

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 (<https://orcid.org/0000-0002-0725-0892>)¹

Douglas Antônio Rodrigues (<http://orcid.org/0000-0002-6810-5410>)²

Wilza Vieira Villela (<https://orcid.org/0000-0002-6246-2716>)³

Abstract *This paper analyses the impact of the Working with Traditional Midwives Program on the daily routine of a Krahô indigenous women group. This is an ethnographic study that mainly used observation and field diary as supporting tools. Other tools were timely interviews and secondary data. Fieldwork occurred between August 2015 and December 2016 and involved ten women of eight different villages. Results point to a disassociation between the Program's main objective, which is focused on appreciating and reviving midwives' knowledge and the daily village reality. Although the Program has targeted women who already work empirically on the birth setting, there was a generalized acknowledgement in villages that women "became midwives" after taking the course. Consequently, the lack of payment and the frustrated expectation that "government" would hire them, though never assumed, were interpreted as neglect. Results reveal an ethnocentric bias of the Program, focused on disseminating scientific knowledge and delivering materials that deviate from 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.*

Key words *Midwives, Home childbirth, Health of indigenous people*

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", embora não previstas, 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*

¹ Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Tocantins. Av. NS 15 ALCNO 14, Centro. 77020-210 Palmas TO Brasil. christine@uft.edu.br

² Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo SP Brasil.

³ Departamento de Medicina Preventiva, Unifesp. São Paulo SP Brasil.

Introdução

Mulheres que atuam empiricamente no contexto do parto e nascimento, distante do ambiente hospitalar e do sistema de saúde, carregam um rol de 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)^{1,2}. 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 comunidade¹.

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”. O kit tem a prerrogativa de garantir as condições materiais básicas para a realização do parto domiciliar e inclui uma lista mínima de 24 itens que devem ser entregues dentro de uma bolsa impermeável ao final dos encontros¹.

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 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 oficinas³.

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. Pode se dizer que 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 Ferreira⁴ isso se deve às tendências do desenvolvimento mundial e das iniciativas de povos e comunidades para resgatar culturas e práticas locais, sobretudo com a chegada do século XXI.

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 indígena e quilombolas” entre as parteiras tradicionais enfatiza que se deve prezar pelo respeito às suas especificidades étnicas e culturais¹.

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 inegável visibilidade e sejam ferramentas necessárias e importantes para o exercício da cidadania, Garnelo⁵, 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 Geertz⁶, 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.

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 Malinowski⁷ e Levi-Strauss⁸, 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 estudadas⁹. Para Trad⁹, 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. Geertz⁶ 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 Matta¹⁰, 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.

A agenda do trabalho de campo dependeu dos acordos pactuados com as mulheres e da disponibilidade de G., um morador de Itacajá, que passou a ser o informante e o principal apoio da pesquisa por reunir um conjunto de características: demonstrar genuíno interesse em colaborar com a pesquisa, ser técnico de enfermagem e trabalhar no território indígena há catorze anos, dominar a língua nativa, ter participado do PTPT como acompanhante e intérprete das mulheres, pilotar e disponibilizar a motocicleta que foi utilizada como meio de transporte.

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. Após percorrer o trâmite ético formal e obter autorização da Comissão Nacional de Pesquisa, Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e dos caciques, as mulheres que participaram do PTPT eram abordadas e incluídas no estudo a partir de seu consentimento verbal e escrito. 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 sido reais, 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 e suas traduções estão na sequência, entre parênteses.

Resultados e discussão

O sistema de saúde formal 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 portanto, 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 SasiSUS¹¹. 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, além de inaugurar uma sequência de novas Conferências que atualmente está em sua quinta edição¹².

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 claros indicativos de que ainda se mantém numa condição periférica na agenda da Política Nacional de Saúde, haja vista ter passado por distintas estratégias políticas e operacionais ao longo dos anos⁵.

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 aldeias¹¹. 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 mu-

lheres 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 indígena¹³.

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 *kraré* (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 kraré* na aldeia.

Embora o hospital seja reconhecido por alguns como um lugar importante para “salvar a mulher e o *kraré*”, 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 kraré, é melhor. (P2- filha),

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

Eu mesma vou pegar o kraré 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 partear 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 disciplina¹⁴⁻¹⁶. Nessa conjuntura, práticas de saúde deslocadas das instituições médicas passam a ser 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^{16,17}. Carneiro¹⁶ pondera que, embora muito se tenha avançado na superação de teorias que inferiorizam e/ou subjugam 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 povo¹⁸⁻²¹. Durante as incursões para a pesquisa, o encontro frequente com outros pesquisadores, fotógrafos e comerciantes fez refletir sobre a abertura desse povo ao universo *kupê* (aquele que não é krahô). A chegada da energia elétrica foi um dos acontecimentos mais notáveis durante o trabalho de campo, comemorado por muitos e visto com desconfiança por alguns. 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 *kupê* 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 kupê 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' (caci-que) 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 Kraré...porque kraré, 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: trans-

formar sua prática. Em última instância estava sendo ensinada tal qual se ensina uma criança, um *kraré*. 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.³ 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 textos²²⁻²⁴. Um clássico exemplo pode ser encontrado no título “Parteiras indígenas: mulheres de sete municípios serão qualificadas pela SESAU” do site de notícias Roraima em Foco²³, 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 tradicional¹. 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 uma possibilidade 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) variável²⁵. 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 2003²⁶. 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 Langdon²⁷, 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 autores²⁷⁻²⁹ 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 Ferreira⁴ e Scopel²⁸. 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 faz o curso, é parteira, tem que pegar o kraré! Quando a N. era cacique ela falou assim pra 'M3': você tem que pegar o kraré 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 poré! 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 Júnior e Garnelo³⁰ 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, portanto, 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 *kraré*” 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 kraré que M4, mas ninguém veio conversar comigo. (P3 – irmã)

Trata-se, portanto, 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 especificamente 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.

Ferreira³¹ 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. Modificações nem sempre adequadas à população a que se destina a ação. O kit da parteira, por exemplo, não se mostrou compatível às necessidades dessas mulheres no cenário do parto domiciliar. Os materiais foram apropriados dentro do cotidiano das aldeias das mais diversas formas que não o idealizado pelo PTPT, todavia, esse é um debate que merece ser aprofundado em outro momento.

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. 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.

Colaboradores

CR Gusman foi responsável pela pesquisa de campo, análise dos dados e redação do artigo, DA Rodrigues e WV Villela contribuíram igualmente na orientação do projeto, revisão crítica e redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf
2. Organização das Nações Unidas (ONU). *Objetivos do Milênio*. [internet]. [acessado 2016 Set 10]. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/os-objetivos-de-desenvolvimento-do-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: 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 L, organizadores. *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, narrativa 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; 2:1-12.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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-o-ministerio/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
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *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/secretaria-sesai/noticias-sesai/18247-saude-indigena-recebe-reforco-de-mais-medicos-para-assistencia-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 (Botucatu)* 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 University 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. Cruz HP. *Os caminhos da cura: uma etnografia de itinerários terapêuticos e da prestação de serviços de saúde entre os índios krahó no Estado do Tocantins* [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
22. 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-e-recebem-kits-em-ultimo-dia-de-encontro-no-jordao/>
23. 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-sete-municipios-serao-qualificadas-pela-sesau-2/>
24. 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-goncalo-recebem-capacitacao-e-valorizacao-do-conhecimento-popular/114343/>
25. 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.
26. 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-tradicionais-pode- virar-patrim%C3%B4nio-imaterial.htm>
27. Langdon EJ. Medicina Tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: Haverroth M, organizador. *Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas*. Recife: Nupeea; 2013.
28. Scopel RPD. *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Mundukuru* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
29. 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.
30. Coimbra Júnior CEA, Garnelo L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004
31. Ferreira LO. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* 2013; 20(1):203-219.

Artigo apresentado em 18/04/2017

Aprovado em 19/07/2017

Versão final apresentada em 21/07/2017