



Universidade de Brasília  
Faculdade Ciências da Saúde  
Curso de Graduação em Enfermagem

VILMA BENEDITO DE OLIVEIRA

## **SABERES E PRÁTICAS DAS PARTEIRAS TUPINIKIM**

Brasília

2014

VILMA BENEDITO DE OLIVEIRA

## **SABERES E PRÁTICAS DAS PARTEIRAS TUPINIKIM**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

**Orientadora:** Prof. Dr<sup>a</sup> Silvéria Maria dos Santos  
**Co-orientadora:** Dr<sup>a</sup> Silvia Maria Ferreira Guimaraes

Brasília

2014



Monografia de autoria de Vilma Benedito de Oliveira, intitulada “Saberes e práticas das parteiras Tupinikim”, apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem da Universidade de Brasília, em 03/12/2014, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

---

Professora Dra. Silvéria Maria dos Santos  
Presidente da banca – ENF/UNB

---

Dra. Soraya Fleischer  
Membro – EMF/UNB

---

Ms. Maria Elenir Coroaia  
Membro – ENF/UNB

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho em especial a minha família pelo amor sem medida, compreensão, cumplicidade, apesar da distância, nunca me desamparou.

As parteiras Tupinikim pela sabedoria e brilhantismo na execução do cuidado holístico e humanizado para com seu povo.

Aos meus filhos, esposo e netos, por terem compreendido a necessidade da minha abdicação durante todos esses anos para estudar e, terem conseguido enfrentar as dificuldades diárias com louvor.

Dedico às amigas e amigos, que sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos e, nas horas de tristezas sempre me impulsionaram a seguir em frente.

Aos meus parentes Tupinikim que depositaram sua confiança, esperança em mim e me apostaram no meu sucesso.

Dedico a minha grande amiga e parceira Virginia Wachira, quem me acompanhou de perto, com respeito, amizade e solidariedade.

As minhas colegas da turma 68 de enfermagem que sempre me ajudaram a enfrentar os desafios acadêmicos e pessoais.

Aos professores, que foram minha fonte de inspiração e admiração, que de alguma forma contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Dedico aos colegas indígenas acadêmicos da UnB que, assim como eu, tem orgulho da nossa identidade étnica e luta pela respeito à diversidade.

E a minha grande incentivadora, professora Dr<sup>a</sup> Silvia Guimarães, que me oportunizou participar das pesquisas na academia. A você, professora, a minha sincera gratidão, pelo respeito e carinho.

## **AGRADECIMENTOS**

A DEUS por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha Orientadora, Dra Silvéria, pelo suporte no pouco tempo que lhes coube, pelas correções e incentivos.

A banca avaliadora que carinhosamente aceitou ao convite e contribuiu para o meu crescimento intelectual.

Aos servidores da FUNAI, em especial a Neide, que sempre colaborou pra que eu tivesse mais tranquilidade e pudesse honrar com meus compromissos.

A equipe do Projeto Vidas Paralelas Indígenas pelo apoio e participação nos trabalhos.

A equipe de profissionais de saúde e os indígenas da CASAI/DF.

Ao professor Umberto Euzebio e a professora Ana Paes, pelo apoio e palavras de incentivo.

Aos pacientes, servidores e preceptores do Hospital Universitário de Brasília-HuB- que me auxiliaram durante os estágios e colaboraram com o meu aprimoramento

E aos meus familiares pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

*“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.”*

**Boaventura Souza Santos**

## RESUMO

OLIVEIRA, Vilma Benedito de. **Saberes e práticas das parteiras Tupinikim**. 2014. 46 f. Monografia (enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília, Brasília, 2014.

Trata-se de um estudo descritivo de caráter qualitativo de cunho etnográfico, que retrata os saberes e práticas das parteiras Tupinikim, localizadas no município de Aracruz, do estado do Espírito Santo. Objetiva conhecer as práticas de cuidado tradicionais que as parteiras realizavam nas aldeias Tupinikim, comparar as práticas de cuidado com as práticas médicas e identificar as práticas indígenas que são passíveis de serem implementadas no processo de cuidado da enfermagem, bem como propor sua incorporação às ações do serviço de saúde indígena. Para conhecer as ações de saúde desenvolvidas com as gestantes, foram entrevistadas três enfermeiras e duas técnicas de enfermagem que atuam nas equipes de Programa Saúde da Família das aldeias. Participaram ainda três parteiras e duas filhas, netas e bisnetas de parteiras com vasto conhecimento sobre o partejar Tupinikim. Para a coleta de dados, optou-se por entrevistas semi-estruturadas e a observação. De acordo com o método de análise de conteúdo os dados foram divididos em três grandes momentos (gestação, parturição e puerpério) em seguida foram subdivididas em doze categorias: perfil das parteiras Tupinikim; ofício de partejar; Gestação (cuidado com a mãe/ bebê); Parturição (métodos não farmacológicos; posição de parir/liberdade de movimento; liberdade nutricional; apoio psicoemocional); Puerpério (dequitação; restrição alimentar/ resguardo; resguardo quebrado/tratamento e visão das parteiras sobre o parto na contemporaneidade). A pesquisa mostrou como essas mulheres detêm saberes e práticas de cuidado que se configuram em tecnologias que respeitam a mulher no parto, inclui sua participação e efetiva uma arte do cuidado em um evento importante na cultura do povo Tupinikim, o nascimento de uma criança. Conclui-se, importante à realização de novos estudos para aprofundar nos conhecimentos e gerar registros sobre os saberes as práticas tradicionais transmitidas pela oralidade a fim de preservar a memória e a história do povo Tupinikim.

**Palavras-chave:** Parteiras Leigas. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Enfermagem Transcultural.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, Vilma Benedito de Oliveira. **Knowledge and practices of Tupinikim midwives**. 2014.46 p. Monogra (Nursing) – Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, University of Brasília, Brasília, 2014.

This is a descriptive study of a qualitative nature and with an ethnographic character, which depicts the knowledge and practices of Tupinikim midwives, located in the municipality of Aracruz, in the state of Espírito Santo. The study aims to examine the practices of traditional care that midwives performed in Tupinikim villages, compare the care practices with medical practices and identify indigenous practices that are likely to be implemented in the nursing care process, as well as propose their incorporation into the indigenous health actions. To understand the health actions performed on pregnant women, three nurses and two nursing assistants that operate in the teams of Family Health Program in villages were interviewed. There was also a participation of three midwives and two daughters, granddaughters and great-granddaughters of midwives with extensive knowledge about Tupinikim midwifery. For data collection, semi-structured interviews and observation were opted. According to the method of content analysis, data were divided into three great moments (pregnancy, parturition and puerperium), they were then subdivided into twelve categories: profile of Tupinikim midwives; craft of midwifery; Pregnancy (care with the mother/ baby); Parturition (non pharmacological methods; position during childbirth/freedom of movement; nutrition freedom; psych emotional support); puerperium (afterbirth; food restriction/ guard post-partum; interrupted guard post-partum/treatment and vision of midwives about childbirth in contemporary). The research showed how these women detain knowledge and care practices that configure themselves in technologies that respect the woman during delivery, including their participation and execute an art of care in an important event in the culture of the Tupinikim people; the birth of a child.

**Keywords:** Midwives, Practical. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Transcultural Nursing.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	7
<b>2. METODOLOGIA</b> .....	8
<b>3. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS</b> .....	10
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO: O PARTO NO UNIVERSO INDÍGENA</b> .....	10
<b>5. RESULTADOS/DISCUSSÃO</b> .....	13
5.1 Quem são as parteiras Tupinikim .....	13
5.2 O ofício de partejar: com quem aprenderam partejar .....	16
5.3 Gestação.....	18
5.3.1 Cuidados com mãe/bebê .....	18
5.4 Parturição.....	20
5.4.1 Métodos não farmacológicos das parteiras Tupinikim.....	20
5.4.2 Posição de parir: liberdade de movimento .....	23
5.4.3 Apoio psicoemocional .....	24
5.4.4 Liberdade alimentar/nutricional .....	25
5.4.5 Dequitação .....	26
5.5 Puerpério.....	29
5.1 Cuidados com a mãe/bebê .....	29
5.1.2 Restrição alimentar .....	32
5.1.3 Resguardo quebrado/tratamento .....	35
5.1.4 Visão das parteiras sobre o parto hospital contemporaneidade.....	36
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	37
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com (Laraia, 2001, p.99) a cultura é dinâmica, não estática. E o tempo é um elemento importante na análise de uma cultura. Antes de tudo, para conhecer o universo e as práticas culturais das partes Tupinikim é preciso conhecer e refletir um pouco da história do povo Tupinikim. Para facilitar a compreensão irei relacionar constantemente o passado e o presente. E quem sabe, será possível propor algo para o futuro?

O Povo Tupinikim é originário do estado do Espírito Santo e sua presença ancestral encontra-se registrada em documentos produzidos pelo governo português e posteriormente brasileiro, por organizações religiosas e pelos viajantes que passaram pelo estado desde o século XVI (Cota, 2008, p.80). De acordo com Guimarães (1998, p. 20), no período da colonização brasileira, cronistas referem-se ao grupo indígena Tupinikim habitante da faixa litorânea do Brasil situada entre Camamu, na Bahia, e o rio São Mateus, no Espírito Santo, região das capitanias de Porto Seguro e Espírito Santo. Outro grupo Tupinikim habitava mais ao sul, na região de Angra dos Reis e Cananéia, na capitania de São Vicente (Pacheco, 1977, p. 99). Segundo Guimarães (1998, p.22), os Tupinikim viveram em aldeamentos jesuíticos, depois se dispersaram e passaram a viver em comunidades rurais. Na década de 1970, os Tupinikim reaparecem, compunham uma comunidade rural no município de Aracruz, no estado do Espírito Santo, que passou a reivindicar a identidade de Índio, como "Tupinikim" e o seu território tradicional, o qual estava sendo ameaçado.

Segundo Guimarães (1998, p. 30), entre as décadas de 1940 e 1960, várias agências ou empresas da sociedade brasileira começaram a ocupar a região, sendo as principais a Companhia de Ferro e Aço de Vitória, em 1940; a empresa florestal, Aracruz Celulose, que em 1967 comprou 10.000 ha de terra da Cia. De Ferro e Aço de Vitória e 30.000 ha de terra de pessoas, caracterizadas por ela, como "remanescentes índios". A presença desta empresa incrementou a economia da região, visto que uma vila, Bairro do Coqueiral, foi construída para abrigar os trabalhadores da fábrica, e o turismo teve um crescimento. No entanto, as mesmas provocaram uma diminuição drástica das comunidades rurais, que viviam nesta região, de vinte e uma para quatro comunidades.

Segundo os Tupinikim, isto aconteceu porque a empresa florestal invadiu suas terras derrubando as casas com tratores e plantando eucaliptos (Guimarães, 1998, p. 35). Em consequência disso, muitas pessoas dispersaram-se para as cidades vizinhas. As comunidades, hoje, denominadas aldeias Tupinikim, que restam, são: Caieiras Velhas, Pau Brasil, Irajá, Areal, Córrego d'Ouro e Comboios. É importante ressaltar que o povo Tupinikim é um povo guerreiro que sofreu grandes barbáries, foram impedidos de gozar dos recursos naturais de viver dignamente em suas terras e até de falar o seu idioma e de vivenciar os seus saberes plenamente. Alguns moradores mais velhos das aldeias contam, que os seus antepassados foram fortemente violentados e mortos, por falarem o Tupi (língua materna). Assim como forma de proteção os pais não ensinaram aos seus filhos a sua língua nativa. Diante desse contexto é razoável pensar o quanto esse povo resistiu para existir e resistir tendo em vista os crimes de genocídio-morte física e etnocídio-morte do seu modo de viver, sentir e pensar, isto é, seu sistema simbólico que sofreram e resistiram.

Dando continuidade aos processos históricos e políticos os Tupinikim se aliaram com os vizinhos Guarani-Mbyá e iniciaram um longo processo de reivindicação de suas terras que levou mais de quatro décadas para ser homologado. Atualmente, a Terra Indígena (TI) no município de Aracruz- ES mede 18154 hectares (FUNAI, 2011, p. 08). Existem seis aldeias Tupinikim e quatro Guarani e a população total Tupinikim é de, aproximadamente, 2.360 pessoas (ISA, 2013)

A exposição e impacto do processo de invasão territorial vivenciado pelo povo Tupinikim, ocasionou a migração e dispersão deste povo para outras localidades, quando se observou, também, grande interferência no sistema tradicional de cura/cuidado desse povo. Há poucos estudos sobre os modos viver, as práticas de cuidado utilizadas por esses indígenas no processo de saúde/doença. Acredita-se que tais dimensões de suas vidas são elementos importantes a serem pesquisados, pois podem potencializar as práticas de cuidado nas ações de saúde oferecidas pelos serviços de saúde a essa população.

Por conseguinte, este trabalho pretende descrever as práticas de cuidados realizadas pelas parteiras Tupinikim na gestação, parto e nascimento, analisar os motivos que levaram as parteiras a deixar de assistir ao binômio mãe/filho e propor a possível complementaridade da medicina tradicional indígena no serviço de saúde.

## **2. METODOLOGIA**

O presente estudo optou por trabalhar com a abordagem descritiva qualitativa de cunho etnográfico. As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população. Minayo (2004, p.30) considera que a pesquisa qualitativa muito contribui para as investigações a respeito das representações e valores culturais dos grupos sociais. Creswell (2010, p.269), afirma que a etnografia é uma estratégia de investigação em que o pesquisador estuda um grupo em seu cenário durante período de tempo prolongado, coletando principalmente dados observacionais e de entrevista. Vale ressaltar que sou indígena Tupinikim, nasci e sempre vivi na aldeia Caieiras Velhas. Cresci, ouvindo os mais velhos contar que minha vó e bisavó eram parteiras e, isso me motivou a pesquisar sobre suas práticas culturais. Dialogando com algumas mulheres que tiveram seus filhos com as parteiras, consegui identificar que nas aldeias de Caieiras velhas, Pau-Brasil e Comboios ainda existiam parteiras. Após essa identificação, as procurei, expliquei a proposta do meu trabalho e eles prontamente concordaram em participar deste. Através dos relatos das filhas das parteiras, coletei dados relevantes que contribuiriam para enriquecimento do trabalho.

**Sujeitos do estudo:** Para contextualizar o atendimento à gestante nas aldeias foram entrevistadas três enfermeiras e duas técnicas em enfermagem que atuam na Equipe de Saúde da Família nas comunidades. Foram entrevistadas também três parteiras residentes em diferentes aldeias Tupinikim (Pau-Brasil, Caieiras Velhas e Comboios) e duas mulheres, filhas, netas e bisneta de parteiras residentes na aldeia de Caieiras Velhas. Sendo que as duas últimas mencionada, tiveram seus filhos em casa e foram assistidas pelas parteiras parentais.

**Coleta dos dados:** Foram utilizadas como técnicas de pesquisa, a entrevista semi-estruturada e a observação. As entrevistas ocorreram nos meses de janeiro e fevereiro do ano corrente e todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas.

**Análise dos dados:** Foram realizadas mediante leituras reflexivas, seguidas de observação e interpretação das falas. Na fase de categorização dos dados, as informações foram analisadas segundo a metodologia de análise de conteúdo. Nesse sentido as descrições fornecidas pelas parteiras permitiram evidenciar onze categorias essenciais. Para garantir o anonimato às parteiras, usou-se codinomes de origem Tupi (Araci- mãe do dia; Ceci- mãe superior; Yara mãe d'água; Iracema- nascida do mel e Anauá- Árvore de flor).

### **3. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS**

O presente estudo foi submetido à avaliação do Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília. Vale destacar que a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) cabe avaliar e acompanhar os protocolos de pesquisa em áreas temáticas especiais com o: genética e reprodução humana; novos equipamentos; dispositivos para a saúde; novos procedimentos; população indígena; projetos ligados à biossegurança e como participação estrangeira. Nesse contexto, sendo a pesquisa realizada com a população indígena Tupinikim -ES- foi necessário também, a avaliação da CONEP. É importante informar que essa pesquisa faz parte de um trabalho de pesquisa mais amplo denominado: “Sistemas médicos indígenas e o subsistema de atenção à saúde indígena”, desenvolvido pela professora Sílvia Maria Ferreira Guimarães do Campus Ceilândia/UnB. Informo ainda o Número do Parecer da CONEP: 333.139 e a Data da Relatoria: 28/05/2013.

O início dos trabalhos deu-se após garantia do anonimato das entrevistadas, explicação geral sobre o propósito da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecimento pelos participantes. As cartas de apresentação feita pela Coordenação do Curso de Enfermagem da UnB foram entregue ao Srs. Vilson Benedito de Oliveira e ao Sr. Ronaldo Batista, ambos Chefes da Coordenação Técnica local da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), aos caciques e ao Sr. Lindomar José de Almeida, Coordenador do Polo Base.

### **4. REFERENCIAL TEÓRICO: O PARTO NO UNIVERSO INDÍGENA**

No Brasil, a assistência ao parto, até o século XIX, era desenvolvida por parteiras, também conhecidas por aparadeiras ou comadres, já que era comum se tornarem madrinhas dos filhos por elas partejados (Barroso, 2001, p.9). Nos estudos desenvolvidos por Vieira (2002, p.69) no século XIX, é possível entender que a biomedicina<sup>1</sup> tomou o corpo feminino como objeto da prática médica. Em meio aos discursos de exaltação da maternidade estabeleceu-se a medicalização desse corpo, processo teve início trezentos anos antes da institucionalização do parto como evento hospitalar e da estruturação da obstetrícia como disciplina médica.

---

<sup>1</sup> Biomedicina se refere ao saber médico, produzido em ambiente acadêmico no Ocidente, pautado por uma leitura biológica do corpo.

Nagahama e Santiago (2005, p.5) afirmam que por um longo período, partejar foi uma tradição exclusiva das mulheres e a dedicação à atividade era como um sacerdócio. As parteiras eram familiarizadas com as manobras externas para facilitar o parto, conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria, confortavam a parturiente com alimentos, bebidas e palavras agradáveis. Por esse motivo, as mulheres preferiam a companhia das parteiras por razões psicológicas, humanitárias e devido ao tabu de mostrar os genitais.

Em geral, os estudos sobre os povos indígenas se referem ao parto como momentos liminares no ciclo de vida dos indivíduos como parte do processo de criação da pessoa. A gestação se refere ao processo de criação do indivíduo e se enfatiza a troca de fluidos e sua importância para constituição da criança. No entanto, são poucos os trabalhos que focam sobre a saúde da mulher durante a gestação e os cuidados que deve ter neste período e no momento do parto e pós-parto.

Coroia (2013, p.60) descreve que em sua cultura kaingang - povo falante da língua do tronco linguístico Macro-Jê Meridional - no momento do parto a família se retira do ambiente onde ocorrerá o parto, permanecendo neste local apenas a parturiente com sua mãe e a sogra. Vale mencionar que cada uma delas assume papéis distintos e complementares no momento do nascimento. Enquanto uma cuida da parturiente a outra se responsabiliza pelos fluidos. São realizadas massagens (puxamento) nas costas e na barriga da parturiente com banha morna de galinha para ajudar a expulsão do bebê. Após o nascimento, é feita massagem no abdômen para a expulsão da placenta. Se a criança ao nascer apresentar dificuldade respiratória, são dadas palmadas com a mão em forma de concha para provocar o choro. O cordão umbilical é medido quatro dedos acima da barriga da criança, amarrado com linha e em seguida cortado com tesoura ou taquara. Conclui, ainda, a autora que a placenta deve ser enterrada sob uma árvore, porque no momento da morte da criança esta servirá de invólucro para o corpo que seguirá travessia para a aldeia dos mortos.

Segundo Pires (1998 apud Palheta et al., 2005,p.61) o parto nas comunidades indígenas da região Amazônica é visto como um fenômeno natural e não envolve cuidados especializados, afirma que em muitas dessas sociedades o atendimento a gestante, ao recém-nascido e a puérpera faz parte das atividades que as pessoas fazem por si mesmas ou nas relações de troca e auxílio mútuo entre os membros do grupo. Ferreira (2012 p.273) afirma que os cuidados tradicionais adotados durante a gestação possuem tanto a função de prevenir doenças quanto, principalmente, de preparar um

parto rápido e sem dor para a parturiente. No período pós-parto também são tomadas uma série de medidas para proteger a saúde da mãe e do recém-nascido, contribuindo para a construção do corpo e da pessoa indígena.

De acordo com Barroso (2001, p.05), as parteiras foram afastadas do cenário público brasileiro, de forma progressista e, os médicos utilizavam discurso higienista sobre as suas práticas. Contudo o discurso modernizador e positivista teve importância na constituição de um contexto de ideia sobre o corpo da mulher. Nesse sentido, as práticas das parteiras são substituídas, o parto se institucionaliza e o saber médico é legitimado em detrimento do saber da parteira que se tornou, nos centros urbanos, coisas do passado.

Nessa perspectiva, afirma Vieira (2002, p.70) que a medicina durante o século XIX desenvolveu técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso da assepsia para efetivamente dominar prática do parto. E o processo de hospitalização do parto foi fundamental para apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do ensino médico. Esses “avanços” fizeram diminuir o índice de mortalidade, contribuindo para a aceitação dos hospitais pela sociedade e houve, sobretudo, a intensificação da medicalização sobre o corpo feminino.

Nesse contexto é importante salientar que nos últimos 30 anos o Brasil avançou muito na melhoria da atenção ao parto e ao nascimento, fruto de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade. Porém, a redução da morbimortalidade materna e infantil ainda permanece um desafio, pois em vários hospitais e centros de saúde as técnicas utilizadas descaracterizam os sujeitos, o que leva a não adesão aos tratamentos, não realização do pré-natal. Estudo realizado por Teixeira, et al.,(2012) confirmou que entre os anos de 2000 a 2006 no estado do Mato Grosso houve 219 óbitos de mulheres por causa obstétrica. Sendo que (36,4%) deste total eram mulheres indígenas na faixa etária de 30 a 39 anos. Como estratégia de mudança do cenário atual e do modelo de atenção ao parto, o governo federal criou a Rede Cegonha que visa reduzir a mortalidade materna e infantil evitável, entre outras coisas (MS, 2011, p.3). Cabe questionar como está sendo efetiva a Rede Cegonha em área indígena.

Não poderia deixar de mencionar que no ano de 2002 para a sociedade indígena brasileira o governo Federal criou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASIP) e o Subsistema de Saúde Indígena que é parte integrante do Sistema Único de Saúde, objetiva promover a atenção à saúde das populações indígenas aldeadas em território nacional. O Subsistema de Saúde Indígena é orientado pelos

princípios e diretrizes do SUS, contemplando ainda a diversidade cultural, geográfica, histórica e política dos povos indígenas (Macedo, 2007, p.16)

De acordo com Timby (2007, p. 91), à medida que a população se torna mais diversa, a necessidade de uma enfermagem transcultural mostra-se cada vez mais urgente. Afirmo a autora que a aceitação da pluralidade cultural pela enfermagem já é um primeiro passo em direção à enfermagem transcultural (op.cit). A Teoria de Enfermagem Transcultural refere-se a um conjunto de inter-relações de conceitos e hipóteses que respeitam os comportamentos, os valores, as crenças dos indivíduos e dos grupos na execução do cuidado. Portanto, reconhecer os aspectos culturais das necessidades humanas, considerando as peculiaridades oriundas do modo de vida de cada indivíduo é importante quando se assiste um indígena. Assim, a enfermagem deve prestar cuidados levando em conta o contexto de outra cultura, ou seja, a do paciente/cliente.

Nessa perspectiva, os profissionais da enfermagem devem incluir em seus planos de cuidado os seguintes aspectos tais como, investigação da essência da cultura, aceitação de cada paciente individualmente, conhecimento dos problemas de saúde que afetam grupos culturais em particulares, planejamento de um cuidado de acordo com as crenças de saúde do paciente, para alcançar melhor resultado de saúde. Diante desse contexto, cabe perguntar como a enfermagem se posiciona em ambiente indígena, onde a diversidade se revela na língua, em hábitos, modos de viver e de se cuidar muito diversos.

Para um atendimento diferenciado e de qualidade à população indígena é necessário um olhar humanizado e holístico. Não há como dissociar o indígena que está vivenciando um processo de saúde adoecimento de seus saberes e práticas durante o tratamento e /ou acompanhamento nos serviços de saúde. Espera-se que enfermeiro preparado para atuar junto às populações indígenas é aquele que consegue desenvolver o seu processo de trabalho com respeito à singularidade, cultura, crenças e valores do paciente, sobretudo quando agrega ao tratamento de base científica a medicina tradicional indígena na promoção e recuperação da saúde do paciente, família e comunidade.

## **5 RESULTADO/ DISCUSSÃO**

### **5.1 Quem são as parceiras Tupinikim?**

Parteiras são figuras emblemáticas da história das mulheres no Brasil e no mundo, pois, ao longo dos últimos séculos, elas foram perseguidas, desqualificadas e punidas pela biomedicina, embora esta mesma tenha extraído delas grande parte dos saberes atuais relativos ao parto (Tornquist, 2004, p.98).

Antes de começar a caracterizar as parteiras, é fundamental apresentar o parto no universo Tupinikim. Antes da chegada dos médicos às aldeias, os Tupinikim efetivavam seu sistema médico indígena. O pajé e a parteira com os seus saberes tradicionais tinham funções específicas na lida da cura e cuidado de saúde e tratamento da doença. No entanto, cabia às parteiras cuidar das mulheres e seus filhos durante o parto e nascimento. Afirma Langdon (1999) que os povos indígenas têm a sua própria medicina tradicional, sendo esta distinta da medicina ocidental, porém, são complementares, a primeira explica sobre o porquê da doença, ou seja, procura a causa para além do corpo biológico e outra apresenta técnicas para atuar nos processos biológicos do corpo, observando apenas o biológico e o fisiológico. Essa afirmativa da autora corrobora com os dados encontrados na pesquisa que veremos adiante.

É pertinente frisar que a criação do SUS, em 1988, e das políticas de saúde vigente no país foi um avanço que facilitou o acesso aos indígenas nos serviços de saúde no país, mas, por outro lado, a forma como ele adentrou as aldeias Tupinikim foi violento e ignorou todos os saberes da medicina tradicional.

Cabe observar que, os Tupinikim sofreram dois impactos: o primeiro territorial que abalou e gerou um desequilíbrio cultural, bem como na organização social, ambiental e econômica o segundo afetou a saúde pelo modelo nacional agravando mais ainda a situação local. Hoje, o modelo de saúde que vigora na aldeia é o modelo nacional pautado nos princípios do SUS e reforçado com a criação de um Subsistema de Atenção Saúde Indígena. Nesse sentido, Laraia (2000, p.96) explica que existem dois tipos de mudança cultural: uma interna e outra externa, a primeira resulta da própria dinâmica do sistema cultural ocorrendo lentamente e a segunda ocorre bruscamente. Cita como exemplo a aculturação dos índios brasileiros que, na opinião do autor, foi uma catástrofe. No caso do Tupinikim, esse processo foi avassalador na forma como se implantou tal do modelo de saúde.

Antigamente, as formas de tratamento de doenças, variavam de acordo com a causalidade do problema e entendimento do pajé e da parteira. Nesse sentido, o adoecimento físico, ou seja, do corpo sempre tinha uma causalidade principalmente

externa e exógena, ou seja, algo fora do sujeito provocava o seu adoecimento. Esse processo estava relacionado com a maneira como a pessoa mantinha suas relações sociais, com o seu ambiente, com a sua alimentação. Por exemplo, na visão das parteiras, caso as mães que comam lagarto (réptil) no resguardo (pós-parto) sua criança vai demorar para andar; casos ela coma ameixa (marisco) quando está amamentando, a criança vai ter asma, porque a ameixa “chia” quando está sendo assada. Por sua vez o pajé tinha a sua própria “farmácia natural”, com as várias espécies de ervas medicinais. Ele ensinava às pessoas a fazer os chás e os banhos, fazia benzimentos para vários males (mal olhado, vento caído, espinhela caída, dores) e fazia simpatias. Igualmente importante na vida social da comunidade, a parteira era a especialista em partejar e atuava para além disso, pois ela cuidava da saúde em geral (biopsicossocial) e do corpo feminino. Normalmente, as parteiras tinham laços consaguíneos com as parturientes, pois elas assistiam suas filhas, netas e bisnetas e também repassavam o seu saber para aquelas que demonstravam aptidão para o ofício. Há relatos que elas cuidavam também das outras mulheres quando eram solicitadas para tal. Infelizmente, o pajé da aldeia de Caieiras Velhas morreu a mais ou menos cinco anos atrás, e não há outro sucessor atualmente. Em situação oposta, ainda existem parteiras vivendo nas aldeias, só que deixaram de atuar há bastante tempo. Foram silenciadas diante do processo violento de aniquilação de seus saberes e práticas que viveram.

As próprias parteiras contam que nas aldeias Tupinikim havia as ditas “parteiras velhas” ou “parteiras antigas”, porém, faz algumas décadas que todas morreram. Identificou-se com a pesquisa que a “parteira antiga” da aldeia de Pau-Brasil chamava-se Totonilha, a de Braço Morto era Paulina e as de Caieiras Velhas eram Corina e Santunina, respectivamente mãe e filha.

Entretanto, apenas parte do conhecimento e práticas em partejar foi repassada as suas sucessoras. Vale destacar que as parteiras da atualidade referem às parteiras mais sábias de “parteira velha” ou “parteiras antigas” não no sentido pejorativo, e sim, pelo reconhecimento social e saberes culturais, tais como rezas no intraparto, benzimentos, chás, banhos com ervas entre outros. Vejamos o perfil social das parteiras a seguir.

**Tabela 1: perfil social das parteiras Tupinikim**

	ARACI	CECI	YARA
Idade	84	87	Não sabe informar
Est. Civil	Viúva	Viúva	Viúva

Religião	Católica	Evangélica	Não tem
Alfabetizada	Não	Não	Não
Nº de partos	Não sabe precisar	3	3
Nº óbitos(mãe/bebê)	0	0	0

Das três parteiras entrevistadas duas afirmaram ter mais de 84 anos e uma não soube informar a idade, todas são viúvas, analfabetas, aposentadas pelo INSS recebem apenas um salário mínimo mensal. Quanto à religião uma referiu não ter, uma diz ser católicas, e a outra evangélica. Importante dizer que as três afirmaram que nunca ocorreu óbito durante os partos que assistiram, todos foram sem intercorrências.

A parteira Ceci acompanhou três partos, Yara também três e a Araci não informou a quantidade, disse apenas que foram muitos.

Observa-se através de relatos que o ofício de partejar surgia da emergência e necessidade de cuidados pelas gestantes em trabalho de parto. Entretanto elas não se consideram especialistas no assunto, apenas começaram partejaram por compaixão e solidariedade.

## 5.2 O ofício de partejar: com quem aprenderam a partejar

Até a década de 80, as mulheres Tupinikim tinham seus filhos em casa assistida pelas parteiras e seus familiares. Como a transmissão de conhecimento entre as parteiras ocorria através da oralidade, observação e prática, não há registros sobre o partejar. Atualmente, pouco se sabe sobre as os saberes e práticas de cuidados das parteiras Tupinikim. Com a pesquisa, identificou-se que partejar é uma atribuição privativa do sexo feminino, ou seja, repassada de mulher para mulher. Observei que falar da sexualidade é ainda um tabu para as parteiras.

Das três parteiras entrevistadas, uma informou que aprendeu partejar com a sogra, a outra com a mãe e a terceira com a prima. Observe as falas a seguir:

*“Com a minha sogra, ela era parteira, né. Então ela, era parteira ....ia eu junto com ela, chegava lá ela mandava eu fazer, ela ficava do lado mandando eu fazer e eu fazia. Ela tava perto”.*(ARACI)

*“Aprendi com minha mãe. Ela não explicou não, mas a gente via ela fazer, fazer os banhos. A minha mãe, a parteira tudo fazia, né? Minha fazia até dar banho na mulher de*

*sabão virgem, mas era massagem de óleo de almenda(amêndoa), pra dar massagem quentava a mão no caquim( recipiente) de brasas e dava massagem na barriga da mulher” ( CECI)*

*“[...] eu tava de fora só assistindo minha prima [...] assistia de fora escondido. Às vezes a casa lá era cheia de buraco eu ficava suntuando assim: ela falava assim: coragem, coragem. Ficava olhando”( YARA)*

Como ocorreu em vários lugares do mundo, também, aconteceu nas aldeias Tupinikim, após a institucionalização do parto, as crianças Tupinikim não nascem mais em suas casas e sim no hospital da cidade. Nesse sentido, Bandeira (2002, p.63) afirma que a mudança dos partos domiciliares com as parteiras e familiares para o âmbito médico-hospitalar trouxe muitos benefícios para a saúde da mãe/bebê, mas também, algumas dificuldades emocionais para os mesmos.

Portanto parto na aldeia é coisa do passado isso, leva a desconhecimento do parto na cultura indígena pela juventude. Assim, todas as gestantes fazem as consultas de pré-natal nas unidades de saúde das aldeias pela equipe multiprofissional ou na cidade, quando classificado parto de alto risco.

É importante destacar que a Iracema é filha de “parteira antiga” e, mencionou que a sua mãe deixou de partejar devido à intimidação do sistema de saúde biomédico e hegemônico que adentrou as aldeias na década de 1980. E este modelo, exigiu que as parteiras tivessem uma carteira de autorização para desenvolvimento das suas práticas culturais. Além disso, elas foram ameaçadas e seriam responsabilizadas por algo que ocorresse com a mãe/bebê sob seus cuidados. Observe o trecho da conversa de Iracema:

*” [...]eu não sei quem embargou não. Só se elas tirasse a carteira e, se acontecesse alguma coisa a mulher(parteira) ia presa, aí minha mãe ficou com medo de ir pra casa das pessoas . Ai já veio eles(profissionais de saúde) atender e mandar pra Aracruz(hospital)[...]”*

Cabe informar que durante a entrevista Iracema não deu muitos detalhes sobre o processo e o afastamento da parteira de suas atividades de partejar.

Tornquist(2004) relatou que as parteiras indígenas Xacriabá-MG- participaram do curso de parteiras e, durante o cadastramento perguntaram se elas seriam presas devido intercorrências do parto. Conclui a autora que as parteiras eram estigmatizadas por praticarem seu ofício e pelo fato de pertencerem a um grupo indígena agravava o sentimento de medo, perseguição.

Diante do exposto, é possível inferir que as parteiras Tupinikim e Xacriabá tinham medo de ser penalizadas e presas por assistirem suas parentas e isso contribuiu

para que parteiras Tupinikim deixassem de partejar. Além disso, a situação agravou-se ainda mais quando, os médicos e demais profissionais de saúde chegaram às aldeias capixabas assumindo a centralidade nos tratamentos de saúde, contribuindo para certo esvaziamento da função social feminina no parto e em outras dimensões da vida como afirma Barcellos (2011, p.36).

De agora em diante, os dados coletados serão contextualizadas em três grandes partes distintas: gestação, parturição e puerpério que serão subdivididas em categorias menores.

### **5.3 Gestação**

O processo de gestação é dinâmico exigindo adaptações biopsicossociais, muito importantes. É também um período de transição para muitas mudanças físicas emocionais, tais como: aceitar a nova vida que traz dentro de si, algo que faz parte de si própria e que, ao mesmo tempo, se distingue, e adaptar-se a ela é a passagem da condição de mulher sem filhos para a de mãe, ou mãe de mais um filho; o reajustamento de suas relações com o parceiro, com a própria mãe e com o próprio pai, e também com o resto da sociedade em que se vive (Bandeira, 2002, p.11). Afirma ainda a mesma autora que a gravidez oferece principalmente a mulher, ou quem sabe também aos homens, a oportunidade de revisar o próprio passado e uma visão do futuro.

#### **5.3.1 Cuidado com a mãe/bebê**

Dados publicados recentemente no site do Ministério da Saúde, mostram que os partos cesarianos ocorrem 37% na rede pública e 82% na rede privada. Entretanto, a morte materna é 3,5 vezes maior nos partos de cesariana do que nos partos naturais. Infelizmente no Brasil há uma grande mortalidade materna, porém os dados muitas vezes são omitidos e subnotificados (MS, 2014).

O Governo Federal, por meio da estratégia Rede Cegonha têm incentivado o parto normal humanizado e intensificado a assistência integral à saúde de mulheres e crianças, desde o planejamento reprodutivo, passando pela confirmação da gravidez, pré-natal, parto, pós-parto, até o segundo ano de vida do filho.

Vale ressaltar que o número de cesáreas cresceu no Brasil entre os anos 2000 a 2012. Os dados demonstram que 18% das indígenas realizaram parto cesáreo e as mulheres brancas 67%. No intuito de reduzir o número de cesáreas desnecessárias, o Ministério da Saúde tem buscado esclarecer as mulheres sobre às vantagens do parto normal e apoia a discussão da formação em obstetrícia, inclusive incentivando o aprimoramento da formação médica – tanto nos currículos acadêmicos das faculdades de Medicina quanto na residência médica( MS, 2014).

Berenstein (2001, p.11) cita que a feminologia parte do princípio de que a resposta feminina é sempre global. Nesse sentido, ao operar o corpo feminino, por exemplo, nas cirurgias ginecológicas é impossível não interferir na feminilidade. Inclusive a feminilidade é controlada pelos hormônios e o desequilíbrio deste afeta biológico, fisiológico e mente da mulher. Nesse sentido é importante antes de realizar um procedimento cirúrgico na gestante é precioso analisar os benefícios e os seus desdobramentos na vida dessa mulher.

É sabido por todos, mas sentido pelas mulheres, que durante a gestação o corpo feminino passa por várias modificações decorrentes do aumento dos níveis hormonais. Geralmente as gestantes experimentam sentimentos contraditórios sobre a maternidade, mesmo quando a gravidez é planejada. Há um estado de insegurança e ansiedade que são alternados com estados de euforia. Assim o apoio familiar é fundamental no decorrer da gravidez e do parto, para diminuir o estresse e ansiedade.

Vale destacar que com a criação da LEI 11.108 de 2005 é assegurado a presença de um (a) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, mas infelizmente não são todos os hospitais que cumprem essa lei.

A presença de alguém da confiança da parturiente poderá inibir atos agressivos e violentos que possa ocorrer nos hospitais. Não há dados na pesquisa que evidencia violências contra as mulheres Tupinikim, mas é bom lembrar que há evidências científicas que comprovam que a violência ocorre em todas as sociedades e de várias maneiras e inclusive no espaço hospitalares durante o parto. Contudo, a violência contra a mulher não deve ser analisada apenas em termos de atos individuais isolados. Antes de tudo, ela é reflexo da desigualdade social, econômica e política, que é perpetuada pelos aparatos sociais que reforçam ideologias sexistas, racistas e classistas. Todas as mulheres estão em risco de sofrer violência em sua vida, a dimensão dessa está

relacionada ao seu *status* social, grupo étnico-racial e condição física (Lopes et al, 1996.p135).

Diferentemente da prática médica de alguns profissionais de saúde, as parteiras tinham uma grande preocupação na preparação do corpo para a hora do parto, a fim de evitar complicações futuras. Dentre algumas orientações pediam as mulheres para não dormir muito durante o dia, fazer seus trabalhos domésticos diários normalmente e dava um laxante( purgante) no quinto mês para a criança não nascesse com doenças de pele.

Vale ressaltar que apenas Ceci e Iracema relataram que a parteira ao tocar na barriga na mulher percebia, se a criança estava ou não na posição cefálica, ou seja, mais favorável para nascer. Nesse sentido, utilizavam a técnica da massagem com o óleo de amêndoa para colocar a criança na da posição cefálica. É importante observar que não havia naquele tempo recursos como ultrassonografia, mais a parteira através da palpação identificava a posição do bebê, se nos casos dificultasse a expulsão, muitas vezes conseguia intervir com sucesso.

## 5.4 Parturição

### 5.4.1 Métodos não farmacológicos das parteiras Tupinikim

O parto era totalmente natural, transcorria sem nenhuma intervenção medicamentosa para aceleração do processo. Sobretudo, o parto era fisiológico.

As condutas terapêuticas não farmacológicas utilizadas pelas parteiras no intraparto eram: banhos quentes com ou sem ervas, sacudir a barriga, banho com água de sabão e massagem (“esfreguição”) com óleo de amêndoa. Nota-se nas falas a seguir de Araci, Yara, Ceci e Iracema respectivamente.

*“[...]dava um banho de água bem quente na gamela( bacia de madeira) da cintura para baixo e depois sacudia a barriga ,dava esfreguição ( massagem) com óleo de almenda pra aumentar a dor e acelerar o parto[...]”.(ARACI)*

*“Antigamente não tinha bacia, era tinha gamela e metia agua quente da cintura pra baixo e dava aquela esfreguição(massagem) bem forte e botava na cama dai a pouco nascia”. (YARA)*

*“[...]Minha mãe fazia até dar banho na mulher de sabão virgem, mas era massagem de óleo de almenda(amêndoa), pra dar massagem quentava a mão no caquim(vasilha velha) de brasas e dava massagem na barriga da mulher[...]Antigamente parteira fazia um banho de mentrasto pra despertar, fazia o banho e dava da cintura pra baixo e dava massagem com óleo de almenda(amêndoa). Ai a parteira só ficava esperando a criança nascer”.( CECI )*

*“[...] mentrasto, sabão virgem, óleo de almenda pra poder, assim, coisar nas dores, né? Mentrasto era pra aumentar a dor. Quando chegava lá que tava sem dor ela dava o banho de mentrasto e dava o chá pra beber “[...]ai dava esfreguição, ai botava uma cinta de pano com três pernas e amarrava. Pra botar a mãe do corpo(útero) no imbigo”. ”.(IRACEMA)*

*“Dava massagem, dava o banho de remédio de mato, mentrasto. sabão virgem. Dava o chá antes de ganhar, dava o banho quente da cintura pra baixo pra aumentar a dor. Massagem era com óleo de almenda, ai vai puxando pra baixo pra descer. Dava só na barriga (ANAUA).*

O mentrasto (erva de São João) era utilizado para aumentar as contrações uterinas. Fazia-se o chá de mentrasto, um gole era servido à mulher e o restante era colocado na bacia de madeira(gamela) e a banhava da cintura para baixo.

Quanto ao o óleo de amêndoa, esse foi citado por todas as parteiras, era muito utilizado nas massagens “esfreguição”. A massagem é uma prática que ajuda o bebê a descer e facilitar sua passagem pelo canal de parto, bem como é uma manobras que faz utilizada para fazer beber mudar de posição intrauterino durante a gestação. É importante dizer que apenas pela palpação a parteiras sabia se a criança estava cefálica ou não.

As condutas terapêuticas foram praticamente às mesmas, somente Ceci relatou que sua mãe- também parteira-, lubrificava a mão com o óleo, e as aquecia no calor das brasas, após realizava massagem na barriga da mulher puxando o bebê no sentido abdome-pelve.

Enkin (2005, p.171) explica que o objetivo da massagem é fazer as pessoas sentirem melhor, ou aliviar a dor e facilitar o relaxamento. Teoricamente, as diferentes formas de massagens estimulam diferentes receptores sensoriais. Assim golpes leves e toques podem prolongar o alívio da dor e, quando interrompidos, a consciência de dor aumenta.

Quanto aos benefícios, da prática da imersão em água quente ou fria durante o trabalho de parto não é consenso geral entre pesquisadores. Os defensores enfatizam o efeito relaxante da água, que pode reduzir a necessidade de métodos não farmacológicos de alívio da dor e os críticos afirmam que pode haver aumento de infecção da mãe/bebê, hemorragias pós-parto entre outros. Contudo nos últimos anos, a imersão em água no intraparto despertou interesses em muitos países, em resposta às solicitações femininas dessa forma de conforto. Alguns hospitais permite que as mulheres levem suas piscinas de parto e outros há banheiras, piscinas e/ou duchas instalados (Enkin, 2005, p.170).

Vale ressaltar, que a prática terapêutica da massagem supracitada é semelhante ao processo de cuidar das mulheres Kaingang conforme citou Coroaia (2013). A única diferença é que elas usavam banha de galinha ao invés de óleo de amêndoa.

Com relação às rezas, todas afirmaram não ter conhecimento, pois somente as “parteiras antigas” tinham o conhecimento. No entanto, Iracema informou que quando o parto era demorado, a “parteira antiga” percebia que o bebê estava mal posicionado para nascer, então, ela ia para fora da casa rezar e logo ocorria o nascimento. Considerando que a cultura é dinâmica, é possível observar que com o passar dos tempos as práticas de partejar foram modificando-se, houve a incorporação de novos elementos nos cuidados e talvez as parteiras mais antigas não usaram os produtos, por exemplo, óleo de rícino, óleo de amêndoa e pedra hume. Observando longitudinalmente compreendo que houve uma mudança significativa nos cuidados tradicionais intergeracional e resgatá-lo é um imenso desafio, que depende principalmente de diálogo e reflexão da comunidade para a construção de novo paradigma.

Basicamente, houve uma pequena variação, entre as práticas de cuidados das parteiras no trabalho de parto entre as entrevistadas. Conclui-se que massagens, banhos quentes ou mornos, chás são práticas tradicionais que podem ser realizadas na parturição, mesmo em ambiente hospitalar. A forma de viabilizar esse processo é formando parceria com as parteiras. Durante o pré-natal convidá-las para participarem das rodas de conversa, assim elas transmitirão seus saberes, cuidados e práticas. Considerando que a PNASIP objetiva garantir acesso aos povos indígenas à atenção integral de saúde contemplando também a sua diversidade, e o fato de a atenção primária ser a porta de entrada do SUS, é necessário que os serviços de saúde reconheçam que a medicina tradicional é eficaz e direito desse povo a sua cultura. Portanto, reconhecer e reforçar as práticas culturais Tupinikim é também ação de promoção de saúde, tendo em vista que esse reconhecimento permite uma autonomia dos sujeitos do cuidado.

Tabela 2: métodos não farmacológicos usados no intraparto

	ARACI	CECI	YARA	ANAUÁ	IRACEMA
Banho quente(mentrasto)		Sim		Sim	Sim

Banho água quente	Sim		Sim		
Banho (sabão virgem)		Sim		Sim	Sim
Massagem(Óleo Amêndoa)	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Chá mentrasto		Sim		Sim	Sim

#### 5.4.2 Posição de parir/liberdade de movimento

Estudos apontam que o decúbito horizontal durante o parto tem desvantagem em relação posição verticalizada e de inclinação lateral. Nesse sentido na segunda e na terceira posição citada acima, promove menos desconforto e dificuldades de puxos, dores menos intensas, e menor trauma vaginal, menor duração do período expulsivos e resultados. Cabe lembrar que na posição dorsal, há compressão da veia cava inferior pelo peso bebê, dificultando a circulação e conseqüentemente a oxigenação mãe/bebê. Importante enfatizar também, que alguns autores condenam a posição vertical durante o parto, por identificarem em seus estudos maior número de lacerações nos lábios vaginais de terceiro grau relacionado a essa posição (MS, 2001 p.80). No entanto, esses discursos de pesquisas desconsideram a melhor posição para a mulher no momento do parto, suas escolhas e participação, elementos que devem ser considerados nas práticas de parto.

Contudo desde 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Guia prático de assistência ao Parto Normal recomenda que a mulher escolha a posição que melhor lhe agrada, tanto no primeiro quanto no segundo período do parto, desde que evite longos períodos em decúbito dorsal.

Nota-se nas falas de Araci e Iracema, que as parturientes tinham liberdade na escolha da posição para ter o seu filho. Dentre as posições identificadas foram: deitadas, sentadas e/ou recostadas , ou seja, com as costas apoiada em algo. Observe as falas a seguir:

*“[...] vinha aquele o sangue na frente, quando der a dor faz força[...]quer sentar,senta. se quiser deitar, fica deitada , vem aquela dor faz força. A mulher sentava lá quando não quisesse sentar, ela deitava e ganhava. quando queria fazia o parto sentado, pegava um banquinho ficava ali, sentava mais sempre dando lugar, vem e nasce ali vem e a parteira senta em baixo pra receber. Se a mulher quisesse ficar deitada, podia ficar, podia andar também, ficava a critério da mulher, quando dava a dor ela corria pro lugar dela , era assim” (ARACI).*

*“[...]Antigamente não era cama, era só um jirau(mesa feita de pau) a mulher ficava segura na travessa, ali em posição. Não era deitada não, mas recostada, ali fazendo força pra poder a criança nascer. E quando a criança tava assim difícil pra coisar, ela já dava esfreguiação e óleo de almenda essas coisas pra poder a criança ter a posição pra nascer.(IRACEMA)*

### **5.4.3 Apoio psicoemocional**

Segundo Enkin (2005, p.133) o apoio durante o parto pode ser prestado pelos profissionais responsáveis pela assistência clínica da mulher no trabalho de parto ou por outros indivíduos como o cônjuge, familiares ou amigos da mulher. É uma característica central do suporte no parto é a promessa que uma mulher não vai ficar sem apoio em nenhum momento. Entretanto, não é suficiente apenas a presença física, e sim a realização de atividades de suporte que compreendam o conforto físico e apoio emocional. Contudo, as medidas de conforto físico devem ser implementadas em resposta às próprias necessidades e desejos da mulher. Vale ressaltar que essas necessidades variam de cultura para cultura, e de indivíduo pra indivíduo. Com relação assistência da parteira para com a mulher indígena é observado o apoio emocional, cuidado cultural humanizado que está para além dos estádios do parto e se estende por toda a vida.

Segundo Silva e Albuquerque (2006, p.48), passar segurança à parturiente através da comunicação é importante, constrói uma relação terapêutica e as informações dadas pode manejar a dor e quem sabe até controlá-las.

Durante a parturição a parteira Tupinikim incentivava e promovia condições confortáveis para que o parto e nascimento fosse o mais natural possível.

Era oferecido às mulheres muito apoio emocional durante o trabalho de parto. Nessa perspectiva a parteira também envolvia os familiares da parturiente no processo de cuidar. Vale destacar que se o parto fosse demorado ou não, a parteira permanecia sempre ao lado da mulher. Por sua vez, nos casos das práticas biomédicas o tempo cronometrado e dispensado à parturiente não acontece como ocorre durante o processo de parturição com as parteiras. Observe a fala de Ceci:

*“[...]demorava muito ganhar, uma semana passando mal, quando chegava ganhar a mulher não tinha mais força pra nada. O marido ficava chorando perto dela, porque ela ia ganhar e não podia ganhar a criança. E mamãe dando coragem, dando coragem”. (CECI)*

Era permitido a participação do pai da criança, durante o parto, se fosse vontade da mulher. O esposo pegava a parturiente pelas costas e levantava-a pelo tronco.

*“[...]aquelas que aceitava o marido ela chamava o marido e espendia(levantava) aqui ai fazia força e ganhava a criança”.(IRACEMA)*

De acordo com Enkin (2005, p.133) a tecnologia moderna pode dificultar o apoio emocional às parturientes porque o cuidador pode desviar sua atenção e seu tempo da mulher para os monitores ou a infusão venosa. Sugere, ainda, o autor que as enfermeiras, os médicos e obstetizes respeitem a escolha de suporte social a mulher durante o parto e para além de cuidados clínicos deem apoio físico e emocional apropriado quando solicitado.

#### **5.4.4 Liberdade alimentar/nutricional**

A crença de que alimentos e bebidas devem ser suspensos ou severamente restritos após o início do trabalho de parto, ainda, é amplamente aceito na assistência hospitalar atual. As políticas sobre ingestão foram examinadas minuciosamente nos últimos anos e foram liberadas em muitas unidades, sem relatos de efeitos prejudiciais para a mãe ou o bebê. Todavia, essas políticas restritivas ainda vigoram em muitos centros (Enkin, 2005). Há estudos, que afirmam que nem todas as mulheres sentem fome intraparto (op.cit). Porém, o jejum forçado pode causar processo insatisfatório no trabalho de parto, diagnóstico de distócia e uma cascata de intervenções que culminam numa cesariana. O esforço empregado no trabalho de parto é comparado ao exercício moderado contínuo. Nesse sentido, é importante a ingestão de alimentos para evitar complicações desnecessárias.

Comparar, o que ocorre nos hospitais descrito acima, com a realidade do parto natural em domicílio, observa-se que a parteira Tupinikim, era extremamente cuidadora, oferecendo à mulher água ou chá e comida. Ressalto que não foram todas as parteiras que trataram desse assunto durante as entrevistas. De modo geral, não havia restrição alimentar alguma como observado na fala de Araci a seguir.

*“[...]podia beber café, beber água, se ela quisesse comer alguma coisa podia comer. (ARACI)*

Conclui-se que a relação de parteira parturiente era uma relação de compreensão, profundo respeito mútuo, sobretudo de alteridade e não de autoridade e/ou autoritarismo. O importante enfatizar as vontades da mulher para que pudesse se apropriar do momento do parto da melhor maneira possível para ela.

#### 5.4.5 Dequitação

Dequitação é o terceiro estágio do trabalho de parto, ocorre com o desprendimento da placenta do útero. É um período que deve ter cautela, pode parecer monótono e inofensivo, mais é nele que pode ocorrer as hemorragias pós-parto que é uma das causas de morbidade e mortalidade materna em países desenvolvidos (Enkin,2005 p.162)

O esforço materno auxiliado pela gravidade é suficiente para o desprendimento da placenta e o cordão umbilical é clampeado e seccionado após a expulsão da placenta. Cabe informar que a parteira tinha a “conduta expectante”, recomendada por Enkin (2005,p.164) por aguardar que a placenta se desprender livremente sem tração do cordão umbilical e não usava medicamentos profiláticos com ocitocinas evitando risco de hemorragias.

Após a dequitação a puérpera tomava banho na gamela ( bacia de madeira) com água morna com ou sem sal, ou com pedra hume. Em seguida dava-se massagem (“esfreguição”) na barriga da puérpera em seguida colocava uma cinta de tecido para apertá-la. O objetivo dessa cinta era para favorecer a involução uterina e de dar maior firmeza ao abdome.

*“[...]jai dava esfreguição, ai botava uma cinta de pano com três pernas e amarrava. Pra botar a mãe do corpo (útero) no imbigó”.(IRACEMA)*

*“[...]depois eu dava banho ne, não, não era banho não, não tinha mato não, era de agua limpa mesmo, quentava água botava na gamela bem quentinha as vezes com sal, com sal, as vezes quando não era sal era pedra una ,botava, ai tomava o banho, pegava uma cinta e apertava a barriga, e ela ia pra cama, quando dava três dias levantava da cama e ficava deitada 3 dias”( ARACI).*

Vale ressaltar que na utilização da cinta, não foi consenso geral entre as parteiras. Pois somente as mulheres da aldeia de Caieiras Velhas e Pau-Brasil referiram à utilização da cinta.

Momentos antes do nascimento da criança a mãe podia andar à vontade, mas após o parto ela permanecia restrita ao leito por dias, praticamente nesse período não fazia quase nada para não prejudicar sua saúde. Identificou-se que houve uma variação entre três e cinco dias de restrição ao leito.

A placenta era chamada de “companheiro” e geralmente era enterrada em um dos quatro cantos da casa (esteio) da parturiente pelo seu esposo ou parteira, conforme os relatos a seguir. Contudo todas as parteiras não souberam explicar o significado da prática.

*“Quando nascia a criança, nos fala o “companheiro” da criança, e hoje vocês fala placenta. Ai cavava no esteio da casa e enterrava ali, mais quem cavava era o marido sem ninguém ver”. (IRACEMA)*

*“[...]e chegava lá no esteio da casa do lado de fora fazia um buraco e enterrava[...] pronto enterrava lá porque tanto perto da casa é lugar que ninguém passava pra lá e pra cá”.(ARACI)*

Em um estudo etnográfico realizado por Gil et al (2007) com parteiras de várias etnias do Acre e do sul da Amazônia, cita que as parteiras Apurinã (Aruak-maipure) também chamam a placenta de “companheiro”. Para essa etnia, a placenta é concebida como um "irmão" do recém-nascido e o parto implica a morte da placenta, portanto pode ser lido como um fratricídio. Daí a rivalidade da placenta e sua periculosidade. No mesmo estudo as parteiras Kaxinawá( Pano) explicaram que a placenta é enterrada atrás da casa ou em algum lugar do roçado para que nenhum animal a coma. Se isso acontecesse, a criança morreria já que continua existindo um elo entre a placenta e a criança, por ambos compartilharem as mesmas substâncias corporais.

Ainda segundo Gil (2007 apud Belaúnde (2005, p.273) a partir de uma pesquisa comparativa identificou que vários povos amazônicos enterram a placenta ritualmente.

Os dados etnográficos acima revelam que há semelhanças entre as práticas das parteiras da Amazônia (Apurinã e Kaxinawá) e as Tupinikim ao chamar a placenta de “companheiro” e de enterrá-la após o parto. Com isso pode-se inferir, que, talvez as explicações cosmológicas entre essas culturas sejam as mesmas em relação à placenta. Assim na perspectiva cosmológica desses grupos ameríndios, a placenta é irmão do recém-nascido e que ao morrer deve ser enterrada evitando ser devorada por animais. Deve-se chamar a atenção para este ponto em específico do pós-parto será que modelo

médico biologicista atuante nas terras indígenas está preparado para não interferir e causar significativas mudanças nos costumes étnicos?

Com um olhar mais ampliado é possível compreendermos a grande diferenciação que há nos cuidados com a mãe/bebê no parto domiciliar com as parteiras indígenas do parto hospitalar biomédico. Cabe enfatizar que não é objetivo aprofundar a discussão sobre o modelo assistencial hospitalar, e sim refletir sobre o parto no universo indígena, mas diante das práticas de etnocídio que os Tupinikim sofreram, revelar o contraponto entre as suas práticas e do sistema biomédico, acaba por indicar quais elementos dos saberes e práticas Tupinikim foram e continuam sendo silenciados.

Seguramente, há grandes benefícios na medicina tradicional para a parturiente e para seu filho, por exemplo, o tempo do parto é outro, mãe e filho não são violentados, ou seja, a criança nasce espontaneamente sem ser puxada; no parto natural mãe/bebê são protagonistas no ato de parir sem necessidade de cortes (espisiotomia) e medicações; as parteiras não tem horário para largar o plantão, então ficam com a mulher do início ao fim trabalho de parto; a mulher escolhe a posição que quer parir; a parturiente vivencia a experiência única com mais tranquilidade e segurança porque sua família está presente e lhe dá o apoio emocional. Em contraposição, no ambiente hospitalar há barulho dos equipamentos, geralmente os profissionais de saúde são desconhecidos da parturiente e isso gera medo, insegurança e ansiedade podendo tornar traumática a experiência de parturição.

Apesar de a Rede Cegonha ser uma estratégia de saúde importante do governo Federal no país para a diminuição da mortalidade materna-infantil, ela ainda é pouco conhecida e/ou compreendida por alguns profissionais de saúde que atuam com as diferentes populações. É importante salientar que há muita dificuldade na execução do que está definido nessa política, percebe-se que vários fatores, tais como, sociais, econômicos, culturais dificultam a implementação. Além de ser incompreendida, a Rede Cegonha é por vezes descreditada pelos profissionais de saúde e desconhecida pela maioria dos usuários, conforme já constatei na rede de serviços do DF, haja vista que a desinformação sobre esta estratégia gera vários problemas e lacunas na oferta e qualidade do serviço prestado aos usuários. Contudo, se “para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer” como citou Michel Odent, devemos aguardar esse momento de mudança e ajudar a provocá-lo.

Segundo Bandeira (2002, p.64) o momento do nascimento é um momento importante para se estabelecer vínculos mãe-filho-pai. Ao nascer o bebê já está com o

seu aparelho sensorial em pleno funcionamento e devendo este ser recebido por seus familiares, com aconchego, com vozes família, para sentir-se mais seguro. Contudo, o ambiente deve ser preparado, escuro e quente para que não haja choque ao sair do útero. É nesse ambiente harmonioso, familiar e de carinho que a parteira recebe em suas mãos as crianças com amor e respeito e logo entrega a sua progenitora e familiares.

## 5.5 Puerpério

De acordo com Bandeira (2002, p.79) o puerpério é o início do processo de adaptação ao papel de mãe, que a partir desse momento continuará sempre presente na vida da mulher, visto que, a cada etapa na vida da criança, novas exigências vão surgindo na vida da mãe - iniciando-se com os primeiros cuidados com o bebê: banho, umbigo e amamentação.

### 5.5.1 Cuidado com a mãe/bebe

Logo após o período expulsivo, a parteira media o cordão umbilical, três dedos acima da barriga da criança, cortava com uma tesoura, limpava com algodão, amarrava com fio (não especificado) e enrolava o coto umbilical num tecido fino e deixava sobre o abdome da criança. Vale ressaltar que cuidava primeiro da criança e em seguida da mãe. Observe as falas de Iracema, Yara e Araci:

*“Depois que ganhava media três dedos no cordão do imbigão, já tava tudo pronto, tisorinha, algodão tudo ali. Eles não passava outra coisa não, só isso daí. Cortava, passava, aí ela ia dar banho na criança, e a pessoa(puérpera) tava deitadinha lá ( IRACEMA)*

*“Ia assim na tripinha e apertava com a cordinha ali, cortava. Só media assim, tamanhosinho assim e, amarrava a tripinha, enrolava num paninho e deixava lá. quando era o dia de cair, caía a invidiazinha. O Banho do bebe só era na água morna”(YARA)*

*“[...]cortava, media três dedos assim do imbiguinho pra tripa ,media três dedos assim pra cá cortava, amarrava com fio ele e deixava ali num lugarzinho quietinho, botava ,dava o banho nele e enxugava bem nele e botava um paninhozinho fininho por cima pra não pegar na pele e bota em cima da barriguinha da criança e deixava lá. Passava nada não, com 3 dias caía logo. (ARACI)*

É importante observar quanto à prática de enterrar a placenta, que essa também ocorre na cultura Kaingang. Entretanto, há uma pequena variação entre Tupinikim e

Kaingang em relação medida do cordão umbilical, de mais ou menos um centímetro, conforme Coroaia (2013).

Tabela 3- Cuidados com a criança no puerpério

	ARACI	CECI	YARA	IRACEMA
1º Banho	Água	Água	Água	Água
Coto.umbili.(acima abdome)	3 dedos	3 dedos	3 dedos	3 dedos
Coto umbilical(invólucro)	Tecido	Tecido	Tecido	Não referiu
Defumação (roupa/bebê)	Não referiu	Não referiu	Não referiu	Referiu
Mal de sete dias	Referiu	Não referiu	N referiu	Referiu

Iracema relatou que o recém-nascido corria risco de morte nos primeiros dias após o nascimento. Nesse sentido, eram necessários, alguns cuidados importantes para garantir a proteção do menor durante o resguardo. Contudo, a casa deveria estar bem iluminada pela lamparina e a tesoura deveria permanecer debaixo do travesseiro da criança, porque se por ventura a “bruxa” viesse durante a noite sugar o sangue da criança, a tesoura seria usada pela mãe do bebê para cortar sua finíssima língua. Relata que um dos seus um irmãos morreu por conta da “bruxa”. De acordo com Iracema:

*“[...]ai mamãe suntou(ouviu) um negócio abrindo a palha em cima, mamãe não ligou não. Parece que tem alguma coisa abrindo, ela só viu quando o nenê deu um gemido, deu aquele gemido ai ela viu , um fio, uma linha, parece que botaram aquela linha em cima da criança e chupou o sangue dele todinho pela aquela linha, foi a bruxa que chupou o sangue dele todinho e dai ele morreu, o segundo filho dela”.* (IRACEMA)

Geralmente, após o parto, a mulher tomava banho. Nas falas das entrevistas, houve pequenas variações sobre o banho. Araci relatou que usava água morna com ou sem sal e pedra hume<sup>2</sup>. Yara informou que dava banho com chá de arruda (erva medicinal) apenas da cintura pra baixo e Ceci usava apenas o banho de água quente, massagem e em seguida passava uma cinta de tecido na barriga da puérpera para apertá-la. O objetivo dessa cinta (de tecido de algodão) era favorecer a involução uterina mais

<sup>2</sup> -Pedra Hume, nome vulgar do Alumen de Potássio. É uma substancia adstringente e por isso tende a contrair a mucosa

rapidamente e deixar o abdome da mulher mais firme. Vale ressaltar que todas as parteiras mencionaram não tracionar o cordão para retirar a placenta. Entretanto, na fala de Anauá a seguir é possível identificar a prática utilizada quando a placenta demorava desprender-se:

*“[...]Só as vezes quando fica o resto, a placenta fica pra trás agarrado ai tem que fazer simpatia pra poder tirar. A vez da três caroço de feijão pra pessoas engolir e soprar na garrafa pra pode a descer a placenta”.*

Outro ponto que chama a atenção principalmente na fala de Araci, que é a inclusão de um novo elemento, a pedra hume, em suas práticas, bem como o uso de óleo rícino citado por todas como laxantes. Fica claro que a forma de cuidar variou de parteira para parteira num mesmo tempo e em espaços distintos, como variações de um mesmo tema. De acordo com Ceci, Iracema e Anauá no terceiro dia após o parto, a puérpera tomava banho e bebia o chá de bete e quitoco (ambas ervas medicinais utilizadas apenas no pós parto) para ajudar no processo de limpeza e involução uterina.

*“Três dias depois do parto era banho de quitoco e bete , mato cheiro do brejo, esse dai cozinava pra dar o banho de escarrego na mulher. Então tudo isso era do resguardo da mulher da gente”(IRACEMA)*

*“É tem os dois remédio o quitoco e bete. Depois de três dias que ganha dava o banho e dava e o purgante. Dá o banho e o chá pra beber e da esfrição depois também na barriga de cima pra baixo e de baixo pra cima. Tem uma cinta pra apertar pro útero da mulher fica numa posição só” (ANAUÁ).*

A puérpera ficava restrita ao leito de três dias a cinco dias. Durante principalmente o puerpério imediato não poderia fazer nenhum esforço físico e nem pegar peso. De acordo com as falas a seguir:

*“Depois de cinco dias dava o purgante de óleo de rício(rícino) com chá de rosa branca pra limpeza do corpo da mulher. “(CECI)*

Informou Iracema que quando completava o sétimo dia de nascimento da criança a mãe/bebê ficavam recluso no quarto e este era fechado porque não podia entrar corrente de ar nesse ambiente. Na mesma noite, a parteira dava uma defumação (descarrego) com incenso em todos os cantos da casa, roupas do bebe e novamente dava massagem na barriga da mulher. Vale ressaltar que a fumaça do incenso tinha a finalidade de purificar o ambiente, utensílios e proteção para o bebê dos males. Araci

também demonstrou muito cuidado com o bebê. Cita ainda, que a água era trazida do córrego numa vasilha exclusivamente para dar banho na criança, ou seja, não poderia ser utilizada em outras finalidades e o completar sete dias de nascido o bebê só pode ser visto pelas pessoas de sua própria casa. Concluiu que antigamente era assim, mas que atualmente não é mais dessa forma que ocorre.

Tabela 4: Cuidados com a mulher no puerpério

	ARACI	CECI	YARA	IRACEMA	ANAUÁ
Banho(ervas med)	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Banho( pedra hume)	Sim	Não	Não	Não	Não
Chá(bete/quitoco)	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Chá/garrafada(arruda)	Não	Não	Sim	Não	Não
Uso de cinta	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
Massagem	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Purgante (laxante)	Não	Sim	Não	Sim	Sim
Restrição alimento	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Restrição ao leito	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

### 5.5.2 Restrição alimentar

Após a vasta destruição das matas nativas pela ocupação de certas empresas nas terras Tupinikim para plantação da monocultura de eucalipto, atualmente não há mais a variedade de animais de caças e peixes que existia antigamente. Nas falas observou-se, que várias espécies de animais foram extintos, por exemplo, anta, porco do mato e cutia. Quero enfatizar que o impacto ambiental reduziu e a variedade de alimentos disponíveis para o consumo das famílias. Na fala de Ceci percebe-se o orgulho que ela sente de sua mãe parteira, caçadora, que trabalhava também na roça para alimentar seus filhos. Veja a fala a seguir:

*“Minha mãe salgava, ela salgava e botava no sol pra secar, é carne, caça, porco do mato ,peixe, tudo ela salgava e botava no sol e ficava sequinho amarelinha tudo, muita caça tinha, e tatu, paca, veado, aquele cutia. Sabe o que é cotia, né? Você não conheceram cotia. Minha mãe não dava viagem perdida não no mata. Tinha desde de nois criança minha mãe trabalhava na roça e nois fomo no mesmo costume ne, trabalhar na roça, Desde eu criança mesmo, eu acompanhava eles na roça, nos não tinha preguiça pra nada, nois botava peneira no*

*brejo pra pegar peixe , nos pescava de canoa lá no Guaxindiba(rio), nos pegava muito peixe”.*  
(CECI)

Considerando a imensa variedade de carnes e peixes que existia, as restrições alimentares eram diferentes do que ocorre atualmente. É importante dizer que hábitos alimentares mudaram não apenas nas cidades, mas também nas aldeias e consumo de certos tipos de alimentos tem contribuído para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis como: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e obesidade.

Um elemento importante definido conceito de cultura nos auxilia a entender como enxergamos (nós, povos Tupinikim) o nosso mundo, e de que forma existem também outras diferentes de ver o mundo.

De acordo com Laraia, Benedict, ( 2000,p.67 apud, Ruth Benedict,1972) afirma que a cultura é como a lente através da qual o homem vê o mundo. Em diferentes culturas, são usadas diversas lentes e por isso há visões descontraídas das coisas. Nessa perspectiva partir do momento que você vive no meio de um contexto cultural você passa a ver, perceber e sentir o seu mundo, ou seja, cosmovisão de forma semelhante dos demais sujeitos. Vale dizer que há símbolos próprios desse universo, nós indígenas identificamos por meio da natureza momentos importantes, como quando é tempo de plantar e colher, quando é tempo de pescar , de caçar e etc. Cabe dizer que os pajés recebem as revelações e sinais de que algo está para acontecer através de sonhos, eventos naturais, e sobrenaturais. Portanto falar da cosmologia dos povos indígenas não é algo simples, necessitaria antes de um tudo, de vasto conhecimento antropológico. Entretanto foi necessário fazer esse breve parêntese, para tornar talvez mais compreensível o que irei tratar posteriormente.

Percebe-se que a cultura Tupinikim tem uma série de simbologia e interpretações quanto à alimentação no período do pós- parto. A fase puerperal para as parteiras denomina-se “resguardo” que varia em média de trinta a quarenta dias. Sobretudo há algumas orientações e recomendações alimentares importantes que objetiva evitar futuros problemas de saúde na mulher e da criança. Identificou-se que todas as parteiras foram enfáticas e demonstraram enorme preocupação, para evitar o resguardo quebrado na comunidade. Durante o resguardo das próprias parteiras elas seguiam sistematicamente todas as recomendações e repassam esse costume porque acreditam nas consequências que poderão ocorrer se tais orientações forem descumpridas. Porém nota-se que, nos dias atuais, há uma grande diferença no

comportamento das mulheres no período puerperal se comparado com algumas décadas atrás, elas já não seguem mais as mesmas recomendações. Veja a fala de Ceci a seguir:

*“A mulher que ganhava lá ela dizia: cuidado, paciência não vai fazer nada pra quebrar o resguardo, recomendava muito” (CECI)*

Existem muitos exemplos sobre os males que poderiam acometer mãe/bebe. Abaixo seguem alguns exemplos de simbologia alimentar no resguardo Tupinikim.

*“[...]lagarto ela não podia comer porque a criança custava andar”(IRACEMA)*

*“A raia quando pega ela e bota dentro do bote, ela bota as tripa pra fora, então se a mulher comer ela fica assim”(CECI)*

*“[...]Caranguejo era só depois de 40 dias, os que tinha com puã igual, pro peito não ficar errado, ameixa só de 1 mês e pouco, porque a ameixa(marisco do mangue) tem menstruação e logo vinha a menstruação, não podia comer. A ostra podia comer e a ameixa não[...]”(IRACEMA)*

*“[...]só não pode comer batata doce, porque, por ela poca(racha), é ,ai faz mal, não pode comer ovo porque deixa a mulher catingosa[...]” (ARACI)*

O resguardo quebrado decorria de duas causas principais: da ingestão de alguns alimentos não indicados para o consumo e a realização de grande esforço físico no puerpério. No puerpério, a parteira e os demais familiares assumiam todas as atividades domésticas da parturiente que exigiam grandes esforços físicos, como por exemplo, pegar peso, varrer casa e etc.

Além disso, o resguardo quebrado implica na saúde da mulher e da criança e as sequelas no corpo da mulher serão sentidas em todas as fases da vida, mesmo depois de ter havido o tratamento. Veja as falas a seguir de Araci, Ceci, Yara sobre as causas e sintomas do resguardo quebrado:

*“Quebra o resguardo quando come ela uma coisa que não pode comer, e ela come,[...] não deve comer banana e chupar laranja em cima, se comer banana é só banana, se ela misturar quebra o resguardo.[...] Pegar peso quebra o resguardo porque as tripas por dentro tá tudo frouxa, então aquilo li fazer força desce tudo pro útero, ao invés dela ficar quieta no lugar ela quer sair pra fora pelo buraco que a criança saiu. Resguardo quebrado mata, mata na hora. (ARACI)*

*“Quebra o resguardo quando ela come comida que não pode comer[...] Mas hoje as mulher come tudo né?[...]hoje quase as mulheres não resguarda mais, ganha no hospital e*

*quando chega anda pra aqui pra ali e come de tudo, e tem muitas mulher que fica sofrendo. Diz que quem apronta de novo colhe de velho” (CECI)*

*“Durante o resguardo só podia comer pão, tomar café meio fraquinho, era muito diferente pra não quebrar o resguardo, se quebrasse o resguardo Deus me livre.[...] A pessoa incha e da desande de barriga(diarréia), passa mal mesmo, não pode comer nada carregado”. (YARA)*

A mulher no pós-parto imediato só podia comer sopa branca de galinha (pirão), ou seja, caldo de galinha com farinha de mandioca, com bastante pimenta do reino, temperado apenas com alho e sal. Segundo Iracema, os únicos pedaços da galinha que era permitido comer eram a coxa e o peito. Os demais pedaços eram consumidos pelos familiares e visitantes.

Ainda, hoje, essa comida é muito apreciada pela maioria das mulheres em resguardo. No momento das refeições para comer a sopa branca, todas as pessoas da casa e alguns visitantes participam e compartilham desse alimento e confraternizando o nascimento da criança. Percebe-se que o nascimento de uma criança é um ato social que favorece e fortalece os laços familiares na aldeia.

### **5.5.3 Resguardo quebrado/ tratamento**

Observa-se um consenso entre as parteiras sobre os sinais e sintomas de resguardo quebrado. Todas relataram: dor de barriga, diarreia, barriga inchada (flatulência). Entretanto, quanto ao tratamento houveram variações, pois umas citaram o uso de garrafadas feitas com cachaça e arruda, chá de picumã ( teia de aranha mais a fumaça da queima de madeiras que se forma em cima do fogão de lenha) e o purgante de óleo de rícino<sup>3</sup> com chá de rosa branca. Atualmente este óleo está em desuso.

*“Ah!, agora isso ai é duro, depois que ela quebrou o resguardo é uma caganeira, é a barriga inchada, e de vez enquanto no banheiro, não pode comer nada que barriga estica e incha, é uma luta, isso aí preciso tomar um purgante bom mesmo pra puxar, pra ela ficar boa, um purgante de óleo de rício(rícino), que agora mais ninguém fala mais em purgante”. (ARACI)*

*“[...] Diarreia, incha a barriga e não tem remédio que curasse, o que curou foi chá de picumã[.]”. (CECI)*

---

<sup>3</sup> Óleo de rícino- óleo é extraído das Sementes da mamona (Ricinus communis).

*“[...]dá um chá bem forte de arruda, ou alias, se ela toma um gole (cachaça), faz a garrafa da arruda com cachaça, soca a arruda bem socadinha e coloca na cachaça”. (YARA)*

Conclui-se que houve uma variação nas restrições alimentares durante o resguardo pelas parteiras. À medida que o bebê crescia, ia sendo liberados alguns tipos de alimentos para mãe comer. Principalmente para algumas espécies de caças, peixes, mariscos, frutas entre outros. Entre os peixes não recomendados para consumo no pós-parto foram citados os seguintes: tainha, cação, peruá, manjuba, crumatã, jundiá, raia, camurum entre outros. Quanto aos animais de caças citadas evitar são: veado, paca, tatu, catitu, quati, capivara e etc.

#### **5.5.4- Visão das parteiras sobre o parto hospital contemporaneidade**

Embora as parteiras não tenham tido seus filhos no âmbito hospitalar elas têm suas opiniões sobre o atendimento a parturiente nos hospitais. Compreendem que no hospital não há os mesmos cuidados da parteira. Observe na fala a seguir de Araci:

*“Lá as mulher fica aguentando aquela dor ate ganhar, porque eles não corta, eles não bota a mão, lá eles não dá esfrição, a gente aqui dá, tem óleo de almenda, a gente bota a mão na barriga e esfrega, esfrega na barriga, puxa pra baixo e lá eles não faz nada disso, isso fica direto lá, ate dá a dor pra criança nascer sofre[...]” (ARACI)*

Ceci relatou que fica admirada ao ver o comportamento atual das mulheres que tem seus filhos no hospital porque após recebem alta hospitalar e elas voltam para casa e não fazem o repouso. Compara ainda o presente com o passado e, afirma que a conduta era muito diferente, pois as mulheres, atualmente, não têm paciência para fazer repouso e desobedecendo os conselhos dos mais velhos. Relaciona que a desobediência pode levar a problemas de saúde futuramente, ou seja, resguardo quebrado. Não compreendem como a mulher cuida do seu corpo. Todas as parteiras não demonstraram nenhum ressentimento em não praticar mais os seus conhecimentos tradicionais. Entretanto, percebe-se que elas se sentem menos qualificadas perante os demais profissionais de saúde que trabalham na assistência ao parto. Acredita-se que talvez o avanço e o uso de novas tecnologias na assistência ao parto, sobretudo reforçado muitas vezes pela mídia, tenham-nas influenciado em pensar que suas condutas são menos válidas. Acredita-se que troca de saberes intergeracional é um caminho viável para possível mudança de paradigma. Contudo envolvê-las nas atividades desenvolvidas

pelas equipes de saúde, seja a oportunidade de desconstrução dessa ideia equivocada e fortalecimento dos saberes culturais na comunidade.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As parteiras Tupinikim são verdadeiras especialistas na arte de parter. Além dos saberes culturais, essas dispõem de muita força e determinação no sentido de fortalecer e encorajar as mulheres durante o parto.

O nascimento de uma criança é a oportunidade de unir as pessoas para celebrar a vida. O parto é uma experiência única que mexe o corpo e o coração da mãe bem como da parteira e da família. O corpo da mulher é um templo sagrado que merece ser cuidado com muita delicadeza e respeito. O parto é puramente fisiológico e natural, não necessitando de grandes intervenções. Nessa perspectiva, faz-se necessário uma reflexão sobre o modelo de assistência que é prestada as mulheres indígenas.

A atenção primária é um ponto crucial para o começo de aplicabilidade da PNASPI, oferecendo cuidado transcultural, mais integral. Nesse sentido, deve-se efetivar a complementaridade entre a medicina tradicional e a medicina ocidental a fim de promover melhor qualidade de vida nas aldeias.

Entretanto, protocolos e rotinas nos atendimentos à gestante são impostos na assistência de qualidade do enfermeiro. O processo de enfermagem é parte obrigatória na construção de um cuidado mais humanizado e holístico. A enfermagem transcultural é uma das teorias que deve fundamentar as ações do enfermeiro e orientar os protocolos e rotinas. Cabe, assim, ao enfermeiro reconhecer que os saberes e as práticas das parteiras Tupinikim são parte do seu processo de trabalho a fim de prestar um cuidado transcultural. Reconhecer a importância dos saberes e praticas das parteiras Tupinikim e formar parceiras com elas para fomentar as práticas culturais e propor mudanças no modelo nacional de atenção saúde da mulher indígena. Contudo a construção desse novo paradigma requer a participação efetiva das lideranças indígenas, das comunidades , gestores da saúde indígena, profissionais de saúde e das parteiras.

## **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS**

BARCELLOS, G.H. Mulheres indígenas e a agroindústria Aracruz Celulose. São Paulo: Contexto, 2011 Disponível em:

<<http://www.fcc.org.br/conteudos/especiais/serieJusticaDesenvolvimento/livros/terraTeritorio.pdf>>, Acesso: em 10dez.2013.

BANDEIRA, L. Gravidez e Parto: desafios e conquistas- Brasília: Mundo Melhor. 2002

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual prático para a implementação da Rede Cegonha. Brasília, 2011

BARROSO, I.C. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP, Nº 2. Dez. 2009.

BARUFFI, L.M. O cuidado cultural à mulher durante a gestação: uma contribuição para a humanização. Dissertação de mestrado, apresentado na Escola de Enfermagem da Universidade federal do Rio Grande do Sul (UFRGS),Porto Alegre, 2004.

BERENSTEIN, E- A Inteligência Hormonal da Mulher- Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

COROAIA, M.E. Reflexões sobre as práticas Kaingang de cuidados com a gestação, parto e pós-parto e suas interfaces com o sistema oficial de saúde. Dissertação de mestrado - Universidade de Brasília, Centro de Desenvolvimento Sustentável, 2013.

COTA, M.G. Os Tupinikim e a questão da luta pela terra. Programa de Pós-Graduação em História- Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), DIMENSÕES 85. Vol. 21 – 2008.

CRESWELL, J. W. Projeto de pesquisa método qualitativo, método quantitativo e misto. 3ª edição, Porto Alegre: Artmed, 2010.

ENKIN, M. ET AL. Guia para a atenção efetiva na gravidez e no parto - terceira edição Editora GUANABARA KOOGAN, Rio de Janeiro 2005

FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO (FUNAI). Relatório de reestudo da identificação e delimitação das terras indígenas Caieiras Velhas e Pau Brasil, constituindo terra indígena Tupiniquim (Processo 08620. 1497/96). 1996

FERREIRA, L.O. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre a gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública. Tese de doutorado, UFSC, 2012.

GIL, L.P.; PATRÍCIO, M.; BRANDÃO, E.C.; YAWANAWÁ, L.L - Instituto de Pesquisa e Documentação Etnográfica - Olhar Etnográfico. PROJETO: “Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul

do Amazonas”. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1626.pdf>> acesso em 25 nov,2014.

GUIMARAES, S. Oguatá Porã: experiências de um grupo guarani-mbyá no mundo. Monografia de graduação em ciências Sociais, UnB: Departamento de Antropologia, Brasília, 1998.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA)

Disponível em:<<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/tupiniquim>>, Acesso: em 29 nov,2013.

LANGDON, E.J. Saúde e Povos Indígenas: Os desafios na virada do século; Disponível em: < <http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/Margsav.htm>>, Acesso: em 13 nov 2013.

LARAIA, R.B. Cultura: um conceito antropológico-14 ed. Ed.Jorge Zahar. Rio de Janeiro, 2000.

LOPES M J M.; MEYERD E.; WALDOW V R- Gênero e Saúde Porto-Artes Médica Alegre, 1996.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p.

MINAYO, M. C.(org); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 29 ed-Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciênc. saúde coletiva vol.10 no.3 Rio de Janeiro July/Sept. 2005 -Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf> Acesso em 11 nov,2013.

PACHECO, E. O Povo Condenado. Rio de Janeiro: Artenova/FIDENE, 1977.

PALHETA, R.P.; COSTA, R. J.; SANTOS, S. A. A.; ALMEIDA,D.S. Para além do direito à saúde: diversidade cultural e a questão indígena no processo de internação hospitalar da Fundação Hospital Adriano Jorge Revista de Ciências Humanas e Sociais da FSDB – Ano IV, VOLUME VIII– JULHO– DEZEMBRO 2008.

SILVA, G. T. R.; ALBUQUERQUE, R. S. Enfermagem Obstétrica: abordagem do cuidado à gestante, parturiente e puérpera: reflexões sobre relevantes temas- São Paulo: Martinari, 2006.

TIMBY, B. K. Conceitos e Habilidades fundamentais no atendimento de Enfermagem. 8ª edição, Porto alegre: Artmed, 2007.

TORNQUIST, C.S. Parto e Poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Florianópolis (SC) PPGAS/UFSC; 2004.

VIEIRA, E.M. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

