

**Christine Ranier Gusman**

**PARTEIRAS INDÍGENAS E OS OBJETOS DO PARTEJAR:  
APROPRIAÇÃO, USOS, SENTIDOS E SIGNIFICADOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo para obtenção do Título de Doutor  
em Ciências.

São Paulo

2017

**Christine Ranier Gusman**

**PARTEIRAS INDÍGENAS E OS OBJETOS DO PARTEJAR:  
APROPRIAÇÃO, USOS, SENTIDOS E SIGNIFICADOS**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do Título de Doutor em Ciências.

**Orientadora:**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Wilza Vieira Villela

**Coorientador:**

Prof. Dr. Douglas Antonio Rodrigues

São Paulo

2017

Gusman, Christine Ranier

**Parterias indígenas e os objetos do partejar:** apropriação, usos, sentidos e significados. / Christine Ranier Gusman. – São Paulo, 2017.

ix, 83f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Indigenous partners and subjects of midwifery practice: appropriation, uses, senses and meanings.

1. Saúde de populações indígenas. 2. Parteira leiga. 3. Parto domiciliar. 4. Saúde da mulher. 5. Política de saúde.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosemarie Andreazza

Coordenador do Curso de Pós Graduação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Zila Van Der Meer Sanchez

**CHRISTINE RANIER GUSMAN**

**PARTEIRAS INDÍGENAS E OS OBJETOS DO PARTEJAR:  
APROPRIAÇÃO, USOS, SENTIDOS E SIGNIFICADOS**

Presidente da banca:

Prof. Dr.<sup>a</sup> Wilza Vieira Villela

Banca examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tania Di Giacomo do Lago

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Medeiros de Castro

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lavínia Santos de Souza Oliveira

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth Martha Arilha Silva

## Dedicatória

*“E a humildade está nisso: saber, não com a cabeça mas com o coração, que é possível que o outro veja mundos que nós não vemos...E isso é muito difícil: reconhecer que não somos o umbigo do mundo! Para se ouvir de verdade, isso é, para nos colocarmos dentro do mundo do outro, é preciso colocar entre parêntesis, ainda que provisoriamente as nossas opiniões. O ato de ouvir exige humildade de quem ouve”.*

Rubem Alves

*Para as mulheres Krahô, almas deste estudo.*

## Agradecimentos

*“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”*

Antoine de Saint Exupéry

Ao *Marcio* e nossos três amores, *Lívia, Armando e Francisco*, por terem, cada um à sua maneira, abdicado temporariamente de suas prioridades e seus projetos para viabilizar esta tese, por compreenderem as ausências impostas pelo trabalho de campo e pelo amor que me amparou durante essa trajetória. Amo vocês.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> *Wilza Vieira Villela*, minha orientadora, pela forma como acolheu e conduziu minhas limitações e potencialidades, pela paciência infinita com minha ansiedade, meus advérbios e conectivos, por ter acreditado nesse trabalho. Sou outra pessoa depois de você. Gratidão.

Ao Prof. Dr. *Douglas Antonio Rodrigues*, meu coorientador, guia fundamental durante todo trabalho de campo e os primeiros contatos com o povo Krahô. Suas palavras de incentivo chegavam sempre em momentos oportunos e fortaleceram minha caminhada. Muito obrigada.

À querida amiga *Daphne Rattner*. Mesmo a vida tendo nos proporcionado encontros tão rápidos e passageiros deixou marcas e redirecionamentos profundos na minha trajetória profissional, e essa tese é a materialização deste fato. Serei sempre grata pela sorte em tê-la no meu caminho e por poder me amparar na sua luta para fortalecer as mulheres tocantinenses.

À minha mãe, *Solange Ranier*, pela doação incondicional e irrestrita de amor, tempo, abrigo, colo, chamego e da melhor comidinha do mundo. Mulher linda e forte, esteio da vida, o que seria de mim sem você? Amo até o infinito e além!

À doce e amada tia *Elizabeth Ranier Martins do Valle*. Você sempre será minha principal referência, meu espelho, minha inspiração. Seu legado profissional é belíssimo. Mesmo que um dia, por motivo de força maior, você não saiba mais quem eu sou, eu saberei sempre quem você é.

Aos queridos irmãos Ranier Gusman: *Giulian, Tom e Audrey*. Foi delicioso poder conviver de novo com vocês, seus filhotes e cônjuges durante uma fase desse trabalho.

Vocês renovaram minhas energias: virei madrinha de novo, ganhei uma sobrinha linda de presente, comemoramos conquistas. Como é bom ter irmãos! Obrigada por serem meus! Amor que não se mede!

Ao primo-irmão *Eduardo Ranier Martins do Valle*. Seu apoio foi fundamental a essa tese, sua companhia e seu jeito de ser continuarão a ser fundamentais na minha vida. *Ãããhnnn...tapas!*

A todas as *“Pragaiadas Ranier”* e à nova geração de praguinhas! Pelos momentos inesquecíveis para recordar pela vida! Em especial à *Juliana Ranier...infinity love!*

Aos amigos *Daniela Rosante* e *Paulo Batista*, ou tia Dani e tio Nesk, e seus pequenos *Valentim* e *Maria*. Pela amizade e apoio na caminhada do trabalho, especialmente pela parceria na criação de nossos filhos, compartilhando caronas, birras, dever de casa, amor e valores. Vocês sempre serão necessários na nossa vida. Gratidão!

À amiga *Nathália Zorzi*, por ter me acolhido de forma tão carinhosa durante o trabalho de campo. Espero poder retribuir tamanha generosidade. Obrigada querida!

À *G.*, o principal apoio do trabalho de campo. As aventuras na motocicleta, suas histórias, visão de mundo e seu respeito pelo povo Krahô enriqueceram o trabalho e estarão comigo sempre. Sem você seria tudo muito difícil. Obrigada por me amparar.

Sem a liberação das minhas atividades profissionais na Universidade Federal do Tocantins não teria conseguido dedicar tempo, energia e emoção a esse trabalho. Agradeço ao Colegiado do Curso de Enfermagem, em especial aos professores da área de saúde da mulher *Tiago Barreto*, *Danielle Rosa* e *Mayane Vilela*, que supriram minha ausência durante o afastamento e que, após meu retorno, compreenderam meus momentos mais reclusos.

Agradeço à *Sandra Fagundes*, secretária do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de São Paulo, pelas informações rápidas, certas e eficientes, facilitando o andamento dos trâmites internos.

## Resumo

Esta tese é o resultado de um estudo que pretendeu colocar em análise as estratégias do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e suas repercussões para um grupo de mulheres Krahô. A entrega do kit da parteira é um ícone do programa, uma presunção de que uma nova prática alinhada ao saber hegemônico terá início a partir de então. Nesse sentido, o estudo buscou analisar como as mulheres Krahô compreendem sua participação no programa e se apropriam e ressignificam os objetos do kit da parteira no contexto do parto domiciliar. A tese está estruturada em formato de quatro artigos, cada qual representando momentos distintos do estudo. Os dois primeiros são anteriores ao trabalho de campo e frutos de questionamentos vivenciados tanto na etapa de desenvolvimento do programa de parteiras quanto no percurso para aprovação nos comitês de ética. Os dois últimos são provenientes do trabalho de campo e contaram com a antropologia e o método etnográfico como suportes principais. Os trâmites para aprovação ética do estudo mostraram-se tortuosos e excessivamente burocráticos, a experiência indicou que é nos processos singulares e subjetivos que as posturas éticas ou não éticas podem ser experimentadas, a despeito do que possa estar registrado em formulários. Os resultados apontam um descompasso entre o discurso e a prática de valorização do saber tradicional e um nítido viés etnocentrado do programa ao ofertar instrumentos fora da lógica de cuidado das mulheres e pressupor um impacto nos indicadores de saúde a partir da aquisição do saber hegemônico. Os objetos foram apropriados e ressignificados no cotidiano das aldeias, mas não encontraram um lugar claro no contexto do parto domiciliar. Traços de violência simbólica emergiram e a categorização das mulheres Krahô como “parteiras” trouxe impactos e prejuízos na relação social de algumas mulheres. Sugere-se o resgate da dimensão intercultural na formulação e execução de políticas públicas direcionadas a esse público como um caminho profícuo, sob pena de se engendrar num ciclo alienado e alienante, desperdiçando recursos e adiando discussões importantes como o fortalecimento da rede de atenção à saúde no entorno das mulheres indígenas.

**Palavras-chave:** Saúde de Populações Indígenas; Parteira Leiga; Parto Domiciliar; Saúde da Mulher; Política de Saúde.

## Abstract

This thesis is the result of a study that sought to analyze the strategies of the Working with Traditional Midwives Program and its repercussions on a group of Krahô women. Midwife kit delivery is an icon of the program, a presumption that a new practice aligned with hegemonic knowledge will begin there after. Thus, the study sought to analyze how Krahô women view their participation in the program and take ownership of and resignify midwife kit objects in the home birth context. The thesis is structured in four papers, each representing different moments of the study. The first two occurred prior to fieldwork and result from issues raised during the development stage of the midwifery program and throughout the process of approval by ethics committees. The last two stem from fieldwork and were mainly supported by anthropology and the ethnographic method. The procedures for the ethical approval of the study were tortuous and overly bureaucratic. Experience has indicated that ethical or unethical stances can be experienced in the singular and subjective processes, regardless of what may be recorded in forms. Results point to a mismatch between the discourse and the practice of recognizing traditional knowledge and a clear ethnocentric bias of the program when offering tools outside the rationale of women care and assuming an impact on health indicators from the acquisition of hegemonic knowledge. The objects were appropriated and resignified in the daily life of villages, but they failed to find a clear place in the context of home birth. Symbolic violence traits emerged and the categorization of Krahô women as "midwives" brought impacts and losses in the social relationship of some women. We suggest reviving the intercultural realm in the formulation and implementation of public policies directed to this public as a profitable pathway, under penalty of engendering an alienated and alienating cycle, wasting resources and delaying important discussions such as the strengthening of the health care network around indigenous women.

**Keywords:** Health of Indigenous Peoples; Midwives Practical; Home Childbirth; Women's Health; Health Policy.

## Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Resumo.....	viii
Abstract.....	ix
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PRIMEIRO ARTIGO.....</b>	<b>4</b>
2.1 Referência/Periódico.....	4
2.2 Situação.....	4
2.3 Texto.....	5
<b>3. SEGUNDO ARTIGO.....</b>	<b>19</b>
3.1 Referência/Periódico.....	19
3.2 Situação.....	19
3.3 Texto.....	20
<b>4. TERCEIRO ARTIGO.....</b>	<b>41</b>
4.1 Referência/Periódico.....	41
4.2 Situação.....	41
4.3 Texto.....	42
<b>5. QUARTO ARTIGO.....</b>	<b>62</b>
5.1 Referência/Periódico.....	62
5.2 Situação.....	62
5.3 Texto.....	63
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>80</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>82</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento desta tese tem como marco significativo o contato e a experiência vivida com mulheres indígenas tomadas como parteiras tradicionais durante a execução do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) no Tocantins. O PTPT é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) que tem entre seus objetivos reconhecer, valorizar e resgatar o trabalho das parteiras tradicionais, articulando o parto domiciliar ao Sistema Único de Saúde (SUS) e melhorando os desfechos perinatais nesse contexto<sup>1</sup>.

Participar do processo decisório das etapas do programa e presenciar seu desenvolvimento levou a incessantes movimentos reflexivos que tiveram origem na peculiaridade étnica da maioria daquelas que foram categorizadas como “parteiras”. Das 41 mulheres que participaram do curso, 39 declararam-se indígenas. A intuição de que havia um hiato entre as estratégias eleitas e o alcance dos objetivos ganhava contornos nítidos conforme avançava o contato com as mulheres, gestores e profissionais. Faltava convicção na hipótese daquelas ações melhorarem os desfechos dos partos domiciliares, não somente porque a rede de apoio às mulheres se mostrava frágil, mas porque o foco maior da ação estava na modificação de sua prática e na adoção de instrumentos fora da sua lógica de saber.

Pareceu uma atitude antagônica adotar o discurso de valorização e reconhecimento do trabalho da parteira somente após submetê-la a um curso teórico-prático e lhe entregar instrumentos pouco familiares. O estudo partiu do pressuposto de que essa contradição entre discurso e prática seria um entrave para o alcance de alguns objetivos do PTPT.

Parte dessa situação pode ser explicada pela forma como se deu a consolidação da obstetrícia como campo disciplinar, inscrita no modelo biomédico e cientificista, numa lógica que vinculava tradições e ritos à ignorância e à desqualificação profissional<sup>3,4</sup>.

O fato é que a entrada do homem no contexto do parto e a apropriação e exploração desse campo de conhecimento pela medicina redefiniu não só a forma de cuidar e manejar a gestação e o parto, mas também o espaço e o lugar das parteiras e

das parturientes. São símbolos dessa transformação de valores e condutas os instrumentos que passaram a fazer parte da assistência ao parto a partir do século XVIII; inacessíveis às parteiras tornaram-se símbolo da supremacia médica. Com o ingresso dos médicos cada vez maior nos casos complicados e patológicos que parteiras já não logravam êxito, um arsenal cirúrgico, que incluía pinças, tesouras, ganchos entre outros, tornou-se aliado das manobras obstétricas e levou a uma prática progressivamente intervencionista<sup>3,4</sup>.

Paradoxalmente, o crescente interesse sobre o corpo feminino coloca a mulher no centro das práticas médicas, entretanto numa situação de objeto de estudo e sujeição às normatizações que começam a se estabelecer. Martins<sup>3</sup> coloca que à medida que os conhecimentos e práticas médicas começam a ser reconhecidos e respeitados, aumenta a produção de manuais e tratados, fruto dos valores e das experiências médicas, sobretudo em relação aos casos complicados, estabelecendo paulatinamente a concepção do parto como algo problemático, arriscado e patológico. Alguns manuais eram destinados às parteiras alfabetizadas, com o intuito de transformá-las em divulgadoras do saber médico, e anos mais adiante, de controlar e supervisionar suas práticas<sup>3</sup>.

Não está em questão a inegável contribuição que os avanços médicos trouxeram, principalmente no campo cirúrgico, ao resgate de vidas; o que se espera ao recorrer a processos históricos é compreender como se deu o deslocamento de mulheres e parteiras para a margem dessa nova disciplina. No caso de mulheres indígenas, pelo histórico brasileiro com esses povos, podemos ampliar esse deslocamento para a margem da sociedade.

Assim, é compreensível que o acesso aos instrumentos do kit da parteira possa representar, aos idealizadores da proposta, melhoria na qualidade da assistência. Nesse sentido, conhecer quais seriam os desdobramentos ou impactos do PTPT no cotidiano e na prática de mulheres indígenas surgiu como uma possibilidade de compreender se a melhoria das condições do parto domiciliar se localizava no campo simbólico ou concreto. Esse foi o objetivo central do trabalho. Seguir a trilha dos objetos na aldeia e observar como estava ocorrendo essa apropriação no cotidiano das mulheres foi o caminho inicial escolhido para explorar as inquietações. Isso permitiria

ainda analisar o tipo de apoio material recebido do serviço de saúde, já que alguns itens do kit se desgastam ou terminam. Além disso, para se chegar aos objetos, antes seria preciso chegar às mulheres e suas impressões e leituras do PTPT, abrindo possibilidades de explorar o alcance do objetivo do programa que trata do reconhecimento, valorização e resgate do trabalho da parteira, no contexto da população estudada.

A tese se estrutura a partir de quatro artigos, dois já publicados, um no prelo e outro em processo de avaliação. O percurso metodológico dos artigos seguiu caminhos distintos, sendo os dois primeiros frutos de experiências pré-campo. Nos demais se optou pela metodologia qualitativa amparando-se na antropologia social e suas ferramentas etnográficas.

O primeiro artigo retrata a trajetória do PTPT no Tocantins e caracteriza a população alvo do programa no estado. Discute as inquietações iniciais frente ao diagnóstico da situação do parto domiciliar no estado e os desafios para a inclusão de parteiras tradicionais no SUS.

O trâmite burocrático para aprovar a pesquisa nas instâncias competentes e responsáveis pelas questões éticas culminou na publicação do segundo artigo. Trata-se de um relato de experiência que problematiza a pesquisa com povos indígenas e a burocratização da ética, debatendo algumas implicações práticas para os envolvidos nas pesquisas sociais.

O terceiro e quarto artigos são produtos da experiência vivida em campo e abordam as questões mais centrais da tese como o impacto do PTPT nas relações sociais da aldeia, as expectativas e frustrações relatadas pelas mulheres e seus parentes, a apropriação e o uso dos objetos do kit da parteira e outros matizes dos discursos e ações do programa no cotidiano das mulheres.

Os artigos estão apresentados por ordem de publicação/submissão.

## **2. PRIMEIRO ARTIGO**

### **2.1 Referência/Periódico**

Gusman CR, Viana APAL, Barbosa MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. Rev Panam Salud Publica 2015; 37 (4-5): 365-370. / Revista Panamericana de Salud Publica

### **2.2 Situação**

Publicado

## 2.3 Texto

### INCLUSÃO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL: REFLEXÃO SOBRE DESAFIOS

### INCLUSION OF TRADITIONAL BIRTH ATTENDANTS IN THE PUBLIC HEALTH CARE SYSTEM IN BRAZIL: REFLECTING ON CHALLENGES

Christine Ranier Gusman<sup>I</sup>; Ana Paula de Andrade Lima Viana<sup>II</sup>; Margarida Araújo Barbosa Miranda<sup>III</sup>; Mayane Vilela Pedrosa<sup>III</sup>; Wilza Vieira Villela<sup>IV</sup>

<sup>I</sup>Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT), Curso de Enfermagem, Palmas (TO), Brasil.

<sup>II</sup>Grupo Curumim, Recife (PE), Brasil

<sup>III</sup>Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins, Área Técnica de Saúde da Mulher, Palmas (TO), Brasil

<sup>IV</sup>Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo (SP), Brasil

## RESUMO

O presente artigo apresenta uma experiência de trabalho com parteiras tradicionais realizada no estado do Tocantins, Brasil, entre 2010 e 2014, no âmbito do Projeto Diagnóstico da Situação do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de Parteiras Tradicionais, vinculado ao Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), do Ministério da Saúde. O projeto objetivou uma articulação entre o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais e os sistemas locais de saúde. No estado, identificaram-se 67 parteiras atuantes. Durante oficinas de capacitação, 41 parteiras tradicionais, dentre as quais 39 indígenas, discutiram suas realidades, dificuldades e soluções frente a um cotidiano com muitas adversidades. Essas parteiras foram ainda capacitadas no uso de instrumentos biomédicos e na condução da reanimação neonatal. A partir dessas experiências, surgiu o questionamento sobre a real efetividade da estratégia para incluir as parteiras tradicionais no SUS. O presente artigo discute esse tema com apoio na literatura pertinente. A carência de estudos sistemáticos acerca do impacto das ações do PTPT no cotidiano das parteiras, incluindo os desfechos perinatais e o remodelamento das práticas de saúde em populações rurais, ribeirinhas, quilombolas, de floresta e indígenas, implica lacunas importantes no que diz respeito à efetividade desse tipo de iniciativa.

**Palavras-chave:** Saúde de Mulher; Parteira Leiga; Parto Domiciliar; Políticas Públicas; Sistema de Saúde; Brasil.

## ABSTRACT

The present article describes an experience with traditional birth attendants carried out in the state of Tocantins, Brazil, between 2010 and 2014. The experience was part of a diagnostic project to survey home deliveries in the state of Tocantins and set up a registry of traditional birth attendants for the Health Ministry's Working with Traditional Birth Attendants Program (PTPT). The project aimed to articulate the home deliveries performed by traditional birth attendants to the local health care systems (SUS). Sixty-seven active traditional birth attendants

were identified in the state of Tocantins, and 41 (39 indigenous) participated in workshops. During these workshops, they discussed their realities, difficulties, and solutions in the context of daily adversities. Birth attendants were also trained in the use of biomedical tools and neonatal resuscitation. Based on these experiences, the question came up regarding the true effectiveness of the strategy to include traditional birth attendants in the SUS. The present article discusses this theme with support from the relevant literature. The dearth of systematic studies focusing on the impact of PTPT actions on the routine of traditional birth attendants, including perinatal outcomes and remodeling of health practices in rural, riverfront, former slave, forest, and indigenous communities, translates into a major gap in terms of the knowledge regarding the effectiveness of such initiatives.

**Key words:** Women's health; midwives, practical; home childbirth; public policies; health systems; Brazil.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a articulação entre o saber da parteira tradicional e o saber biomédico foi uma das estratégias adotadas no esforço de reduzir a mortalidade materna para ao menos um terço dos valores de 1990, conforme compromisso assumido no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio<sup>1</sup> e do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, de 2004<sup>2</sup>. Essa articulação foi possível pela ampliação do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT), iniciado no ano 2000.

O Ministério da Saúde brasileiro define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais. A proposta do PTPT se baseia no argumento de que, diante da diversidade cultural, geográfica e socioeconômica do país, é necessário adotar diferentes formas de atenção à gestação, ao parto e ao recém-nascido<sup>2</sup>, dentre as quais o parto domiciliar atendido por parteira qualificada.

O PTPT prevê que as secretarias estaduais e municipais de saúde articulem o trabalho das parteiras com os serviços de saúde locais, principalmente com as equipes de saúde da família, importante estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS). São esperadas das secretarias estaduais e municipais de saúde ações como levantamento da situação do parto domiciliar na região, cadastramento das parteiras atuantes, capacitação das parteiras e distribuição do *kit* da parteira (bolsa de *nylon* contendo materiais básicos para a realização do parto domiciliar) e sensibilização de profissionais de saúde para a importância do trabalho da parteira.

O estado do Tocantins, onde parte considerável das notificações de partos domiciliares ocorre em municípios que abrigam aldeias indígenas, aderiu ao PTPT por meio do Projeto Diagnóstico da Situação do Parto Domiciliar no Tocantins e Cadastramento de Parteiras Tradicionais, executado pela Área Técnica de Saúde da Mulher e da Criança da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins (SES-TO). O Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-TO), a Universidade Federal do Tocantins (UFT) e o Grupo Curumim (uma organização não governamental feminista que desenvolve projetos de fortalecimento da cidadania e é parceira do Ministério da Saúde em diversos estados) respaldaram a execução do Projeto Diagnóstico.

Os objetivos do Projeto Diagnóstico foram a promoção e o fortalecimento da articulação entre o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais e os sistemas locais de saúde. Das 67 parteiras atuantes identificadas no estado de Tocantins, 41 (39 indígenas) participaram das oficinas de capacitação, oferecidas em três ocasiões diferentes, entre setembro de 2013 e setembro de 2014. Cada oficina teve duração de 40 horas e em torno de 14 parteiras por turma. Nessa ocasião, as parteiras discutiram suas realidades, dificuldades e soluções frente a um cotidiano com muitas adversidades e foram capacitadas no uso de instrumentos biomédicos e na condução da reanimação neonatal.

A partir desse treinamento, uma das inquietações surgidas no desenvolvimento do PTPT no Tocantins foi determinar se esse tipo de ação educativa, juntamente com a distribuição de kits, promove de fato a inclusão de parteiras tradicionais e mulheres no SUS. Essa inquietação é o foco do presente artigo, cuja reflexão, baseada em dados secundários extraídos da ficha cadastral das parteiras na SES-TO, mostra que algumas dificuldades de ordem epistemológica podem causar problemas operacionais ou limitar o alcance dos objetivos do PTPT.

## **IMPLANTAÇÃO DO PTPT NO ESTADO DE TOCANTINS**

As etapas do PTPT no Tocantins incluíram o levantamento prévio dos municípios com maior incidência de parto domiciliar, visitas aos territórios indígenas e às áreas rurais e urbanas desses municípios para localizar e cadastrar as parteiras atuantes, oficinas com profissionais de saúde e gestores municipais para sensibilização da

temática e pactuações e oficina de capacitação de parteiras. A ficha utilizada para cadastrar as parteiras atuantes continha perguntas referentes à identificação, às condições socioeconômicas e ao trabalho de parteira. Foi ainda realizado um intercâmbio entre a SES-TO e uma Associação de Parteiras de outro estado para discutir estratégias de cadastramento e monitoramento do parto domiciliar.

Considerando que a média de partos domiciliares no Tocantins oscila em torno de 1,0%, foram selecionados para inclusão no PTPT municípios cujo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) apontou um mínimo de 5%, constante ou crescente, de partos domiciliares de 2007 a 2009<sup>3</sup>. Assim, em 2011, foram selecionados 15 municípios e, ao longo do ano seguinte, foram localizadas 67 parteiras atuantes. Dentre essas, 52 declararam-se indígenas. Embora esteja previsto que todas participem das oficinas de capacitação, até o momento participaram 39 parteiras indígenas, 2 parteiras não indígenas e 13 profissionais de saúde. Novas oficinas estão previstas para 2015. A partir daí, espera-se que as oficinas ocorram de modo contínuo; há uma expectativa de que outras parteiras sejam localizadas após o PTPT.

Cada oficina teve duração de 40 horas (5 dias). As parteiras vieram de sua cidade/território de origem e ficaram hospedadas no hotel onde aconteceu o evento, na cidade de Palmas (TO), junto com os profissionais de saúde da sua região. Durante a oficina, conduzida por um membro do Grupo Curumim, foram abordados temas relacionados a gestação, parto e puerpério, a partir das vivências, dificuldades, dúvidas e tecnologias trazidas por elas. Priorizou-se, assim, o compartilhamento de saberes e a instrumentalização das parteiras no uso de objetos e tecnologias biomédicas para apoiar seu trabalho. As parteiras receberam o livro da parteira e o *kit* de materiais básicos para o atendimento ao parto. Foi promovido um treinamento em reanimação neonatal por um pediatra autorizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Dois encontros para sensibilizar gestores municipais também foram realizados (em setembro de 2013 e setembro de 2014) na capital do estado, porém houve pouca adesão, o que dificultou pactuações posteriores para apoiar as atividades das parteiras. A oficina direcionada apenas a profissionais de saúde, ocorrida em agosto de 2013, contou com maior participação. Entretanto, a grande rotatividade de profissionais de saúde nos municípios (em função de vínculos temporários, por vezes precários, de

trabalho, ou de dificuldades de adaptação no interior do estado) foi apontada como um limite para a continuidade das ações propostas.

Os recursos financeiros para a execução do PTPT foram provenientes do Ministério da Saúde, através de um convênio com a SES-TO, que ofereceu contrapartidas. Para que as ações iniciadas tenham continuidade, a SES-TO pretende incluí-las em planejamento orçamentário futuro, uma vez que o convênio está sendo finalizado.

### **É POSSÍVEL A INCLUSÃO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO SUS?**

O evento do parto e do nascimento carrega infinitos significados, crenças e práticas peculiares a cada tempo/espço. A obstetrícia moderna tende a considerar as formas não medicalizadas de assistência ao parto como práticas a serem superadas, apesar do respeito às tecnologias trazidas pelas parteiras. Aparentemente, pretende-se essa superação com a intervenção nas práticas tradicionais de partejar e com a entrega do *kit* da parteira, supondo ser possível articular ao SUS, a partir desses procedimentos, o parto e o nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais.

Na experiência do Tocantins, pouco envolvimento de gestores, dificuldades de transporte e comunicação provenientes do isolamento geográfico, fragilidade na logística de reposição do material do *kit* e alta rotatividade de profissionais de saúde são entraves para a efetivação das ações que visam à inclusão de parteiras ao SUS.

O documento Parto e Nascimento Domiciliar Assistidos por Parteiras Tradicionais<sup>2</sup> reconhece que a maioria dos gestores e profissionais de saúde não incorporou a questão do parto domiciliar assistido por parteira tradicional como uma responsabilidade do SUS e indica a necessidade de discutir a questão nas instâncias formais de pactuação e de controle social, e de realizar essa discussão em diversas instâncias deliberativas. Segundo o documento, uma série de problemas entravam a efetivação do direito à saúde e a valorização e resgate das práticas e saberes tradicionais. Parece, portanto, insuficiente o mesmo documento apontar as ações educativas como estratégia principal para a inclusão das parteiras tradicionais e do parto domiciliar no SUS, sem criar mecanismos e garantir recursos (financeiros, materiais) para ações destinadas a superar tais entraves.

Os encontros propostos pelo PTPT, incluindo os que ocorreram no Tocantins, são pautados na metodologia da problematização idealizada pelo educador Paulo Freire<sup>4</sup>. Busca-se, com isso, a interação entre o saber empírico e o científico, resgatando e valorizando ambas as dimensões, visando a contribuir para um parto seguro e humanizado; considera-se a riqueza étnica e a biodiversidade como fatores importantes na construção de novos conhecimentos e tecnologias.

Embora a metodologia baseada na roda de conversa e na problematização seja nova nesse tipo de capacitação, ações educativas, especialmente na modalidade de treinamento e posterior supervisão, são práticas desenvolvidas com parteiras tradicionais desde longa data. As motivações, em cada época, não parecem ter-se alterado significativamente. A concepção da parteira como alguém influente na população, que pode facilitar a interação entre a população e os profissionais de saúde ou gestores tem permeado tais iniciativas. A leitura dos documentos do Ministério da Saúde sugere que as parteiras se tornem agentes legitimados pelo Estado para suprir algumas de suas lacunas, embora poucas alternativas sejam encontradas e discutidas para o vínculo formal ou empregatício com serviços de saúde<sup>2,5</sup>.

A ação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) é um exemplo disso. Criado em 1942 com foco na prevenção de doenças infecto-contagiosas e na formação de recursos humanos em saúde, o SESP realizou um extenso trabalho de envolvimento de parteiras nas ações de educação sanitária<sup>6</sup>. Essas parteiras eram consideradas úteis e influentes junto à população, em especial o público materno-infantil, desde que treinadas e submetidas ao controle dos profissionais vinculados ao SESP<sup>7</sup>.

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)<sup>5</sup>, lançado em 1984, também abordou o parto domiciliar; entre suas diretrizes encontrava-se "a adoção de medidas visando à melhoria da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais, através do treinamento, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência" (p. 22). Anos mais tarde, o Ministério da Saúde elaborou, em parceria com outras entidades, o Programa Nacional de Parteiras Tradicionais, que trazia entre suas bases o aproveitamento das parteiras já ativas em suas comunidades. Nesses casos, havia a ideia de oferecer às parteiras melhores condições de trabalho e reciclagem<sup>2</sup>.

Chama atenção a reiterada estratégia de remodelamento do fazer da parteira como a principal forma de qualificação do parto domiciliar atendido por essas mulheres. Embora as oficinas de troca de experiências e revisão das práticas sejam importantes para a melhoria da assistência e das condições de trabalho, é evidente que se trata de uma estratégia que reduz a complexidade da questão ao saber/fazer da parteira. Assim, cabe indagar o quanto essa estratégia tem sido eficaz para produzir a inclusão da parteira, do parto domiciliar ou da mulher atendida pela parteira no SUS.

As sociedades ocidentais contemporâneas privilegiam o enfoque biomédico na abordagem da saúde, tendo como premissa que a racionalidade científica é o caminho válido para a construção do saber. A relação entre o saber produzido pela ciência e os outros saberes passa a ser assombrado por uma assimetria, não só entre os saberes, mas também entre os poderes<sup>8</sup>. A ciência comprova ou exclui hipóteses, mede, quantifica e chega a resultados; é o conhecimento que se produz nos meios cultos da sociedade, pelas pessoas escolarizadas, não tendo sido difícil transformar o saber em hegemonia. Ocorre que as práticas hegemônicas em saúde muitas vezes apresentam distorções e imperfeições. É o caso da assistência obstétrica no Brasil, marcada por procedimentos não baseados em evidências científicas e deletérios para a saúde das mulheres, como o uso excessivo e irracional de tecnologias invasivas e a hipermedicalização do parto, entre outros<sup>9,10</sup>.

No contexto dos debates, questionamentos, disputas e conflitos que emergem em torno da assistência à saúde reprodutiva, a revisão-reinvenção-ressignificação da assistência ao parto e nascimento tem sido de longe a mais perturbadora para o campo prático, provavelmente por expor fragilidades do paradigma biomédico e evidenciar as desigualdades de gênero, bem como as assimetrias de poder nas relações entre profissionais e nas relações dos profissionais com as mulheres<sup>11</sup>. Assim, o discurso de valorização da parteira tradicional, que vem ocorrendo de maneira mais evidente há apenas poucas décadas, sofreu uma mudança em relação ao discurso anterior, que também apontava a necessidade de dotar as parteiras de conhecimentos e práticas biomédicas: em períodos anteriores, o reconhecimento da prática não significava necessariamente o reconhecimento da sua importância, o que parece estar ocorrendo agora.

Sobre a tensão entre os saberes, Borges<sup>12</sup> se pergunta: "o que há de melhor na produção do modo de cuidar da ciência e do modo de cuidar do conhecimento de senso comum?" (p. 330). Segundo a autora, uma resposta possível seria ponderar sobre a finitude e incompletude de qualquer saber, o que configuraria um convite à responsabilidade epistemológica e um compromisso ético com a vida. Analisando a incorporação de parteiras e benzedadeiras aos serviços de saúde, Borges<sup>12</sup> concluiu que a credibilidade e a legitimidade da racionalidade que ancora o modo de cuidado de parteiras e benzedadeiras estão na reafirmação do valor do cuidado e da solidariedade presente em seus saberes e suas práticas. O respeito e a consideração a diferentes saberes seria, então, um caminho para a ampliação das bases epistemológicas do paradigma da saúde integral.

### **JUSTIÇA SOCIAL E INCLUSÃO: "SÓ QUANDO PASSA UM CARRO POR AQUI"**

O SUS, por ter seus princípios ancorados na cidadania e na justiça social, supõe um processo contínuo de construção e desconstrução de práticas, embates e debates, disputas, conflitos e interesses. Assim, não causa espanto a proposta de valorização do parto domiciliar e de parteiras tradicionais e sua inclusão no SUS, mas é inevitável pensar em que termos essa inclusão é possível.

No Tocantins, as parteiras e mulheres por elas atendidas formam um grupo altamente vulnerável em função de etnia, cor da pele, escolaridade ou renda. No estado, as indígenas, ditas "vulneráveis" pelas inúmeras privações e riscos a que estão expostas, representam a maioria das parteiras tradicionais e suas parturientes. Portanto, cabem algumas considerações quanto a essa especificidade.

Se as parteiras tradicionais historicamente estiveram à margem do sistema formal de cuidado à saúde, pode-se dizer que as mulheres indígenas que conduziam partos foram, por muito tempo, absolutamente invisíveis. Nem mesmo ações sanitárias desenvolvidas na região Amazônica pelo SESP referem tais especificidades étnico-culturais. Embora a interação com a população indígena tenha sido inevitável, não se observa em documentos oficiais qualquer menção às particularidades que diferenciam

a população indígena da população em geral<sup>13</sup> e, muito menos, referência explícita às mulheres indígenas que atendiam partos.

O enquadramento da mulher indígena que atende partos na categoria "parteira tradicional" ou "parteira indígena" também merece ser discutido. Durante a fase de localização e cadastramento das parteiras, houve dificuldade em estabelecer se mulheres que afirmaram ter assistido a um único parto deveriam ser cadastradas. Após certo debate, decidiu-se que, em se tratando de mulheres indígenas, as mulheres que se declarassem dispostas a assistir um parto quando chamadas seriam cadastradas.

Para diversos povos indígenas, não é necessária a presença de um especialista no atendimento ao parto. Não é raro que parturientes indígenas tenham filhos sozinhas ou com a ajuda de um parente próximo<sup>13,14</sup>. Tal fato foi evidenciado durante o projeto. Quando questionadas como se tornaram parteiras, muitas mulheres responderam: "sozinha, na necessidade". Também foi frequente encontrar mulheres que atenderam partos somente no seu círculo familiar.

Ferreira<sup>13</sup>, analisando a medicina tradicional indígena no âmbito das políticas públicas, toma o exemplo das capacitações de parteiras tradicionais e salienta que a criação do "cargo" de parteira tradicional gera mudanças sociais e uma série de novos significados e novas práticas relacionadas ao cuidado à gestação, parto e puerpério; mas não necessariamente as mudanças e práticas idealizadas pelos formuladores da política. Alguns autores<sup>15-17</sup> defendem que o enquadramento de práticas indígenas pela aproximação de categorias similares àquelas valorizadas pela biomedicina produz uma relação de subalternização e desvalorização de alguns saberes indígenas e de seus praticantes. Por outro lado, a legitimação da "parteira indígena" produzida pelos cursos pode representar, para as comunidades indígenas, uma forma de acesso aos conhecimentos, instrumentos, recursos e benefícios advindos das políticas públicas<sup>13</sup>.

Na experiência do Tocantins, a ficha utilizada para o cadastramento das parteiras pretendeu não somente coletar dados relacionados à identificação, mas também à prática do partejar. Uma das questões da ficha merece destaque. Perguntadas todas as 67 parteiras (indígenas e não indígenas) "quais os problemas/dificuldades que enfrenta como parteira?", a maioria citou mais de um problema/dificuldade; os três mais recorrentes foram, nesta ordem: falta de transporte (citado por 43 parteiras), falta de

material para o parto (citado 28 vezes) e não remuneração (citado 27 vezes) - três dimensões fundamentais quando se pensa em inclusão nos serviços de saúde e reconhecimento do trabalho.

O isolamento geográfico e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde são os grandes responsáveis pela existência, ainda hoje, de parteiras tradicionais, o que torna coerente a principal queixa apresentada por elas. No entanto, não se pode tratar com simplicidade a questão. As dificuldades em garantir o transporte no caso de a gestante/parturiente/puérpera necessitar de encaminhamento ao serviço de saúde se traduziram em frequentes relatos angustiados e impotentes ao longo do treinamento: "Só quando passa um carro por aqui", "A gente pede o carro, mas às vezes, leva 2 dias pra chegar". Se aliarmos a essa situação as dificuldades pontuadas em relação à comunicação com os serviços de saúde (como por exemplo: telefones públicos que nem sempre funcionam, uso de telefone celular de terceiros, comunicação por bilhetes, idas até o serviço a pé ou de bicicleta), temos um quadro preocupante e ainda distante do ideal de garantia das condições mínimas para inclusão no SUS.

A remuneração tem sido uma reivindicação constante nos encontros, porém até o momento não há propostas concretas e sua viabilidade ainda é um impasse.

Um detalhamento da estrutura dos serviços de saúde no estado seria necessário para avaliar com mais profundidade as nuances da inclusão de parteiras e mulheres no SUS. Estudos que detalham a estrutura dos serviços de saúde e seus principais desafios no estado do Tocantins são escassos. Uma pesquisa<sup>18</sup> que pretendeu avaliar a Estratégia Saúde da Família na região Norte apresentou uma lista com 13 dificuldades/críticas apontadas por 346 profissionais da saúde. As cinco mais frequentes foram: referência e contrarreferência inexistente/ineficaz; demanda excessiva de atendimento; falta de infraestrutura; precárias condições de trabalho; e falta de medicamento/equipamento/recursos materiais.

Considerando esse cenário, pode-se dizer que dificilmente as ações educativas promoverão a devida inclusão de parteiras tradicionais e mulheres no SUS. Entretanto, mesmo diante das dificuldades apresentadas, as ações educativas parecem ocupar um lugar interessante - o de potencializar direitos. Compartilhar vivências pode facilitar a criação de movimentos coletivos em prol do interesse que se descobre não solitário.

Durante um seminário em que parteiras e gestores estiveram presentes, foi notória a união das parteiras em prol de causas comuns e na cobrança por melhorias.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As iniquidades que se apresentaram no decorrer no PTPT em Tocantins compõem um rol de disparidades que vão além da questão do parto domiciliar. Desfechos favoráveis referentes ao parto e nascimento estão necessariamente associados à melhoria das condições de vida das mulheres<sup>11</sup>.

Dentre os principais problemas elencados pelas parteiras e que influenciam significativamente a real inclusão do parto domiciliar no SUS, o fornecimento e a reposição de materiais parece ser relativamente viável de resolução em curto prazo, já que pactuações nas instâncias formais (conselhos de saúde e comissões intergestoras) poderiam garantir o acesso aos suprimentos. Entretanto, tal iniciativa depende de interesse político na questão.

Já as dificuldades relativas a infraestrutura, como transporte e comunicação eficaz, são um tema complexo no atual cenário de disputas político-econômicas, no qual vigora a fragmentação setorial (nacional/ regional) e a desafiadora dicotomia do público e privado na saúde - assuntos merecedores de trabalhos específicos. Entretanto, o fortalecimento da busca por direitos e a construção de estratégias viáveis que passem por instâncias deliberativas junto às parteiras podem gerar movimentos promissores.

A (falta de) remuneração tem sido pauta de discussões e uma dimensão importante na busca de reconhecimento pelo trabalho das parteiras tradicionais. Seguramente será um impasse longo. Questões legais, políticas, antropológicas e estruturais vão alimentar esse debate. Apenas uma certeza: a de que, na lógica capitalista, a valorização do trabalho (ainda que simbólica) passa pela presença do capital.

O PTPT não atingirá os objetivos propostos de forma plena enquanto eleger as ações educativas como foco principal sem oferecer outras alternativas para a superação dos entraves apontados. Entretanto, pode ser uma ferramenta útil e de

grande potencial, na medida em que direciona o olhar às parteiras tradicionais e comunidades em situação de vulnerabilidade social. Esse parece ser o grande mérito do PTPT, talvez mais do que remodelar práticas que não necessariamente necessitam de remodelações.

Durante a execução do projeto, ficou evidente que o papel e a importância da parteira diante da comunidade ultrapassam o momento do nascimento. Nesse sentido, o PTPT pode colaborar com a organização das parteiras tradicionais fortalecendo a busca por reconhecimento e as lutas políticas pela garantia e difusão dos seus direitos. Estudos sistemáticos sobre o impacto das ações do PTPT no cotidiano das parteiras, incluindo os desfechos perinatais e o remodelamento das suas práticas de saúde, devem ser realizados visando à valorização dessas profissionais e das suas práticas.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm.aspx> Acessado em fevereiro de 2015.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf) Acessado em janeiro 2014.
3. Brasil, Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Acessado em fevereiro de 2015.
4. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43ª edição. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
5. Brasil, Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf) Acessado em maio de 2014.
6. Sousa ABL, Schweickardt JC. O Sesp nunca trabalhou com índios: a (in)visibilidade dos indígenas na atuação da Fundação Serviços de Saúde Pública no estado do Amazonas. *Hist Cienc Saude- Manguinhos*. 2013;20(4):1635-55.

7. Silva TMA, Ferreira LO. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960). *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2011;18(1):95-112.
8. Santos BS. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Rev Crit Cienc Soc*. 2008;80:11-43.
9. Leão MRC, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(8):2395-400.
10. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(3):651-7.
11. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012;20(40):94-101.
12. Borges MS. A incorporação do saber de parteiras e benzedeadas às práticas de saúde. *Com Cienc Saude*. 2008;19(4):323-32.
13. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2013;20(1):203–19.
14. Projeto Valorização e Adequação dos Sistemas de Parto Tradicionais das Etnias Indígenas do Acre e do Sul do Amazonas. Relatório etnográfico final. Florianópolis: Instituto de Pesquisa e Documentação Etnográfica - Olhar Etnográfico; 2007. Disponível em: <http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1626.pdf> Acessado em junho de 2014.
15. Dias-Scopel RP. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os Índios Mundurucu [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
16. Langdon EJ. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. Em: Haverroth M. *Etnobiologia e saúde dos povos indígenas*. Estudos Avançados. Recife: NUPEEA; 2013. Pp. 15-35.
17. Sesia PM. "Women come here on their own when they need to": prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Med Anthropol Q*. 1996;10(2):121-40.
18. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, et al. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis*. 2009;19(3):695-710.

Manuscrito recebido em 14 de agosto de 2014

Aceito em versão revisada em 2 de fevereiro de 2015

### **3. SEGUNDO ARTIGO**

#### **3.1 Referência/Periódico**

Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Trâmites éticos, ética e burocracia em uma experiência de pesquisa com população indígena. Saude soc. 2016; 25 (4): 930-942. / Saúde e Sociedade

#### **3.2 Situação**

Publicado

### 3.3 Texto

## TRÂMITES ÉTICOS, ÉTICA E BUROCRACIA EM UMA EXPERIÊNCIA DE PESQUISA COM POPULAÇÃO INDÍGENA

Christine Ranier Gusman<sup>1</sup>, Douglas Antonio Rodrigues<sup>2</sup>, Wilza Vieira Villela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Tocantins. Curso de Enfermagem. Palmas, TO, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

### RESUMO

A partir de uma experiência vivenciada durante uma pesquisa de doutorado, pretende-se discutir os trâmites burocráticos da pesquisa social no Brasil e algumas implicações práticas. São levantadas questões como o lugar e o poder decisório concedido (ou não) ao indivíduo ou povo indígena, bem como reflexões acerca das resoluções da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sua aplicabilidade e a (in)adequação dos formulários e modelos para as pesquisas de caráter social. Este artigo levanta as questões éticas, analisando os fluxos operacionais dos e entre os órgãos que normatizam pesquisas com indígenas e inclui reflexões sobre como o rastro deixado pela condição tutelar de povos indígenas ainda baliza as normativas em pesquisa. Pretende-se, ao compartilhar a experiência, contribuir para o debate das implicações éticas nas situações em que a neutralidade é substituída pelo vínculo, bem como desmistificar a ideia de que a simplificação de processos excessivamente burocráticos seja uma ameaça aos preceitos éticos.

**Palavras-chave:** Comitês de Ética em Pesquisa; População Indígena; Ética em Pesquisa

### INTRODUÇÃO

Este artigo pretende compartilhar experiências e reflexões sobre o trajeto percorrido para conseguir autorização de ingresso em terra indígena e apreciação ética para uma pesquisa de doutorado envolvendo mulheres indígenas. Durante o longo percurso, questionamentos sobre normas e protocolos em defesa da ética em pesquisa e dos sujeitos considerados vulneráveis foram frequentes e encontraram respaldo em consistente produção bibliográfica. Assim, neste texto são discutidos os trâmites burocráticos da pesquisa social no Brasil e algumas implicações práticas, bem como o lugar e o poder decisório concedido (ou não) ao indivíduo ou povo indígena.

É preciso salientar que enquanto este manuscrito era produzido, representantes das Ciências Humanas e Sociais (CHS) conseguiram a aprovação da Resolução nº

510/2016<sup>1</sup>. Essa resolução trata das especificidades éticas das pesquisas que utilizam metodologias advindas dessa área de conhecimento. Entretanto, toda a descrição da experiência se dá anterior a essa resolução e, por considerar que esta não é uma conquista definitiva e acabada, entende-se que o compartilhamento da vivência poderá colaborar com as discussões no campo da ética e dos fluxos operacionais que pretendem garanti-la no transcorrer das pesquisas.

Em que pese a necessária existência, importância e seriedade dos órgãos responsáveis pela aprovação de pesquisas no país, há que se considerar o impacto da desarticulação entre os órgãos, da morosidade e da falta de clareza de algumas questões conceituais no andamento de pesquisas de caráter social.

No Brasil, antes da publicação da Resolução 510/2016, pesquisas em/com seres humanos (independente da área de conhecimento, técnica ou método) deveriam seguir as normativas da Resolução nº 466/2012<sup>2</sup>. Ressalta-se, entretanto, que populações indígenas não foram contempladas na resolução mais atual. Assim, pesquisas envolvendo essas populações estão incluídas em “áreas temáticas especiais”, sendo a aprovação do projeto condicionada à apreciação nas instâncias: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) local, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), Fundação Nacional do Índio (Funai), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), além de consulta às lideranças indígenas; caso haja interesse em acessar conhecimento tradicional, inclui submissão ao Instituto do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional.

O novo olhar que a sociedade internacional lança sobre a dignidade humana após o fim da Segunda Guerra Mundial conduziu à necessidade de se instituir normativas protetoras aos sujeitos participantes das pesquisas. Nesse sentido, o Código de Nuremberg, de 1947, criado para colaborar no julgamento dos crimes nazistas, e a Declaração de Helsinki, que estabelece diretrizes para pesquisas clínicas desde 1964, representam marcos e têm amparado documentos e resoluções que tratam de ética em pesquisa em diversos países<sup>3</sup>.

O primeiro documento a estabelecer diretrizes éticas em âmbito nacional para pesquisas envolvendo seres humanos foi a Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>4</sup>, atualizada em junho de 2013, com a publicação da Resolução

466/2012<sup>2</sup>. Pautado pelas resoluções e mediante uma plataforma on-line, o sistema CEP/Conep avalia, monitora e aprova pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, por meio de formulários eletrônicos únicos (independente da natureza da pesquisa) que o pesquisador preenche antes de iniciar a pesquisa.

Analisando as origens históricas das resoluções e sua fundamentação em documentos emitidos por instituições cujo foco de ação e atenção são as pesquisas clínicas e experimentais, se aceita prontamente que sejam necessárias no sentido de preservar a vida e assegurar a dignidade e integridade dos pesquisados. Generalizando desse modo, parece ser uma exigência inquestionável. Porém, há muito mais sutilezas éticas do que se poderia supor a partir dessa afirmação, e que não podem ser desprezadas, a partir do reconhecimento de que a ciência não é produzida apenas por meio da intervenção nos corpos, tampouco a ética está garantida ao preencher formulários ou seguir protocolos.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

A intenção em expressar a experiência vivenciada com a Funai e o sistema CEP/Conep sob a forma de um manuscrito surgiu durante a caminhada. Diante das primeiras dificuldades, como informações desencontradas, dúvidas no preenchimento da plataforma on-line e uma perspectiva de prazos mais elásticos, a revisão do cronograma de pesquisa foi a primeira providência. A princípio, a pesquisa de doutorado era prioridade e dedicar-se a um assunto novo não estava cogitado. Entretanto, a certa altura, foi inevitável a reflexão sobre as tensões dos trâmites éticos e suas implicações práticas no estudo proposto. Percebeu-se que o aprofundamento sobre essa questão passou a ser condição fundamental para que a pesquisa de doutorado pudesse fluir.

Apesar de um minucioso estudo dos decretos e resoluções, houve a necessidade de buscar autores que vinham debatendo sobre a incoerência da adoção pelo sistema CEP/Conep de um modelo único de formulário e regras únicas para qualquer pesquisa que envolvesse seres humanos, não distinguindo ou considerando peculiaridades das diferentes áreas de conhecimento. Um diário de campo passou a

ser construído para que os entraves e as dificuldades de cada etapa pudessem guiar o recorte dos assuntos e as discussões.

Simultaneamente à vivência com o sistema CEP/Conep, a troca de informações, correspondências e documentos com a Funai passou a alimentar o diário. Nesse caso, as tentativas de compreender o funcionamento da estrutura organizacional dessa fundação, o fluxo de informações entre o órgão e a Conep e as atribuições dos setores por onde o projeto de pesquisa tramitava culminaram no levantamento de informações por meio de artigos, decretos, normativas, ligações telefônicas e solicitações no portal da transparência on-line.

O objetivo deste estudo não é apenas compartilhar as informações levantadas ao longo do percurso, mas, sobretudo contribuir para o debate das especificidades das pesquisas não biomédicas no Brasil, os entraves burocráticos envolvidos e algumas consequências práticas para o trabalho de campo, partindo de nossa experiência. É importante esclarecer que não há pretensão em aprofundar reflexões epistemológicas da bioética, sendo essa uma primeira limitação do manuscrito. Além disso, a complexidade do sistema CEP/Conep (e suas inúmeras particularidades regionais), bem como as instáveis políticas direcionadas à Funai não permitem que a experiência relatada possa ser considerada como um parâmetro para as pesquisas de caráter social com populações indígenas.

## **PROTEÇÃO DE CORPOS E SUBJETIVIDADES EM PESQUISA**

Proteger subjetividade ou conhecimentos tradicionais é tão importante quanto proteger corpos. Contudo, os cuidados e ferramentas para garantir a proteção destes não são os mesmos daqueles. Uma pesquisa que tem seu curso definido pelos vínculos e relações ao longo do caminho dificilmente elencará com precisão todos os riscos, danos e benefícios envolvidos no processo. Então, como garantir o resguardo da ética apesar dos formulários e protocolos?

As conceituações de “pesquisa” e “pesquisa envolvendo seres humanos”, dadas pelas resoluções do CNS, embora caracterize de forma clara e concisa o que seja o ato de pesquisar, não contemplam as particularidades que envolvem os diferentes campos

de pesquisa e as diversas formas de se participar de uma pesquisa, ou as implicações éticas advindas dos múltiplos enfoques metodológicos existentes<sup>5</sup>. Pode-se dizer que as resoluções pautam-se no modelo biomédico de fazer ciência, ou seja, no modelo experimental/clínico, cujas pesquisas apresentam interface entre biologia e medicina. Entretanto, como será discutido adiante, também para pesquisas biomédicas há controvérsias, existindo um forte debate que oscila entre o resguardo da ética, a burocracia e os interesses comerciais.

O termo “bioética” é recente, se considerarmos o contexto histórico, e vem passando por sucessivas modificações desde que surgiu na década de 1970. Garrafa<sup>6</sup> pondera que embora tenha despertado como um termo abrangente, que envolvia observar aspectos da vida em geral sob o ponto de vista ético, sofreu uma redução significativa do conceito inicial a partir de sua incorporação no âmbito biomédico. Tanto a Resolução 466/2012 quanto os protocolos elencados na plataforma do sistema CEP/Conep são prioritariamente voltados às pesquisas biomédicas, contudo, a partir da publicação da Resolução 510/2016 está prevista uma revisão nos protocolos e procedimentos.

Para Oliveira<sup>7</sup>, a não distinção entre pesquisa “em” seres humanos e “com” seres humanos é um equívoco grave. Eleger como único o olhar biocêntrico sobre a prática de pesquisar ou sobre a ética no desenvolvimento de pesquisas iguala áreas de conhecimento, pesquisadores e sujeitos das pesquisas, impondo um modelo e um modo de fazer ciência. Cuidados éticos são imprescindíveis tanto àquele que pretende testar um novo medicamento ou procedimento cirúrgico quanto ao que se propõe a investigar os efeitos da propaganda no consumo familiar, por exemplo. É evidente que sendo pesquisas de natureza distintas, com impactos e riscos diferentes, não cabem no mesmo formulário, quiçá na mesma lógica.

Por outro lado, é necessário considerar que essa é apenas uma das muitas questões que estiveram por longo tempo implicadas ao propor uma pesquisa social no Brasil. Víctora<sup>8</sup> coloca como fundamental a problematização de questões envolvendo a escolha das técnicas de pesquisa, a inserção e participação do pesquisador nos diferentes contextos de pesquisa e os procedimentos de análise e interpretação dos

dados. Segundo a autora, são debates necessários e fundamentais para o fortalecimento da ética em pesquisas sociais.

A pesquisa que desencadeou a escrita deste artigo é de caráter social, pois se vale de método qualitativo de coleta e análise de dados, envolvendo técnicas advindas das CHS. Embora existam objetivos que se vinculem a desvendar como determinada política pública se reflete no modo de produzir cuidado e saúde, nenhuma intervenção nos corpos está prevista.

Assim, o preenchimento do formulário on-line (Plataforma Brasil) do sistema CEP/Conep foi um desafio, especialmente nos quesitos: número de sujeitos, termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e previsão de riscos. A definição prévia do número de sujeitos é de preenchimento obrigatório, assim como a descrição detalhada dos grupos nos quais os sujeitos serão divididos (incluindo as intervenções a que estarão expostos). Em pesquisas sociais nem sempre isso é possível, já que a interação com os informantes iniciais, com a comunidade e as situações vivenciadas em campo pode levar à inclusão de outros sujeitos; além disso, o pesquisador pode optar pela não divisão dos sujeitos em grupos ou por não incluir intervenções além da entrevista e/ou da observação.

Ao relativizar a questão da definição do número de sujeitos (ou de entrevistas, grupos focais, informantes etc.) e sua relação com a ética, Víctora<sup>8</sup> aponta que a preocupação maior não deveria ser o número de pessoas a ser abordada, mas sobre “o que” e “como” se conversa com essas pessoas. Reforça ainda que “um tamanho de amostra maior ou menor não multiplica nem divide as questões éticas da pesquisa”<sup>8</sup> (p. 110).

Essa afirmativa nos leva a refletir que, mais do que definir previamente o número de sujeitos em pesquisas qualitativas, os critérios de escolha da população a ser estudada ou o momento escolhido para interromper a busca por sujeitos e informações sejam pautas mais pertinentes do ponto de vista ético. No caso em análise, essas questões foram as primeiras a permear a coleta de dados, trazendo redirecionamentos. Os sujeitos da pesquisa são mulheres indígenas da etnia Krahô, de diferentes aldeias. Percebeu-se que o modo como as relações sociais desse grupo se apresentam no cotidiano, como a constante presença do marido ou das irmãs nas conversas, e o

vínculo que vai sendo construído são elementos que certamente definirão o número de sujeitos. Além disso, o tempo para a realização e conclusão do estudo não é o mesmo para criar e aperfeiçoar os vínculos, o que faz o planejamento (como número de aldeias, quais e quantos sujeitos serão visitados/entrevistados) ser constantemente revisto.

Outro desafio diz respeito ao TCLE, cuja inadequação nas pesquisas sociais vem sendo amplamente debatida<sup>8,9,10,11</sup> desde o surgimento da Resolução 196/1996. Pode-se dizer que uma das principais conquistas da nova resolução é a ampliação das técnicas e registros para a obtenção do consentimento esclarecido; entretanto, a submissão do projeto é anterior ao novo documento. Tal como postulado inicialmente e mantido na Resolução 466/2012, o TCLE prevê que os participantes da pesquisa sejam informados e esclarecidos sobre todas as consequências possíveis de seu ingresso na pesquisa, incluindo riscos a que estarão expostos, medidas de proteção e benefícios previstos, cabendo ao pesquisador se responsabilizar pela minimização desses riscos e a reparação de danos eventuais. É um documento que deve ser produzido e assinado por ambas as partes antes do início de qualquer pesquisa que envolva seres humanos. Nota-se que o modelo de proteção em que está ancorado o TCLE é o da pesquisa clínica e experimental, pressupondo um risco iminente à saúde das pessoas.

Para Diniz<sup>12</sup>, uma reconfiguração do modelo contratual do TCLE seria fundamental uma vez que, excetuados casos excepcionais, pesquisas sociais envolvem riscos similares às relações sociais cotidianas, sendo consideradas de risco mínimo.

De acordo com Víctora<sup>8</sup>, o TCLE na pesquisa qualitativa deveria estar menos voltado a repetir o modelo de riscos e benefícios das pesquisas biomédicas, priorizando o comprometimento do pesquisador na contextualização dos dados coletados no processo interpretativo. Em nossa experiência, grande parte da reformulação do TCLE solicitada pela Conep esteve relacionada com a descrição dos riscos, modos de prevenção, danos possíveis e sua eventual reparação. Passados alguns meses do início do trabalho de campo, observamos que, embora a preocupação ética deva estar o tempo todo ao lado do pesquisador, as nuances de conduta e o que pode ou não ser um risco ou dano toma realmente corpo após a entrada em campo. Ademais, sem dúvida, o senso crítico e ético pesa tanto ou mais quando se está fora dele. Parece-nos

que a forma como o pesquisador lida com os vínculos formados (até mesmo depois de encerrado o trabalho de campo), a escolha dos dados a serem divulgados e a maneira de interpretá-los podem impactar os sujeitos de forma mais direta que qualquer risco pressuposto inicialmente.

Depois de concluídos os ajustes no TCLE, o documento ficou extenso o que tornou desafiador o encontro inicial com as lideranças, já que a linguagem escrita não prevalece na cultura indígena e parte considerável do povo Krahô não detém domínio pleno da língua portuguesa. Assim, o TCLE pareceu inconveniente para um primeiro encontro, no qual o diálogo e a necessidade de descobrir um pouco mais sobre o outro era nitidamente mais urgente e importante para ambas as partes. Juntos numa roda de conversa, a tentativa de leitura formal do TCLE não foi cogitada, pois criaria um ambiente artificial e poderia comprometer a confiança. Assim, a estratégia foi concluir a tarefa lançando o conteúdo do termo de maneira informal na roda. Ficou evidente o pouco interesse pelo documento e pelo que nele estava escrito, o desejo era saber do outro, era falar sobre si mesmo, falar sobre o coletivo das aldeias, das habilidades, das crianças e dos animais que também entraram na roda.

Esse parece ser um dos maiores progressos da nova resolução. Desde que a pesquisa se enquadre nos parâmetros de uma pesquisa social, o art. 4<sup>o</sup>1 esclarece que o consentimento pode ser obtido e registrado em qualquer das fases de execução da pesquisa, bem como retirado a qualquer momento, sem prejuízo ao participante. Traz ainda que o consentimento e o assentimento podem ser realizados por meio de expressão oral, escrita, linguagem de sinais (ou outros) e passa a considerar válida diversas formas de registro, como o escrito, sonoro, magnético (ou outras). Não está claro se pesquisas com populações indígenas poderão usufruir da nova resolução parcialmente ou se continuarão vinculadas à resolução anterior.

## **FLUXOS (IN)OPERACIONAIS DAS PESQUISAS ENVOLVENDO POVOS INDÍGENAS**

É preciso considerar que o sentido da existência de resoluções, normas e fluxos operacionais para o desenvolvimento de pesquisas não repousa prioritariamente na necessidade de organizar dados e serviços, mas na preservação da dignidade e saúde

humana, no resguardo da ética e no desenvolvimento e avanço da ciência. Dito em outras palavras, as regras, fluxos e formulários não devem ser um fim em si mesmo, mas operar em prol tanto de pesquisados quanto de pesquisadores, ou seja, da produção do conhecimento. Não parece que essa matéria esteja bem resolvida no Brasil, pois não é raro encontrar divergências entre pesquisadores.

Em agosto de 2015, foi publicada no *Jornal Folha de S.Paulo*<sup>13</sup> uma carta aberta a então presidente do Brasil, criticando o excesso de burocracia que impede o avanço da pesquisa clínica no país, mediante proposta de revisão das normas pela Conep. A indignação dos pesquisadores que assinam a carta nos leva a considerar que talvez o olhar biocêntrico do sistema CEP/Conep não seja o grande empecilho, uma vez que pesquisas clínicas se enquadram nesses parâmetros. Para eles está claro, “a causa é uma só: a burocracia”<sup>13</sup> (A7). Utilizam termos como atraso, preconceito e dependência tecnológica e comercial para argumentar que a ética tem sido utilizada como “desculpa para a burocracia”<sup>13</sup> (A7). Por outro lado, Palácios e Rego<sup>14</sup> alertam que no caso das pesquisas clínicas, é necessário que o debate passe pela exposição dos interesses comerciais que geralmente as acompanham e não se sobreponham ao interesse e proteção dos participantes, tampouco desqualifique o sistema CEP/Conep.

Mas o entrave burocrático não é exclusividade de pesquisas clínicas. Se a pesquisa envolver indivíduo ou povo indígena, o caminho igualmente será longo. É o CEP da instituição que ampara o pesquisador, que aprova o projeto em primeira instância e o encaminha à Conep, através da plataforma on-line. No caso desta pesquisa, já nessa etapa, vivenciamos um impasse. O CEP que analisou o projeto o aprovou. Entretanto, exigia a autorização de entrada em terra indígena para seguir o trâmite. Ocorre que a Funai, responsável pela emissão da autorização, aguarda a aprovação da Conep para concedê-la. Estagnamos. O projeto pôde seguir o fluxo no sistema CEP/Conep após pouco mais de quatro meses e dois pareceres negando o andamento do processo.

Não é possível generalizar a experiência, menos ainda supor que o vivenciado seja a regra, provavelmente foi uma exceção, mas é ilustrativo de como um processo pode ser prejudicado em função dessas particularidades. São mais de 620 CEP vinculados à Conep, sendo sua composição interdisciplinar e uma atividade

caracterizada pelo voluntariado<sup>15</sup>. A Carta Circular nº 002/2011 Conep/CNS<sup>16</sup>, em que a presidente da comissão apela para que as instituições considerem a relevância social dos serviços prestados pelos membros do CEP e reconheçam sua carga horária de trabalho como atividade em pesquisa, nos dá a dimensão das fragilidades envolvidas no contexto da produção científica no Brasil.

A obtenção da autorização para a entrada em território indígena segue um caminho paralelo à Conep, mas interdependente. O documento que regulamenta a entrada em terra indígena para fins de pesquisa é a Instrução Normativa nº 1/PRESI, de 1995<sup>17</sup>, emitida pela Funai. Os documentos a serem providenciados devem ser encaminhados diretamente à presidência do órgão e, de acordo com a normativa, serem analisados pela Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisas (CGEP). No caso em debate, o trâmite para a autorização definitiva levou 11 meses para ser concedido.

Apenas apontar o longo tempo, de maneira isolada do contexto, não é coerente. A autorização depende de documentos de outras instituições, como a “análise de mérito” emitida pelo CNPq e a aprovação ética pela Conep. A anuência das lideranças indígenas é obrigatória, e a consulta deve ser realizada pela Funai com participação do pesquisador. Mais importante que esmiuçar as falhas de comunicação e orientações ambíguas é ponderar sobre algumas questões de ordem organizacional.

A CGEP foi extinta em 2009, pelo Decreto nº 7056/2009<sup>18</sup>, que posteriormente foi revogado pelo Decreto nº 7778, de 2012<sup>19</sup>, mas manteve a extinção da coordenação. Nenhuma outra coordenação ou órgão seccional é citado nos decretos em substituição à CGEP. Em resposta à solicitação realizada ao portal da transparência, a Funai informou que a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas (AAEP), quando demandada, presta assessoria direta à presidência no que se refere ao ingresso em terras indígenas para fins de pesquisa. Sendo a AAEP uma estrutura única, não dispõe de quadro fixo, estando os servidores lotados na presidência do órgão indigenista em função de diversas demandas. Esse fato pode ter contribuído com alguns contratempos relacionados aos atrasos, notadamente o processo de consulta às lideranças indígenas.

Em ofício, a Funai se comprometeu a realizar o procedimento, mas após seis meses não foi possível que mediasse o encontro por questões de cortes no orçamento

e limitação do uso do veículo para situações emergenciais. Essa situação exigiu um novo trâmite burocrático para a entrada temporária em território indígena.

É interessante descrever a experiência para a chegada em território indígena. Com o documento de autorização temporária em mãos, emitido pela Funai, para a consulta das lideranças, a instrução era a de que seria necessário comparecer à filial regional, localizada no município onde pesquisa seria realizada, para apresentar o documento. O local é uma casa simples, em condições precárias, com pintura desgastada, mobília escassa sendo difícil a identificação do local como um setor público. Após explicar os objetivos, o funcionário responsável não solicitou vistas ao documento, limitando-se a escrever numa folha A4, de próprio punho, que a pesquisadora havia passado por lá e apresentado a documentação necessária.

A imprensa tem noticiado uma conjuntura desfavorável ao órgão, como queda no número de funcionários e orçamento anual, agravamento das tensões nas demarcações de terras, bem como um enfraquecimento no poder decisório por passar um período de dois anos (2013-2015) sob presidência interina<sup>20,21,22</sup>. Convém ressaltar que por ser o órgão indigenista oficial do Estado brasileiro, tem um papel fundamental no estabelecimento e execução das políticas voltadas aos povos indígenas, bem como na promoção e proteção de seus direitos.

Não há que se apontarem causas isoladas, instituições e/ou pessoas quanto ao excesso de tempo gasto para conseguir desenvolver pesquisas com povos indígenas. Sem dúvida há cuidados que são imprescindíveis. No entanto, reconhecer o impacto da desarticulação de órgão e setores, bem como das fragilidades operacionais no andamento das pesquisas é condição básica para o avanço da ciência.

## **POVOS INDÍGENAS COMO SUJEITOS VULNERÁVEIS DAS PESQUISAS**

A Resolução 466/2012 diz que toda pesquisa envolve riscos em tipos e gradações diferentes. Nela, o pesquisador é descrito como aquele que é corresponsável pela integridade e bem-estar dos participantes, já que a referida resolução define vulnerabilidade como:

O estado de pessoas ou grupos que, por quaisquer razões ou motivos, tenham a sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida, ou de qualquer forma estejam impedidos de opor resistência, sobretudo no que se refere ao consentimento livre e esclarecido<sup>2</sup> (II.25).

Se partirmos dessas definições e fizermos a leitura considerando as pesquisas sociais, estamos diante de um paradoxo, já que a ideia de um pesquisado frágil e passivo em contato com um pesquisador ativo e responsável se contrapõe à superação do conceito de que o sujeito das pesquisas se reduz a mero objeto de estudo, negando o caráter politizador que tende a permear pesquisas dessa natureza<sup>23</sup>.

Convém ponderar que “vulnerabilidade” abarca uma gama de significados para além do descrito na resolução. Indivíduos ou grupos podem ser considerados vulneráveis sob um ou diversos aspectos da vida em sociedade, a ideia que sustenta o termo é a de que existe uma maior fragilidade perante outros grupos da sociedade. Assim, a categorização de povos indígenas como vulneráveis merece algumas considerações.

Estudos envolvendo populações indígenas estão incluídos em “áreas temáticas especiais”, ao lado de estudos de novas terapias invasivas, reprodução humana, organismos geneticamente modificados, manipulações genéticas, medicina fetal, entre outros. Fica subentendido que o critério da vulnerabilidade é o motivo que leva comunidades indígenas a integrar a lista das áreas especiais, muito embora não esteja na redação da resolução de forma explícita. Corroborando com a afirmativa, a citação desses povos como tutelados no item IV.6.e<sup>2</sup>, sendo, portanto, coerente ao conceito de vulnerabilidade presente na resolução.

Ocorre que permitir que comunidades indígenas sejam (sub)entendidas como “pessoas ou grupos que tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida ou impedida”<sup>2</sup> (II.25) vai na direção oposta das lutas e reivindicações desses povos, que clamam pelo direito à cidadania há tempos.

A ponderação de Lima<sup>24</sup> faz sentido nesse contexto:

Se o tutor tem como encargo instruir, ele age simultaneamente de modo a se eternizar na posição de fonte única de autoridade, da transmissão dos

conhecimentos e modos corretos de vivenciar o pertencimento a uma comunidade mais abrangente. O pensamento do tutelado, suas ações, crenças, alternativas e capacidade de julgamento são permanentemente desautorizados em sua diferença, já que se considera que eles sejam construídos com base em um conhecimento imperfeito da realidade social em que se devem inserir<sup>24</sup> (p. 28).

O autor relembra que foi a partir da constatação, por parte da administração imperial e republicana brasileiras, de que haveria insuficiência para a vida cívica, e com loucos e mulheres casadas (entre outros), que indígenas passam a constar no Código Civil de 1916 como relativamente incapazes e sujeitos ao regime tutelar.

A Constituição Federal de 1988, ao defender o respeito à diferença cultural dos povos indígenas, representou um salto para o reconhecimento de que a tutela de seus interesses se faz por meio da promoção e manutenção de seu patrimônio cultural, com grande possibilidade de que eles próprios defendam seus direitos<sup>25</sup>.

Não se pretende, a partir dessas colocações, negar a importância da Conep ou da Funai no resguardo da dignidade e integridade de indivíduos ou coletivos indígenas (e não indígenas) ao participar de pesquisas, mas questionar o viés epistemológico que ampara as normativas que pretendem garantir essa proteção.

Ao analisar os direitos das comunidades indígenas no contexto das pesquisas sociais, Milmaniene<sup>26</sup> lembra que nos últimos anos são os sujeitos das investigações que têm assumido a defesa de seus direitos, em alguns casos, estipulando condições e regras para as atividades de pesquisa; o que nem sempre agrada pesquisadores. Aponta que: “esse complexo processo de reivindicação de seus direitos individuais e coletivos possibilita a afirmação deles como sujeitos políticos”<sup>26</sup> (p. 295).<sup>1</sup>

O relatório da 5ª edição da Conferência Nacional de Saúde Indígena<sup>27</sup> ocorrida em 2014 pode ser um exemplo. Nele está reconhecida a importância e a necessidade de fiscalização e acompanhamento de pesquisas pelos órgãos competentes, como Conep, Funai entre outros; entretanto, o desejo dos povos indígenas em participar de

---

<sup>1</sup>No original: “este complejo proceso de reivindicación de sus derechos individuales y colectivos, les ha permitido afirmarse como sujetos políticos”.

outras etapas e assumir certo controle sobre as atividades de pesquisa está claramente descrito no relatório, tal como no item 110, do subeixo 2.1:

As instituições públicas e privadas de ensino e pesquisa interessadas em pesquisar a saúde e tudo de interesse dos povos indígenas devem consultar previamente as comunidades indígenas e suas respectivas organizações, respeitando os direitos garantidos por meio da Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Posteriormente, submeter o projeto de pesquisa ao sistema CEP-Conep/CNS, CLSI, DSEI/Sesai e Funai<sup>27</sup> (p. 100).

A vulnerabilidade socioeconômica e cultural a que a maioria dos povos indígenas está exposta não parece, por si só, legitimar o conceito de vulnerabilidade tal como tratado na Resolução 466/2012<sup>2</sup>. Além disso, é preciso reconhecer que há diversos povos indígenas, cujas particularidades também os expõem em maior ou menor grau às condições vulneráveis, seja de que tipo for.

Não é possível descrever aqui um processo histórico tão longo e complexo como a interação com e entre povos indígenas, tampouco as políticas indigenistas que se seguiram a essa interação. O que não torna dispensável afirmar que as múltiplas concepções que a sociedade e o estado brasileiro mantêm em torno dos povos indígenas, suas diferentes vulnerabilidades, bem como a situação ambígua de tutelado vs. cidadão livre, têm suas raízes nesse percurso.

## **RESOLUÇÃO 510/2016: AVANÇOS E INCERTEZAS**

No decorrer da peregrinação para aprovação do projeto de pesquisa, descobriu-se que um movimento interessante vinha acontecendo. Representantes das CHS vinham mobilizando-se há algum tempo com associações e a própria Conep em busca de normativas éticas específicas para as pesquisas dessa área de conhecimento. Consulta pública, debates e embates, minutas não consensuais e a pressão de pesquisadores não biomédicos fomentaram o processo. Assim, enquanto este manuscrito era finalizado, ocorreu a aprovação da Resolução 510/2016 no Conselho Nacional de Saúde.

As inovações vão muito além das novas formas de registro do TCLE; a substituição do conceito restrito e simplista de vulnerabilidade por um critério de situação de vulnerabilidade e a não emissão de julgamentos sobre o desenho metodológico (desde que os procedimentos metodológicos não impliquem riscos) são exemplos de avanços concretos.

A pesquisa com indígenas não é contemplada com clareza na nova resolução, a não ser em seu art. 13 em que cita as comunidades indígenas, a título de exemplo, ao abordar a obtenção do consentimento da autoridade ou liderança comunitária. Com exceção a essa breve citação, o art. 32 é claro em seu parágrafo único: “Em situações não contempladas por essa Resolução, prevalecerão os princípios éticos contidos na Resolução CNS nº 466 de 2012”<sup>1</sup>. Em se tratando de uma pesquisa advinda das CHS, entretanto com povo ou indivíduo indígena, qual resolução estaria prevalecendo?

É possível que esses impasses sejam resolvidos na medida em que forem construídos os instrumentos e formulários que serão acrescentados ao sistema CEP/Conep. Uma nova resolução com a tipificação e gradação dos riscos está prevista, bem como a criação de formulários próprios e sua inserção na plataforma on-line, tão logo ocorra atualização do sistema. É fato que esse novo sistema de análise e mérito ético se consolidará durante a caminhada, mas certamente um cuidado fundamental será administrar quais, quantos e que tipo de formulários serão adotados, a fim de evitar um encontro com aquilo que tanto se tem procurado esquivar: a burocracia.

No caso das pesquisas envolvendo indígenas, uma parceria entre Conep e Funai poderia fomentar a redução de documentos ao mínimo necessário, de modo que atendesse a ambas instâncias de modo sincronizado.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Certamente é consenso que a postura ética deveria permear toda a pesquisa, incluindo as etapas após trabalho de campo. Entretanto, enquanto o sistema CEP/Conep desconsiderou as inúmeras particularidades das pesquisas sociais, fortaleceu a ideia de uma ética atrelada ao consentimento concedido ou ao preenchimento de formulários e aprovação da pesquisa em instâncias reguladoras,

reduzindo-a a momentos pontuais. O risco, ao que parece, é o de que a ética esteja sendo difundida como um processo burocrático, manufaturada e alinhada a interesses e objetivos que não fazem sentido fora da lógica de seus idealizadores.

É fato que há uma linha tênue entre o dano irreparável e os interesses comerciais em algumas pesquisas clínicas, e medidas protetoras são absolutamente pertinentes. Ainda assim, as salvaguardas deveriam acompanhar um amplo debate sobre outros caminhos para além do controle burocrático. Como nos lembram Palácios e Rego<sup>14</sup>, o Brasil é admirado internacionalmente por possuir um sistema integrado de comitês de ética, amparado pelo controle social e pela participação democrática de diferentes instituições, órgãos e serviços de saúde. Portanto, pode-se considerar que temos um sistema fértil e promissor para o avanço de alguns entraves, a exemplo da recente aprovação da nova resolução. Dessa conquista, é importante destacar a exigência equânime de profissionais das duas grandes áreas científicas (Ciências Biomédicas e CHS) nas composições tanto da Conep quanto dos CEP, o que vai permitir que a relatoria dos projetos seja encaminhada a membros com competência técnica da área.

Todavia, embora a resolução seja um avanço de grande magnitude para o campo da ética nas pesquisas sociais, não necessariamente há, ao menos em curto prazo, perspectivas para a desburocratização do processo como um todo. A criação de um novo caminho dentro do sistema CEP/Conep, com formulários específicos já está previsto e deve ocorrer em breve, assim como uma resolução específica para gradação e avaliação dos riscos. São ganhos que podem trazer mais coerência e simplificar o processo. Podem, mas não necessariamente vão.

Cabe considerar que a simplificação de processos excessivamente burocráticos não pode ser entendida como retrocesso, tampouco uma ameaça aos preceitos éticos. Ao contrário, a proteção aos indivíduos que participam de pesquisas pode estar mais garantida quando a responsabilidade pela ética estiver claramente compartilhada, ultrapassando formulários e documentos.

Silveira e Hüning<sup>28</sup> são abertamente contrários à ideia de se institucionalizar a ética, no caso, representado pelos comitês: “Do nosso ponto de vista, um comitê de ética é desnecessário (se for democrático) ou é um equívoco (se for autoritário). Nossa

perspectiva é a de que a ética se produz através de processos singulares realizados pelos agentes neles envolvidos”<sup>28</sup> (p. 390).

Embora não haja plena concordância com a ideia radical proposta pelos autores, a experiência foi clara em apontar que, de fato, é nos processos singulares e subjetivos que as posturas éticas ou não éticas podem ser experimentadas, a despeito do que possa estar registrado em formulários. Não significa dizer que os autores consideram formulários e comitês dispensáveis, mas que desburocratizar os processos passa necessariamente por auxiliar o pesquisador a ter uma noção maior do peso de seu comportamento, ainda que haja um documento oficial de aprovação ética. Algo que parece óbvio, mas que pode facilmente se perder diante da ausência de reflexões a respeito, seja por parte dos comitês, seja por parte de pesquisadores.

Tomanik<sup>29</sup> também escolhe o caminho do meio. Reconhece a importância dos CEP em tempos em que a pressão por produtividade pode atropelar processos e procedimentos importantes. Entende que ampliar o papel dos comitês, institucionalizando discussões e reflexões sobre a ética nos projetos e relatórios de pesquisa, pode fortalecer tanto o campo como as próprias instituições.

É possível que as questões mais centrais levantadas pelo artigo encontrem no atestado médico de não portador de moléstia contagiosa, exigido pela Funai, seu melhor representante. Considerando que doenças contagiosas podem ser adquiridas pelo pesquisador em qualquer tempo, qual seria o sentido prático de um atestado emitido meses ou anos antes do contato com indígenas? É evidente que caberá ao pesquisador julgar se seu estado de saúde permite a inserção no campo em determinado tempo. Em outras palavras, é fato que as questões éticas que mais importam (e com maior potencial de dano) estarão sempre no curso da pesquisa, muitas vezes longe da vigilância do sistema.

Há, ainda, formas mais sutis de inobservância ética melhor perceptíveis em longo prazo, que podem incluir, por exemplo, o uso inadequado de dados ou mesmo a não divulgação de informações que poderiam beneficiar os sujeitos das pesquisas. Como medir e reparar esses danos? Ramos et al<sup>30</sup> ao realizarem uma revisão sobre a eticidade nas pesquisas qualitativas encontraram um expressivo número de artigos publicados que não faziam qualquer menção aos aspectos éticos, implícita ou

explicitamente. Os autores ponderam que o achado não permite afirmar que tenha havido falhas nos procedimentos éticos, apenas que não foram apontados. Essa lacuna supõe que a discussão da ética em pesquisas sociais é campo em construção. Além disso, pede um amplo debate e um olhar diferenciado e cuidadoso sobre uma forma de pesquisar onde não cabe a neutralidade; ao contrário, pressupõe uma relação de confiança e a criação de vínculo entre as partes. Nesse sentido, quando um artigo suprime os aspectos e dilemas éticos vivenciados na trajetória da pesquisa perde-se a oportunidade de ampliar a discussão relacionada aos conceitos de dano, reparação, risco ou não risco nas pesquisas sociais. Um horizonte favorável à ressignificação da ética nas pesquisas ganha contornos muito mais visíveis, o que torna o compartilhamento dessas informações em artigos científicos uma condição bastante relevante para o aprofundamento da questão e a caminhada nessa seara.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: < <http://bit.ly/2fmnKeD> >. Acesso em: 20 jun. 2016.
2. BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: < <http://bit.ly/1mTMIS3> > Acesso em: 10 jan. 2015.
3. GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. S. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 763-782, 2013.
4. BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 16 out. 1996. Disponível em: < <http://bit.ly/2ekl03l> >. Acesso em: 3 nov. 2014.
5. BRITO, B. N.; PERES, J. G.; VAZ, N. M. S. A questão da vulnerabilidade no caso de pesquisas em seres humanos: algumas reflexões sociais e jurídicas a partir do quadro normativo. Âmbito Jurídico, Rio Grande, v. 9, n. 93, 2011. Disponível em: < <http://bit.ly/2eUcUfn> >. Acesso em: 15 ago. 2015.

6. GARRAFA, V. Bioética. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 853-868.
7. OLIVEIRA, J. P. Pluralizando tradições etnográficas: sobre um certo mal-estar na Antropologia. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Org.). Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre a Antropologia participativa. Rio de Janeiro: Contracapa Livraria: ABA, 2004. p. 9-32.
8. VÍCTORA, C. G. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 104-112, 2011.
9. GUERRIERO, I. C. Z.; DALLARI, S. G. The need for adequate ethical guidelines for qualitative health research. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 303-311, 2008.
10. SARTI, C.; DUARTE, L. F. D. (Org.). Antropologia e ética: desafios para a regulamentação. Brasília, DF: ABA, 2013.
11. VÍCTORA, C. et al. (Org.). Antropologia e ética: o debate atual no Brasil. Niterói, RJ: UFF, 2004.
12. DINIZ, D. A pesquisa social e os comitês de ética no Brasil. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (Org.). Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília, DF: UnB: Letras Livres, 2010. p. 183-192.
13. CARTA aberta dos cientistas brasileiros à Exma. Sra. Presidente da República Dilma Rousseff sobre o atraso na pesquisa clínica no Brasil. Jornal Folha de S.Paulo, São Paulo, 6 ago. 2015. Poder, A7.
14. PALACIOS, M.; REGO, S. A proposta de regulamentação ética da pesquisa clínica apresentada ao Senado Brasileiro não interessa aos participantes de pesquisa. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1583-1585, 2015. Disponível em: < <http://bit.ly/2fDJxOa> > Acesso em: 18 ago. 2015.
15. BATISTA KT, ANDRADE RR, LAURENTINO N. O papel dos comitês de ética em pesquisa. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 150-155, 2012.
16. TANNOUS, G. S. Carta circular nº 002/2011CONEP/CNS. 2011. Disponível em: < <http://bit.ly/2fDLE4N> >. Acesso em: 18 ago. 2015.
17. BRASIL. Fundação Nacional do Índio. Instrução Normativa nº 1/PRESI, de 29 de novembro de 1995. Aprova as normas que disciplinam o ingresso em terras indígenas com finalidade de desenvolver pesquisa científica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 dez. 1995. Disponível em: < <http://bit.ly/2fyo7mM> >. Acesso em: 10 jan. 2014.

18. BRASIL. Decreto nº 7.056, de 28 de dezembro de 2009. Aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fundação Nacional do Índio e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2ekH2UV> >. Acesso em: 5 mar. 2015.
19. BRASIL. Decreto nº 7.778, de 27 de julho de 2012. Aprova o estatuto e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e das funções gratificadas da Fundação Nacional do Índio. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 30 jul. 2012. Disponível em: < <http://bit.ly/2fCwvV0> >. Acesso em: 5 mar. 2015.
20. ARRUDA, R. Dilma reduz estrutura da Funai e tem menor demarcação de terras desde 1985. O Estado de S. Paulo, São Paulo, 15 fev. 2015. Disponível em: < <http://bit.ly/2eLE8ab> >. Acesso em: 8 out. 2015.
21. GREENPEACE. Governo nomeia novo presidente da Funai. Greenpeace, 17 jul. 2015. Disponível em: < <http://bit.ly/2eLvfoU> >. Acesso em: 20 out. 2015.
22. PELLEGRINI, M. A relação do governo com os índios se assemelha à da ditadura. Carta Capital, São Paulo, 19 abr. 2015. Sociedade. Disponível em: < <http://bit.ly/1JVoVdD> >. Acesso em: 27 set. 2015.
23. SCHUCH, P. Comentário: multiplicando perspectivas e construindo verdades parciais. In: FLEISCHER, S.; SCHUCH, P. (Org.) Ética e regulamentação na pesquisa antropológica. Brasília, DF: UnB: Letras Livres, 2010. p. 91-98.
24. LIMA, A. C. S. Revisitando a tutela: questões para se pensar as políticas públicas para povos indígenas. In: TEIXEIRA, C. C.; GARNELO, L. (Org.). Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 27-58.
25. SOUZA, M. N.; BARBOSA, M. N. Direitos indígenas fundamentais e sua tutela na ordem jurídica brasileira. Âmbito Jurídico, Rio Grande, v. 14, n. 85, 2011. Disponível em: < <http://bit.ly/2ekIN4h> >. Acesso em: 10 de jul. 2015.
26. MILMANIENE, M. P. La comunidad indígena y sus derechos: debates en torno a la ética de la investigación en ciencias sociales. Anuario de investigaciones, Buenos Aires, v. 17, p. 287-297, ene./dic. 2010. Disponível em: < <http://bit.ly/2eUe0aH> >. Acesso em: 8 set. 2015.
27. SOUZA, A. A. et al. (Coord.). Relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. Brasília, DF: Rebidia, 2014. Disponível em: < <http://bit.ly/2fCOc4t> >. Acesso em: 18 abr. 2015.
28. SILVEIRA, R. A. T.; HÜNING, S. M. A tutela moral dos comitês de ética. Psicologia & Sociedade, Belo Horizonte, v. 22, n. 2, p. 388-395, 2010.

29. TOMANIK, E. A. Debatendo os comitês de ética: controle burocrático ou laissez-faire? *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 18, n. 1, p. 175-180, 2013.

30. RAMOS, F. R. S. et al. A eticidade na pesquisa qualitativa em saúde: o dito e o não dito nas produções científicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1673-1684, 2010.

Recebido: 30 de Março de 2016; Aceito: 03 de Outubro de 2016

## **4. TERCEIRO ARTIGO**

### **4.1 Referência/Periódico**

Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Paradoxos do Programa de Parteiras Tradicionais no contexto das mulheres Krahô. Cien Saude Colet 2017. No prelo. / Ciência & Saúde Coletiva

### **4.2 Situação**

No prelo

### 4.3 Texto

## PARADOXOS DO PROGRAMA DE PARTEIRAS TRADICIONAIS NO CONTEXTO DAS MULHERES KRAHÔ

## PARADOXES OF THE TRADITIONAL MIDWIVES PROGRAM IN THE CONTEXT OF KRAHÔ WOMEN

Christine Ranier Gusman<sup>1</sup>, Douglas Antonio Rodrigues<sup>2</sup>, Wilza Vieira Villela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Tocantins. Curso de Enfermagem. Palmas, TO, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

### RESUMO

Este artigo analisa o impacto do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais no cotidiano de um grupo de mulheres indígenas Krahô. Trata-se de um estudo etnográfico que utilizou a observação e o diário de campo como suportes principais, além de entrevistas pontuais e dados secundários. O trabalho de campo ocorreu entre agosto de 2015 e dezembro de 2016 e envolveu dez mulheres de oito aldeias diferentes. Os resultados apontam uma desconexão entre o objetivo principal do Programa, centrado na valorização e no resgate do saber da parteira, e a realidade no cotidiano das aldeias. Muito embora o programa tenha como público-alvo mulheres que já atuam empiricamente no cenário do parto, houve o entendimento de que as mulheres “tornaram-se parteiras” após o curso. Por consequência, a falta de pagamento e a expectativa frustrada de contratação por parte do “governo” foram interpretadas como descaso. Os resultados indicam um viés etnocentrado do Programa, focado na difusão do saber científico e na entrega de materiais fora da lógica de cuidado do grupo em análise. Estudos que avaliem o impacto das ações do Programa em outros contextos, inclusive não indígenas, podem contribuir para os ajustes necessários e a efetiva valorização do trabalho dessas mulheres.

**Palavras-chave:** Parteira Leiga; Parto Domiciliar; Saúde de Populações Indígenas.

### ABSTRACT

This article analyses the impact of the Working with Traditional Midwives Program on the daily routine of an indigenous ethnic group. It is about an ethnographic study that used observation and field diary as main supports, besides punctual interviews and secondary data. The field work occurred between August 2015 and December 2016 and involved ten women of eight different villages. The results point to a disconnection between the Program's main objective, which is focused on appreciating and rescuing midwife knowledge, and the daily reality of the villages. Although the Program has targeted women whom already work empirically on the birth setting, there was a generalized acknowledgement in the villages that the women “became midwives”

after undertaking the course. Consequently, the lack of payment and the frustrated expectation that “government” would hire them, though never assumed, were interpreted as neglect. The results indicate an ethnocentric bias of the Program, focused on disseminating scientific knowledge and delivering materials that are out of the logic of the group under analysis. Studies that evaluate the impact of the Programs’ actions in other contexts, including non-indigenous ones, may contribute to the necessary adjustments and the effective appreciation of these women’s work.

**Keywords:** Midwives; Home Childbirth; Health of Indigenous People.

## INTRODUÇÃO

Mulheres que atuam empiricamente no contexto do parto e nascimento, distante do ambiente hospitalar e do sistema de saúde, possuem diversas denominações e fazem parte do imaginário e da realidade da sociedade brasileira. Em 2.000, quando o Brasil se comprometeu a reduzir as mortes maternas em três quartos até o ano de 2015, essas mulheres, a partir de então chamadas “parteiras tradicionais” em documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS), voltaram a ser alvo de atenção do poder público com a criação do Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT)<sup>1, 2</sup>. Aproximações como essa ocorrem há tempos no Brasil, motivadas pela melhoria das condições sanitárias desse ofício. Mulheres indígenas que amparam o parto e nascimento foram incluídas no PTPT e na definição de parteira tradicional do MS, por prestarem assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais sob o reconhecimento da sua comunidade<sup>1</sup>.

O principal objetivo do PTPT está centrado na melhoria do parto e nascimento domiciliar assistido por parteiras tradicionais, considerando os direitos de cidadania e equidade. Ações e/ou processos de capacitação são colocados como as principais estratégias para sensibilizar gestores e profissionais de saúde, bem como nortear os encontros com as mulheres, almejando a troca de saberes e a distribuição do “kit da parteira”<sup>1</sup>.

O estado do Tocantins aderiu ao PTPT e entre 2011 a 2014 identificou 67 parteiras atuantes. Oficinas para gestores e profissionais de saúde pertencentes à área de atuação das mulheres foram realizadas para estimular o apoio ao parto domiciliar e conectá-lo ao Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre as mulheres atuantes, 41 participaram das oficinas de capacitação, das quais 39 eram indígenas. Em três

ocasiões diferentes, em média 14 mulheres deslocaram-se para a capital do estado e permaneceram por uma semana hospedadas no hotel onde aconteciam os encontros. A distribuição do “kit da parteira” marcava o fim das oficinas<sup>3</sup>.

Aqui cabe adiantar que todas as questões e análises evocadas e provocadas pelo artigo partem também de uma vivência como colaboradora do programa. Ter feito parte do PTPT no Tocantins implicou num processo complexo de etapas, relatórios e reuniões que ora caminharam em sincronia ora distantes das inquietações suscitadas ao longo do caminho. O fio condutor da maioria das reflexões partiu da tentativa de encaixe das mulheres indígenas no PTPT; ou em outras palavras, da percepção de desencaixe do PTPT ao direcionar ações a esse público.

A designação e valorização do termo “tradicional” agregado a determinados povos e comunidades é recente nas políticas públicas nacionais. Para Ferreira<sup>4</sup> isso se deve às tendências do desenvolvimento mundial e das iniciativas de povos e comunidades para resgatar culturas e práticas locais.

No contexto do PTPT, o Ministério da Saúde justifica a adoção do termo “parteira tradicional” como forma de valorizar os saberes e práticas tradicionais ao mesmo tempo em que consegue caracterizar o tipo de formação e de conhecimento que ela detém. Ao inserir “parteiras indígenas e quilombolas” entre as parteiras tradicionais enfatiza que se deve prezar pelo respeito às suas especificidades étnicas e culturais<sup>1</sup>.

Um paradoxo se instala quando se conectam três dos itens presentes no PTPT: estímulo à cidadania, respeito às especificidades étnicas e entrega do kit. Embora políticas públicas destinadas a povos ou comunidades tradicionais tragam visibilidade e sejam ferramentas necessárias e importantes para o exercício da cidadania, Garnelo<sup>5</sup>, analisando políticas direcionadas aos povos indígenas, alerta sobre o risco de homogeneização do mundo indígena aos modos de vida da sociedade nacional, induzindo à adoção de valores e comportamentos do grupo social hegemônico.

Nesse contexto, cabe indagar de que forma as oficinas de capacitação e a entrega do “kit da parteira” podem ser entendidos como respeito às especificidades étnicas ou estímulo à cidadania.

A presente análise não pretende realizar uma ampla avaliação do PTPT a partir da experiência com as mulheres Krahô, e sim uma reflexão sobre o impacto de algumas

ações do programa para esse público. Compreender como o PTPT se traduz no cotidiano das aldeias pode dar pistas sobre a eficácia e o alcance de alguns dos seus objetivos, notadamente os que se referem a: reconhecer, valorizar e resgatar o trabalho das parteiras; garantir materiais, apoio logístico e rede de referência; qualificar e humanizar a atenção ao parto domiciliar.

## **MÉTODOS**

Esse artigo é parte de um estudo mais amplo que pretendeu conhecer alguns desdobramentos práticos do PTPT no cotidiano das mulheres Krahô. Para tanto, adentrar os meandros da antropologia social, sobretudo das ferramentas etnográficas, foi imprescindível. Utilizou-se de metodologia qualitativa e apoiou-se no conceito de cultura trazido por Geertz<sup>6</sup> (p.15), a compreendendo “*como uma ciência interpretativa à procura do significado*”.

As observações, falas e situações que emergiram em campo foram categorizadas tematicamente e confrontadas com discursos dos estudos voltados à educação em saúde, políticas públicas, saúde da mulher, saúde indígena e do campo da saúde coletiva no que diz respeito ao impacto e eficácia das ações do PTPT no cotidiano das mulheres.

Um esclarecimento em relação à escolha das mulheres Krahô como sujeitos do estudo é necessário. Embora mulheres de outras etnias indígenas tenham participado das oficinas, as pertencentes ao povo Krahô foram maioria. Ademais, a localização geográfica não mostrava impedimento para as incursões necessárias. Dentre as 28 aldeias registradas no Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – Tocantins em 2015, oito fizeram parte da pesquisa. A escolha se deu pela proximidade entre elas, pelos vínculos que foram sendo criados e por indicação de G., um técnico de enfermagem, morador de Itacajá, que trabalha no território indígena há mais de 14 anos e domina a língua nativa, tendo participado do PTPT como acompanhante e intérprete. A agenda do trabalho de campo dependeu dos acordos pactuados com as mulheres e da disponibilidade de G.

Antes da entrada em campo, estudos antropológicos e indigenistas foram discutidos e aprofundados de modo a melhorar a percepção de atitudes etnocêntricas e criar uma aproximação prévia, não somente com o universo indígena, mas também com a história e alguns costumes do povo Krahô.

O trabalho etnográfico, tal como difundido por autores clássicos como Malinowski<sup>7</sup> e Levi-Strauss<sup>8</sup>, vem sendo modificado ao longo dos anos, acompanhando as mudanças sociais e acadêmicas. Uma das grandes transformações é a escassez de tempo dos dias atuais, que abrevia o trabalho de campo e traz a necessidade de explorar aspectos mais específicos das sociedades estudadas<sup>9</sup>. Para Trad<sup>9</sup>, ainda que as sobrecargas nos ambientes acadêmicos e a pressão por produtividade sejam reais, é importante problematizar os riscos de uma permanência abreviada no campo, como a difusão de um conhecimento superficial, o que, em última instância, caracterizaria inobservância ética. Geertz<sup>6</sup> coloca que para dar sentido às experiências vividas em campo é fundamental um tipo específico de esforço intelectual, o qual denomina “descrição densa”; geralmente obtido por meio da imersão na vida diária do grupo em análise, focalizando detalhes e o pano de fundo das cenas.

Ciente de tais desafios, o trabalho de campo teve início amparado por um planejamento prévio, mas também pelas acolhedoras palavras de Da Matta<sup>10</sup> (p.3), nos lembrando que adentrar a antropologia é algo artesanal, que requer paciência, algo que depende “essencialmente de humores, temperamentos, fobias e todos os outros ingredientes das pessoas e do contato humano”. Assim, entre agosto de 2015 e dezembro de 2016 foram realizadas nove viagens ao território indígena Krahô, localizado próximo aos municípios de Itacajá e Goiatins no estado de Tocantins, com duração média de quatro dias por viagem.

A observação participante e o diário de campo foram a âncora do trabalho, apoiados por entrevistas gravadas em momentos oportunos e pontuais bem como pela busca por dados secundários. O roteiro de observação foi sendo remodelado à medida que as reflexões e as tentativas de compreensão de alguns elementos despontavam no percurso.

Após percorrer o trâmite ético formal e obter autorização da Comissão Nacional de Pesquisa, Fundação Nacional do Índio (FUNAI), dos e das caciques, as mulheres

que participaram do PTPT eram abordadas. A inclusão no estudo ocorreu com o estreitamento da relação, um ou dois encontros após o primeiro contato e explanação do termo de consentimento, quando consentiam sua participação de modo verbal e através da impressão digital, na presença de testemunhas. Duas delas eram também caciques de suas aldeias; ao todo, dez mulheres (e seus familiares) acolheram e deram sustentação ao estudo.

Ainda que os esforços para compreender a realidade local a partir da atenta observação e descrição tenham efetivamente acontecido, é importante considerar que a contextualização das falas nas discussões que se seguem parte do nosso olhar e da nossa forma de compreender o mundo, portanto é unilateral e susceptível a questionamentos.

Respeitando a confidencialidade e o anonimato dos interlocutores, as mulheres e seus parentes estão identificados pelas iniciais M1, M2 etc e P1, P2 etc, respectivamente, e não será possível distinguir no texto as aldeias visitadas. Algumas palavras do vocabulário Krahô foram incluídas em letra cursiva e suas traduções estão na sequência, entre parênteses.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **O sistema de saúde local e o local do parto**

A estruturação da política e da rede de atenção à saúde indígena nas últimas décadas vem se transformando. A promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 e da Lei Orgânica da Saúde em 1990 foram determinantes para colocar o direito à saúde e à cidadania num horizonte mais factível para todos os brasileiros. No que tange aos povos indígenas, representam marcos decisivos nas tentativas de superar os (pré) conceitos ou entendimento desses povos como incapazes e sujeitos ao regime tutelar. Atualmente, a atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros é ofertada através de um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) vinculado ao SUS. A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), criada em 2010, é a responsável por coordenar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pela gestão

do SasiSUS<sup>11</sup>. Desde 1999, a assistência à saúde chega aos povos indígenas através de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), Polos Base, Casas de Saúde Indígena (Casais), Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e postos de saúde. Esse modelo de atenção é um desdobramento de movimentos surgidos na década de 1980, pautados pela busca do direito à diferença e ao multiculturalismo. Tem como um divisor de águas a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorrida oito meses após a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento descortinou a discussão sobre modelo de atenção à saúde indígena e a necessidade da participação desses povos na formulação de políticas públicas<sup>12</sup>.

Não significa dizer que a estrutura ofertada pelo subsistema passou a atender às necessidades de saúde dos povos indígenas de forma satisfatória, tampouco que tem incorporado as reivindicações em sua plenitude. Diversas são as nuances para se refletir sobre atenção à saúde indígena no Brasil e há um complexo debate em torno da funcionalidade, resolutividade e adequação do SasiSUS, inclusive com indicativos de que ainda se mantêm numa condição periférica na agenda da Política Nacional de Saúde, haja vista ter passado por distintas estratégias políticas e operacionais ao longo dos anos<sup>5</sup>.

A assistência ao povo Krahô é coordenada pelo DSEI-Tocantins e executada por profissionais lotados no Polo Base situado no município de Itacajá-TO. Conta com uma base de apoio no município de Goiatins-TO, um hotel em Itacajá que abriga indígenas em tratamento hospitalar ou em trânsito para tratamento de saúde, 10 postos de saúde em aldeias estratégicas que oferecem suporte à aldeias vizinhas, 17 agentes indígenas de saúde (AIS), 17 agentes indígenas de saneamento (AISAN), uma técnica indígena de enfermagem e três EMSI, compostas por cinco profissionais (médico, enfermeiro, cirurgião dentista, técnico de enfermagem e auxiliar saúde bucal), sendo cada equipe responsável por uma microárea.

Os dados epidemiológicos e de serviços são coletados pelo Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), alimentado de forma descentralizada pelos distritos, polos e aldeias<sup>11</sup>. Diferente de outros sistemas abertos de informação no país, nos quais o acesso às informações a qualquer cidadão é livre, o SIASI fica disponível apenas a gestores da saúde e trabalhadores da saúde indígena.

Para fins dessa pesquisa, os dados foram obtidos junto à Área Técnica de Saúde da Mulher do DSEI-Tocantins, mediante solicitação formal e após autorização da SESAI.

Os dados revelam uma população de 3.159 pessoas vivendo em território indígena krahô em 2015, destes, 56 identificados como não indígenas. Não houve registro de óbito materno entre os anos de 2011 a 2015 e não foi possível levantar números específicos referentes aos óbitos neonatais, pois os dados repassados são gerais, o que dificulta a exposição e análise no contexto do artigo.

No que diz respeito ao local e tipo de parto nota-se uma mudança a caminho. Em 2012, dos 134 partos registrados, 90 foram apontados como domiciliares e 44 em ambiente hospitalar, cesarianas somaram sete desse total. Em 2015 uma nítida inversão no lugar de nascimento, dos 156 partos registrados, 56 foram domiciliares e 100 conduzidos em ambiente hospitalar, destes 11 foram cesarianas. A persistência da baixa taxa de cesariana mesmo com um aumento expressivo dos nascimentos hospitalares, deve-se ao fato do hospital de Itacajá não realizar esse procedimento. Caso a cesariana seja necessária, as mulheres são encaminhadas a outros municípios, sendo Pedro Afonso-TO o mais próximo deles, distante 107 Km. Esse trajeto compreende um trecho de 50 km de estrada não pavimentada, implicando numa viagem de aproximadamente duas horas. Quanto à mudança no local de nascimento, o evento que coincide com a inversão dos números, é o aporte significativo de médicos nos 34 DSEIs com o início do “Programa Mais Médicos” do MS a partir de 2013 que trouxe 340 médicos para a saúde indígena<sup>13</sup>.

A indicação de que o parto aconteça no hospital tem sido um pedido frequente do médico da EMSI que cobre a área visitada. Na avaliação de G., o elevado número de gestações em idade precoce entre os Krahô leva o médico a entender que é um “risco muito grande” ter esse *k̄raré* (criança) na aldeia, o que o levaria a indicar o parto hospitalar a praticamente todas as gestantes. Apesar disso, a aldeia foi apontada como o local preferencial para o parto por uma parcela significativa das mulheres participantes do PTPT e parentes com quem o vínculo foi estabelecido, mas lamentavam que as mulheres mais jovens não estivessem mais querendo “ganhar o *k̄raré*” na aldeia.

Embora o hospital seja reconhecido por alguns como um lugar importante para “salvar a mulher e o *k̄raré*”, é também um lugar temido.

Nota-se que a distância das aldeias em relação à cidade pode ser um fator relevante quanto ao local de nascimento. Na aldeia mais próxima e mais populosa, distante 5 km, os partos domiciliares são raros e nas rodas de conversa com as mulheres mais jovens a manifestação pelo desejo em ter o filho na cidade prevaleceu. Essa configuração não se repetiu de forma tão clara em outras aldeias, todas distantes entre 30 e 60 km da cidade. Nessas, o parto domiciliar aparecia frequentemente como a opção mais cômoda, mais segura, melhor:

Mãe pega meu *k̄raré*, é melhor. (P2- filha)

Na aldeia é melhor, tá na sua casa. (M2)

Eu mesma vou pegar o *k̄raré* de minha nora, eu sei tudo. (M5)

No contexto não indígena, a mudança do lugar de nascimento, da casa para o hospital, é bem discutida na literatura. Embora a função de partejar seja tão antiga quanto a humanidade, o remanejamento do parto para a esfera médica, há cerca de 200 anos, o envolveu de novos rituais, atores, objetos e significados. As tentativas de controlar o corpo feminino e a sexualidade, a superioridade e hegemonia do saber construído academicamente, a entrada do homem no cenário do parto e os avanços tecnológicos são alguns dos pilares que sustentaram a chegada e perpetuação da obstetrícia como uma nova disciplina<sup>14,15,16</sup>. Nessa conjuntura, práticas de saúde deslocadas das instituições médicas passam a serem consideradas inferiores, inadequadas e prejudiciais. Por conseguinte, parteiras não eram mais bem vindas, nem bem vistas. Não somente porque eram parteiras, mas porque parteiras e mulheres. A concepção da mulher como um ser menor, desigual e defeituoso ganha novos contornos com a chegada da obstetrícia, e se fortalece<sup>16,17</sup>. Carneiro<sup>16</sup> pondera que, embora muito se tenha avançado na superação de teorias que inferiorizam e/ou subjagam a mulher, isso não se estende ao parto em especial, ainda tratado como assunto médico e cercado de um imaginário tecnológico e moderno.

Assim, mesmo que seja notória a influência da proximidade geográfica e do modo de vida da cidade nas decisões pessoais ou coletivas na aldeia, é compreensível que G. tenha percebido no médico da equipe essa predisposição para contraindicar o parto na aldeia.

### **O custo social de ser parteira: cadê o ganho?**

O sistema social Krahô, sua cosmologia, seus ritos e os desdobramentos do contato com os sertanejos locais há tempos são objeto de interesse de antropólogos e estudiosos, de modo que se encontra disponível um considerável e rico acervo bibliográfico sobre esse povo<sup>18,19,20</sup>. Durante as incursões para a pesquisa, o encontro frequente com outros pesquisadores, fotógrafos e comerciantes fez refletir sobre a abertura desse povo ao universo *kupẽ* (aquele que não é krahô). A fase final da coleta de dados foi marcada pelo pleno funcionamento da rede elétrica em todas as aldeias e já era significativo o número de casas com televisores, o eletrodoméstico mais popular e desejado nessa nova conjuntura. Agora o mundo *kupẽ* estaria ali sempre, sem filtros e sem precisar pedir autorização à FUNAI ou às lideranças.

Não será um grande entrave apreender o que se ouve ou se vê na televisão; a língua falada entre os Krahô faz parte da família Jê, do tronco linguístico Macro-Jê, mas a maioria fala e compreende bem ou razoavelmente o português, em especial os homens. Entre as mulheres há maior dificuldade na fala e/ou compreensão da língua portuguesa. Nesse sentido, ter o suporte de G. foi fundamental para o andamento da pesquisa.

As sutilezas presentes nas tentativas de comunicação envolviam ainda as oscilações não verbais como o olhar, o modo de sentar, o tom de voz, a postura. Numa ocasião, M2, comentando sobre a (não) presença de agentes da FUNAI, disse:

Eles não vêm, não sentam perto da gente assim...como você. (M2)

Embora movimentos não verbais possam ser intuitivos e, até certo ponto, involuntários, esse comentário fez perceber a preciosidade da postura e do não dito, especialmente numa situação em que a compreensão verbal não era plena.

As dificuldades de linguagem já haviam sido percebidas durante as oficinas do PTPT, entretanto, com o uso das metodologias ativas de aprendizagem, de argila, desenhos, bonecos e respeito ao tempo e à forma de se expressar de cada uma, fruto da experiência de anos da pessoa que conduzia as oficinas, parecia algo relativamente superado e não tão relevante naquele cenário. As colocações de M1 dão a dimensão do quão complexo pode ser esse processo:

...porque a *kypê* falou: você é muito inteligente, vai ter asa pra avoar, vê as coisa...quando eu cheguei, eu passei uma semana com aquela coisa no meu peito, pensando o que era inteligente...o que era asa pra avoar? Depois que meu *pahi* (*cacique*) explicou e eu entendi que era uma coisa boa. (M1)

Se nesse exemplo, um elogio carregado de boas intenções não foi capaz de cumprir a função de incentivar e reconhecer, nas falas subsequentes observa-se que as expressões ambíguas da mesma mulher deixam claro sua percepção sobre o que estava ocorrendo:

No curso nós estudô de tudo, fez boneca, ganhô material, aprendeu. Gostei. (M1)

Foi sofrido o curso...pra mim foi...sentada o dia todinho...sem escrevê, sem lê...eu senti cuma *k̄raré*...porque *k̄raré*, é criança, você vai dizer assim: como é que é? Como é que vocês fazem? Aí fala: não é pra fazer assim...aí pega no braço, senta aqui...é pra sentá e ficá lá olhando. (M1)

Houve uma genuína preocupação das pessoas que conduziram as oficinas em respeitar o tempo de cada mulher, buscar métodos que não dependessem da

linguagem oral ou escrita, permitir manifestações culturais (como dança e música) e acolher as demandas levantadas pelas mulheres. Todavia, para M1, nenhuma dessas questões, nem mesmo o vínculo de afeto que ela criou com as condutoras das oficinas, nem o fato de expressar que havia gostado do curso ocultou a principal intenção daqueles encontros: transformar sua prática. Em última instância estava sendo ensinada tal qual se ensina uma criança, um *k̄raré*. Trata-se afinal, de colocar sob análise sua prática e remodelá-la tendo como parâmetro o saber construído academicamente. Embora o PTPT enfatize a importância de se pactuar compromissos com gestores, são as oficinas com as parteiras o ponto alto, mais noticiado e valorizado do programa, o que para Gusman et al<sup>3</sup> reduz ao saber/fazer da parteira a complexa questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar.

As reportagens que noticiam as oficinas com as parteiras tradicionais dão grande ênfase a esse remodelamento de saberes, e os termos “capacitar”, “qualificar” e “certificar” geralmente sustentam os títulos e os textos<sup>21,22,23</sup>. Um clássico exemplo pode ser encontrado no título “Parteiras indígenas: mulheres de sete municípios serão qualificadas pela SESAU” do site de notícias Roraima em Foco<sup>22</sup>, no corpo do texto se lê que a qualificação “visa intensificar a redução da mortalidade materno-infantil, além de ampliar a assistência à gestante e ao bebê”. É pueril pensar a melhoria dos indicadores materno-infantil desconsiderando as condições de vida e a configuração da rede de atenção à saúde, portanto percebe-se arraigado um pensamento ingênuo de que bastaria ensinar o modo correto, dominante e hegemônico para obter resultados positivos.

Essa tentativa de remodelar a prática foi percebida na aldeia e seu significado no cenário indígena Krahô galgou dimensões não previstas quando se idealizou o desenvolvimento do projeto. A primeira questão que se fez sentir em campo esteve relacionada com a categorização da mulher Krahô em parteira. De fato, o termo “parteiras indígenas” está posto no PTPT quando o MS justifica que tais mulheres estão inclusas no conceito de parteira tradicional<sup>1</sup>. Ocorre que, para as mulheres Krahô e seus parentes, elas nunca foram parteiras, mas tornaram-se parteiras após o “curso”.

O primeiro contato para fins de coleta de dados deu-se num contexto de festa em decorrência dos jogos indígenas Krahô. Diversas lideranças, homens e mulheres de

aldeias distintas estavam reunidos em uma única aldeia para a competição. Assim, certa tensão se instalou quando G. chamou as mulheres e seus maridos para conversar sobre a pesquisa. As cobranças quanto ao salário que, no entendimento deles, as mulheres deveriam estar recebendo, o fato de terem passado uma semana ausentes e de terem retornado sem dinheiro às aldeias foi imediatamente colocado. A pesquisadora foi tomada como a agente que deveria garantir a dignidade de volta, providenciando o retorno financeiro. Após longas conversas, que ultrapassaram aquele momento, foi possível realizar os esclarecimentos que permitiriam fluir a pesquisa. Todavia, até o final do trabalho de campo era comum ouvir as perguntas sobre o pagamento e a contratação das parteiras. Não era tarefa fácil tentar respondê-las. Como dizia G.:

Quando o governo chama pra fazer um curso, sempre tem um cargo e tem salário. É assim com o agente de saúde indígena, com o barqueiro, com o professor...(G.)

Então deveria ser com a parteira. Os apelos foram muitos. Com a menção honrosa em mãos, entregue durante o seminário que fechou o PTPT, M1 coloca:

Pensamo que agora era emprego de parteira...agora virô parteira. Ninguém nunca chamava de parteira...pegava, mas não chamava, pegava porque precisava. Depois do curso veio o nome de parteira, cadê o ganho? (M1)

Ganha alguma coisa? Só mal resposta! (M2)

Voltou sem *poré* (dinheiro)! Por que paga pra *kupê* e não paga pra *mehin* (o índio Krahô)? O *poré* nunca volta pra *mehin*, só circula entre os *kupê*! Por que o *kupê* pode ganhar salário no hospital e *mehin* tem que fazer de graça? (P2-marido)

A possibilidade de remuneração pela assistência ao parto domiciliar por parteira passou a ser viável a partir de 1998 com a publicação no Diário Oficial da União desse procedimento dentro do rol da tabela do Piso da Atenção Básica (PAB) variável<sup>24</sup>. Entretanto, registros de pagamento são raros e quando ocorrem são geralmente frutos de movimentos de parteiras e/ou ações políticas pontuais, como no caso do “Projeto Parteiras Tradicionais do Amapá” o qual previa pagamento de meio salário mínimo e sobreviveu entre os anos de 1995 a 2003<sup>25</sup>. Se obter reconhecimento através da remuneração é algo distante para a maioria das parteiras tradicionais, para mulheres indígenas essa matéria beira o inatingível. Questões de ordem antropológica, estrutural, legal e política vão sustentar essa pauta por longo período; a começar pela categorização da mulher indígena como “parteira”.

Para Langdon<sup>26</sup>, é um equívoco o enquadramento do conhecimento e das práticas da mulher indígena e mesmo da parteira tradicional como um tipo de obstetra, fato frequente nas políticas de estado e que evidencia uma concepção limitada da medicina tradicional indígena e o não reconhecimento da pluralidade étnica e cultural. Alguns autores<sup>26,27,28</sup> apontam que utilizar a racionalidade do modelo médico hegemônico para aproximar saberes e práticas indígenas às categorias praticadas e reconhecidas pela biomedicina, além de empobrecedoras, geram uma relação de subalternização e desvalorização de alguns saberes indígenas e seus praticantes.

Os achados desse estudo em muito se assemelham aos de Ferreira<sup>4</sup> e Scopei<sup>27</sup>. As principais similaridades residem no fato de que os “cursos de parteira” geraram redefinição de papéis e interferiram nas relações sociais. Para M3 a necessidade do *poré* parecia maior do que para as outras mulheres e o sentido dessa urgência veio com a declaração de M2:

Quando voltô pra aldeia, todo mundo pensava que tinha *poré*, as pessoas...tá todo mundo sabendo que fez o curso de parteira. Então fala: você fez o curso, é parteira, tem que pegar o *k̄raré!* Quando a N. era cacique ela falou assim pra ‘M3’: você tem que pegar o *k̄raré* da minha filha, tá ganhando *poré!* ‘M3’ falou que não tinha *poré*, mas N. saiu falando que a ‘M3’ era mentirosa, porque tava sim

ganhando *porê*! Ela ficou muito chateada, por isso que ela não gosta de falar do curso e já falou que sem *poré* não quer saber do negócio de parteira. (M2)

Coimbra e Garnelo<sup>29</sup> ajudam a refletir sobre os impactos da transposição dos “direitos reprodutivos” e das questões de gênero pleiteados na declaração do Cairo às comunidades indígenas sem considerar a organização sociopolítica e o contexto cultural. São assertivos quando falam da necessidade de se propor modelos de intervenção culturalmente sensíveis, pactuados com os membros da comunidade a quem se destina a intervenção e pautados no conhecimento mais aprofundado das relações e dos códigos culturais, sob a pena de que tais intervenções, ainda que inicialmente estejam baseadas no respeito cultural, possam ferir os preceitos de uma ordem social que não nos cabe modificar.

O apelo de M3 ilustra o incômodo gerado pela intervenção e o “tornar-se parteira”:

Deixa a gente fazê do jeito que já vinha fazendo. Porque chama de parteira, todo mundo sabe que tem um salarinho e nós não tamo tendo...então só pra ter o nome de parteira não é bom. (M3)

Não há uma identificação com a figura “parteira”, a qual representaria um cargo a ser assumido e não algo que possa traduzir suas habilidades na assistência ao parto. Entre o povo Krahô, assim como em diversas etnias indígenas, qualquer mulher pode prestar assistência durante o nascimento; prática e saber que se aprende na tradição oral ou dando à luz sozinha, “no mato”. M2 foi a que mais havia “pegado *k̄raré*” dentro e fora do seu círculo familiar e em seu relato sobre como começou a se envolver com o parto, foi firme ao dizer:

Eu tive foi sozinha, no mato, chamei meu marido pra ajudar a cortar o umbigo e falei, você não fez? Agora me ajuda aqui! (M2)

Não é comum prestarem assistência ao parto fora do seu círculo familiar, fato que só ocorre quando alguém vem solicitar ajuda em decorrência de alguma dificuldade que possa estar ocorrendo. O contato com o *kaprô* (sangue) de outra pessoa faz adoecer e torna a pele amarelada. Esse é um cuidado que até mesmo as mais jovens precisam observar quando estão menstruadas, devendo ser as últimas a se banharem no rio. Além disso, caso algo saia errado durante o parto, a mulher pode sofrer acusações de feitiçaria ou ter sua reputação comprometida. Assim, a lógica em determinar uma ou duas pessoas na aldeia que sejam referência na assistência ao parto domiciliar, como idealizado pelo PTPT, não parece ser adequada à organização social Krahô. De fato, houve notória dificuldade no momento de cadastrar as mulheres indígenas que participariam do PTPT, já que algumas afirmavam ter assistido a um único parto. Optou-se então por cadastrar aquelas que se declarassem dispostas a assistir um parto quando chamadas, numa média de duas por aldeia. Geralmente era a liderança quem indicava as mulheres, o que fez com que muitas outras não compreendessem porque não haviam sido chamadas:

Eu peguei mais *kxaré* que M4, mas ninguém veio conversar comigo. (P3 – irmã)

Trata-se de assumir que o equívoco está para além dos critérios de seleção, está no reconhecimento de que a proposta de intervenção não foi sensível à conformação sociocultural do povo Krahô.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados mostram que no contexto social das mulheres Krahô que participaram deste estudo, o objetivo do PTPT referente a valorizar e resgatar o trabalho da parteira não esteve próximo de ser atingido. Ao contrário, o fato de não haver um desdobramento com cargo e salário, não previsto no projeto, mas idealizado pela comunidade, teve um impacto importante nas aldeias, com consequente comparação sobre a forma como o “governo” trata e valoriza o saber e a prática do *kupê* em detrimento das práticas nas aldeias. Mesmo que o PTPT não pretenda diplomar parteiras e tenha suas ações direcionadas às mulheres que já atuam empiricamente na atenção ao parto e nascimento, introduziu de forma não intencional uma nova categoria profissional e impactou a ordem social das mulheres do estudo.

Ferreira<sup>30</sup> coloca que esse processo de validação científica dos saberes tradicionais e a qualificação de seus praticantes por intermédio de cursos, acabam por deslocar saberes, práticas e praticantes do seu contexto para reencaixá-los no espaço das políticas públicas, trazendo novos sentidos e funções.

No que diz respeito ao apoio às práticas das parteiras com o objetivo de reduzir mortalidade materna e neonatal, há que se considerar o alcance limitado do projeto diante de uma conjuntura em que coexistem entraves como o distanciamento dos profissionais da saúde, a dificuldade em se ofertar uma atenção que leve em consideração as especificidades culturais no âmbito do SUS, as flutuações políticas a que o país está submetido, a desigualdade social, entre outros. Esse estudo é apenas um fragmento do desdobramento do PTPT para algumas mulheres indígenas de uma etnia específica, sendo inviável qualquer generalização, mesmo entre povos indígenas. Contudo, evidencia um etnocentrismo que, a despeito das boas intenções, precisa ser mais bem analisado em outros contextos sob pena de se inverter a lógica do PTPT, desvalorizando práticas e saberes e gerando conflitos internos.

Nenhuma dessas questões invalida o mérito do programa; para Fleischer<sup>31</sup> os cursos tendem a fomentar um empoderamento mais político do que técnico-científico. Colocar em evidência e defender a valorização das parteiras e seu modo de atenção à saúde são ações valiosas e necessárias no contexto brasileiro. O estudo pretende colaborar nessa frente, apontando que ajustes podem ser necessários ao longo do caminho.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares [internet]. 2010 [acessado 2016 Out 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)
2. Organização das Nações Unidas. Objetivos do Milênio. [internet]. [acessado 2016 Set 10]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimentodo-milenio>
3. Gusman CR, Viana APAL, Barbosa MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. Rev Panam Salud Publica 2015; 37 (4-5): 365-370.
4. Ferreira LO. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto jurua: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
5. Garnelo L. O SUS e a Saúde Indígena: matrizes políticas e institucionais do Subsistema de Saúde Indígena. In: Teixeira CC, Garnelo (Org). Saúde indígena em perspectivas: explorando suas matrizes históricas e ideológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 107-142.
6. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
7. Malinowski B. Os argonautas do Pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné, Melanésia. São Paulo: Abril Cultural; 1978.
8. Levi-Strauss C. Antropologia Estrutural. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975.
9. Trad LAB. Trabalho de campo, narra... e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. Cien Saude Colet 2012; 17(3): 627-633.

10. Da Matta R. O Ofício de Etnólogo ou como ter Antropological Blues. Boletim do Museu Nacional 1978; n 2.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai). [internet]. 2014 Fev [acessado 2017 Jan 12]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-oministerio/70-sesai/9518-siasi>
12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena [internet]. 2015 [acessado 2016 Out 21]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev\\_01\\_relatorio\\_final\\_5cnsi.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/02fev_01_relatorio_final_5cnsi.pdf)
13. Brasil. Ministério da Saúde. Sesai terá reforço de mais médicos para assistência em aldeias [internet]. 2015 Jun [acessado 2016 Dez 12]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretariasesai/noticias-sesai/18247-saude-indigena-recebe-reforco-de-mais-medicos-paraassistencia-em-aldeias>
14. Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
15. Rodhen F. Uma Ciência da Diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
16. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. Interface 2013; 17 (44): 49-59.
17. Foucault M. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1980.
18. Nimuendaju C. The Apinayé. Washington-DC: The Catholic Univesity of America Press; 1939.
19. Melatti JC. Ritos de Uma Tribo Timbira. São Paulo: Ática; 1978.
20. Cunha MC. Os mortos e os outros. São Paulo: Hucitec; 1979.
21. Parteiras Indígenas são certificadas e recebem kits em último dia de encontro no Jordão. Notícias do Acre [periódico da internet] 2016 Ago 18 [acessado 2016 Out 22]. Disponível em: <http://www.agencia.ac.gov.br/parteiras-indigenas-sao-certificadas-erecebem-kits-em-ultimo-dia-de-encontro-no-jordao/>

22. Parteiras indígenas: mulheres de sete municípios serão qualificadas pela SESAU. Roraima em foco [periódico da internet] 2014 Dez 4 [acessado 2016 Out 22]. Disponível em: <http://www.roraimaemfoco.com/parteiras-indigenas-mulheres-de-setemunicipios-serao-qualificadas-pela-sesau-2/>
23. Parteiras de São Gonçalo recebem capacitação e valorização do conhecimento popular. No minuto [periódico da internet] 2014 Ago 12 [acessado 2016 Out 22]. Disponível em: <http://www.nominuto.com/noticias/saude/parteiras-de-sao-goncalorecebem-capacitacao-e-valorizacao-do-conhecimento-popular/114343/>
24. Brasil. Portaria nº 166 de 31 de Dezembro de 1997. Descreve o elenco dos Procedimentos da Atenção Básica-PAB e fixa os valores dos procedimentos. Diário Oficial da União 1998; 20 jan.
25. Saber das parteiras tradicionais pode virar patrimônio imaterial. Brasil 247 [periódico da internet] 2015 Nov 25 [acessado 2016 Dez 10]. Disponível em: <http://www.brasil247.com/pt/247/amapa247/206735/Saber-das-parteiras-tradicionaispode- virar-patrim%C3%B4nio-imaterial.htm>
26. Langdon EJ. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M. (Org.). Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas. Recife(PE): Nupeea; 2013.
27. Scopel RPD. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Mundukuru [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
28. Sésia PM. Women come here on their own when they need to: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca. Medical Anthropology Quarterly 1996; 10 (2): 121-140.
29. Coimbra Jr CEA, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004
30. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. Hist. cienc. saude-Manguinhos 2013; 20(1): 203-219.
31. Fleischer S. Parteiras, Buchudas e Aperreios. Uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2011.

## **5 QUARTO ARTIGO**

### **5.1 Referência/Periódico**

Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Apropriações e usos dos objetos do curso de parteiras tradicionais no cotidiano das mulheres Krahô. Em análise. / Cadernos de Saúde Pública

### **5.2 Situação**

Submetido/Em análise

### 5.3 Texto

## APROPRIAÇÕES E USO DOS OBJETOS DO CURSO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS NO COTIDIANO DAS MULHERES KRAHÔ

Christine Ranier Gusman<sup>1</sup>, Douglas Antonio Rodrigues<sup>2</sup>, Wilza Vieira Villela<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Tocantins. Curso de Enfermagem. Palmas, TO, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP, Brasil.

### RESUMO

O artigo analisa a apropriação dos objetos do kit da parteira por mulheres indígenas da etnia Krahô após a participação no Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais. Trata-se de um estudo qualitativo de natureza etnográfica que utilizou o diário de campo e a observação participante como principais suportes, além de dados secundários e entrevistas pontuais. Participaram do estudo dez mulheres de oito aldeias diferentes e a coleta de dados ocorreu entre agosto de 2015 a dezembro de 2016. Os resultados evidenciaram que os itens presentes no kit da parteira foram apropriados e utilizados de diferentes formas no cotidiano da aldeia, na maioria das vezes desvinculados do contexto do parto. O estudo aponta que existe um viés etnocentrado no programa, materializado na entrega de objetos fora da lógica de cuidado das mulheres, o que pode ser tomado como um exemplo de violência simbólica. Sugere-se o resgate da dimensão intercultural na formulação e execução de políticas públicas direcionadas a esse público como um caminho profícuo, sob pena de se engendrar num ciclo alienado e alienante, desperdiçando recursos e adiando discussões importantes como o fortalecimento da rede de atenção à saúde no entorno das mulheres indígenas.

Palavras-Chave: Saúde de Populações Indígenas; Parteira Leiga; Parto Domiciliar

### INTRODUÇÃO

O surgimento e estabelecimento da obstetrícia como campo disciplinar a partir do século XVIII coincide, não por acaso, com o momento que Foucault<sup>1</sup> considera inaugurada a biopolítica - quando os fenômenos da vida humana e a própria vida entram na ordem do saber e nos cálculos de poder. Tempo iluminista, em que o ser pensante, racional e consciente refuta a tradição, a superstição e os mitos<sup>2</sup>.

A obstetrícia como uma especialidade médica e a superioridade e prestígio dos médicos em relação às parteiras é contada como uma sucessão de triunfos ancorados

no avanço científico da época que levaram à superação da ignorância e da dor<sup>3,4</sup>. Embora haja lapsos nos registros sistemáticos do parto antes de se tornar objeto da medicina, com o suporte da arqueologia e antropologia tem sido possível delinear os cuidados prestados no parto na era pré-obstétrica como uma prática envolta de rituais e tradições, restrita a um pequeno grupo de mulheres e mantida pela tradição oral, caracterizando-se como um evento social<sup>4</sup>. Dessa forma, se o poder passa a se localizar na lógica da defesa da vida e nas normatizações que a garantam, uma prática baseada na tradição oral e fora de qualquer vigilância formal, cai rapidamente em descrédito. É a norma, o conjunto de regras prescritivas, que para Foucault<sup>1</sup> consolida a tecnologia de poder centrada na vida.

No Brasil, a relação que o Estado estabeleceu com as parteiras oscilou entre a invisibilidade e o controle, com oferta de treinamento e supervisão na perspectiva de o parto domiciliar realizado por parteiras cada vez mais se aproximasse das práticas médicas<sup>5,6,7,8</sup>. Os termos “valorização do saber da parteira” e “troca de saberes” aparece como novidade no início deste milênio com o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais (PTPT) do Ministério da Saúde (MS)<sup>6</sup>. Esta foi uma das estratégias utilizadas para reduzir as mortes maternas visando atingir as metas estabelecidas no contexto dos objetivos do milênio<sup>6,9</sup>. O PTPT incluiu a parteira indígena no programa e na definição de parteira tradicional, por prestar assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais, enfatizando o respeito às especificidades étnicas e culturais<sup>6</sup>.

O Tocantins aderiu ao PTPT em 2011. Entre os anos de 2011 a 2014 localizou e cadastrou 67 parteiras atuantes, dentre as quais 52 declararam-se indígenas. Nesse período, o estado ofertou três oficinas de capacitação com 40 horas de duração, tendo participado 41 mulheres, sendo 39 indígenas e duas moradoras do interior do estado<sup>10</sup>. As participantes receberam ao final uma menção honrosa e um kit com diversos objetos relacionados ao partejar, como tesoura, luvas, estetoscópio de Pinard e utilitários, como lanterna a dínamo, capa de chuva, caderno etc. Foram também promovidas oficinas com gestores de saúde com o objetivo de garantir apoio, inclusive na manutenção e reposição material, a estas parteiras. Embora o discurso de valorização do conhecimento e da troca de saberes configure a âncora do programa e sejam utilizadas

metodologias ativas durante as oficinas, o saber biomédico hegemônico é o fio condutor das atividades que dá acesso aos objetos do kit.

A experiência do Tocantins é peculiar pela predominância de mulheres indígenas no conjunto das mulheres categorizadas como “parteiras tradicionais”. Para Langdon<sup>11</sup>(2013) considerar a mulher indígena como pertencente a uma categoria legitimada pelo saber hegemônico, fato frequente nas políticas públicas, traduz uma concepção limitada sobre medicina tradicional indígena e um etnocentrismo que não é capaz de reconhecer a pluralidade étnica e cultural. Como consequência dessa comparação ou aproximação às categorias reconhecidas pela biomedicina há a tendência de subalternização e desvalorização das práticas e saberes indígenas<sup>8,11,12</sup>. Corroboram com essa perspectiva os estudos de Ferreira<sup>8</sup>, Dias-Scopel<sup>13</sup> e Gusman et al<sup>14</sup> que mostram que os cursos de parteiras podem levar a redefinição de papéis e interferência nas relações sociais dos indígenas, acarretando conflitos.

A percepção de um direcionamento talvez inadequação das ações do PTPT para as mulheres indígenas foi o que impulsionou este estudo. Em especial, o kit da parteira foi assumido como símbolo concreto de que uma nova prática seria demandada a estas mulheres. Ademais, a necessidade de manutenção e reposição dos materiais pelo poder público, faz do kit uma espécie de termômetro da relação com os serviços de saúde. Assim, percorrer o trajeto dos objetos entregues surgiu como uma possibilidade para compreender a apropriação e o uso dessas novas ferramentas e conceitos no cotidiano da aldeia, além de sinalizar como tem ocorrido o suporte material oferecido às mulheres pelo serviço de saúde.

## **METODOLOGIA**

O presente artigo pretende discutir a apropriação e o uso do kit da parteira no contexto das aldeias indígenas por meio do acompanhamento cotidiano das mulheres Krahô. Trata-se de um estudo de metodologia qualitativa, que se apoiou na antropologia social, sobretudo nas ferramentas etnográficas, para o desenvolvimento da pesquisa. Baseou-se no conceito de cultura trazido por Geertz<sup>15</sup>, buscando a apreensão de significados através de um esforço intelectual definido pelo autor como “descrição

densa”. Mais do que técnicas de pesquisa, a etnografia pressupõe uma imersão na vida diária do grupo em análise, focalizando detalhes e nuances das cenas vividas em campo. Para Geertz<sup>15</sup> é o que pode dar sentido às experiências vividas.

Embora mulheres de outras etnias tenham feito parte do PTPT no Tocantins, as da etnia Krahô foram maioria e o acesso ao Território Indígena (TI) desse grupo mostrou-se viável para a realização da pesquisa. Assim, entre agosto de 2015 a dezembro de 2016, foram realizadas nove viagens ao TI Krahô, com duração média de quatro dias por viagem. Participaram do estudo dez mulheres e seus familiares de oito aldeias diferentes. A escolha das aldeias foi influenciada pela proximidade geográfica entre elas, pela abertura das mulheres, pelos vínculos que foram amadurecendo e por indicação de G, um técnico de enfermagem que atua no TI há 14 anos, domina a língua nativa e participou do PTPT na condição de acompanhante e intérprete das mulheres.

A agenda das viagens de campo dependeu dos acordos com as mulheres, da disponibilidade de G, que cedia e pilotava a motocicleta no TI, e do tempo, pois com chuvas fortes o trajeto se tornava impossível.

A observação participante e o diário de campo foram o suporte principal do estudo, apoiados por entrevistas gravadas pontualmente em momentos oportunos bem como por dados secundários. Priorizaram-se as conversas informais ao longo do dia, facilitadas pela imersão na rotina das mulheres e o compartilhamento de vivências, como o preparo dos alimentos, o cuidado com os filhos e netos, o banho no rio, o almoço, a visita à casa de parentes etc. O diário de campo era alimentado diariamente com o registro das falas e situações vividas, mas também com percepções, sensações e inquietações que o campo trazia. O gravador era utilizado depois de instalada certa proximidade e com a intenção de registrar algum ponto central da conversa. O roteiro de observação passou por remodelações acompanhando as reflexões e tentativas de compreensão ao longo do percurso.

As vozes e as observações que emergiram em campo foram categorizadas tematicamente e analisadas de acordo com estudos voltados a saúde indígena, saúde da mulher, saúde coletiva, mas principalmente àqueles provenientes do campo das ciências sociais, no que diz respeito a apropriação e/ou ressignificação de um saber dominante.

O trâmite ético formal para o início e manutenção do trabalho de campo envolveu aprovação e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, da Comissão Nacional de Pesquisa, da Fundação Nacional do Índio, dos e das caciques e das mulheres.

Respeitando a confidencialidade e o anonimato dos interlocutores, as mulheres e seus parentes estão identificados pelas iniciais M1, M2 etc e P1, P2 etc, respectivamente, e não será possível distinguir no texto as aldeias visitadas. Algumas palavras do vocabulário Krahô foram incluídas em letra cursiva e suas traduções estão na sequência, entre parênteses.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Tomemos inicialmente o exemplo do corte do cordão umbilical para ilustrar a dificuldade em encontrarmos lógica numa cultura ou saber que não nos é familiar. Imaginar como, no contexto indígena, as mulheres fariam a substituição de seu instrumento de corte, a flechinha, pela tesoura inspirou diversos questionamentos. Como procederiam para descontaminar a tesoura? Seguiriam todos os passos ensinados? Usariam a tesoura apenas para esse fim? E talvez mais relevante: trocariam a flecha pela tesoura?

O questionamento “quais materiais você usa no parto?” mostrou-se difícil de ser respondido para algumas mulheres. A colocação de M5 trouxe a noção de que a pergunta estava vinculada à normatização de uma sala de parto hospitalar, o que não fazia sentido ali.

“Finada minha mãe me ensinou: não tem material, só espera o *kraivé* (criança), lava, corta o umbigo, enrola no pano e dá pra mãe” (M5)

Laraia<sup>16</sup> (p.90) coloca que “a coerência de um hábito cultural somente pode ser analisada a partir do sistema a que pertence”. Assim, foi apenas com o trabalho de campo em andamento há algum tempo que o lugar da tesoura, da flecha e da embira

pôde ser compreendido. Também foi preciso tempo para surgir a abordagem mais coerente, as perguntas mais relevantes e a observação distanciada de valores etnocentrados.

Embora não tenha sido possível presenciar um parto na aldeia, as conversas indicaram que os únicos “materiais” que as mulheres dispostas a “pegar *kravé*” mantêm em casa é o pano, tecido de algodão que precisa ser comprado fora da aldeia, e um tipo de bambu. A embira, uma fibra vegetal resistente extraída de folhas, tem muitas funções na aldeia e é quase sempre a escolha preferencial para amarrar o cordão umbilical. É retirada no momento em que se precisa, uma vez que há diversas moitas com a fibra no entorno. Outra opção para laquear o cordão umbilical é a tira de algodão, feita artesanalmente em poucos minutos a partir da extração de um chumaço de algodão, com frequência plantado no fundo das casas.

Não é de uma flecha indígena presente no imaginário coletivo que vem o instrumento para o corte do cordão, mas de um tipo de bambu, este sim guardado em casa, que se extrai uma pequena lasca cortante a qual chamam flechinha.

Nesse contexto, a tesoura não conseguiu encontrar o seu lugar no parto, ao menos não da maneira idealizada. Para algumas mulheres é utilizada nas mais diversas tarefas da aldeia, para outras o instrumento já não existe mais. A tesoura se encontrava intacta, dentro do recipiente de inox que foi entregue, apenas na aldeia mais distante, porque nesse caso os dois kits haviam sido entregues e guardados no posto de saúde e nunca usados, e no kit de M1, que disse ter intenção de usá-la no parto. M1 que havia assistido a quatro partos após o curso foi a única a apresentar a bolsa do kit relativamente preservada e com a maior parte dos materiais presentes. Entretanto, o uso da tesoura nos partos que assistiu não ficou claro; o bambu do qual se extrai a flechinha era mantido em casa.

Dentre as mulheres que ainda possuíam a tesoura, três afirmaram que poderiam vir a utilizar num parto caso fosse preciso, mas nenhuma conseguiu descrever o processo de descontaminação ensinado no curso. As falas se resumiam a lavar, secar e guardar ou eram vagas, sem explicar o ensinado:

“Faço igual a P. ensinou.” (M3)

As noções de limpo, sujo e contaminado que surgiram nas conversas nada têm a ver com os conceitos microbiológicos da biomedicina. Um exemplo é a descrição de M7 e P10 (marido) de como deve ser o pano que envolve o *kraré* ao nascer: limpo, novo, como veio da loja, sem ninguém ter utilizado, nem ter sido lavado antes.

Não se pretende colocar em discussão a questão do risco microbiológico, mas abordar como os diferentes saberes manifestam-se na prática. Importa reconhecer que outras racionalidades, além da científica, estão presentes no cuidado e se amparam em suas próprias lógicas. M1, por exemplo, não se convenceu sobre a importância do contato pele a pele durante o nascimento:

“Não gostei desse negócio de colocar o *kraré* no colo da mãe na hora que nasce. Precisa fechar a anca. Depois que nasce, eu coloco ela deitada de lado com as perna fechada pra ajudar o corpo a fechar de novo...eu que seguro o *kraré*”. (M1)

Assim, o acesso a determinadas informações ou objetos não determinam por si só a mudança de uma prática, mas é notório que a construção da superioridade do saber cientificista da medicina, ou racionalidade científica, estabeleceu uma relação de poder frente a outras lógicas e outros saberes. Essa situação epistemológica da biomedicina, embora tenha passado a ser questionada nas últimas décadas, é hegemônica até os dias de hoje<sup>17</sup>.

É um fato que o discurso da “valorização do saber da parteira” retira da invisibilidade essas mulheres e levanta a questão de que há um saber tradicional que precisa ser reconhecido e valorizado. Entretanto a questão mais complexa é como levar adiante essa bandeira quando não se dispõe de mecanismos eficazes para tal. Ao contrário, o direcionamento das ações, conteúdos e instrumentos seguem a lógica do saber dominante.

O kit da parteira foi oficialmente incluído como uma demanda do SUS a partir da Portaria 1.459/2011, que instituiu a Rede Cegonha; um programa de assistência à gestação, parto e maternidade no Brasil cujos objetivos são melhorar a qualidade da assistência, organizar a rede de atenção e reduzir a mortalidade materna e infantil<sup>18</sup>. O programa gerou controvérsias em seu lançamento, alimentadas principalmente pelo termo ou figura da “cegonha” em substituição à mulher e pela timidez com que tratou a questão do aborto<sup>19,20,21</sup>, matérias que não serão trabalhadas aqui. Para a composição do kit, a portaria descreve uma lista com 30 itens e uma bolsa para acondicionar os materiais. A entrega deste material é frequentemente noticiada como o ápice dos cursos de parteiras, como demonstra o título da reportagem do site de notícias do governo do Acre: “Parteiras indígenas são certificadas e recebem kits em último dia de encontro no Jordão”<sup>22</sup>. A foto que estampa a reportagem traz um ambiente comemorativo, com balões ao fundo, pessoas uniformizadas e uma mulher indígena posando com o certificado e a bolsa, enquanto outras assistem e aguardam sua vez. Configura, portanto, um prêmio conquistado, entregue àquelas que tiveram acesso ao curso. Há um valor simbólico nessa entrega, já que o kit e o certificado se tornam, na conjuntura do curso, a materialização do saber e da prática dominante. Ainda que possa ter valor utilitário para muitas mulheres ou mesmo que algumas já utilizem tais objetos em sua prática, a mensagem é de que a legitimação para usar o que já usavam ou fazer o que já faziam só pôde ser admitida ao final, depois de cumprida a carga horária do curso.

A experiência tocantinense foi semelhante, mas ao invés de um certificado, uma menção honrosa fechou um seminário em que autoridades estiveram presentes. Para M1, que, assim como as demais, não domina a linguagem escrita, a menção foi entendida como um título de parteira. Contribuiu para esse entendimento o ritual solene de entrega da menção. M1 plastificou seu impresso e com ele em mãos argumentou:

“Pensamo que agora era emprego de parteira, agora virô parteira” (M1)

Os cursos não pretendem formar parteiras, mas, dentro da lógica dominante, qualificá-las e instrumentalizá-las. Nenhuma das mulheres que fizeram parte do estudo, embora já pegassem *kraré*, se autodenominavam parteiras; a percepção foi a de que se tornaram após o curso. Equívocos de uma relação em que a alteridade entra como prerrogativa, mas encontra dificuldades para se expressar.

O kit também colaborou com a ideia de que as mulheres, em algum momento, poderiam ser contratadas como parteiras. M1 demonstrava preocupação com o uso do material para outras finalidades na aldeia, seu receio era de que não fossem mais chamadas para outros movimentos caso não demonstrassem zelo. Criticou outras mulheres com veemência:

“Nós não ganhô caderno pra fazer cigarro não!” (M1)

Diferente das companheiras mantinha seu caderno conservado, com o registro dos quatro partos que havia assistido, mas necessitava da ajuda da técnica de enfermagem para seguir com as anotações. A preocupação de M1 com esses registros e, principalmente, com a preservação do kit indicava esperança de que viesse a ser remunerada pelo ofício. Indicava também certa precaução em falar o que imaginava que a pesquisadora, ali representando um saber dominante, esperava ouvir. Assim, contradições apareceram, como a sustentação de que a bacia de inox deveria ser utilizada somente para lavar o *kraré* no parto, mas a sua também encontrava serventia no preparo de alimentos, sendo útil para lavar o arroz ou servir a comida. Com exceção das duas mulheres que entregaram o kit na íntegra para a equipe de saúde, as demais mantinham a bacia para uso culinário, ainda que admitissem que pudesse ser útil no contexto do parto.

A luva também foi um item cujo uso ultrapassou o momento do nascimento. As mulheres a consideraram útil no parto porque entre os *krahô* é importante se evitar o contato com o *kaprô* (sangue) de outra pessoa. Há uma regra de que mulheres menstruadas devem ser as últimas a se banharem no rio para evitar que outras

pessoas adoeçam em decorrência desse contato. Ainda assim a luva não foi preservada somente para essa finalidade, o estoque de luvas (100 unidades por kit) havia terminado para sete mulheres, que a utilizaram também no manuseio de pimentas, no recolhimento do lixo e para a diversão das crianças. Além disso, M3 e M6 admitiram que preferem não utilizá-la no parto mesmo sabendo que ficarão fracas e amareladas pelo contato com o *kaprâ*, argumentam insegurança para segurar o *kraré* e temem acidentes.

Falas que demonstrassem resistência ao uso dos objetos não foram rotineiras, mas apareceram. O exemplo mais claro foi o desabafo de M6 na última conversa:

“Minha nora vai ganhar *kraré* na aldeia e eu vou pegar meu neto. Não vou usar o material do *kupê* (não índio, o branco) não! Não é do *kupê* não! Vou usar as coisas daqui mesmo...pra soltar a companheira (placenta)... eu sei muita coisa pra fazer parto...remédios do mato...” (M6)

Outras subversões do material foram surgindo com o aprofundamento do trabalho de campo. A bolsa de M7, empoeirada, vazia e amassada, presa numa árvore foi talvez o sinal mais evidente de que o kit definitivamente não estava cumprindo a função idealizada. Ela explicou:

“Meu filho pegou a bolsa emprestada pra ir na cidade e quando voltou estava muito suja....aí eu deixei meu neto cortar a alça pra fazer a baladeira (estilingue)”.  
(M7)

Com a mesma serenidade explicou que a capa de chuva e a pêra de sucção foram entregues para a brincadeira das crianças e já nem existiam mais.

M4 deu um destino interessante ao estetoscópio de Pinard, entregou ao filho para que pudesse ouvir o coração do *kraré* na barriga da nora. Nesse caso o objeto

cumpria sua função, mas não vinculada ao pré-natal ou à avaliação do bem estar fetal, e sim num movimento de afeto.

Para M2 o kit não se mostrou importante. Sua filha estava prestes a ganhar *kraré* e havia deixado a roça onde morava para aguardar o nascimento do neto. Não trouxe a bolsa ou qualquer material do kit com ela, apenas pediu a G. que no dia seguinte lhe trouxesse algumas luvas. Quando questionada sobre o kit, disse:

“Um dia a casa que ficava aqui nessa aldeia caiu e o material estava lá...sobrou pouca coisa e o que sobrou está na roça, onde eu moro agora” (M2)

Na oportunidade de visitá-la na roça, não foi encontrado qualquer vestígio do kit, com exceção da bacia de inox, usada para servir a salada de tomate no almoço.

Nesse sentido, a reposição dos objetos do kit como um indicador da relação entre o sistema de saúde indígena e as mulheres mostrou-se inócua. O único item citado pelas mulheres como importante para reposição foi a luva, que consideram conseguir sem dificuldades mediante solicitação à equipe de saúde, caso de M1 que já estava em sua segunda caixa. Curioso foi o caminho oposto de alguns objetos, como a balança, emprestada aos postos de saúde em quatro aldeias, além dos dois kits entregues na íntegra.

A balança para algumas mulheres foi um item difícil de manusear. Assim como o ambu (ressuscitador manual) que a maioria afirmou não se lembrar o modo correto de usar. M7 vivenciou uma situação dramática de um parto na estrada e o ambu não estava presente.

“O *kraré* nasceu na estrada, dentro do carro ‘da saúde’, eu que peguei o *kraré*, mas ele nasceu roxinho...eu chupei com a boca mesmo porque não tinha levado aquele negócio...aquele balãozinho (ambu), sabe?...ele viveu, mas morreu no dia seguinte...foi muito triste” (M7).

M7 mora em uma das aldeias mais distantes, cerca de 60 Km de estrada não pavimentada e de difícil acesso até a cidade de Itacajá, a mais próxima. O veículo, uma caminhonete nova e com tração nas quatro rodas, disponível para os atendimentos à saúde é adequada às condições da estrada. Entretanto a maioria das aldeias não contava, na ocasião da coleta de dados, com um sistema eficaz e gratuito de comunicação com o pólo base que presta assistência à saúde e que se localiza no município de Itacajá. A comunicação dependia de ter sinal da operadora de telefonia móvel, de ter crédito disponível para a ligação e/ou de que os donos dos supermercados aceitassem a ligação a cobrar (que seria cobrada dos indígenas posteriormente) e passassem o recado ao pólo.

No contexto estudado, a preocupação com a eficácia do sistema de comunicação entre a aldeia e o serviço de saúde mostrou fazer mais sentido do que a entrega do kit para fins de melhorar o suporte ao parto domiciliar.

Embora o uso dos objetos não corresponda ao esperado pelos idealizadores dos cursos, tampouco encontrem um lugar claro no cenário do parto, o kit e o curso foram valorizados nos discursos das mulheres e termos como “gostei”, “aprendi muito” e “muito bom” foram frequentes. Ao final foram unânimes em considerar a experiência positiva, mesmo diante de alguns desabafos pontuados (M1, M2, M3, M6, M7, M10), como o incômodo por ficar sentada longos períodos, por considerar ter sido tratada como *bravé*, por ter ficado longe da aldeia, por voltar sem presentes para os familiares.

Uma das formas de se analisar a questão é identificando-a com a noção de poder simbólico e de violência simbólica trazida por Pierre Bourdieu<sup>23,24</sup>. O autor descreve as relações de poder a partir de um espaço social, balizado por estruturas de diferenças, gerados pela distribuição de poder e de tipos de capital (econômico, social, cultural, simbólico, político e cultural étnico) nesse universo social. Assim, a violência simbólica é um tipo de violência “que se exerce com a cumplicidade tácita dos que a sofrem e também, com freqüência, dos que a exercem, na medida em que uns e outros são inconscientes de exercê-la ou de sofrê-la”<sup>24</sup> (p.22). Deste modo, a violência simbólica não é percebida como tal; a condição de subalterno e dominante tende a considerar a intervenção não como uma imposição, mas como algo natural, suprimindo uma lacuna ou deficiência quanto às representações ou ideias dominantes. Seriam

modos imperceptíveis e eufemizados de dominação que dificultam ou impedem seu reconhecimento.

É possível perceber que, no universo estudado, vários elementos dão forma aos conceitos de Bourdieu<sup>23,24</sup>: o discurso em melhorar as condições do parto domiciliar - e para isso se oferta conhecimentos e objetos da lógica dominante; o discurso das mulheres reafirmando a experiência positiva, mas ao mesmo tempo, subvertendo os objetos como uma forma de resistência; as implicações e conflitos da criação de uma nova categoria profissional, antes inexistente naquele contexto.

Mesmo que se tome como ponto de partida a legítima preocupação com a melhoria dos indicadores perinatais, o foco no saber/fazer da parteira é ainda uma expressão do etnocentrismo, de modo geral, presente nas políticas públicas direcionadas às minorias étnicas e que, no caso em análise, fragiliza a discussão de estratégias mais eficazes para o alcance dos objetivos.

Uma experiência da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no início dos anos 2000, propôs resgatar a medicina tradicional através de um projeto que levou a publicação da Resolução SS07 de 19/01/2004 revogada pela SS72 de 15/07/2008<sup>25</sup> que resguardam algumas tradições, propondo tratamento diferenciado às mulheres indígenas em hospitais que sejam referência a esse público. No desenvolvimento desse projeto é citada a entrega do “kit da parteira indígena”, elaborado pelas próprias mulheres<sup>6,26</sup>. De acordo com Thomaz<sup>26</sup> (p.53)

o Kit Parteira foi uma surpresa para a Secretaria, pois não foram pedidos os aparatos obstétricos da medicina branca, mas sim chaleiras, espumas e outros objetos que, sob um olhar etnocêntrico, como diria Pierre Clastres, são consideravelmente inusitados.

Não estão publicados estudos sobre o impacto, manutenção ou desdobramentos desse kit específico, mas pode ser um exemplo de respeito à dimensão intercultural, pois a participação das mulheres na composição do kit e a valorização de sua lógica de atuação como norteadora da ação são expressões de alteridade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sugere que o kit da parteira não implicou melhorias na assistência ao parto domiciliar, ao contrário, foi deslocado das funções esperadas e incorporado às necessidades do cotidiano da aldeia, dentro da cosmovisão das mulheres. Condição que levou os autores a desconsiderar a trilha dos objetos como sinalizador da relação destas com o serviço de saúde. Isso não significa que se possa observar a intervenção realizada com as mulheres Krahô fora de um contexto maior que envolva os serviços e os profissionais da saúde.

Todavia, ao reduzir o olhar para o kit da parteira e seu uso no cotidiano espera-se contribuir com reflexões acerca das ingenuidades que possam estar embutidas em determinadas ações que, em tese, pretendem valorizar esse público e melhorar indicadores de saúde. Em outras palavras, espera-se evidenciar equívocos para avançar.

Apesar de não fazerem parte do cotidiano de muitas mulheres, alguns desses objetos, ainda que possam ter valor utilitário, são símbolos de um saber valorizado socialmente. A via não parece ser de mão dupla, como sugere uma troca, já que o conhecimento e a prática das parteiras não dispõem dos mesmos mecanismos simbólicos ou concretos que permita transpor o momento das oficinas de maneira contundente.

Se o etnocentrismo está posto nesse processo, então não nos distanciamos o suficiente das ideias e ações colonialistas. Quijano<sup>27</sup> utiliza o termo colonialidade para expressar a persistência desses ideais, mesmo após o fim do período colonial, afirmando que a colonialidade do poder segue ativa e como parte de um contexto global, afetando os espaços de dominação. O que, em parte, explica a violência simbólica.

Os achados do estudo chocam-se com os ideais de respeito e valorização da parteira tradicional expressos no PTPT e não se pode afirmar que a supressão da sua especificidade étnica seja uma causa única, tampouco que esse deslocamento possa se aplicar à todas as mulheres, indígenas ou não, envolvidas no programa. Entretanto,

para o caso analisado, resgatar a dimensão intercultural na formulação e execução de políticas públicas parece ser um caminho profícuo, embora laborioso, pois em geral a construção das políticas parte de referências aceitas e reconhecidas socialmente.

Ignorar a referência etnocêntrica presente nos cursos e no kit da parteira, ainda que em nome de uma causa nobre, como de fato o é a melhoria de indicadores da saúde, leva a um ciclo alienado e alienante, desperdiçando recursos e adiando discussões importantes como, por exemplo, o fortalecimento da rede de atenção à saúde no entorno das mulheres indígenas.

## REFERÊNCIAS

1. Foucault M. Em Defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
2. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A; 2004.
3. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
4. Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.
5. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde; 1984. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)> (acessado em 15/mai/2017).
6. Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)> (acessado em 15/out/2016).
7. Silva TMA, Ferreira LO. A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940–1960). *HistCiencSaude-Manguinhos* 2011;18:95–112.
8. Ferreira LO. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de

- umapolítica pública [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
9. Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento do milênio. <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>> (acessado em 14/fev/2015).
  10. Gusman CR, Viana APAL, Barbosa MAB, Pedrosa MV, Villela WV. Inclusão de parteiras tradicionais no Sistema Único de Saúde no Brasil: reflexão sobre desafios. *Rev Panam Salud Publica* 2015; 37: 365-370.
  11. Langdon EJ. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M, organizador. *Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas*. Recife: NUPEE; 2013:15-35.
  12. Sésia PM. Women come here on their own when they need to: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly* 1996; 10:121-140.
  13. Dias-Scopel RP. A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Mundukuru [tese de doutorado]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
  14. Gusman CR, Rodrigues DA, Villela WV. Paradoxos do Programa de Parteiras Tradicionais no contexto das mulheres Krahô. *Ciên. saúde coletiva*. No prelo 2017.
  15. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
  16. Laraia R. *Cultura, um conceito antropológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1993.
  17. Bonet O. Sentindo o saber. Educação da atenção e medicina da família. *Horizontes Antropológicos* 2015; 21: 253-277.
  18. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
  19. Ceccim R, Cavalcanti F. Rede Cegonha: práticas discursivas e redes de diálogo. CONASEMS [periódico da internet]. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/rede-cegonha-praticas-discursivas-e-redes-de-dialogo-por-ricardo-burg-ceccim-e-felipe-cavalcanti/>> (acessado em 10/mai/2017).

20. Diniz S. Feminismo, materno-infantilismo e políticas de saúde materna no Brasil. *Questões de Saúde Reprodutiva* 2013; 7:119-127.
21. Carneiro RG. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface* 2013; 17:49-59.
22. Parteiras Indígenas são certificadas e recebem kits em último dia de encontro no Jordão. *Notícias do Acre* [periódico da internet] Disponível em: <http://www.agencia.ac.gov.br/parteiras-indigenas-sao-certificadas-e-recebem-kits-em-ultimo-dia-de-encontro-no-jordao/> (acessado em 22/out/2016).
23. Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2007.
24. Bourdieu P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
25. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Resolução SS72 de 15 de julho de 2008. Dispõe sobre a adoção de procedimentos nos Hospitais de Referência ao Projeto de Resgate da Medicina Tradicional. *Diário Oficial do Estado de São Paulo* 2008; 16 jul.
26. Thomaz JRSC. Cunhã, Maraneyma, EcobéaéEcoaba. In: *Anais do XIV Simposio Baiano de Pesquisadoras(es) sobre Mulheres e Relações de Gênero*, 2008; Salvador. Disponível em: <http://www.neim.ufba.br/site/arquivos/file/anais/anaisiniciacaocientifica.pdf> (acessado em 06/jul/2017).
27. Quijano A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: Lander E, organizador. *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências*. B Aires: CLACSO; 2005. p. 107-30.

## 6. CONCLUSÕES

A proposta de melhoria das condições do parto domiciliar no contexto indígena Krahô a partir das ações educativas e da entrega do kit da parteira se mostrou falaciosa. As políticas públicas nacionais vêm seguindo tendências mundiais quanto ao discurso de valorização e proteção do que é tradicional, trazendo visibilidade a povos e saberes marginalizados<sup>4</sup>. Entretanto, Ferreira<sup>4</sup> pontua uma notável dicotomia nesse processo, já que para tomar os saberes locais e culturais como objetos, necessitam subordiná-los ao modelo biomédico universalista, num formato neocolonizador<sup>4</sup>.

As intenções nobres do projeto esbarraram numa metodologia etnocentrada e fragmentada que dificultaram o alcance dos objetivos do PTPT e evidenciaram traços da violência simbólica. Os objetos do kit não encontraram utilidade no cenário do parto domiciliar, mas reforçam a ideia civilizatória etnocêntrica. As consequências da participação no PTPT não se apresentaram homogêneas para todas as mulheres. Para algumas provocou mudanças nas relações sociais, gerando conflitos internos, para outras tornou a assistência ao parto domiciliar um fardo, que não remunerado, tem levado a questionamentos quanto à continuidade dessa atividade na aldeia. Mas para a maioria havia certa satisfação em serem tomadas como objeto de atenção pelo poder público.

O Ministério da Saúde publicou em 2013 uma síntese de evidências para políticas de saúde com vistas à redução de mortes maternas e reiterou a capacitação de parteiras tradicionais como a segunda opção para o enfrentamento do problema<sup>5</sup>. Os argumentos basearam-se em três grandes estudos internacionais publicados entre 2011 a 2012<sup>6,7,8</sup> que sugeriam a incorporação, treinamento e monitoramento das parteiras como opções viáveis e de baixo custo para o alcance do objetivo. Na edição publicada em 2016 pela Rede de Políticas Informadas por Evidências (Evidence-Informed Policy Network) – EVIPNet, não há menção a parteiras tradicionais, trazendo estratégias mais concretas para reduzir mortes perinatais, como a melhoria dos protocolos pré-natais, a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, entre outros<sup>9</sup>.

Percebe-se um avanço, já que colocar a remodelação do saber da parteira tradicional como uma opção de impacto para reduzir essas mortes é uma atitude ingênua, com claro contorno colonialista, que comprime em demasia essa complexa questão, que perpassa ainda pela melhoria nas condições de vida da população e pelo acesso em tempo oportuno a serviços de média e alta complexidade<sup>10</sup>. Além disso, não há em andamento no contexto do Sistema Único de Saúde propostas concretas de como se daria a vinculação de parteiras tradicionais aos serviços de saúde. No caso das mulheres indígenas Krahô, o próprio enquadramento na categoria “parteira” alimentou expectativas que não se concretizaram, levando a frustrações quanto ao aumento da renda familiar. Assim, quando se exclui o saber e a prática das parteiras tradicionais do novo documento, surge uma nova forma de olhar para a questão. Libertar da ideia de remodelação pode trazer possibilidades mais concretas de valorizar o saber que se constrói na tradição. Ou não, dependerá principalmente de como o tema será retomado politicamente.

## 7. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf) (acessado em 15/out/2016).
2. Martins APV. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2004.
3. Rohden F. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2001.
4. Ferreira LO. Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no alto juruá: A emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
5. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para Políticas de Saúde: reduzindo a mortalidade perinatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_reduzindo\\_mortalidade\\_infantil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_reduzindo_mortalidade_infantil.pdf) (acessado em 18/ago/2017)
6. Sibley LM, Sipe TA, Barry D. Traditional birth attendant training for improving health behaviours and pregnancy outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, London, v. 1, n. 1, 2012.
7. Sabin LL, Knapp AB, MacLeod WB, Phiri-Mazala G, Kasimba J, Hamer DH, Gill CJ. Costs and cost-effectiveness of training traditional birth attendants to reduce neonatal mortality in the Lufwanyama Neonatal Survival study (LUNESP). PLoS One, San Francisco, v.7, n. 4, 2012.
8. Wilson A, Gallos ID, Plana N, Lissauer D, Khan KS, Zamora J, MacArthur C, Coomarasamy A. Effectiveness of strategies incorporating training and support of traditional birth attendants on perinatal and maternal mortality: meta-analysis. BMJ, London, v. 343, 2011.
9. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. [http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/07/Mortalidade\\_perinatal\\_WEB\\_jul.pdf](http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2016/07/Mortalidade_perinatal_WEB_jul.pdf) (acessado em 18/ago/2016)

10. Diniz SG, d'Oliveira AFPL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters*. 2012; 20(40): 94-101.