais, uma escola de futebol e nesse caminho me deparo com alguns ônibus passando do centro da cidade para os bairros e vice-versa. Depois de aproximadamente vinte minutos chego novamente ao meu destino.

A primeira vista, o que diferencia a comunidade indígena das casas que passei pelo caminho é que a área verde aumenta quanto mais se aproxima da aldeia. O muro que separa a estrada das casas e as casas são, em sua maioria, feitas de madeira.

Depois de algum tempo foi possível perceber melhor o lugar, o chão batido de terra e grupos de casas com cercas ao redor traz a lembrança de cidades do interior (mas a qualquer momento, olhando pra fora dos muros, você relembra que não saiu de um centro urbano). Em quase todas as casas existem galinhas e cachorros, que em sua maioria ficam livres, andando pelo

espaço. Não existem muitas plantações, o que se observa, em geral, em quase todos os grupos de casas, são bananeiras. No começo do estudo havia muito lixo espalhado pelo local, sacos de salgadinhos, potes de iogurte e pedaços de brinquedos que, depois de um tempo e com a organização das mulheres, esse cenário mudou bastante. Em cada grupo de casas há um banheiro com um tanque fora. Outra mudança que houve com o tempo foi o encanamento e saneamento para as casas. No início, havia uma das caixas d'água vazando e com o passar dos meses, ela foi consertada e vários canos enormes foram colocados.

Logo no começo do terreno há uma escola indígena, a CECI, onde as crianças aprendem tanto português quanto guarani. Depois de algumas casas, mais centralizada, há a casa de reza feita de pau-a-pique, um pouco mais para baixo, uma cozinha com um ambiente coberto e, logo atrás, uma quadra de futebol que, aos finais de semana, fica muito cheia; nos outros dias sempre existem pessoas por ali, na maioria das vezes crianças e adolescentes, tanto meninos como algumas meninas.

As crianças são vistas sempre circulando, brincando e conversando a maior parte do tempo em guarani. Quando passa um *Juruá* (pessoa não índia em guarani), algumas vezes cumprimentam ou pedem alguns trocados. As crianças menores, aquelas que aparentam saber andar há pouco tempo, no dias quentes andam nuas, ou sem a parte de baixo das roupas, o que facilita bastante os momentos em que vão urinar. Homens também são facilmente vistos andando, cachimbando, tomando chá mate, saindo e

entrando na aldeia. As mulheres, em geral, aparecem perto das casas, lavando roupa, na porta com as crianças, mas em geral, depois de um tempo, dá para se perceber que são os mesmos rostos que mais aparecem por ali.

O cheiro também se diferencia ali dentro dos muros, é realmente algo como o interior, o cheiro das galinhas, das fogueiras, da mata por perto... Há um lugar perto da casa de reza em que, de tempos em tempos, há uma fogueira acesa ou restos de cinzas. Os sons são uma mistura de guarani com português e músicas vindas de rádios normalmente em inglês, algumas vezes algum latido ou cacarejar.

Em um dos dias de observação chegou um caminhão com doações. Nesse momento pude ter uma ideia melhor da população - surgiram diversos rostos novos em direção ao caminhão para ajudar a retirar as doações e ver o que eram tais coisas, principalmente rostos femininos que eu não tinha visto anteriormente.

4.1.1 As lideranças e os conselhos

Foram muitas idas e vindas até conseguir, um dia, encontrar as três lideranças que falariam comigo. Demorou algum tempo, em que já pude começar a reparar nas coisas acima citadas. Nesse dia, um deles, o Caiubi, conversa um pouco comigo e me convida para entrar em uma sala mais fresca. Ele vem com seu cachimbo, uma garrafa grande de água gelada e

um copo com erva mate, depois se encosta em uma janela com alguns metros de distância de mim e, enquanto cachimba, conversamos um pouco sobre a pesquisa, maternidade. É um ritmo de conversa lento, ele ouve, presta atenção e, antes de falar, toma um tempo pensando, dá um trago no cachimbo. Ele é um jovem que completou o Ensino Médio e pretende ser enfermeiro, achou interessante essa coisa de ser parteira. É um dos muitos que circula bastante por São Paulo, outras cidades, estados e, por vezes, países, para reuniões, encontros étnicos e conversas.

Chega o momento no qual o cacique e as outras autoridades da Associação local vão me receber. Fui acompanhada até a casa de reza e ali fico por alguns minutos esperando que eles cheguem. É uma casa de pau-a-pique de uns 15m² com bancos de madeira nas laterais e uma madeira no centro de um dos lados. O lugar é escuro, com duas portas e nenhuma janela; os olhos demoram a se acostumar com a privação de luz. Enquanto isso, fico sentada em um dos bancos junto de alguns cachorros que lá estão pra se refrescar à sombra.

Eles chegam e sentam, dá uma impressão de que eles têm tais reuniões sobre pesquisas frequentemente. Eu me apresento, conto resumidamente minha história e o interesse sobre a pesquisa, um deles mantém a conversa comigo, que depois fui saber que era o Guaraci (presidente da Associação, que, aparentemente, em breve se tornará o cacique, já que uma parte da população, mais o cacique atual, devem se mudar para um terreno no interior de São Paulo). Quando conversam entre

si isso acontece em guarani e quando se dirigem a mim é em português, eu sentia um grande estranhamento por estar ali com as lideranças em um momento importante pra mim e para o meu estudo sem conseguir perceber suas reações, me sentia um tanto perdida. Em alguns momentos acreditava que eles não gostaram nada de mim e tinha uma vontade de sair correndo dali, já em outros parecia que haviam gostado de mim e entendido o propósito da pesquisa. Fui embora levando comigo o telefone do Guaraci para marcar um retorno, dia em que ele me diria se havia aceitado a pesquisa.

Volto alguns dias depois para encontrá-lo e soube que as autoridades ali autorizaram a pesquisa, e nos próximos dias ela passaria por um conselho feminino, algo que ainda estava em fase de construção mas, como a pesquisa é fundamentada com mulheres e sobre as mulheres, ele afirmou que seria interessante passar isso por elas também. Marquei um dia, liguei antes, ele estava muito ocupado e marcamos dois dias depois. Era depois de um dia chuvoso e o chão de terra estava lamacento e escorregadio, foi difícil andar lá. Algumas poucas pessoas já começavam a me reconhecer das minhas idas lá, um menino de 9 anos veio conversar, quis saber de onde vinha, se era longe. Falei onde morava e as condições que peguei para chegar lá, ele pensou por alguns instantes e disse que não era longe não. Lá chegando fui à casa de Guaraci, que havia saído pra levar a mãe ao hospital, ainda fiquei mais algum tempo conversando com as crianças perto da principal entrada, a que passam os carros, e liguei para ele, que disse

não saber se demoraria e pediu para eu falar com o Guarabira, outro representante. Marcamos um dia para eu me reunir com as mulheres do conselho feminino.

Finalmente consegui me reunir com as mulheres, dessa vez foram quatro: Ceci, Iracema, Jandira e Jaci. Novamente comecei me apresentando, explicando minha profissão, o interesse pela pesquisa, minhas experiências e então elas se apresentaram, conversaram entre si e quem mais falava comigo eram Ceci e Iracema, seguindo, mais ou menos, o mesmo ritmo das outras reuniões: eu falava algo, elas se entreolhavam, conversavam entre si e depois alguma delas falava comigo em português. Ora riam, ora ficavam com aparência mais séria. A partir dessa reunião tive a autorização para minha presença por lá e realização da pesquisa.

4.1.2 Um pouco da história: Ceci, a informante chave e as outras informantes

Ceci me deu seu número de telefone e foi com ela que passei a combinar as idas em momentos em que ela e as outras mulheres achassem mais convenientes. Naturalmente, ela acabou se transformando em minha informante principal, com ela que passei mais tempo, tirei minhas dúvidas e foi a ponte para o contato com as outras mulheres. Para chegar a tal ponto demorou muito tempo, a maioria das mulheres permanece em casa ou na porta de suas casas - raramente via as mulheres das casas mais afastadas.

Era possível ver as crianças brincando à porta de suas casas, adolescentes transitando, vários homens passando ou reunidos à beira de alguma casa, mas como pude confirmar, também pelas falas das mulheres, grande parte das mulheres daquele contexto preferem ficar em casa ou perto da casa, não gostam de falar com *Juruás* (não-indígenas), questão que identifico como uma das principais dificuldades pra o estudo.

No começo, quando passei a frequentar a comunidade como pesquisadora daquele contexto, eu era recebida na porta das casas, existiam algumas cadeiras quebradas do CECI (Centro de Educação e Cultura Indígena) onde sentava e ficava conversando sobre gestação, parto ou outros temas que apareciam durante as interações. Observava e também era observada, não tanto pelas crianças e adolescentes no campo de futebol, conversando ou ouvindo música nos seus celulares – estes agem com mais naturalidade com a presença frequente de *juruás* no seu meio – mas principalmente pelas mulheres, que aparecem à beira das casas para estender suas roupas e se deparam com uma Guarani e uma *Juruá* sentadas na beira da casa conversando.

Ceci tem 35 anos, 3 filhos e estava gestando o quarto. Os três partos anteriores aconteceram na aldeia - não nessa, pois Ceci chegou à São Paulo há apenas alguns anos. Durante a pesquisa ela teve sua filha e a primeira vez que fui convidada para entrar em alguma casa foi em uma visita que fiz alguns dias depois do parto. Foi o momento que senti uma maior aceitação naquele contexto. Ao lembrar-me de outras pesquisas das quais

particpei em contextos, a diferença é bem grande em relação ao tempo de estabelecer vínculo. Em todas as outras experiências que me lembro, ele acontecia de uma maneira intensa muito mais rapidamente.

Minha informante chave nasceu no sul do país e migrou por diversas cidades durante adolescência e vida adulta. Com aproximadamente 9 anos foi escolhida e designada pela parteira e cuidadora local a acompanhá-la como aprendiz de parteira e, deste momento em diante, uma das funções que exerce na comunidade onde habita é a de cuidadora, herborista e gosta de lidar com plantas e chás; atualmente, Ceci cuida de mulheres, homens e crianças da comunidade.

As outras mulheres, Iracema, Jandira e Jaci além de terem passado por gestações e partos há pouco tempo também, cada uma de sua forma, são cuidadoras e, portanto, têm uma relação forte e importante na aldeia. Elas frequentam as casas das famílias dando apoio, inclusive, durante a gestação e parto. Nenhuma das sujeitas da pesquisa nasceu na aldeia, sendo a aldeia “nova” e as migrações de guarani frequentes, todas elas já moraram em diferentes lugares, a que está a mais tempo nessa comunidade é a Iracema. A opção em focar no parto hospitalar foi feita pelas mulheres, que não gostariam de expor muitos detalhes sobre o evento na comunidade, como também optaram por não falar sobre os tipos de ervas usados em cada contexto. Sobre os partos de cada uma delas: Ceci, 35 anos, 4 filhos, 4 partos normais, sendo 3 deles nas comunidades onde morou e o último parto hospitalar; Iracema, 34 anos, 5 filhos sendo 3 deles hospitalares,

inclusive o último; Jandira, 41 anos, 4 filhos, 1 parto hospitalar (penúltimo há menos de 2 anos) e o último parto na comunidade; Jaci, 37 anos, 3 filhos, sendo que somente o último foi em parto hospitalar.

4.2 GESTAÇÃO

4.2.1 Concepção e Contracepção

Em geral as mulheres da comunidade têm alta fecundidade, entretanto, pelas falas é possível perceber que isso vem diminuindo com o tempo. Fala-se de gerações antigas com dezenas de filhos e gerações atuais com quatro, cinco, seis filhos. AZEVEDO (2004) também encontrou mulheres Guarani-mbyá mais velhas com 10, 11 filhos e uma geração mais nova de mulheres com uma quantidade menor de filhos e falando sobre diferentes métodos de contracepção.

Fui questionada, mais de uma vez, sobre o funcionamento de diferentes contraceptivos. As mulheres, aparentemente, estão interessadas em diversas técnicas para o planejamento familiar. Elas usam tanto ervas para concepção desejada e contracepção, como recursos da biomedicina, em geral contraceptivos orais. Entretanto, o recurso farmacológico veio acompanhado de diversas reclamações como náuseas, dores de cabeça e dificuldade de encontrar algum medicamento com menos efeitos colaterais.

“Eu tomei aquela da caixa amarela por muito tempo, ah, tomei de vários tipos porque toma e depois começa a ter dor de cabeça, fica enjoada, depois muda.” Jandira

“Tomo o chá e tomo a pílula, tenho que ver [uma pílula diferente] agora já que estou dando peito.” Iracema

YAJAHUANCA (2009) também encontrou uso de pílulas anticoncepcionais e injeções hormonais entre indígenas do Peru com evidências de falta de orientação adequada para utilizá-los e pouca informação sobre outros métodos contraceptivos. Quanto aos métodos cirúrgicos, a laqueadura foi abordada nas conversas, sendo que para realizá-la, além da legislação específica, há também a necessidade de autorização das lideranças indígenas.

“Meu sonho era fazer a laqueadura, mas tem que esperar três meses. Já que tudo que a gente tem que fazer tem que retirar autorização das lideranças. O cacique tem que assinar, então tem que ver isso.” Ceci

“Na verdade não [têm muitas pessoas que realizam a laqueadura]. Tem aquela mulher que tem mais de oito filhos, daí tem que fazer mesmo, essa acho que tem nove já. Tem mulher que não é casada e já tem muito filho, daí não dá. Mas como tem que esperar uns três meses pra conseguir, acaba tendo outro filho antes de fazer.” Ceci

4.2.2 A descoberta da gestação

As mulheres normalmente sabem que vão engravidar por sonhos premonitórios. Ela ou o marido sonham com pequenos animais ou com alguém anunciando a gestação. Segundo SCHADEN (1974):

O sistema cosmológico Guarani-Mbyá deve ser entendido à luz de noção de 'alma humana' que, por sua vez, é relativa à noção de concepção. Não são inteiramente claros os significados entre relações sexuais e concepção na cultura Guarani. Vários autores são unânimes em afirmar que as relações sexuais representam papel coadjuvante à ideia de concepção Mbyá. É crença comum que esta ocorre devido a causas sobrenaturais, por intermédio do sonho. A criança é enviada pelos deuses-heróis, ou parentes falecidos, ao pai que a recebe em sonho e conta à mãe, que engravida.

“Dessa última vez eu tinha sonhado que um juruá [pessoa não índio] me dava um papagaio” Ceci

“O pajé conta que se a gente sonha com isso, alguém falando que vamos ter bebê, ou dão um filhotinho de bicho pra gente, então é que está grávida” Jaci

Tal visão cosmológica da maternidade também foi encontrada por AZEVEDO (2004), com os animais trazendo nos sonhos o símbolo de uma gestação, durante e também ao ouvir o canto de um pássaro chamado mitâ-jaryi nas proximidades da casa da mulher.

As sintomatologias que fazem parte da suspeita de gestação e são descritas nos livros biomédicos como náuseas, vômitos, cólicas (NEME, 2005) também foram abordadas nas falas das mulheres. Contudo, na

biomedicina, para se confirmar a gestação é feita a identificação da gonodotrofina coriônica humana (hCG) por exame de sangue e, sendo positiva, há um diagnóstico provável de gestação, que acontece pela presença de batimentos cardíacos fetais, percepção dos movimentos fetais pelo profissional de saúde ou a visualização do feto por exames (ecografia transvaginal ou abdominal).

“Ah, eu ficava mais nervosa, enjoiei, vomitei... depois não veio a menstruação” Jaci

“Essas coisas de dor de cabeça, azia, cólica, enjoiei um monte. Deve ser igual a mulher branca, não?” Jandira

4.2.3 Os cuidados durante a gestação: tradicionais e biomédicos

Logo quando se sabe da gestação os cuidados, tanto biomédicos como tradicionais, se iniciam. As gestantes frequentam a Unidade Básica de Saúde Indígena, próxima à aldeia de baixo, realizando consultas de pré-natal, exames e ao mesmo tempo são visitadas por cuidadoras, parteiras e/ou aprendizes de parteiras, que vão às suas casas regularmente. Ambos os cuidados aparentam ser importantes nas falas das mulheres.

As aprendizes de parteira geralmente conhecem as pessoas da comunidade há bastante tempo e participam da vida deles em diversos momentos, não somente cuidando de gestantes, mas de qualquer pessoa

independente do gênero ou idade, mas afirmam que as duas parteiras mais velhas da comunidade cuidam mais de mulheres, mães, bebês e crianças.

Dentre os cuidados oferecidos pelas parteiras, umas das falas mais frequentes foi a indicação de movimentação durante a gestação relacionada ao menor ganho de peso e maior facilidade para o trabalho de parto e parto.

“Mulher grávida não pode ficar parada... sentada, deitada, isso que dá problema depois no parto” Ceci

“Quando está esperando bebê a gente continua fazendo as coisas porque quanto mais parada é pior pro final” Jandira

Nos cuidados tradicionais durante a gestação também foram citados exercícios para encurtar o trabalho de parto e os cuidados com posicionamento fetal.

“A parteira cuida pra que seja mais fácil ganhar o neném: ajuda pra que o bebê fique na posição direito; fala de exercício pro parto ser mais rápido. A dor é a mesma, mas demora menos” Jaci

“Quando o bebê não está na posição certa também a parteira mesmo descobre. Mexendo que ela vai virando. Então se o bebê ficar desse lado no útero [mostrando o lado direito da própria barriga] aí então ela vira tocando, ela vira o bebê desse lado [mostrando o lado esquerdo da própria barriga] passando

a mão assim [mostrando uma mão apoiada como se fosse no fundo de útero e outra no quadrante inferior direito da barriga e fazendo a movimentação de empurrar, algo que lembra a versão cefálica externa]. Aí vai passando assim até que o bebê fica na posição certa, mas se ela souber que não ta dando pro bebê virar, aí ela fala que não tem jeito” Ceci

A versão cefálica externa é uma manobra não muito utilizada no Brasil – nela, o profissional tenta girar o bebê dentro do útero, de uma posição pélvica (sentado) para uma posição cefálica, fazendo com que assim tenha uma melhor possibilidade de parto normal com menos riscos. Há um artigo publicado pela OMS (LEDE, 2006) que afirma que a versão externa cefálica é uma manobra de baixo custo que pode ser realizada em consultórios externos, é segura e satisfatória quando realizada a termo e não antes disso (a partir de 37 semanas), reduz o risco de parto pélvico vaginal e cesariana, entretanto, é recomendado um fácil acesso ao hospital (centro cirúrgico).

A data provável do parto na biomedicina é calculada pela média da gestação normal, que são 280 dias ou 40 semanas depois da última menstruação (NEME, 2005), e é considerado um nascimento a termo o que ocorra no período de 37 a 42 semanas de gestação. Já as mulheres guarani-mbyá consideram estranha essa nossa forma de contar o tempo em semanas, o contam em meses, mais exatamente pelas luas após o atraso menstrual e a data provável do parto está relacionada com o sexo do bebê e as fases da lua.

“Quando é menina, com três meses que se mexe, quando é menino é com quatro meses. E quando é menina sempre nasce na lua nova, e quando é menino, na lua crescente ou cheia.” Iracema

“Falaram que eu ia ter que esperar mais uma semana, quinze dias ainda [para o parto], então eles já têm grande diferença com as parteiras indígenas. Porque a gente conta de mês em mês, sempre na lua nova. A gente não conta por semana.” Ceci

Para se decidir o local de parto, a parteira constata se a gestação tem algum problema, se o tiver, o parto será feito no hospital, se não tiver, a mulher pode tanto escolher ter o parto na própria comunidade, com auxílio da parteira, como ir ao hospital.

“Desde o começo da gravidez a parteira está acompanhando, já no tocar dela, ela sabe. Quando não está bem também ela já sabe, então ela aconselha a gente pra ir pro médico. Quando está bem, não tem nada, ela fala ‘vai ter essa criança sem preocupação nenhuma’ porque ela está bem, ela está mexendo. Então aí a gente não fica preocupada. Então desde que a mãe esteja bem de saúde... a gente ganha em casa mesmo, mas quando há risco de saúde e a mãe fica doente, a gente já vai pra ganhar no hospital” Ceci

“No meu caso, eu tive que ir ao médico porque eu tenho pedra

na vesícula e desde o começo da gravidez essa dor vem acompanhando... mesmo depois do parto está doendo.” Ceci

“Eu não gosto de sair da aldeia, as pessoas ficam olhando... é ruim. Só saí mesmo pra ganhar essa daqui [apontando pra menina mais nova andando ao redor]” Iracema

Em um dos dias, quando estava acompanhada da Ceci, um agente indígena de saúde (AIS) chegou para entregar o sulfato ferroso que depois ela repassaria para as outras mulheres. Nesse momento ela já estava com sua filha nos braços, uma recém-nascida – o que foi uma surpresa para o agente – e quando o agente foi embora confessou que não tomava essas pílulas porque *“se tomar o neném engorda muito e depois não consegue sair”*.

Com a Unidade Básica de Saúde Indígena bem próxima, as mulheres têm o pré-natal acompanhado por uma Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena (EMSI) que, para o ciclo gravídico-puerperal, conta com Agentes Indígenas de Saúde (AIS), enfermeiros e médica. Os exames de pré-natal incluídos na rotina preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil são: grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); hemoglobina e hematócrito (para rastreamento de anemia); exame de urina tipo I; sorologia para HIV; sorologia para hepatite B; glicemia de jejum; teste para toxoplasmose; colpocitologia oncótica (se necessário).

“No pré-natal dos Juruá [pessoa não-índio], já é diferente do Guarani, pelo que eu vejo, porque faz exame de sangue, de urina, todas essas coisas aí e nós Guarani já não fazemos isso”
Iracema

4.3 PARTO

A decisão pelo local de parto é conjunta e feita a partir de dois fatores principais. Um deles é a saúde de gestante: se algum dos cuidadores, tanto tradicional quanto biomédico, disser que é uma gestação ou parto de risco, ele acontecerá no hospital. O outro fator é a vontade da mulher que, tendo uma gestação de baixo risco, pode escolher entre parto domiciliar ou institucionalizado. Nessa comunidade as falas são de que atualmente a maioria dos partos têm ocorrido dentro de hospitais, e as gestantes mais jovens estão escolhendo o parto hospitalar. Enquanto estive em campo, cinco mulheres pariram, quatro delas foram para o hospital e uma na aldeia com ajuda de uma das participantes da pesquisa.

“Ontem uma ganhou bebê aqui, eu fui lá ajudar a parteira. Fiz chá de lágrima de Santa, meu avô que fazia ele... foi pra ajudar nas dores e foi só tomar que ajudou. Lá pelas 6h que vieram chamar a gente, nasceu umas 10h” Jaci

“No terceiro dia [com algumas contrações] eu queria ter em casa. Mesmo com a dor da vesícula e a dor do bebê, eu queria ter em casa mesmo. Só que estava chovendo e muito frio, aí ficava pra lá e pra cá vendo se chamava parteira Jacobina [a parteira com mais experiência e mais velha na comunidade], só que ela não estava no dia em casa. Daí eu vi que, do bebê, tava com menos dor, mas a pedra tava doendo mais que o

bebê. Tive que mudar o plano, já que se acontece alguma coisa pelo menos tava na mão dos médicos.” Ceci

Uma das ações mais citadas pelas mulheres para trabalho de parto e parto na comunidade é a preparação de chás. Um dos mais comentados foi o mate⁶. A utilização de fumo nos cachimbos também é bastante relacionada a rituais. Por diversas vezes, presenciei homens e mulheres cachimbando na casa de reza e ou em suas próprias casas.

“Ela também faz o chá, quando está na hora. O chá que ajuda pras dores ficarem do jeito que precisa, chá pra ajudar o menino a sair e fica ali do lado acalmando, dizendo que as coisas vão dar certo, que é assim mesmo” Iracema

“Parteira precisa de muita coragem, isso sim! Eu ajudo a fazer o chá, o que deixa a dor como tem que ficar, mas quando alguma mulher começa a gritar eu saio da casa [risos].” Jaci

Durante o trabalho de parto e parto na comunidade o companheiro não permanece junto da mulher, não é permitido. Quem participa é a parteira e alguém que a parteira escolhe pra acompanhar – normalmente uma cuidadora.

⁶ O chá é muito utilizado em diversos momentos, inclusive cotidianamente, tanto imersão da erva em água fria quanto em quente.

“Na nossa casa a gente não permite que o marido fique do lado. Porque a gente tem muita vergonha. Apesar de que a gente conhece, é o marido, é o companheiro, mas às vezes a gente os faz assistir o que não gostariam.” Ceci

Para as instituições de saúde foi feita a Lei nº 11.108 (Brasil, 2005), que entrou em vigor em 2005 e, que garante às parturientes a presença de acompanhante à escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Iracema, que já teve mais de uma experiência com parto hospitalar, sentiu a diferença.

“Lá foi diferente também, agora eles deixam o marido também participar do parto. Então hoje em dia no hospital é assim, são liberados os maridos...” Iracema

“Eu já fui junto pro hospital com mulher parindo, já que pode ir junto e ficar lá. Ela quis que eu fosse. Antes eu ia visitar quando ela engravidou, essas coisas que a gente faz. Mas na hora mesmo, a gente fica do lado, falando com ela, não é lá em baixo vendo tudo.” Jandira

O parto hospitalar foi relacionado à ideia de procedimentos como soro com ocitocina, manobra de Kristeller (pressão fúndica) e episiotomia que levaram a uma ideia de maior rapidez para o parto e em algumas das vezes um maior incômodo.

“Eu cheguei 8h e pouco e os médicos me botaram no soro. Nisso eles rompem a bolsa e daí foi tão rápido que eu nem me dei conta, acho que 9:40h nasceu. E se fosse aqui, se eu tivesse ficado com a parteira, com certeza ia demorar. É diferente isso e o corte lá em baixo.” Ceci

“O médico deu aquela ajudinha em baixo e tirou o bebê. Ele fez um corte ali... Nas outras não teve, foi a primeira vez. Incomoda um pouco depois pra sentar.” Iracema

A dor do parto, por muitas vezes, pode ser ampliada ou causada por medidas iatrogênicas, procedimentos dolorosos ou que impeçam a mobilidade da mulher. A episiotomia (corte no períneo) é um procedimento danoso quando realizado de rotina (DINIZ, 2005), que pode aumentar a dor e incômodo no puerpério pela necessidade de cicatrização em um lugar delicado. O uso de ocitócitos sintéticos também é por diversas vezes relacionado a um aumento da dor. A manobra de Kristeller (pressão fúndica) é um procedimento que causa dor e pode ter efeitos deletérios, com risco inclusive de uma rotura uterina.

“Eles botam aquele soro que daí a dor vem com tudo. Daí foi bem rápido pra ir pra sala, nisso teve uma enfermeira que quase subiu em mim empurrando a barriga! Quase que doía mais que o resto [risos].” Jaci

Depois do nascimento acontece a dequitação, saída da placenta, que

em um contexto hospitalar tal anexo embrionário é considerado um tipo de lixo hospitalar, pois perdeu sua função de trocas (de gases, nutrição, excreção, produção hormonal). Já nesse contexto indígena, a placenta, mesmo depois da dequitação, não perde seu significado, tem forte conexão com o bem estar do recém-nascido e protagoniza um rito de passagem com seu enterro na aldeia.

“Eu falei assim se eles podiam mandar a placenta pra casa, eles nem discutiram. Ainda falaram que hoje não é permitido. Sabe que no Vale do Ribeira a placenta é trazida e é enterrada na aldeia?” Ceci

“Quando é aqui isso da placenta acontece direito, daí a gente não fica tão preocupada com o bebê. A gente não entende porque não pode trazer, eles só dizem que não pode e pronto.” Jaci

A prática ritualística de enterrar a placenta também foi encontrada por YAJAHUANCA (2009) com a etnia kukamas kukamirias, do Peru. Como um momento importante no ciclo vital das pessoas, ela também é enterrada na aldeia, com a mesma ideia de bem estar do recém-nascido que a o enterro da placenta traz no contexto guarani-mbyá. A placenta é uma parte da vida do bebê e não enterrá-la pode trazer doenças e malefícios futuros à criança e sociedade, de acordo com o entendimento indígena.

4.4 PUERPÉRIO

Depois de dequitar inicia-se o puerpério, um momento marcado por diversas mudanças na vida da família e que inspira cuidados especiais tanto para mãe e bebê, como também para os outros componentes familiares. É nessa fase em que acontecerá um banho diferenciado para que a família fique protegida de uma energia, de um espírito ruim.

“Depois que nasceu e saiu a placenta a mãe toma um banho sagrado, que afasta coisas ruins – eu não sei traduzir o nome – essas coisas podem sentir o cheiro de mulher parida. O banho é feito com cinzas peneiradas e água, só usa a parte mais fina das cinzas. A gente lava do rosto pra baixo, tudo menos o cabelo” Jandira

“A gente só fez o nosso banho quando voltei pra cá, eu e a criança, porque todo mundo da casa que tem que tomar. Como fiquei lá dois dias, a gente fez tudo quando voltamos.” Iracema

No parto hospitalar foi novamente abordada a rapidez dos eventos, algumas vezes a rapidez é vista como algo bom, em outras como algo ruim, que atrapalha a via natural do corpo.

“Quando fui com aquela mulher da última vez [acompanhar um parto no hospital] logo depois que nasceu eles já deram uma

injeção na perna pra sair todo o sangue e mandaram ela tomar banho. A gente aqui não tem isso, espera o sangue sair e depois toma banho.”Jandira

4.4.1 Alimentação

Existem muitas dificuldades pela escassez de comida na aldeia, falta de espaço para a plantação de alimentos e a grande entrada de alimentos industrializados. Parte da alimentação das pessoas da comunidade acontece pela doação de alimentos por pessoas e/ou instituições. Durante a semana, as mulheres se dizem aliviadas porque as crianças comem no CECI, contudo, nas férias escolares há uma maior racionalização de alimentos. Durante o puerpério as comidas permitidas são específicas, a alimentação errada pode fazer mal à saúde da mulher ou do recém-nascido. Normalmente, nessa fase, eles comem frango novo, arroz, mingau, milho e derivados, além de arroz, para preservar a saúde.

“Sobre comida é assim: depois de parida a gente não come carne de vaca, porco, peixe, leite, as coisas de leite, manteiga, nem muito sal nem muito açúcar... disso de bicho a gente só come frango, ovo. Não faz bem pra gente comer coisas pesadas como feijão preto. A gente come fubá, quirela, canjica, essas coisas.” Iracema

As mudanças na alimentação também foram relacionadas ao conteúdo do leite materno e sua qualidade.

“A gente acha que o leite materno é tão saudável e faz tão bem pro bebê, mas é um pouco complicado. Porque toda a comida que a gente come sai pelo leite, então quando a gente come umas coisas gordurosas, umas coisas que a gente não devia comer, pra onde isso vai? Pro leite. Nisso a criança fica doente, do mesmo jeito...” Ceci

“Tudo que a gente toma sai pelo leite, por isso que a gente evita comer coisas gordurosas, as carnes, o leite, sal e açúcar... cria muito verme.” Jaci

Na pesquisa de YAJAHUANCA (2009) também foram encontradas mudanças na alimentação no puerpério, entretanto, no caso da etnia estudada a alimentação é baseada em peixes e a mudança na alimentação acontece em conjunto com mudanças na atividade do pai, para evitar danos ao recém-nascido. Para os guarani-mbyá da pesquisa, falas abordam principalmente as mudanças de alimentação materna e no contexto hospitalar, que não faz parte do Projeto de resgate da medicina tradicional indígena. Elas apontam diversas dificuldades com a alimentação durante esse período, mesmo depois de pedir uma alimentação diferenciada não obtiveram respostas ou mudanças.

“Depois a nutricionista foi lá fazer perguntas sobre o que a gente comia e o que a gente não comia, aí eu fui e falei. Só que eles só perguntaram, não fizeram nada com o que respondi.... Eles trouxeram a comida que não era pra eu comer. Eu passei fome ali, eu não comi. Vinha arroz com molho de carne de boi e carne de vaca, então eu não conseguia comer.”
Ceci

“Eu falei ainda pra copeira pra avisar a nutricionista que eu não comia essas comidas, mas ela continuou trazendo essas comidas pra mim. Aí ela ainda falou assim ‘não, não tem problema não, amanhã você já vai embora mesmo’. A única coisa que me trouxeram sem nada [derivados bovinos/suínos] foi o suco, o chá e o pão, que tirei a parte com manteiga. O resto eu pedi ali, mas fiquei passando fome mesmo.” Iracema

4.4.2 Cuidados com o recém-nascido: leite materno e artificial

A alimentação dos bebês acontece tanto por leite materno quanto por leite artificial. As mulheres falam sobre as campanhas de *jurúás* para o aleitamento materno exclusivo durante seis meses e depois a inserção de outros alimentos e continuar amamentando até o segundo ano de vida das crianças ou mais.

Uma das questões abordadas na alimentação com leite artificial foi o preço desse suplemento. Há uma aparência de o grupo lidar com uma maior naturalidade com a amamentação, em uma conversa com Jaci, na casa de

reza, a filha de 4 anos (depois disso ela teve mais uma filha, com 2 anos) veio, levantou a blusa da mãe e abocanhou o peito para se saciar, situação fisiológica que, culturalmente, para *juruás* muitas vezes é considerada inadequada.

“Ah tem de tudo aqui, gente que prefere dar mamadeira, gente que dá peito. Eu dou peito pra essa [menor de quase 2 anos] e pra outra [com 4 anos], você já viu o preço do leite?” Jaci

“Nunca dei o outro leite não, tenho bastante e ele gosta, ainda falam que faz bem, então acho que é melhor assim” Iracema

Elas também relatam dificuldades em estabelecer o começo da amamentação.

“Ela começou a mamar no peito, mas deu rachadura no peito, então tive que dar mamadeira. Ela se acostumou na mamadeira, mas ela está engordando. Ela acha ruim de ficar mamando no peito (...) Daí ela acha que a mamadeira que é a mãe dela [risos].” Ceci

Houve reflexões tanto sobre o leite artificial quanto a amamentação, com questionamentos quanto aos benefícios e malefícios de cada um. Tal discussão não aconteceu na dissertação de YAJAHUANCA (2009), em que a amamentação apareceu como única fonte de alimentação durante os seis primeiros meses do bebê e durando até o primeiro ou segundo ano de vida

da criança.

“Ela é muito curiosa demais. Ela fica olhando... eu estou percebendo que as crianças que nascem hoje em dia já nascem aprendendo. Essa daqui [bebê no colo] esses dias já tava toda esperta, daí meu marido fala: ‘É o leite do juruá que deixa ela esperta’ [gargalhadas]” Ceci

“Por que os Juruás falam que a mamadeira e o leite não fazem bem pro bebê? E se eles sabem que não faz bem, por que eles vendem? Se fosse assim, que faz mal pras crianças, não podia nem vender.” Jandira

“Agora falam pra mim que mamadeira faz mal, eu fico em dúvida. Aí esses dias o agente [Agente de Saúde Indígena – AIS] chegou aí e falou que não era pra mim dar mamadeira daí eu falei ‘como não vou dar se o que tem no meu peito, ela come tudo, depois ela fica chorando’” Ceci

GIL (2007) encontrou o uso de leite em pó ou preparos à base de banana e mandioca entre bebês yanawana, principalmente devido ao costume de bebês de mulheres mais novas e solteiras serem criados por avós nessa comunidade. Na população guarani-mbyá existe um número grande de crianças sendo criadas por outras mulheres que não suas mães biológicas, entretanto, eram crianças não lactentes que, em sua maioria, moravam na casa de uma mulher que recebe ajuda de outras pessoas da

comunidade para conseguir mantê-las.

Ao longo dos anos, principalmente a partir do século XX, os dados mostram uma grande diminuição no aleitamento materno e, nas últimas décadas, depois de diversas pesquisas comprovando os benefícios do aleitamento materno há uma maior valorização da amamentação e as taxas de mães que amamentam apresentaram certo aumento. (ESCOBAR ET al, 2002)

5 CONSIDERAÇÕES

O sistema biomédico de atenção à saúde da mulher gestante, parturiente e puérpera é um sistema cultural construído a partir da realidade social local. Apesar de seu destaque e qualidades, tal sistema não é uma verdade universal e absoluta. Seu destaque para a ciência e tecnologia de modo etnocêntrico – excluindo outras formas e possibilidades terapêuticas – pode ser contestado a partir do fato de que as evidências científicas para a gestação e parto são ignoradas em detrimento da realização de procedimentos de rotina.

As indígenas guarani-mbyá da periferia da região noroeste da cidade de São Paulo, quando estão gestando seus bebês, convivem em uma pluralidade terapêutica utilizando tanto recursos próprios de cuidados à saúde ao serem cuidadas por pessoas da comunidade, como recursos mistos oferecido pelo sistema de saúde, onde é preconizada uma assistência intercultural mesclando aspectos da biomedicina e levando em conta fatores culturais da cosmologia indígena. As falas das mulheres evidenciaram a grande importância de um cuidado holístico para a sua saúde.

Quando vão parir, grande parte das mulheres têm ido a hospitais próximos da aldeia e que não fazem parte do projeto de resgate da medicina tradicional indígena, tendo um atendimento medicalizado tradicional. Nesse contexto as mulheres relataram uma maior rapidez no parto, com

procedimentos invasivos e, por algumas vezes dolorosos, que podem trazer um incômodo posterior. Ainda nesse contexto, foram privadas de um dos rituais mais importantes do seu ciclo vital relacionados ao parto, que é o enterro da placenta, deixando assim, de acordo com seus costumes, seus filhos susceptíveis a doenças e outros malefícios.

Durante o puerpério, as mulheres que pariram no hospital conseguiram adaptar a prática de banhos sagrados, adiando para outro momento, mas por algumas vezes foram induzidas a tomar o banho imediatamente após o parto, quando não achavam que tal prática seria necessária.

Além disso, tiveram muitas dificuldades com a alimentação. Elas têm uma alimentação específica para esse momento do ciclo vital e não conseguiram dialogar com os profissionais locais para obter a alimentação adequada que, em suas concepções, preserva a mãe e a qualidade do leite oferecida ao bebê.

Quanto à alimentação oferecida aos recém-nascidos, as mulheres guarani-mbyá priorizam o aleitamento materno, mas sem deixar de lado a opção de dar o leite artificial quando julgam necessário ou têm dificuldade com o aleitamento. Elas questionam a qualidade do leite materno dependendo da dieta da mãe e os malefícios do leite artificial. Apesar disso, há uma naturalidade dentro do contexto da tribo quanto ao aleitamento materno, as mulheres que assim o desejam se sentem à vontade para

alimentar seus filhos na aldeia e existe inclusive a amamentação prolongada (quando a criança tem mais de 2 anos).

Quando se pensa no atendimento à saúde em contexto multicultural e multiétnico, a interculturalidade consegue promover um diálogo entre as culturas, democratizando o acesso à saúde. Ela também possibilita o conhecimento mútuo entre diferentes culturas, a aceitação e valorização das diferenças como algo positivo e enriquecedor. Com base na pesquisa é possível perceber a urgente necessidade de um atendimento institucional com um enfoque cultural e garantia do Estado de uma aplicação de políticas públicas interculturais na saúde na assistência à gestação e parto.

Uma ideia interessante é a criação de um guia para o atendimento a um parto culturalmente adequado, como existe no Equador. Outra maneira que pode ser bem eficaz para a valorização e respeito às culturas é ter esse enfoque e debate multicultural no ensino das profissões de saúde.

Alguns fatores foram limitantes para a realização da pesquisa como o tempo do trânsito entre os comitês de pesquisa. Por se tratar de uma população indígena, são muitos os trâmites, idas e voltas e, durante esse período, houve, inclusive, troca de funcionários, comprometendo mais ainda esse ponto importante.

Em seu artigo “A resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas” MacRae & Vidal (2006) discutem sobre a regulação feita para qualquer pesquisa “envolvendo

seres humanos” e suas implicações para os estudos antropológicos levantando alguns pontos como: a própria necessidade de aprovação do projeto por um comitê de ética; a dificuldade de obtenção do nosso tipo de consentimento informado com algumas populações específicas; o anonimato em pesquisas que de algum modo também possam ter como foco o registro histórico. Dentro dessas críticas os autores sugerem comissões de ética setoriais que sejam capazes de avaliar questões diferenciadas com padrões distintos.

Outro aspecto que dificultou a pesquisa foi a falta de contato com a comunidade, ou com alguma pessoa dela, se mostrou um fator que dificultou o acesso às lideranças, acredito que, com algum contato prévio ou indicação, a autorização da pesquisa teria sido mais rápida.

A própria característica guarani-mbyá de permanecerem mais em casa, sem desejar contato com *juruás* (pessoas não-índias), dificultou a ampliação da pesquisa com mais mulheres, sendo que só as que costumam ter contato exterior se disponibilizaram para a pesquisa. Em futuras pesquisas com populações guarani provavelmente pesquisadores indígenas teriam uma maior facilidade para a inserção no campo, ou os profissionais de saúde que lidam diretamente com tal população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Azevedo MAP de. Maternidade e transmissão cultural: o que os Guarani, residentes na periferia da capital paulista, têm a dizer.... [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Azevedo M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. Caderno CRH, Salvador, v. 22, n. 57, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 mar. 2010. doi: 10.1590/S0103-49792009000300003.

Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 1. Art. No.: CD001236. DOI: 10.1002/14651858.CD001236

Brand A. Mortalidade infantil vem diminuindo nas aldeias. Perda da terra desestrutura família. Folha de São Paulo, São Paulo, 2003 out 12; Cotidiano; C 7: 4.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 set 1990.

Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 2002. 40 p.

Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. 8 abril 2005.

Clastres P. Arqueologia da violência pesquisas de antropologia política. São Paulo: Cosac & Naify; 2004.

Conferências Nacionais de Saúde: contribuições para a construção do SUS. Conferências Indígenas. Disponível em: <<http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/conferenciasindigenas.php>> Acesso em 25 de julho de 2012

Constituição Federal do Brasil, 1988.

Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. 2ª ed. Berkley and Los Angeles: University of California Press; 1992.

Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. International Journal of Gynecology & Obstetrics; 2001. pg: S5-S23

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. DATASUS. Nascimento por tipo de parto segundo região. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 18 de março de 2012

Diniz CSG. Que valores escolhemos nesse ritual?. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 10, n. 2, July 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2002000200023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 June 2010. doi: 10.1590/S0104-026X2002000200023.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=pt&nrm=iso>.

Escobar AM de U, Ogawa AR, Hiratsuka M, Kawashita MY, Teruya PY, Grisi S et al . Aleitamento materno e condições socioeconômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2002 Dec [cited 2012 June 10] ; 2(3): 253-261. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000300006>.

Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Ed Graal Ltda; 1990. pag. 87.

Fundação Nacional de Saúde. Funasa. "Saúde Indígena". Brasília: Ministério da Saúde.

Geertz C. A interpretação das Culturas. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 2ª ed. Uma descrição densa: por uma Teoria Interpretativa da Cultura. pag 13-41.

Gennep AV. A gravidez e o parto. Os ritos de passagem. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2011.

Gil LP. Políticas de Saúde, Pluralidade Terapêutica e Identidade na

Amazônia. Saude soc., São Paulo, v. 16, n. 2, ago. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 08 março 2010. doi: 10.1590/S0104-12902007000200006.

Governo Estadual de São Paulo [homepage da internet] Hospitais estaduais farão parto indígena, 2008. Disponível em <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=97847>>

Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Ed. Maio; 2002.

Jordan B. Birth in four cultures: a cross-cultural investigation in Yucatán, Holland, Sweden and The United States. Long Grove: Weveland Press; 1993.

Ladeira MI. Espaço geográfico Guarani-Mbyá: significado, constituição e uso. [tese de doutorado] São Paulo: Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da USP; 2001

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD003934. DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2

Lede R. A versão cefálica externa para o tratamento de apresentação pélvica: comentário RHL (revista último: 13 de março de 2006). Biblioteca de Saúde Reprodutiva da OMS, Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Lévi-Strauss C. A eficácia simbólica. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro,1996. pag. 215-236.

MacRae E, Vidal SS. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. Revista de Antropologia, 49(2), 645-666. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200005&lng=en&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-77012006000200005>.

Mauss M. Noção de técnica do corpo. Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac & Naify; 2003. pg 407.

McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database os

Systematic Reviews, 2008, Issue 2. Art. No.: CD004074. DOI:
10.1002/14651858.CD004074.pub2

McKay S, Mahan C. How can aspiration of vomitus in obstetrics best be prevented? Birth. 1988;15(4):222-229.

Mead M. O nascimento de uma criança Arapesh. Sexo e Temperamento. São Paulo: Perspectiva. 3a. edição; 1988. pag 55-62.

Ministério de Salud Pública. Guía técnica para Atención del Parto Culturalmente Adecuado. Ecuador; 2008.

Montardo DL. Através do mbaraka: música e xamanismo guaranis [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP; 2002.

Mott ML. Parteiras, o outro lado da profissão. Rev Gênero. 2005 Jul-Dez; 6(1):117-40.

Neme B. Obstetrícia Básica. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2005.

Organização Mundial de Saúde. OMS. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

Rattner D, Ferraz ST (Org). A medicina tradicional e os sistemas municipais de saúde: Humanização do parto sob o enfoque do patrimônio cultural. Brasília: Conasems; 2009.

Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI:
10.1002/14651858.CD000330.pub2

Rocha, EPG. O que é etnocentrismo? 5ª Ed. São Paulo: Brasiliense; 1988.

Rodrigues MB. Interculturalidade: por uma genealogia da discriminação. Psicol. Soc. [online]. 2007, vol.19, n.3 [citado 2010-03-21], pp. 55-61 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0102-7182. doi:
10.1590/S0102-71822007000300009.

Rosengren D. Corporeidade Matsigenka: uma realidade não biológica sobre noções de consciência e a constituição da identidade. Rev. Antropol., São Paulo, v. 49, n. 1, jun. 2006. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

77012006000100005&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S0034-77012006000100005.

Sadler M. Re-Visión Del Parto Personalizado: Herramientas y Experiências em Chile. 1. ed. Chile: Universidad de Chile, Departamento de Antropologia, 2009. pg 106-127.

Schaden E. Aspectos fundamentais da cultura Guarani. 3ª Ed. São Paulo: EPU – Editora Pedagógica Universitária Ltda./EDUSP – Editora da Universidade de São Paulo; 1974.

Secretaria Municipal da Saúde [homepage na internet]. Saúde da população indígena. Disponível em <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=29931> Acesso em 12 de setembro de 2012

Silva FO. Elementos de etnografia Mbyá: lideranças e grupos familiares na aldeia Teoká Pyaú [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP, 2008.

Susnik, B. Los aborígenes del Paraguay. V. 2: Etnohistoria de los Guaraníes. Assunção : Museo Etnográfico “Andrés Barbeiro”, 1982.

Tesser CD. Três considerações sobre a "má medicina". Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 31, dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2010. doi: 10.1590/S1414-32832009000400004.

Verheijen E, Raven JH, Hofmeyer J. Fundal pressure during second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 4. Art. No.: CD006067. DOI: 10.1002/14651858.CD006067.pub2

World Health Organization 1985. Appropriate Technology for Birth. The Lancet 8452(ii):436-437.

Yajahuanca R del SA. Sem *Kutipa*: Concepções sobre saúde reprodutiva e sexualidade entre os descendentes Kukamas e Kukamirias, Peru. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2009.

Apêndice I

Roteiro de questões

Mulheres Indígenas

- 1-) Nome
- 2-) Idade
- 3-) Quantas vezes você engravidou? Quantos filhos você tem?
- 4-) Como foi sua gestação? Como eram os cuidados durante a gestação? (O que continuou a fazer? Teve algo que deixou de fazer? Existem tarefas ou alimentos diferentes durante esse período?)
- 5-) Você realizou exames quando estava grávida? Quais?
- 6-) Quem procurava quando tinha alguma dúvida?
- 7-) Quais são os cuidados durante o parto? Como é decidido o local de parto? O que acontece com o bebê logo quando nasce? Quem participa do parto?
- 8-) Como foi seu último parto (até 2 anos atrás)? Teve outros partos? O último foi diferente? Por quê?
- 9-) Tem algo no seu trabalho de parto ou parto que poderia ter sido melhor?
- 10-) Como são os primeiros dias e semanas depois do parto?

Apêndice II - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA EM
TERRITÓRIO INDÍGENA

Eu, _____, presidente da Associação República Guarani Amba Vera, declaro ter conhecimento da pesquisa “**O processo de nascimento em uma comunidade Guarani de São Paulo**”, que tem como objetivo compreender o modo como é tratada a saúde da mulher Guarani, focado na saúde materna durante o processo reprodutivo, para compreender melhor seus métodos e perceber suas necessidades específicas.

Sei que para a execução desse trabalho serão feitas entrevistas com voluntários, principalmente mulheres, que terão suas identidades preservadas. Após a finalização da pesquisa poderei obter os resultados, estes que podem vir a se tornar uma publicação, como artigo ou livro.

Sendo assim, autorizo a realização da pesquisa de campo por Mariane de Oliveira Menezes, que se coloca a disposição para resolver dúvidas ou dar orientações a respeito da pesquisa, inclusive metodologia e objetivos, no telefones (11) 9303-7539 ou (11) 4509-0017. Sei que mais esclarecimentos podem ser também obtidos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo no telefone (11) 3061-7779 ou na Av. Dr. Arnaldo, 715 - Cerqueira César, São Paulo - SP.

Local e data:

_____, ____ de _____ de 2010

Assinatura:

Apêndice III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa **O processo de nascimento em uma comunidade Guarani de São Paulo**, feita por Mariane de Oliveira Menezes e pelo orientador Edemilson Antunes de Campos, que tem por objetivo conhecer o modo como é tratada a saúde da mulher, focado na saúde materna de Guarani de São Paulo.

As informações fornecidas na entrevista serão usadas para esta pesquisa e provável publicação, como um livro ou artigo, por exemplo. Não haverá compensações, materiais ou financeiras, para as pessoas que participem voluntariamente desta pesquisa. O nome dos entrevistados não será divulgado. O risco mínimo que a pesquisa traz é algum desconforto ao compartilhar informações pessoais, mas não desejo que isso aconteça. Você não precisa responder nada que não se sinta confortável, em caso de qualquer comprometimento a pesquisadora é responsável por assistência integral e encaminhará para tratamento adequado com a garantia de assistência integral e indenização em caso de danos decorrentes da participação, sendo isso responsabilidade da pesquisadora.

Declaro, ainda, que fui esclarecida sobre os seguintes aspectos:

1. Minha participação é voluntária e concordo com a utilização dos dados para os fins da pesquisa e futuras publicações.
2. As informações obtidas serão relatadas pela pesquisadora, tendo a garantia de exclusão de aspectos específicos narrados em meus depoimentos, se solicitado por mim.
3. A qualquer tempo poderei desistir da pesquisa, não sofrendo qualquer tipo de sanção ou prejuízo em consequência do ato da desistência ou por minhas opiniões.
4. Permanecerei com uma cópia deste termo, ficando outra com a pesquisadora.
5. Em caso de qualquer dúvida posso procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo – SP.

Data:

Assinatura do Entrevistado

Assinatura da pesquisadora
Mariane de Oliveira Menezes
Contato (11) 9303-7539

CURRÍCULO LATTES

Mariane de Oliveira Menezes

- Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/3958018131251153>
- Última atualização do currículo em 06/03/2012

Mestranda em Saúde Pública pela FSP - USP, graduada em Obstetrícia pela EACH-USP, atua principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, gestação, parto normal, recém-nascidos, puerpério, humanização do atendimento, aleitamento materno, antropologia do nascimento, saúde materno-infantil baseada em evidências. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome

Mariane de Oliveira Menezes

Nome em citações bibliográficas

MENEZES, M. O.

Sexo

Feminino

Formação acadêmica/titulação

2010

Mestrado em andamento em Pós Graduação em Saúde Pública.

Faculdade de Saúde Pública - USP.

Título: (Provisório) O processo de nascimento em uma comunidade Guarani de São Paulo, Orientador: Edemilson Antunes de Campos.

Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Palavras-chave: Gestação.

2005 - 2008

Graduação em Obstetrícia.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2000 - 2002

Ensino Médio (2º grau).

Unidade Jardim Pueri Domus.

1992 - 1999

Ensino Fundamental (1º grau).

Colégio Stocco.

Formação Complementar

2011 - 2011

Curso de Emergências Obstétricas. (Carga horária: 16h).

Grupo de Apoio à Maternidade Ativa.

2009 - 2009

Atualização em Controle de Infecção em Centros de. (Carga horária: 3h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2008 - 2008

Extensão universitária em Embriologia e Genética. (Carga horária: 40h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2008 - 2008

Curso compacto em cardiocotografia. (Carga horária: 4h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2008 - 2008

Curso para Auxiliares da Reanimação Neonatal. (Carga horária: 8h).

Sociedade de Pediatria de São Paulo.

2007 - 2007

Extensão universitária em Proteção e reparo do períneo no parto. (Carga horária: 32h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

2005 - 2005

Atendimento em primeiros socorros. (Carga horária: 4h).

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação Profissional

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Vínculo institucional

2011 - 2011

Vínculo: Bolsista PAE, Enquadramento Funcional: Monitora, Carga horária: 6

Outras informações

Monitora da disciplina ACH 8622 Saúde Coletiva e Epidemiologia

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

2011 - 2011

Vínculo: Bolsista PAE, Enquadramento Funcional: Monitora, Carga horária: 6

Outras informações

Monitora da Disciplina Estudos Diversificados II - Pesquisa Social em Saúde

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Vínculo institucional

2009 - 2010

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Técnico Especializado,
Carga horária: 30

Outras informações

Participação em campo na pesquisa "Utilização da linha púrpura como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto" coordenada por Nádia Zanon Narchi realizada no Hospital Geral de São Mateus.

Instituto Brasil Solidário.

Vínculo institucional

2009 - 2009

Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: Voluntária

Outras informações

Obstetriz voluntária na ação B do "Amigos do Planeta" na escola durante 15 dias em Balsas - MA, São Raimundo Nonato, PI e Crateús -CE

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil.
2. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública.
3. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem Obstétrica.
4. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem de Saúde Pública.
5. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: ENFERMAGEM NEONATAL.

Idiomas

Português

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Inglês

Compreende Bem, Fala Bem, Lê Bem, Escreve Bem.

Espanhol

Compreende Pouco, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.

Prêmios e títulos

2009

3ª colocada no concurso público - enfermeira obstetriz, Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo.

Produções

Produção bibliográfica

Artigos completos publicados em periódicos

1. ★ Narchi, Nadia Zanon ; Camargo, Joyce da Costa Silveira ; Salim, Natalia Rejane ; **MENEZES, M. O.** ; BERTOLINO MM . Utilização da linha púrpura como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto.. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Impresso), v. 11, p. 313-322, 2011.

Apresentações de Trabalho

1. ★ **MENEZES, M. O.** ; CAMPOS, E. A. . El Nacimiento en una comunidad guarani de São Paulo. 2011. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

2. ★ AGUIAR, C. A. ; BITTENCOURT, M. F. ; **MENEZES, M. O.** . O modelo de cuidado prestado do midwives: uma análise a partir das iniciativas brasileiras de assistência ao parto. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

3. ★ Narchi, Nadia Zanon ; Camargo, Joyce da Costa Silveira ; Salim, Natalia Rejane ; **MENEZES, M. O.** ; BERTOLINO MM . Utilização da linha púrpura como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. 2010. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

4. Camargo, Joyce da Costa Silveira ; **MENEZES, M. O.** ; SOUZA, A. T. ; FERRAZ, S. N. ; LUCENA, N. C. . Gestação e Parto: percepção de mulheres da Zona Leste de São Paulo. 2005. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

Demais tipos de produção técnica

1. Schneck, Camilla ; **MENEZES, M. O.** ; Leister, Nathalie . Oficina sobre Reparo do Trauma Perineal no Parto Normal. 2011. (Curso de curta duração ministrado/Especialização).

Eventos

Participação em eventos, congressos, exposições e feiras

- 1.** Musculatura Perineal: controle e relaxamento no trabalho de parto. 2011. (Oficina).
- 2.** V Encontro de Obstetrícia da EACH/USP. 2011. (Encontro).
- 3.** Desafios e Perspectivas para Partos e Nascimentos Saudáveis. 2011. (Outra).
- 4.** III Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. O modelo de cuidado prestado do midwives: uma análise a partir das iniciativas brasileiras de assistência ao parto. 2010. (Congresso).
- 5.** Promoção do bom parto no SUS: estratégias para mudanças institucionais - Assistência ao parto baseada em evidências. 2010. (Seminário).
- 6.** Em direção a Cairo + 20: Agendas pendentes e perspectivas em Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. 2010. (Seminário).
- 7.** Como trabalhar com imagens para publicação científica?. 2010. (Outra).
- 8.** "O lugar da Parteira na Sociedade Contemporânea" pela Ina May Gaskin. 2009. (Outra).
- 9.** O parto como experiência prazerosa: novas tendências na assistência materna. 2008. (Seminário).
- 10.** Roda de Conversas com Michel Odent proferida pelo Dr. Michel Odent. 2008. (Encontro).
- 11.** I Encontro de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Perspectivas de atuação de obstetrites no mercado de trabalho. 2007. (Encontro).
- 12.** Palestra: "Prevenção e manejo do trauma perineal na gestação, parto e pós-parto" proferida pela PhD Debra Brick. 2007. (Outra).
- 13.** Encontro com Robbie Davis-Floyd: "Perspectivas da Atuação da Obstetrix na Panorama Mundial". 2006. (Encontro).
- 14.** A Universidade e o Compromisso Ético no Combate à Violência Contra a Mulher. 2006. (Outra).
- 15.** II Conferência Internacional Sobre Humanização do Parto e Nascimento;

IV Congresso Internacional do Parto e Nascimento; XV Encontro de Gestaçãe e Parto Natural Consciente; II Conferencia Internacional La Naturaleza del Nascimento..Gestaçãe e Parto: A Percepçãe de Mulheres da Zona Leste de São Paulo. 2005. (Congresso).

16. I Encontro das Casas de Parto da Cidade de São Paulo. 2005. (Encontro).

17. I Workshop sobre Interaçãe Maternal-Fetal. 2005. (Outra).

18. Oficina de curta duraçãe de Primeiros Socorros. 2001. (Oficina).

Organizaçãe de eventos, congressos, exposiçães e feiras

1.

MENEZES, M. O. . I Reuniãe de Trabalho sobre o Planejamento do Campo no Estado de São Paulo do "Projeto Nascer no Brasil: inquerito epidemiolãgico sobre partos e nascimentos". 2010. (Outro).