

PROCESSO DE GESTAR E PARIR ENTRE AS MULHERES KAINGANG¹

Aline Cardoso Machado Moliterno², Ana Carla Borghi³, Larissa Helena de Souza Freire Orlandi⁴, Rosângela Célia Faustino⁵, Deise Serafim⁶, Lígia Carreira⁷

¹ Estudo realizado através do projeto de pesquisa - Os saberes e práticas de saúde de famílias de idosos Kaingang na Terra Indígena Faxinal-PR, com financiamento da Fundação Araucária, através do Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em Saúde PPSUS - 2008/2009 - Convênio n. 179/2010.

² Mestre em Enfermagem. Professora Assistente da Universidade Estadual de Maringá (UEM). Paraná, Brasil. E-mail: aline.machado@gmail.com

³ Mestranda em Enfermagem pela UEM. Paraná, Brasil. E-mail: anacarla.borghi@gmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UEM. Bolsista de Iniciação Científica da Fundação Araucária. Paraná, Brasil. E-mail: lali_helena@hotmail.com

⁵ Doutora em Educação. Pesquisadora do Laboratório de Arqueologia, Etnologia e Etno-história da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: rofaustino@terra.com.br

⁶ Doutora em Saúde Pública. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: dserafim@hotmail.com

⁷ Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UEM. Paraná, Brasil. E-mail: ligiacarreira@hotmail.com

RESUMO: Este estudo teve por objetivo identificar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang. Pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada com 30 mulheres Kaingang, na Terra Indígena de Faxinal de Catanduvas-PR. A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante, entrevistas e grupo focal, no período de janeiro a abril de 2011 e foram analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado. A população estudada tinha entre 14 e 100 anos. A concepção de parto tem mudado com o passar das gerações, sendo que as mais velhas acreditam ser melhor parir acorçada em casa, já as mulheres mais novas demonstram insegurança de ter os filhos fora do hospital. Foi identificada insatisfação na assistência durante o parto. É necessária a adequação das práticas de forma a preservar a cultura da etnia sem a exposição de mulheres e recém-nascidos ao risco de complicações ou mortalidade.

DESCRIPTORIOS: Saúde indígena. Saúde da mulher. Parto humanizado.

PERCEPTION OF THE PREGNANCY AND DELIVERY PROCESS OF KAINGANG WOMEN

ABSTRACT: This study aims to understand the perception of birth process between Kaingang women. It is a qualitative research with ethnographic approach whose subjects were Kaingang women residents at the Indian Land of Faxinal de Catanduvas-PR. Fieldwork occurred from January to April 2011 through participant observation and focus groups. Data were analyzed by Cultural Care Theory. The study population was aged between 14 and 100 years. The conception of delivery has changed over the generations, the oldest women believe the better way to give birth is squatting at home, while younger demonstrated insecurity of having children out of hospital. Women demonstrated dissatisfaction during childbirth assistance. It requires the appropriateness of delivery assistance in order to preserve the culture of the ethnic group without, expose women and newborns at complications or mortality risk.

DESCRIPTORS: Indigenous health. Women's health. Humanizing delivery.

PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE GESTAR Y PARIR ENTRE LAS MUJERES KAINGANG

RESUMEN: Este estudio tiene por objetivo conocer la percepción del proceso de nacimiento entre las mujeres Kaingang. Es una investigación cualitativa de abordaje etnográfico, cuyos sujetos fueron mujeres residentes en la Tierra Indígena de Faxinal de Catanduvas-PR. Datos fueron analizados por Teoría del Cuidado Transcultural. Trabajo de campo ocurrió de enero a abril de 2011 a través de la observación participante y grupo focal. La población estudiada tenía entre 14 y 100 años. La concepción de parto ha cambiado con el pasar de las generaciones, las mujeres mayores creen que sea mejor parir de cuclillas en casa, ya las menores demostraron inseguridad de tener hijos fuera del hospital. Las mujeres mostraron insatisfacción de asistencia durante el parto. Es necesaria la adecuación de las prácticas de atención de forma a preservar la cultura de la etnia sin, con todo, exponer mujeres y recién natos al riesgo de complicaciones o mortalidad.

DESCRIPTORIOS: Salud indígena. Salud de la mujer. Parto humanizado.

INTRODUÇÃO

No Brasil, estima-se cerca de três milhões de nascimentos por ano, sendo que 97,1% destes ocorreram em ambiente hospitalar no ano de 2006, com variações para 99% nos estados da região sul e 90,8% na região norte.¹ Esses dados refletem a realidade da medicalização e institucionalização do nascimento predominante no Brasil, principalmente nas últimas décadas.²⁻³ A hospitalização desse processo tem sido atribuída à necessidade de cuidados específicos às parturientes² e, considera-se que, embora a gravidez seja um processo fisiológico com tendência à evolução sem distócias, as complicações tendem a ser fatais, ainda que de fácil manejo.⁴

Destarte a tendência à evolução sem intercorrências, a intervenção cirúrgica deve sempre limitar-se às situações de risco à mãe e ao bebê, atingindo no máximo 15% de partos cesáreos na população atendida.² Contraditoriamente, no Brasil, aproximadamente 48% dos partos são cesáreas (49,8% na região sul e 33% na região nordeste).¹⁻² Avaliando a evolução das taxas desse tipo de parto, identifica-se que, a partir dos anos 70, passaram de menos de 5% para mais de 30% dos nascimentos em diversos países, sendo que no Brasil frequentemente identifica-se índices superiores a 70% entre instituições privadas.²⁴ Esse panorama de elevado número de partos hospitalares aliado à grande quantidade de cesáreas remete a um cenário de padronização do nascimento, resultando em intervenções independentemente de complicações.²⁵

Essa padronização da parturição desconsidera os aspectos culturais das mulheres e a possibilidade das mesmas protagonizarem esse acontecimento. Sabe-se que as práticas de cuidado relacionadas ao parto são fortemente influenciadas pelo contexto cultural do sujeito, sendo necessário respeitar esses aspectos na assistência ao indivíduo.^{2-4,6} Alguns estudos trazem a percepção das mulheres diante desse cenário.^{3,6-10} No entanto, as investigações sobre essa questão entre populações indígenas são escassas, o que torna necessária a investigação sobre o processo de gestação e nascimento entre as mulheres indígenas.

Nesse sentido, a convivência com índios Kaingang, da região centro-sul do Paraná, despertou o interesse pelas particularidades do nascimento nessa população, suscitando questionamentos relativos à influência dos serviços de saúde nesse processo, norteados pela questão de como tem ocorrido a gestação e a parturição através das gerações de mulheres Kaingang e, dentre os aspectos envolvidos no processo, quais

são culturalmente determinados. Acredita-se que a compreensão dessas questões permitirão avanços na atenção obstétrica brasileira, incentivando a reflexão de práticas usualmente adotadas. Assim sendo, este estudo teve por objetivo identificar o processo de gestação e nascimento entre as mulheres Kaingang.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, autorizada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/Parecer n. 760/2010), sendo respeitados todos os aspectos éticos previstos pela Resolução 196/96 - CNS-MS. A etnografia consiste na descrição detalhada dos padrões de comportamento regidos por regras culturais específicas de um determinado grupo ou sociedade. Em suma, a meta do etnógrafo é captar a percepção do nativo, sua relação com a vida e apreender a sua visão do seu mundo. Dessa forma, tal metodologia permite a compreensão da influência cultural nas práticas de saúde dos diversos povos.

O cenário deste estudo foi a Terra Indígena Faxinal de Catanduvas-PR (TIF), que possui cerca 600 pessoas residentes, distribuídas em aproximadamente 120 famílias. Está localizada no município de Cândido de Abreu, região Centro-Sul do Paraná.

Os dados foram coletados no período de janeiro a abril de 2011 por meio de observação participante, grupo focal e entrevistas, gravadas em aparelho MP4 e transcritas posteriormente. As informações e observações foram complementadas por registros em diário de campo. Por ser esse material bastante vasto, todas as informações foram agrupadas de acordo com as situações vivenciadas, atribuindo-se significados aos fenômenos que emergiram.

A atividade do grupo focal ocorreu na própria aldeia e contou com a presença de 30 mulheres de diferentes faixas etárias, que foram estimuladas a relatar como foi o parto de seus filhos, de forma a validar as inferências realizadas a partir dos dados reunidos no decorrer das observações dos pesquisadores. Ao fim da atividade, as participantes foram convidadas a responder um questionário semiestruturado, cujas questões abordavam aspectos demográficos da população em estudo, possibilitando a identificação do perfil da mesma.

Por se tratar de uma reserva indígena da etnia Kaingang, o idioma falado pela população é derivado do tronco linguístico macro-jê e, também,

denominado Kaingang. As mulheres mais jovens, em sua maioria, eram bilíngues, se comunicando com os pesquisadores em português; já as mais idosas falavam apenas a língua nativa, sendo solicitado o auxílio de um intérprete bilíngue. Na TIF há uma escola bilíngue que possibilita aos indígenas tanto o aprendizado do português quanto a alfabetização em Kaingang. No entanto, a frequência de mulheres na escola é prejudicada pelo casamento e maternidade, que ocorrem em torno de 14 anos.

No processo de transcrição dos arquivos de áudio, que continham depoimentos em língua nativa, procedeu-se a uma segunda tradução por outro nativo, componente do grupo de pesquisa, para garantir maior confiabilidade do conteúdo dos dados e informações.

Os dados foram analisados à luz da Teoria Transcultural do Cuidado, que consiste na leitura dos dados na busca por convergências e divergências de afirmações e comportamentos que são classificados para posterior identificação de padrões recorrentes, sendo considerado também na análise o significado estrutural dos achados, assim como o contexto das situações.¹¹

Nesse processo de análise elaborou-se um relatório descritivo das expressões de cuidado observadas, cujas leituras exaustivas permitiram o agrupamento das informações de acordo com as circunstâncias vivenciadas, identificando diferenças e similaridades entre as situações e relatos.¹¹ As subcategorias evidenciadas nesse momento caracterizaram os componentes de análise e, a partir delas, realizou-se a análise buscando a identificação dos padrões de cuidado, sendo alcançadas as primeiras inferências.¹¹⁻¹²

Uma vez elaboradas as inferências, retornou-se aos sujeitos e informantes-chave para sua validação, buscando assim dados que pudessem confirmar, refutar ou complementar cada uma delas. Percebe-se, portanto, que a análise dos dados ocorreu de maneira circular, por isso a necessidade de realizá-la concomitantemente à coleta de dados. As informações são interpretadas e validadas junto ao sujeito, que ao confirmar a afirmação do pesquisador revela dados até então mantidos em segredo, que serão, por sua vez, novamente analisados e validados, até que seja possível descrever o fenômeno em sua totalidade.¹¹⁻¹²

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As mulheres tinham idade entre 14 e 100 anos, o que demonstra a abrangência das diversas

gerações de mulheres na pesquisa. A idade mínima da primeira gestação dessa população correspondeu aos 12 anos de idade e a máxima aos 20 anos. Observou-se, ainda, que entre a população estudada havia tetravós, bisavós, avós e mães de uma mesma família, constatação relevante, uma vez que permite a identificação de comportamentos vivenciados em diferentes momentos do ciclo de vida nessa comunidade.

Apenas uma das 30 mulheres relatou um parto de natimorto e duas referiram ter tido problemas na gestação com posterior ocorrência de parto prematuro. O que chamou a atenção foi o fato de que ambos os casos são referentes a mulheres com idade inferior a trinta anos, não havendo relato de dificuldades nesses aspectos entre as idosas. Essa questão emergiu neste estudo indicando a necessidade de investigações mais aprofundadas, visto que não foi possível determinar se antigamente não havia patologias associadas à gestação ou se não eram diagnosticadas tais situações.

Com a análise dos dados, duas categorias foram identificadas: “O modo Kaingang de gestar e parir” e “O contraste entre o antigo e o novo: como as mulheres Kaingang veem a hospitalização para o nascimento”.

O modo Kaingang de gestar e parir

Por ser a gestação o período próprio de preparo para a chegada de um novo integrante da família, são esperadas diversas alterações no comportamento da mulher e da família, com o intuito de favorecer o nascimento de uma criança saudável e, também, um parto tranquilo. Nesse sentido, a descrição da gestação entre as mulheres demonstrou a necessidade de preparo para o parto desde a identificação da gravidez:

Para não sofrer muito quando eu estou de dois ou três meses, já peço remédio do mato e vou tomando para criança ficar bem deitadinha assim, bem pequenininha, daí é mais fácil para nascer (M26,62).

As mulheres relataram a utilização de ervas para inibir o crescimento do feto de forma a facilitar o período expulsivo durante o parto⁹ e atribuem a esse recurso o posicionamento adequado da criança para o nascimento. É importante destacar que, durante o contato com o grupo em questão, não houve relato na TIF de mulheres cujos filhos tiveram apresentação pélvica ou córmica. Diante de tais explicações podem ser questionados dois aspectos: o primeiro diante do risco de restrição do crescimento intrauterino (RCIU) em decorrência

da utilização dos *remédios do mato*, e o segundo em relação à manutenção do bebê *bem pequenininho*, se não seria o fator causal da baixa estatura observada entre os Kaingang. Estudos realizados com populações indígenas indicaram que a estatura média desses povos é, em geral, inferior à média nacional para não índios.¹³⁻¹⁷

Outra medida adotada pelas mulheres para evitar o crescimento dos bebês é a redução da quantidade de comida:

[...] a vó contava que não prestava a gente comer bastante [...] é que a criança cresce muito e fica grande dentro da gente, ficando difícil de nascer. Tem que comer bem pouquinho comida... nem vitamina não era para tomar... agora, esses tempos, eles ficam enchendo as mulheres de vitamina, por isso ninguém ganha mais em casa eu acho. Nasce grande, gordo! [risos] E antes, não! É que elas tomavam remédio um tempo, para o neném ficar bem pequenininho, mas nascia bem fortinho, porque também tomava remédio para deixar forte (M17,35).

Essa prática, ainda que esteja de acordo para prevenção de sobrepeso e obesidade que poderiam dificultar o processo de parto,¹⁵ pode contrariar a necessidade de ingesta calórica para garantir a saúde da gestante e da criança.¹⁶ Dessa forma, no decorrer do acompanhamento pré-natal existente na aldeia, é importante o acompanhamento em relação à alimentação da mulher e exames laboratoriais que indiquem o estado nutricional das gestantes para assegurar o suprimento nutricional necessário. Ainda que tenha sido observada a redução da quantidade de comida ingerida, não há restrições quanto ao tipo de alimento ingerido,¹⁸ pois as participantes relataram que quando a mulher deseja comer determinado tipo de alimento, é necessário suprir essa vontade. A idéia de que a grávida não pode sentir desejo: *o que você tiver vontade, você tem que comer!* (M2,35), não é prejudicial e evidencia uma carga cultural elevada nesse comportamento. Convém destacar que não se trata de algo exclusivo das mulheres indígenas,⁸ sendo uma prática comum também entre mulheres não índias. A convergência desse comportamento sugere uma adaptação no sistema de crenças dos índios a partir do contato com colonizadores.

Mesmo havendo similaridades nas práticas durante a gestação de mulheres Kaingang e não índias, alguns aspectos permanecem díspares. Entre a população geral, é comum a redução de atividades físicas no decorrer da gestação,¹⁷ no entanto, entre mulheres Kaingang, foi observado o oposto. No relato do sistema indígena de crenças

populares, para uma gestação tranquila há a necessidade de manter-se ativa durante esse período.

Eu trabalhava... quando eu estava grávida, eu ia para roça colher feijão, trazia feijão nas costas, naqueles balaio grandes, às vezes eu caía, mas tem que trabalhar bastante para o neném nascer logo (M10,40).

Eles [os índios antigos] falam que se ficar, assim, chacoalhando, a criança nasce logo, então tem que trabalhar bastante (M14,37).

A vó falava que não é para dormir de dia, é para dormir à noite porque se não o olho fica fundo. E nem pode ficar deitada de dia porque se não o neném não nasce bem (M7,36).

Entre as indígenas, o intervalo entre as gestações é curto, nos levando a afirmar que tais mulheres passam grande parte de suas vidas gestando.¹⁹ Aliado a esta função reprodutora, é observado que o papel social a elas atribuído diz respeito às atividades de alimentação da família.¹⁸ Dessa forma, a conduta relatada de não dormir durante o dia pode ser vista como uma maneira de manter a dinâmica da família e comunidade, pois se a cada gestação a mulher repousasse, não haveria quem desenvolvesse suas atividades.

Convém ainda destacar que, como tradição, as índias têm o filho acoradas e, portanto, o trabalho constitui também uma forma de preparo da musculatura da mulher para o momento do parto. Em estudo sobre o modo de parir das Kaingang, constatou-se que o costume de realizar suas atividades acoradas exercita a musculatura perineal e adjacente de tal forma que, mesmo ao se tratar de grandes múltiparas, as indígenas apresentam melhor estado genital, com menor ocorrência de incontinência urinária, prolapsos ou rupturas perineais.¹⁹ A observação da posição acorada evidencia o alargamento dos canais vaginal, anal e uretral, desencadeando ainda maior contração de esfíncter para evitar incontinências. Ao mesmo tempo em que o assoalho pélvico é trabalhado, há o aumento da força e resistência da musculatura pélvica e as pernas encontram-se contraídas, favorecendo o retorno venoso.¹⁹⁻²⁰

As índias descrevem com naturalidade o fato de parirem acoradas em casa. Observou-se que os relatos desse tipo de parto se restringem às mulheres com idade mais avançada nos dias atuais e que, frequentemente, estão relacionados à multiparidade, evidenciando o parto de cócoras como um costume em tempos mais antigos. Apesar de acreditarem ser a posição acorada a melhor forma de parir, é referida a ocorrência de fortes dores nesse momento: *[...] é, na hora de nascer*

dói bastante, mas a gente tem que aguentar! (M27,63). Entretanto, essa vivência é entendida como algo natural e inevitável.

Posto que a dor esteja intrínseca ao parto, elas relatam a utilização de *remédio do mato* que auxiliam no momento expulsivo.

Quando a gente está com dor [trabalho de parto], os mais velhos pegam erva no mato e fazem remédio. A gente pega esse remédio e vai tomando até chegar a hora de ganhar [...] (M20,60).

Quando começa a dor, o marido já vai buscar remédio do mato, para ganhar o neném na hora. Coloca na água quente e já toma (M18,59).

Minha mãe que me ensinou como que fazer esse remédio (M19,65).

Nessas falas é bastante evidente a presença dos idosos e idosas na família, com o papel de detentores da sabedoria da comunidade, como aqueles que reconhecem as ervas que servem como remédios e são guardiões dos costumes. A perpetuação das práticas, através dos idosos, pode ser evidenciada nas falas, quando as mulheres retomam os ensinamentos da avó sobre como se comportar durante a gestação: *a vó contava; pergunta para a mãe que ela sabe falar certinho; ou foi minha mãe que ensinou*. Em estudo realizado com parteiras, é descrita a utilização de ervas também por não índias, estando essa prática ameaçada pelo risco da extinção dos conhecimentos tradicionais juntamente com os idosos.²¹ Destarte, é reforçada a necessidade do resgate da cultura como busca de sua perpetuação e manutenção da identidade étnica do povo.

Diante do reconhecimento da teia cultural envolvida no nascimento, é possível a identificação dos papéis sociais nesse momento. Destaca-se que cabe ao marido avisar ao idoso ou buscar pessoalmente o *remédio do mato*.

O marido fica na porta esperando o neném nascer, quando nasce, ele vai e corta o cordão [umbilical] do neném. Ele não corta com tesoura, usa o fio de taquara. Antigamente eles [os índios antigos] falavam que cortar o cordão com a tesoura faz pegar ar na barriga, por isso corta com taquara (M18,59).

O pai tem papel fundamental no momento do parto, pois providencia medicamento e o corte do cordão umbilical, e deve aguardar o processo à porta, evidenciando que sua presença não é permitida junto à parturiente. Foi identificada a recorrência de discursos indicando que a mulher deve parir sozinha.

O primeiro filho que eu ganhei sozinha, ninguém me ajudou. Eu contei [que estava nos dias de ga-

nhar], elas [vizinhas] pegaram o remédio e fui tomando até chegar o dia. Quando estava doendo a barriga, muito forte, eu falei para ela [idosa] que ia nascer. Ela me disse: 'fica sozinha na casa e tranca a porta para ninguém ver' (M5,35).

Eu ganhei bem sozinha. Sempre ganhamos. De primeiro não tinha o hospital, tinha uma parteira que cuida das mulheres, mas tem gente que não toma remédio (M26,62).

No momento do parto, as mulheres fecham-se em casa para ter seus filhos, sem a interferência de uma segunda pessoa. No primeiro parto, caso a mulher tenha dificuldade ou dúvida sobre como parir, a mãe ou parteira a ajudam, ensinando-a como fazer. No entanto, nos demais partos, a gestante deve realizar sozinha, conforme explicitado nas falas. Essa atitude pode ser indicada como uma das etapas do ritual do nascimento entre as Kaingang.

Dentre as etapas subsequentes, é relevante comentar que, após o nascimento, as mulheres enterram a placenta, o cordão e o coto umbilical, juntamente com medicamentos, para reforçar características desejadas em seus filhos.^{3,22}

Esconde o umbigo e a placenta. Cava a terra, coloca remédio do mato, as coisas [o umbigo e a placenta], cobre com mais remédio e cobre com terra, embaixo de um pau bem alto. Assim o menino cresce bastante. Põe remédio para não ser bravo, mas tem outros tipos de remédio também: para ficar forte, saudável, trabalhador (M19,65).

Tais práticas são descritas também entre outros povos ameríndios, como os Jodi, estando relacionado aos ritos do nascimento dos indígenas.²² Dentre os Kaingang, enterrar *os restos* é importante pela relação desse povo com a terra. O umbigo fica na terra onde o sujeito nasceu, devendo, por ocasião da morte, ser o corpo enterrado na mesma terra, para que então seja encerrado seu ciclo de vida e o espírito fique livre para partir.¹⁸ Pela relevância desse rito ao nascimento, o ato de guardar o umbigo para enterrá-lo é considerado um dos primeiros cuidados da mãe com o bebê no período pós parto.

O período após o nascimento deve ser cercado também de cuidados à mãe. Dentre os relatos obtidos através das informantes, a alimentação é o foco das atenções, havendo restrição na ingesta de carne de porco e demais alimentos tidos como *pesados*, como por exemplo, o feijão. As refeições da puérpera se baseiam na canja de galinha, da mesma forma como descrito por não índias em estudo anterior.⁸ Antigamente, essas mulheres

eram estimuladas a se alimentar de canjica com cinza, para melhorar a produção de leite. Para os Kaingang, a cinza tem princípios capazes de fortalecer o organismo feminino.¹⁸

O contraste entre o antigo e o novo: como as mulheres Kaingang veem a hospitalização para o nascimento

As mulheres Kaingang foram culturalmente preparadas para terem seus filhos em casa, sozinhas e através de atos rituais já descritos neste estudo. No entanto, essa realidade, muitas vezes, não acontece nos dias de hoje em função dos partos serem realizados em ambiente hospitalar. A TIF possui em seu território uma unidade básica de saúde, na qual atualmente é realizado o acompanhamento pré-natal, sendo que, por ocasião do início do trabalho de parto, as mulheres são encaminhadas ao hospital do município mais próximo.

Essa alteração no modo de parir evidencia percepções díspares entre as mulheres da TIF. As idosas e/ou aquelas que pariram da forma tradicional, na aldeia, se posicionaram contra o parto institucionalizado; o mesmo foi observado dentre aquelas que vivenciaram ambas as situações, porém, os discursos revelaram não necessariamente uma repulsa pelo ambiente, mas um estranhamento ao modo como os partos foram conduzidos.

É, um filho eu fui ao hospital, mas para mim não foi bom e não é para o bebê também não. Bom é ter abaixado, agachada, né? Não achei bom ganhar neném no hospital (M10,40).

A última [criança] eu ganhei no hospital [...] mas não achei bom (M9,29).

Lá [no hospital] a gente fica só deitada esperando a hora de nascer. E deitado não dá para fazer força (M6,34).

[é ruim] porque lá no hospital as enfermeiras abrem muito as nossas pernas. Sentada é melhor de fazer força (M14,37).

A gente sabe a hora que vai nascer, daí [a criança] vira e a gente sabe que vai nascer, mas não é deitado, deitado é ruim! [...] (M5,35).

Conforme os relatos, as mulheres indígenas sabem o momento de parir e o que tem de ser feito. A queixa mais recorrente foi relacionada à posição da mulher durante o parto, quando este ocorre em ambiente hospitalar. A assistência hospitalar restringe a parturiente à posição horizontal, evidenciando o choque entre a cultura indígena e a rotina obstétrica nas maternidades. Observou-se que as

mulheres Kaingang se incomodam muito com a posição a que são submetidas para o nascimento de seus filhos em uma instituição, uma vez que permanecer em decúbito dorsal não condiz com suas concepções sobre o modo de parir, contraria a fisiologia do parto, no qual se deve respeitar, sempre que possível, as diferentes perspectivas dotadas de valores culturais. Ainda que estudos defendam o parto de cócoras como o modo intuitivo de dar à luz, recomendando sua prática pela preservação de princípios fisiológicos como maior diâmetro do canal vaginal, menor compressão de grande vasos e força gravitacional positiva,¹⁹⁻²⁰ tal prática pouco acontece no serviço de saúde de referência a essa população.

[...] a gente conta para o médico que as mulheres indígenas ganham sentadas, mas eles falam que no hospital o que eles mandarem tem que ser feito, porque nós mandamos aqui, eles falam (M17,35).

O doutor não deixa ficar sentada [na hora de parir], mas é ruim ficar deitado quando está com dor [...] (M9,29).

Os depoimentos demonstram o quanto as escolhas e opiniões das mulheres são irrelevantes aos profissionais, evidenciando a supremacia da formação técnica e intervencionista do profissional médico que desconsidera o preparo da indígena e sua escolha para o parto natural. Fica evidente, ainda, que essas mulheres perderam a possibilidade de participar ativamente de seus partos, visto que os profissionais são os únicos responsáveis pela decisão dos procedimentos a serem implementados no decorrer da internação.

Conforme identificado na literatura, a via de parto deve ser uma escolha conjunta da tríade equipe-parturiente-família, com informações completas e esclarecedoras, considerando não apenas aspectos clínicos, mas emocionais e culturais.^{4,7} A falta de autonomia e de entendimento das mulheres quanto aos motivos que culminaram em intervenções médicas, em especial aquelas que realizaram cesáreas, resultaram em experiências negativas do momento do parto.

Não tinha outra doença e não sei por que eles fizeram cesárea (M6,34).

[é ruim] porque eles dão uma injeção [anestesia] e eu não me lembro da hora (M13,24).

Diante do exposto, acredita-se que o descontentamento com a hospitalização pode estar relacionado ao modo através do qual é realizado o parto nessa instituição, englobando, dessa maneira, as práticas convencionadas entre os profissio-

nais de saúde, os quais geralmente negligenciam a significação cultural que o momento tem para os sujeitos. Em estudo realizado na cidade de São Paulo, com puérperas não indígenas, essas experiências negativas estão atribuídas ao sentir-se violentada após o atendimento inadequado nas maternidades.⁹ Evidenciaram-se ainda práticas não recomendadas pela Organização Mundial de Saúde na condução do trabalho de parto, entre estas, a falta de privacidade, realização de episiotomia, jejum no pré-parto normal e manobra de Kristeller.²⁵ O impacto dessas situações entre mulheres acostumadas a parir naturalmente, com o mínimo de intervenção, tem uma conotação negativa relevante, como observado nos relatos:

[...] eu acho que é, muito sofrido no hospital, eu acho [...] a pessoa que está ali por perto, vê tudo o que eles estão fazendo com a gente (M17,35).

a gente não toma nada no hospital, em casa toma algum chá (M18,59).

o doutor [na hora do parto] falou que iria cortar lá embaixo (M3,20).

[...] as enfermeiras lá no hospital faziam assim [gestos empurrando a barriga] querendo tirar o bebê (M7,36).

[...] em mim também fizeram assim [gestos empurrando a barriga] para tirar o neném (M9,29).

Alguns procedimentos que, por vezes, podem ser necessários na assistência à parturiente, devem ser realizados com cautela e de forma a esclarecer à mulher sua necessidade, como o exame de toque vaginal.⁵ Neste estudo, tal procedimento foi referido pelas entrevistadas de maneira desconfortável, reforçando a conotação negativa do parto hospitalar. No decorrer das visitas à aldeia, percebeu-se entre as indígenas a concepção do toque vaginal como uma prática extremamente invasiva e perturbadora. O mesmo foi descrito em um estudo sobre a vivência das mulheres no parto, no qual as gestantes relataram não gostar do procedimento, referindo dor e desconforto durante sua execução.³

[...] e no hospital cada minuto tem que colocar a mão lá, para ver se vai nascer [...]. Antigamente não era assim, ninguém tocava com a mão [...] (M7,36).

[...] nem o marido toca a gente e vem outro colocar a mão (M10,40).

Dessa forma, é evidente a importância dos profissionais de saúde respeitarem os vários aspectos da mulher, vislumbrando-a como um ser integral, dotado de princípios sociais e culturais próprios.^{4,9} Em alguns momentos, as indígenas

questionaram as situações nas quais as mulheres se sentiram constrangidas ou desconfortáveis, perguntando se *com o branco fazem igual* demonstrando, assim, que atribuíram à etnia o fato de não se sentirem adequadamente assistidas. O sentimento de discriminação, relatado abaixo por uma Agente de Saúde Indígena, deixa explícita a vontade de querer ajudar e, ao mesmo tempo, o modo como os acompanhantes são excluídos do processo de nascimento dos bebês indígenas.

[...] uma vez eu fui lá ao hospital com uma mulher. Abri a porta do quarto e ela estava no banheiro com o neném no chão, e não conseguia levantar [...]. Fui correndo atrás das enfermeiras, disse para elas que não estavam cuidando da mulher. Elas vieram e mandaram eu sair do quarto, porque não era mais hora de visita, mas eu não era visita ali (M17,35).

A insatisfação com a assistência prestada foi evidenciada também na fala de M18,59, relatando que ao ter seu 12º filho, em um parto normal no hospital, teve seu campo visual restrito por *um pano erguido* que a impedia de visualizar o recém-nato. Uma das vantagens atribuídas ao acorramento no momento do parto é a possibilidade de acompanhar com detalhes a chegada do filho, percebendo a evolução após cada contração. Esse contato visual causa na mãe a sensação de satisfação e recompensa pela dor sentida, e no bebê é gerado um sentimento de segurança e conforto.¹⁹ Embora para algumas pessoas essa situação possa caracterizar um detalhe insignificante ocorrido no atendimento prestado à parturiente, para essa mulher, que após tantos anos de parto descreve com tristeza a existência da barreira visual, esse aspecto parece evidenciar uma inadequação no procedimento, atentando ao fato de que na assistência aos indivíduos, os pequenos detalhes são sempre relevantes.

As situações descritas no decorrer deste estudo justificam a rejeição observada em relação ao parto hospitalar, em especial ao cirúrgico. Entretanto, houve aquelas que reconheceram a importância da instituição no sentido de salvar vidas de mães e crianças:

[...] eu achei melhor o hospital, porque eu não consegui ganhar em casa, daí foi lá que eu fui salva [...] se eu tivesse aqui eu iria morrer. Também, eles [os médicos] falaram que ele [o bebê] estava colado em mim, não sei onde, tiveram que puxar o bebê (M17,35).

Me encaminharam para o hospital e fiquei mais 15 dias lá, então tiraram o bebê e fizeram o tratamento, até que fiquei boa (M10,40).

Segundo pesquisadores, a cesárea é uma alternativa na redução de mortalidade materno

-infantil, desde que bem indicada.^{4,6} É importante garantir que sua opção seja por critérios clínicos, esclarecidos à família e parturiente, de forma que sua prática não seja motivada exclusivamente pela comodidade, como a indígena relata abaixo sobre seu parto cesáreo:

[...] *mas é melhor ganhar [neném] no hospital, porque foi bem rápido* [tempo decorrido entre trabalho de parto e cesárea] (M16,26).

Diante do exposto, é possível afirmar que a concepção de parto tem mudado com o passar das gerações, sendo que entre as mulheres mais jovens os partos são realizados no hospital. De acordo com as constatações, convém destacar que a informação sobre os procedimentos, assim como o acolhimento às parturientes e o respeito às tradições culturais pode possibilitar a intervenção sem a anulação da autonomia dos indivíduos sobre seus corpos e vidas, ou seja, garantir menores taxas de mortalidade materna e neonatal sem aniquilar os traços culturais de um povo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participaram deste estudo mulheres idosas que muito contribuíram para a compreensão do modo de nascer dos Kaingang e mulheres jovens que compõem uma geração de transição entre as práticas culturalmente instituídas entre Kaingang e aquelas realizadas por profissionais de saúde.

A interação ocorrida entre as indígenas e pesquisadoras permitiu a discussão dos hábitos da população Kaingang no processo de gestação, parto e nascimento. Dessa forma, foi evidenciado que as mulheres mais velhas acreditam que o modo tradicional de parir, acorada, na aldeia e sem a intervenção de profissionais, é o melhor. Já as indígenas mais novas demonstraram insegurança no parto domiciliar, ainda que tenham manifestado desagrado em relação à assistência a elas prestada no ambiente hospitalar.

Destaca-se que a experiência negativa pode ser atribuída às dúvidas manifestadas pelas mulheres em função de alguns procedimentos não usuais às indígenas, reforçando a necessidade de orientação e explicação dos procedimentos antes de sua realização. Portanto, fica evidente a necessidade de se realizar estudos que avaliem a satisfação e aspectos a serem melhorados na assistência obstétrica a essas mulheres. Da mesma forma, o olhar diferenciado do profissional a essa população possibilitaria a adequação das práticas para preservar a cultura de parturição da etnia

sem, no entanto, expor mulheres e recém-nascidos ao risco de complicações ou mortalidade.

Dentre os limites deste estudo, pondera-se o fato de se tratar de uma única terra indígena Kaingang e, portanto, sugerimos estudos semelhantes em outras terras indígenas, para que sejam evidenciados aspectos que possam ser generalizados à etnia e à população em geral, de forma a apontar novas perspectivas na assistência obstétrica.

REFERÊNCIAS

1. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSAs. Indicadores e dados básicos para a saúde - 2007 [Internet]. 2007 [acesso 2011 Mai 2]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/folder.html>
2. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saúde Pública [online]. 2011 Feb [acesso 2011 Jun 07]; 45(1):185-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100021&lng=en
3. Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. Esc Anna Nery. 2007 Mar; 11(1):98-104.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010.
5. Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (SW): OMS;1996.
6. Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista. 2010 Out-Dez; 36(4):297-307.
7. Basso JF, Monticelli M. Expectations of pregnant women and partners concerning their participation in humanized births. Rev Latino-am Enfermagem. 2010 Maio-Jun; 18(3):390-7.
8. Stefanello J, Nakano AMS, Gomes FA. Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group. Acta Paul Enferm [online]. 2008 [acesso 2011 Mai 5]; 21(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200007&script=sci_abstract&tlng=pt
9. Aguiar JM, D'Oliveira AFL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface (Botucatu). 2011 Jan-Mar; 15(36):79-91.
10. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto Contexto Enferm [online]. 2011 [acesso 2011 Dez 12]; 20(spe):255-62. Disponível em: <http://www.>

- scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000500032&lng=pt
11. Leininger MM. *Qualitative methods in nursing*. Orlando (US): Grune and Stratton; 1985.
 12. Gualda DMR, Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 1997 Dez; 31(3):410-22.
 13. Leite MS, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra Jr. CEA. Crescimento físico e perfil nutricional da população indígena Xavante de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006 Fev; 22(2):265-76.
 14. Castro TG, Schuch I, Conde WL, Veiga J, Leite MS, Dutra CLC, et al. Estado nutricional dos indígenas Kaingang matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 Set; 26(9):1766-76.
 15. Seligman LC, Duncan BB, Branchtein L, Gaio DSM, Mengue SS, Schmidt MI. Obesity and gestational weight gain: cesarean delivery and labor complications. *Rev Saúde Pública*. 2006 Jun; 40(3):457-65.
 16. Restrepo MSL, Mancilla L LP, Parra S BE, Manjarrés C LM, Zapata L NJ, Restrepo Ochoa PA, et al. Evaluación del estado nutricional de mujeres gestantes que participaron de un programa de alimentación y nutrición. *Rev Chil Nutr [online]*. 2010 Mar [acesso 2011 Mai 5]; 37(1). Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000100002
 17. Tavares JS, Melo ASO, Amorim MMR, Barros VO, Takito MY, Benício MHD, et al. Padrão de atividade física entre gestantes atendidas pela estratégia saúde da família de Campina Grande-PB. *Rev Bras Epidemiol*. 2009 Mar; 12(1):10-9.
 18. Rosa PC. A noção da pessoa e a construção de corpos kaingang na sociedade contemporânea. *Espaço Amerindio*. 2008 Jan-Jun; 2(1):15-43.
 19. Paciornik M. *Aprenda a nascer e viver com os índios: parto de cócoras, desempenho sexual e ginástica indígena*. Rio de Janeiro (RJ): Rosa dos tempos; 1997.
 20. Sabatino H. Análise crítica dos benefícios do parto normal em distintas posições. *Rev Tempus Actas Saúde Col [online]*. 2010 Out [acesso 2011 Mai 19]; 4(4):143-8; Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/841/804>
 21. Viana P. A experiência de trabalho do Grupo Curumim com parteiras tradicionais. *Rev Tempus Actas Saúde Col*. 2010 Out; 4(4):209-14
 22. Lopez E. Noções de corporalidade e pessoa entre os Jodí. *Mana*. 2006 Out; 12(2):359-88.