



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Saúde reprodutiva de mulheres indígenas no Nordeste brasileiro:
sistema biomédico, cosmovisões e práticas de autocuidado

VALÉRIA DA SILVA SANTOS

Salvador

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Saúde reprodutiva de mulheres indígenas no Nordeste brasileiro:
sistema biomédico, cosmovisões e práticas de autocuidado

VALÉRIA DA SILVA SANTOS

Monografia apresentada ao Departamento de Antropologia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Orientadora: Prof.^a Cecília Anne McCallum
Coorientador: Prof. Danilo Paiva Ramos

Salvador

2022

Dedico este trabalho à memória de meu pai, Washington, à minha mãe, Lúcia, e às minhas irmãs, Daniela e Adriana, pelo amor, apoio e inspiração constantes. Dedico-o também a mim mesma, em celebração à dedicação, perseverança e trajetória pessoal que me conduziram até a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

O processo que culminou na produção desta monografia contou com o apoio de muitas pessoas às quais sou profundamente grata. Agradeço, em primeiro lugar, à minha orientadora, professora Cecília Anne McCallum, pela valiosa orientação, e ao meu coorientador, professor Danilo Paiva Ramos, que me acompanhou desde os primeiros passos da pesquisa, oferecendo apoio constante e orientações essenciais. Registro também minha gratidão à pesquisadora e minha querida irmã, Daniela Silva Santos, pelo apoio e dedicação ao longo de toda a trajetória.

Agradeço ainda às professoras Cíntia Muller e Urpi Montoya pelo acompanhamento durante a elaboração desta monografia, e à professora Fátima Tavares por sua participação na banca examinadora. Sou grata a todos os meus professores pelos ensinamentos transmitidos ao longo de minha formação acadêmica. Reconheço também a contribuição das autoras e autores cujas obras fundamentaram e inspiraram este estudo. Estendo minha gratidão aos povos indígenas, por compartilharem conosco seus saberes e práticas, essenciais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Agradeço à minha família — aos meus pais, Lúcia e Washington, e às minhas irmãs, Daniela e Adriana — pelo apoio incondicional; e aos meus antepassados, representados por meus avós Anísia Roque, Maria do Carmo Andrade, Joel Pereira e Pascoal Santos, pelos ensinamentos de vida que constituem minhas raízes. Sou grata à Universidade Federal da Bahia (UFBA) por sua política de permanência, diversidade e excelência no ensino, bem como pelo incentivo à pesquisa, que me permitiu iniciar meus estudos por meio do Programa Milton Santos/UFBA e prosseguir com bolsa de pesquisa pelo Programa Sankofa/UFBA. Por fim, agradeço a cada amiga (o), aos colegas de curso e aos mestres e companheiros da capoeira, cuja convivência enriqueceu esta trajetória.

“Em sonho, em compartilha, em experiência... o saber, sou grata.”

- Ramar

RESUMO

Como as mulheres indígenas no Nordeste brasileiro abordam o autocuidado de sua saúde reprodutiva? Este é o tema central desta monografia. Por meio de revisão bibliográfica, analisam-se as concepções de mundo de quatro povos indígenas localizados nos estados da Bahia, Pernambuco e Ceará: Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé. O objetivo é compreender o contexto conceitual que orienta os modos pelos quais essas mulheres cuidam de seus corpos durante os eventos reprodutivos. As cosmologias desses povos incluem conceitos fundamentais, como Corpo Aberto, Sangue e Mãe/Dona do Corpo, que constituem a base de suas práticas de autocuidado. Embora o Estado brasileiro reconheça parcialmente as especificidades indígenas e ofereça um sistema de saúde diferenciado por meio da Secretaria Especial de Saúde Indígena, operacionalizada pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, o acesso aos serviços biomédicos apresenta desafios. As práticas dos profissionais de saúde frequentemente se estruturam de forma hierárquica e entram em conflito com as medicinas indígenas locais. Defende-se, portanto, que a inserção dos serviços de saúde deve considerar o contexto de interculturalidade e intermedicalidade, promovendo um diálogo efetivo com as medicinas indígenas e uma compreensão aprofundada de suas concepções de mundo.

Palavras-chaves: Saúde Indígena; Intermedicalidade; Cosmologias Indígenas; Práticas de autocuidado; Corpo e Gênero.

ABSTRACT

How do Indigenous women in the Brazilian Northeast approach self-care in their reproductive health? This monograph addresses this central question through a bibliographic review of the worldviews of four Indigenous peoples from the states of Bahia, Pernambuco, and Ceará: Tupinambá of Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba, and Tremembé. The aim is to understand the conceptual frameworks guiding how these women care for their bodies during reproductive events. The cosmologies of these peoples include key concepts such as the Open Body, Blood, and Mother/Owner of the Body, which underpin their self-care practices. Although the Brazilian state partially recognizes Indigenous specificities and provides a differentiated health system via the Special Secretariat for Indigenous Health, implemented through the Special Indigenous Health Districts, access to biomedical services remains challenging. Health professionals' practices are often hierarchical and may conflict with local Indigenous medicinal practices. This study argues that health service provision must account for interculturality and intermedicality, fostering meaningful dialogue with Indigenous medicines and promoting a comprehensive understanding of their worldviews.

Keywords: Indigenous Health; Intermedicality; Indigenous Cosmologies; Self-care practices; Body and Gender.

LISTA DE SIGLAS

Agente Indígena de Saúde – AIS

Área de Medicina Tradicional Indígena – AMTI

Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo – APOINME

Associação dos Índios Tapeba – ACITA

Casa de Apoio a Saúde Indígena – CASAI

Centro Ativo de Integração do Ser do Parto – CAIS do Parto

Comissão Intersetorial de Saúde do Índio – CISI

Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento – CIPD

Conselho Indígena de Almofala – CITA

Conselho Nacional de Saúde – CNS

Conselhos Distritais de Saúde Indígena – CONDISI

Comitê Intertribal de Mulheres Indígenas no Nordeste – COIMI

Conselho Local de Saúde Indígena – CLSI

Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento – CGPO

Departamento de Atenção à Saúde Indígena – DASI

Departamento de Determinantes Ambientais Saúde Indígena - DEAMB

Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI

Doença Sexualmente Transmissível – DST

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI

Estratégia de Saúde da Família – ESF

Etnologia, Linguística e Saúde Indígena – ETNOLINSI

Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO

Fundação das Nações Unidas para as Crianças – UNICEF

Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública - FSESP

Fundação Nacional do Índio – FUNAI

Fundação Nacional de Saúde – FUNASA

Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas - IAB-PI

Mato Grosso do Sul – MS

Ministério Público Federal - MPF

Organização Não-Governamental – ONG

Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura – UNESCO

Organização Mundial da Saúde – OMS

Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI

Secretária de Assistência à Saúde – SAS

Secretária Especial de Saúde Indígena – SESAI

Serviço de Proteção ao Índio – SPI

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome) – AIDS

Sistema de Informação à Saúde Indígena – SIASI

Tensão Pré-Menstrual – TPM

Território Indígena – TI

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	XV
I. TEMA, PROBLEMA DE PESQUISA E ESTRUTURA DE MONOGRAFIA	XV
II. METODOLOGIA	XXIII
III. ABORDAGEM TEÓRICA	XXV
IV. POVOS INDÍGENAS NO NORDESTE	XXXII
V. CONTEXTOS DOS POVOS INDÍGENAS NO NORDESTE.....	XXXVII
V.I Tupinambá.....	xxxviii
V.II Pankararu	xl
V.III Tapeba	xli
V.IV Tremembé	xliii
1 COMO O ESTADO ENTENDE A SAÚDE DE MULHERES INDÍGENAS.....	43
1.1 SERVIÇOS DE SAÚDE BIOMÉDICOS PARA OS POVOS INDÍGENAS	43
1.2 COMO A SESAI ENTENDE A SAÚDE INDÍGENA.....	50
1.3 ORGANIZAÇÃO DOS DSEIS.....	53
1.3.1 DSEI Bahia (Tupinambá).....	57
1.3.2 DSEI Pernambuco (Pankararu).....	58
1.3.3 DSEI Ceará (Tapeba, Tremembé).....	59
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES.....	60
1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS	62
1.5.1 Saúde Sexual e Reprodutiva.....	67
1.6 CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS	71
2 ELEMENTOS BÁSICOS DA SAÚDE DE MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE – COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO	74
2.1 COSMOLOGIAS INDÍGENAS	74
2.1.1 Contextos dos sistemas médicos indígenas.....	76
2.1.1.1 Tupinambá da Serra do Padeiro	76
2.1.1.2 Pankararu.....	77
2.1.1.3 Tapeba	81
2.1.1.4 Tremembé.....	82
2.1.1.5 Síntese e reflexões	83
2.1.2 Noção de Corpo Aberto	85

2.1.2.1	Tupinambá da Serra do Padeiro	85
2.1.2.2	Pankararu.....	85
2.1.2.3	Tapeba e Tremembé	86
2.1.2.4	Síntese e reflexões	87
2.1.3	Noção de Sangue.....	88
2.1.3.1	Tupinambá da Serra do Padeiro	88
2.1.3.2	Pankararu.....	89
2.1.3.3	Tapeba e Tremembé	89
2.1.3.4	Síntese e reflexões	90
2.1.4	Noção de Mãe/Dona-do-Corpo.....	91
2.1.4.1	Tupinambá da Serra do Padeiro	91
2.1.4.2	Pankararu.....	96
2.1.4.3	Tapeba e Tremembé	98
2.1.4.4	Síntese e reflexões	99
2.2	AUTOCUIDADO	101
2.2.1	Resguardo.....	102
2.2.1.1	Tupinambá da Serra do Padeiro	103
2.2.1.2	Pankararu.....	108
2.2.1.3	Tapeba e Tremembé	109
2.2.1.4	Síntese e reflexões	114
2.3	CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS	116
3	SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE: DESAFIOS E CONCEITOS DE INTERCULTURALIDADE E INTERMEDICALIDADE	121
3.1	REPRODUÇÃO: GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO	121
3.1.1	Parto Hospitalar	121
3.1.2	Gestação e Parto Domiciliar	126
3.1.2.1	Tupinambá.....	126
3.1.2.2	Pankararu.....	136
3.1.2.3	Tapeba e Tremembé	139
3.1.2.4	Síntese e reflexões	145
3.1.3	Papel da Parteira	148
3.1.3.1	Tupinambá.....	148

3.1.3.2	Pankararu.....	151
3.1.3.3	Tapeba e Tremembé	154
3.1.3.4	Síntese e reflexões	159
3.1.4	Rede de Socialidade.....	161
3.2	INTERCULTURALIDADE E INTERMEDICALIDADE.....	163
3.3	CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS	169
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
	PERSPECTIVAS.....	176
	REFERÊNCIAS	177
	ANEXOS	186

INTRODUÇÃO

I. TEMA, PROBLEMA DE PESQUISA E ESTRUTURA DE MONOGRAFIA

Esta monografia dedica-se à análise das concepções de mulheres indígenas acerca da saúde, com ênfase na saúde reprodutiva. A pesquisa busca compreender as práticas de cuidado, especialmente no âmbito reprodutivo, entre mulheres indígenas do Nordeste brasileiro, problematizando o diálogo estabelecido entre as medicinas tradicionais e a biomedicina. Nesse sentido, discute-se de que forma esse conjunto de práticas e discursos é reconhecido, tensionado ou incorporado no sistema biomédico estatal em relação à saúde de mulheres indígenas e como elas próprias, enquanto protagonistas desse processo, elaboram suas compreensões sobre tais relações. O objetivo central consiste em investigar as articulações entre o cuidado à saúde de mulheres indígenas e as teorias e práticas locais referentes ao corpo e à pessoa — que englobam noções como Corpo Aberto, Sangue e Mãe/Dona-do-Corpo —, bem como os modos de autocuidado, incluindo o resguardo, a atuação de especialistas locais e o acesso aos serviços biomédicos.

A pesquisa fundamenta-se em método bibliográfico, com ênfase em produções que abordam a saúde reprodutiva de mulheres indígenas no Nordeste brasileiro. A partir de etnografias realizadas entre os povos Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé, são discutidas as noções em destaque, os atores sociais envolvidos, as formas de socialidade e os itinerários terapêuticos. O diálogo entre esses povos, aqui tomado em conjunto, busca evidenciar marcadores culturais relevantes, além de compreender o dinamismo das práticas femininas no trânsito entre os serviços biomédicos e os saberes tradicionais indígenas. Ressalta-se a necessidade de resistir a generalizações e homogeneizações¹ quanto às concepções e práticas de autocuidado das mulheres indígenas.

O estudo das perspectivas indígenas sobre saúde reprodutiva no Nordeste possibilita o acesso a uma pluralidade de conhecimentos e formas de compreender o mundo. Tais

¹ A formação dos Estados modernos europeus deu origem a uma estrutura política que, ao ser transplantada para o Brasil, impôs limites à heterogeneidade social dos grupos étnicos existentes no território. Nesse contexto, as lutas dos povos indígenas evidenciam tanto suas especificidades quanto as formas de resistência frente aos processos de homogeneização promovidos pelo Estado (Albuquerque, 2003).

concepções envolvem dimensões materiais e imateriais, incluindo relações com seres não humanos que compõem a totalidade cosmológica. Na Antropologia da Saúde², as discussões sobre os encontros e tensões entre a biomedicina e as medicinas indígenas destacam a diversidade de concepções sobre saúde, doença, tratamentos, medicações e etiologias.

Segundo o acadêmico indígena Gersem José dos Santos Luciano (2006), do povo Baniwa, a saúde é concebida como inerente à vida e ao ser humano, ao passo que a doença, em condições estáveis, não se vincula à existência. Essas condições de estabilidade dizem respeito à manutenção da harmonia cosmológica, isto é, à vigilância e ao cuidado permanentes frente a determinados espíritos da natureza. Tais espíritos, explica Luciano Baniwa (2006, p.173) “refere-se à capacidade de reação e autodefesa da própria natureza quando ela é transgredida [...] a saúde não se constitui como espaço autônomo ou isolado, mas refere-se às questões mais gerais das relações sociais, das relações com a natureza, da cosmologia, da organização social, do exercício do poder etc.”.

De modo semelhante, entre os povos Tupinambá, Pankararu, Tapeba e Tremembé, a saúde é entendida como resultado de uma rotina de hábitos saudáveis que articulam indivíduo e comunidade em harmonia com dimensões materiais e imateriais. As práticas cotidianas, a alimentação, o ambiente de vida e as interações sociais estão diretamente vinculados ao ideal de “viver bem”, que implica estar em equilíbrio com a natureza e com “todos os seus elementos, todas as espécies de vida e existência nela” (Ubinger, 2012, p. 74). Essa concepção também envolve a segurança alimentar, a segurança física e a relação indissociável com o território. Por isso, o território que o povo indígena vive está diretamente relacionado ao viver bem e, logo, à saúde (Macedo, 2007; Ubinger, 2012).

Nos contextos interétnicos, torna-se fundamental o conceito de interculturalidade, entendido como processo de intercâmbio entre culturas, por meio do qual se constrói um espaço de negociação orientado ao reconhecimento e à superação das relações de poder (Pedrana et al., 2018, *apud* Ramos & Lolli, 2020). Na Antropologia da Saúde, esse conceito articula-se ao de intermedicalidade, que, conforme Fóller (2004) e Langdon (2004), diz respeito aos processos de apropriação de saberes, às hegemonias locais e globais, às negociações interculturais e à produção de práticas médicas híbridas.

² Reconhecem-se diferentes orientações teóricas no campo da Antropologia. A Antropologia Médica, desenvolvida sobretudo na tradição norte-americana, concentra-se em temas como políticas públicas, medicina de família, minorias étnicas e etnomedicinas. Já a Antropologia da Doença e a Antropologia da Saúde, vinculadas à escola francesa, enfocam, respectivamente, os processos de adoecimento como espaço para reflexões sobre sociedade e cultura, e a saúde como produto social e político, configurando-se como uma área de caráter interdisciplinar (Manso & Concone, 2021).

Nesse sentido, os povos indígenas reinterpretam e se apropriam de elementos da medicina ocidental (Langdon, 2004), agregando-os a seus sistemas tradicionais sem, necessariamente, substituí-los (Langdon & Wiik, 2010). O diagnóstico orienta a escolha entre técnicas biomédicas e práticas tradicionais (Macedo, 2007; Giberti, 2013; Tófoli, 2020). Assim, a manutenção da saúde está fundamentada tanto nos cuidados cotidianos e no respeito às normas cosmológicas quanto na utilização combinada de diferentes recursos terapêuticos.

Cabe observar a escassez de estudos específicos sobre a saúde de mulheres indígenas nas regiões Nordeste, Sul e Sudeste (Coimbra Júnior & Garnelo, 2004). A seleção dos povos aqui analisados — Tupinambá da Serra do Padeiro (Bahia), Pankararu (Pernambuco), Tapeba e Tremembé (Ceará) — resultou do acesso a materiais etnográficos disponíveis que abordam concepções de corpo, visões de mundo e práticas de autocuidado. O recorte “mulheres indígenas no Nordeste³” foi definido como delimitação regional, com base em referências localizadas nesses três estados e nessas quatro etnias.

Esta monografia está organizada em três capítulos, antecidos pela introdução e finalizados pelas considerações finais, seguidas de perspectivas, referências e anexos. Na Introdução, apresentam-se o tema central, o problema de pesquisa, os objetivos, a relevância do estudo e a própria estruturação do trabalho. Em seguida, expõe-se a Metodologia adotada. O capítulo subsequente é dedicado à Abordagem Teórica, que contempla a discussão dos seguintes conceitos: “Técnicas do Corpo”, de Marcel Mauss (2003); “Habitus”, de Pierre Bourdieu (1966); “Fabricação do Corpo”, conforme proposto por Cecília McCallum (1998); e “Pessoa”, a partir das reflexões de Anthony Seeger, Roberto DaMatta e Eduardo Viveiros de Castro (1979). Posteriormente, será apresentado o contexto político dos povos indígenas no Nordeste, bem como os aspectos sociais, históricos e econômicos de cada povo indígena que fundamenta este estudo, seguindo a ordem: Tupinambá, Pankararu, Tapeba e Tremembé.

A escolha por apresentar o contexto político, social, histórico e econômico justifica-se pela necessidade de situar as especificidades que caracterizam os povos indígenas do Nordeste brasileiro, bem como as particularidades de cada comunidade. Esse enfoque possibilita uma compreensão mais ampla e aprofundada acerca das percepções e sentimentos coletivos sobre as experiências passadas, evidenciando, ao mesmo tempo, como tais vivências influenciam diretamente a dinâmica social contemporânea. Além disso, tal abordagem

³ A opção por esse termo não tem a intenção de abranger a totalidade dos estados do Nordeste, tampouco de representar a complexidade e diversidade das etnias que compõem a região. Trata-se, antes, de uma delimitação analítica, necessária para viabilizar o recorte metodológico da pesquisa, sem desconsiderar, contudo, a amplitude e a heterogeneidade dos contextos indígenas nordestinos.

permite apreender de forma mais clara a organização comunitária, considerando aspectos como a distância das fontes de água, o acesso aos serviços de saúde — seja dentro da própria comunidade ou em localidades próximas — e a obtenção de bens de consumo mediante recursos financeiros (condição que favorece a autonomia econômica).

Também se destacam a proximidade com áreas de mata que oferecem recursos medicinais, a inserção das mulheres em atividades produtivas, como o trabalho assalariado, a disponibilidade de tempo para o cultivo de hortas e os diferentes níveis de escolaridade. Essas dimensões revelam-se particularmente relevantes para a compreensão dos itinerários terapêuticos e das práticas de autocuidado desenvolvidas pelas mulheres, evidenciando a inter-relação entre fatores estruturais, sociais e culturais na conformação de seus modos de vida e estratégias de cuidado.

O capítulo 1 é intitulado “Como o Estado entende a saúde de mulheres indígenas”. Busca apresentar os direitos indígenas ao acesso a uma saúde diferenciada, quais são os serviços biomédicos acessados pelos indígenas, a organização e a estruturação da oferta desses serviços. Expõe também as políticas públicas para a saúde de mulheres e as políticas públicas para a saúde de mulheres indígenas. A apresentação dessas informações mostra-se fundamental, pois permite compreender de que maneira os direitos indígenas ao acesso a uma saúde diferenciada vêm sendo efetivados e quais os limites encontrados nesse processo.

Ao identificar os serviços biomédicos, bem como a forma como se organiza e se estrutura a oferta desses serviços, torna-se possível analisar não apenas a disponibilidade institucional, mas também as condições concretas de utilização desses recursos pelas comunidades. Além disso, ao expor as políticas públicas voltadas para a saúde de mulheres em geral e, de modo mais específico, para a saúde de mulheres indígenas, evidencia-se a intersecção entre gênero, etnicidade e políticas de saúde. Essa abordagem é relevante porque possibilita identificar se as ações do Estado contemplam as especificidades culturais, sociais e territoriais dessas mulheres, ao mesmo tempo em que revela os desafios e as lacunas existentes na garantia de uma atenção integral e equitativa à saúde.

Assim, este capítulo está estruturado em seis tópicos e quatro subtópicos, distribuídos da seguinte maneira: 1.1 Como a SESAI entende a saúde indígena; 1.2 Acesso aos serviços biomédicos; 1.3 Organização dos DSEIs, com os subtópicos 1.3.1 DSEI Bahia (Tupinambá), 1.3.2 DSEI Pernambuco (Pankararu) e 1.3.3 DSEI Ceará (Tapeba e Tremembé); 1.4 Políticas públicas para a saúde de mulheres; 1.5 Políticas públicas para a saúde de mulheres indígenas,

com o subtópico 1.5.1 Saúde sexual e reprodutiva; e, por fim, 1.6 Conceitos e interpretações críticas.

A escolha de estruturar quatro subtópicos, cada um destinado a detalhar as DSEIs correspondentes a cada povo, justifica-se pela relevância de examinar, de maneira específica, o funcionamento desses distritos. Cada um desses distritos enfrenta realidades sociais, históricas e territoriais distintas, o que impacta diretamente tanto a gestão das ações de saúde quanto o acesso das comunidades aos serviços biomédicos e tradicionais. Ao destacar essas diferenças, é possível identificar avanços, desafios e lacunas na implementação das políticas públicas.

Essa abordagem permite compreender como os povos indígenas se relacionam com o sistema oficial de saúde e como a estrutura de cada DSEI influencia o uso e a percepção dos serviços ofertados. Na seção Conceitos e interpretações críticas, essa discussão se articula ao referencial teórico, ressaltando a importância de considerar as noções indígenas de corpo e pessoa na oferta de uma atenção à saúde culturalmente sensível. O usufruto dos serviços segue uma lógica própria, mediada pelo capital cultural das comunidades, enquanto a incorporação de novas práticas pelas gerações mais jovens se integra aos saberes tradicionais, articulando corpo, pessoa e contexto social.

O Capítulo 2, intitulado “Elementos básicos da saúde de mulheres indígenas no Nordeste – Cosmologia e práticas de autocuidado”, apresenta inicialmente as noções de cosmologia e de autocuidado. A partir dessas definições, expõe-se o contexto geral dos sistemas médicos de cada um dos povos estudados, considerando o entendimento das mulheres indígenas participantes das pesquisas aqui referenciadas acerca das concepções que se associam à sua saúde e às práticas de autocuidado.

Apresentar as noções de cosmologia e de autocuidado é fundamental para compreender a saúde de mulheres indígenas de maneira integral, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também as dimensões culturais, simbólicas e espirituais que moldam suas experiências de cuidado. A cosmologia, enquanto sistema de concepções sobre o mundo, os seres e as relações sociais e naturais, orienta diretamente as práticas de autocuidado, influenciando a forma como as mulheres interpretam sinais de saúde e doença, definem prioridades terapêuticas e mobilizam recursos tradicionais para manutenção do equilíbrio individual e social.

Ao contextualizar os sistemas médicos de cada povo estudado, é possível evidenciar a riqueza e a complexidade dos saberes e práticas tradicionais de cuidado com a saúde. A

análise das concepções que se associam à saúde e às práticas de autocuidado das mulheres indígenas permite compreender como esses sistemas estruturam rotinas, rituais e estratégias preventivas e terapêuticas, articulando saberes ancestrais com as experiências cotidianas. Essa abordagem ressalta a importância de valorizar e reconhecer os conhecimentos tradicionais, bem como a interação entre práticas locais e políticas públicas de saúde, oferecendo uma visão mais completa sobre os itinerários terapêuticos e a autonomia das mulheres em seus cuidados.

Também estruturado por tópicos e subtópicos, este capítulo é composto por dois tópicos principais, cinco subtópicos e subdivisões referentes a cada um dos povos indígenas, além de seções de Síntese e Reflexões. A organização segue a seguinte ordem: 2.1 Cosmologia; 2.1.1 Contextos dos sistemas médicos indígenas; 2.1.2 Noção de Corpo Aberto, com subdivisões por povo indígena e seção de Síntese e Reflexões; 2.1.3 Noção de Sangue, igualmente subdividida por povo indígena e seguida de Síntese e Reflexões; 2.1.4 Noção de Dona/Mãe do Corpo, com divisões referentes a cada povo e seção de Síntese e Reflexões; 2.2 Autocuidado, com 2.2.1 Resguardo, subdividido por povo indígena e acompanhado de Síntese e Reflexões. O capítulo é encerrado pelo tópico 2.3 Conceitos e interpretações críticas, que retoma os principais conceitos teóricos e interpretações emergentes a partir das análises apresentadas.

A divisão em subtópicos por povo indígena permite detalhar as especificidades de cada comunidade, uma vez que práticas, noções de Corpo Aberto, Sangue, Dona do Corpo e autocuidado variam conforme contextos sociais, históricos e territoriais distintos. Essa organização possibilita uma análise comparativa, evidenciando semelhanças e diferenças entre os povos e ampliando a compreensão da diversidade de estratégias terapêuticas e dos sistemas médicos indígenas.

As seções de Síntese e Reflexões cumprem papel fundamental ao integrar e interpretar os dados, destacando convergências e divergências, nuances das práticas de autocuidado e os sentidos atribuídos à saúde e ao corpo, em diálogo com o referencial teórico. Por sua vez, a seção de Conceitos e interpretações críticas permite aprofundar a análise, articulando as visões locais com a noção de fabricação do corpo e enfatizando a compreensão indígena de corpo e pessoa. Essa abordagem possibilita interpretar de forma consistente as práticas de cuidado, que estão intimamente ligadas às cosmologias e aos sistemas simbólicos de cada comunidade, fundamentando o desenvolvimento deste trabalho.

O Capítulo 3, intitulado “Saúde Reprodutiva de Mulheres Indígenas no Nordeste: desafios e conceitos de interculturalidade e intermedicalidade”, apresenta um panorama geral sobre o parto hospitalar e a forma como este tem sido vivenciado pelas mulheres indígenas. A análise destaca não apenas a crescente utilização desse tipo de serviço, mas também os condicionantes sociais e institucionais que levam as mulheres a recorrer a ele, muitas vezes em contextos de desigualdade e de limitações de acesso.

Em contraposição, o capítulo discute a realização do parto domiciliar, prática que se mantém em algumas comunidades, evidenciando a riqueza de cuidados envolvidos, a centralidade da rede de socialidade e o protagonismo das mulheres no processo de dar à luz. Nesse cenário, ganha relevo o papel da parteira, não apenas como agente de saúde tradicional, mas também como guardiã de saberes ancestrais e mediadora entre dimensões biológicas, espirituais e comunitárias do parto. A presença da parteira, associada ao apoio coletivo de familiares e vizinhos, reforça a dimensão relacional e culturalmente situada do nascimento.

O Capítulo 3 está estruturado em dois tópicos principais, subdivididos em seções que permitem uma análise detalhada da reprodução e das dinâmicas de saúde reprodutiva entre as mulheres indígenas. A organização segue a seguinte ordem: 3.1 Reprodução: gestação, parto e pós-parto, com os subtópicos 3.1.1 Parto hospitalar; 3.1.2 Gestação e parto domiciliar, subdividido por povo indígena e acompanhado de seções de Síntese e Reflexões; 3.1.3 Papel da parteira, igualmente dividido por povo indígena e seguido de Síntese e Reflexões; e 3.1.4 Rede de socialidade. Em seguida, apresenta-se o tópico 3.2 Interculturalidade e Intermedicalidade, que articula as questões tratadas anteriormente à discussão mais ampla sobre o diálogo entre diferentes sistemas de saúde. O capítulo é finalizado com 3.3 Conceitos e interpretações críticas, que retoma os principais conceitos teóricos e interpretações emergentes a partir das análises.

A discussão permite compreender as formas de parto, a predominância do parto hospitalar e as particularidades do parto domiciliar, que envolve dimensões cosmológicas e uma rede de socialidade, fundamentais na concepção local de corpo e pessoa. Desse modo, evidencia-se de forma aprofundada as tensões, negociações e diálogos que se estabelecem entre diferentes sistemas de saúde. Ressalta-se a necessidade de repensar práticas institucionais e a postura dos profissionais, de modo a reconhecer, valorizar e respeitar os saberes tradicionais. Esse reconhecimento é essencial para garantir às mulheres indígenas um atendimento que seja não apenas técnico, mas também humanizado, culturalmente sensível e

alinhado às suas próprias concepções de corpo, saúde e reprodução, fortalecendo a efetividade das políticas públicas e a autonomia das comunidades.

Além disso, os conceitos aqui discutidos permitem compreender como o conhecimento biomédico é apropriado pelas populações indígenas, processo mediado pelo seu capital cultural e moldado pelos habitus específicos de cada grupo. Nesse contexto, os princípios de intermedicalidade e interculturalidade ganham relevância, pois evidenciam a importância de compreender as noções de corpo e pessoa em cada contexto indígena, mostrando como diferentes racionalidades terapêuticas se encontram, se negociam e se reconfiguram nas práticas de cuidado, produzindo formas integradas e culturalmente significativas de atenção à saúde.

As Considerações Finais, Perspectivas, Referências e Anexos encerram este trabalho. Nas Considerações Finais, recapitula-se de forma sintética a alteridade dos povos indígenas no Nordeste, a estruturação da atenção diferenciada à saúde e o contexto de interculturalidade e intermedicalidade em que se inserem as práticas biomédicas ao ofertarem cuidados a essas populações. Destaca-se, ainda, o entendimento cosmológico das mulheres indígenas em relação à saúde, evidenciando sua relevância no cuidado reprodutivo, especialmente no que se refere ao resguardo e às medicinas tradicionais.

Nesse processo, o referencial teórico articulado ao longo do estudo sustenta a interpretação crítica dos dados, permitindo compreender como os saberes indígenas se relacionam, se negociam e se reconfiguram frente às práticas biomédicas. Enfatiza-se, por fim, a necessidade de construir uma relação dialógica entre profissionais do sistema biomédico e os povos indígenas, pautada na horizontalidade, na formação adequada dos profissionais e no respeito às especificidades culturais, sem recorrer a traduções culturais simplificadoras.

Na seção Perspectivas, destacam-se caminhos para a continuidade da pesquisa, com atenção aos sistemas de saúde indígenas e às noções de Corpo Aberto e Mãe do Corpo, inclusive em contextos rurais. Propõe-se também refletir sobre a categoria de “tradicional”, frequentemente marcada pelo viés biomédico, e sobre os agenciamentos terapêuticos, a ecologia de saberes e o ecofeminismo, elementos que permitem compreender a diversidade de saberes e práticas de cuidado das comunidades indígenas, fortalecendo a análise crítica e a construção de políticas de saúde culturalmente sensíveis.

A seção “Referências” reúne, de forma detalhada, as obras e os autores que fundamentaram a construção desta investigação, garantindo rigor acadêmico e consistência

teórica. Por fim, nos “Anexos”, encontram-se o organograma de funcionamento da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), bem como a disposição e os nomes dos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) distribuídos pelo território nacional, oferecendo ao leitor uma visão abrangente da estrutura organizativa do sistema oficial de atenção à saúde indígena.

II. METODOLOGIA

Esta monografia foi desenvolvida por meio do método bibliográfico. A partir do levantamento de referências teóricas publicadas, analisadas em artigos científicos, monografias, dissertações, teses e livros, foram identificadas as principais fontes capazes de embasar este trabalho. A maioria dessas referências foi acessada em formato eletrônico, embora muitas também estejam disponíveis em versões impressas. O estudo incluiu tanto pesquisas exploratórias quanto investigações sobre ideologias e diferentes perspectivas acerca do problema central da pesquisa. As fontes consultadas englobaram repositórios acadêmicos de universidades brasileiras, bem como plataformas eletrônicas como SciELO e Google Acadêmico. A busca foi realizada em Língua Portuguesa e Língua Inglesa, utilizando palavras-chave como: práticas de autocuidado, práticas de cura, saúde indígena, mulheres indígenas, indígenas no Nordeste, SESAI, DSEIs, interculturalidade, intermedicalidade, interculturality e intermedicality.

A partir disso, foi possível haver a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais amplo do que aquela que poderia pesquisar diretamente; considerando a dispersão espacial dos dados (Gil, 2002). Para tanto, buscou-se assegurar a confiabilidade das fontes consultadas, utilizando referências diversas e cotejando-as criteriosamente. As obras selecionadas foram analisadas com rigor, evitando comprometer a qualidade da pesquisa por informações coletadas ou processadas de forma equivocada (Fonseca, 2002). Seguindo os critérios de Lima & Mioto (2007), a coleta de dados bibliográficos adotou parâmetros temáticos, linguísticos, cronológicos e de fontes, delimitando o universo do estudo à temática da saúde indígena, mulheres indígenas e povos indígenas no Nordeste, abrangendo publicações de aproximadamente trinta anos, desde a década de 1990 até 2022.

A partir dos objetivos estabelecidos, identificaram-se os conceitos e autores-chave por meio dos trabalhos mais citados, comparando constantemente as referências. Em seguida, buscou-se artigos recentes que os citassem, permitindo mapear grupos de pesquisa e linhas de investigação relacionadas ao tema. Esse acompanhamento do estado da arte possibilitou identificar os tópicos em evidência (*high topics*) considerados pela comunidade acadêmica (Traina & Traina, 2009). A análise bibliográfica envolveu leituras sucessivas, incluindo reconhecimento do material, leitura exploratória, seletiva, reflexiva e interpretativa.

Esse processo levou à identificação de trabalhos etnográficos de publicação própria das autoras, que compõem a base analítica do estudo. A partir da análise minuciosa das obras selecionadas, foi construído um roteiro de estudo que permitiu extrair os temas, conceitos e considerações relevantes para a compreensão do objeto, com destaque para noções como Mãe/Dona do Corpo, Corpo Aberto, resguardo relacionado à saúde reprodutiva, sistemas de parto domiciliar e hospitalar e acesso aos serviços biomédicos.

Dentre as etnografias analisadas, foram priorizadas aquelas que se aprofundavam nos conceitos mencionados. Outras etnografias foram também valiosas para reflexões e análises acerca das práticas de autocuidado, noção de Corpo Aberto e acessos aos serviços biomédicos; contudo, ocorriam de não se aprofundarem nestas questões, assim como na noção de Mãe/Dona do Corpo. Esses trabalhos etnográficos se encaminhavam a outras direções, como a política local, a luta para assegurar o território, as dinâmicas entre o acesso aos serviços biomédico e as respectivas medicinas indígenas. Por isso, apesar de enriqueceram o trabalho nestas direções, não compuseram a listagem dos trabalhos selecionados para a discussão detalhada neste eixo analítico. Isto se deu a fim de evitar lacunas sobre determinados povos em tópicos específicos, resultando na escolha de grupos indígenas do Nordeste cujas pesquisas apresentavam aprofundamento suficiente sobre os temas aqui pertinentes.

O método bibliográfico possibilitou um amplo alcance de informações, além de admitir a utilização de dados dispersos em inúmeras publicações. Contribuiu, portanto, na construção e na melhor definição do quadro conceitual envolvido no objeto de estudo proposto (Gil, 1994, *apud* Lima & Miotto, 2007). Ficou evidente, ao longo da pesquisa, a existência de um número crescente de publicações na área, sinalizando a possibilidade de continuidade investigativa. Considerou-se, conforme Traina & Traina (2009), que a pesquisa bibliográfica é adequada para trabalhos exploratório-descritivos, pois permite apresentar as lentes conceituais que orientam todo o processo de investigação e análise.

Esta monografia foi desenvolvida a partir de pesquisas realizadas no âmbito do Programa Milton Santos/UFBA - Iniciação Científica Voluntário, edital 2020-2021 e do Programa *Sankofa*, da Pró-reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil/UFBA - Iniciação Científica com Bolsa, edital 2021-2022, ambas com a orientação do professor Danilo Paiva Ramos. Ademais, a participação da autora como monitora no curso de extensão “Antropologia da Saúde Indígena e Epidemiologia Intercultural”, realizado pelo grupo de pesquisa Etnologia, Línguas Indígenas e Saúde Indígena (UFBA, setembro a novembro de 2020) proporcionou contato direto com agentes indígenas de saúde, lideranças e profissionais da área, ampliando a compreensão sobre interculturalidade, territorialidade, corpo e comunicação intercultural.

A amizade e o contato da autora com povos indígenas, assim como suas estadias entre os Kiriri e Tupinambá em seus respectivos territórios, possibilitaram uma aproximação aprofundada com suas culturas, cotidianos e debates internos acerca dos desafios e das lutas pelos territórios e direitos. Essa convivência direta, incluindo a interação com indígenas envolvidos na área da saúde, permitiu à autora desenvolver uma escrita sensível às questões de interculturalidade e às diferentes visões de mundo dessas comunidades.

Por fim, a pesquisa bibliográfica foi conduzida de forma ordenada e criteriosa, atendendo às especificidades do objeto de estudo qualitativo, que é histórico, localizado temporalmente, transformável e ideológico. Como ressaltam Lima & Miotto (2007, *apud* Minayo, 1994, p. 21), todo objeto de estudo vincula interesses e visões de mundo historicamente construídas, submetendo-se e resistindo aos limites impostos pelos esquemas de dominação vigentes, o que exige do pesquisador rigor metodológico e sensibilidade analítica para interpretar e relacionar criticamente os dados coletados à luz do contexto histórico e cultural.

III. ABORDAGEM TEÓRICA

Na revisão bibliográfica acerca da saúde de mulheres indígenas no Nordeste, constata-se que a temática convoca múltiplos conceitos que exigem aprofundamento. Neste espaço, contudo, optou-se por destacar alguns deles. Ao tratar das práticas de autocuidado entre as mulheres, torna-se indispensável abordar a noção de corpo, para a qual o conceito de técnicas

corporais é particularmente relevante. Segundo Marcel Mauss (2003, p. 401), essas técnicas designam as maneiras pelas quais, de sociedade a sociedade, os indivíduos aprendem a servir-se de seus corpos.

Toda técnica possui forma e especificidade próprias, sofrendo alterações ao longo das gerações, mesmo dentro de uma mesma sociedade. Mauss sustenta que não existe uma maneira natural no adulto: atos considerados biológicos, como andar, respirar ou sentar, são socialmente aprendidos e executados de forma particular. Para compreender tais práticas, é necessário considerar três dimensões indissociáveis: a mecânica/física, a fisiológica e a psicológica/sociológica, constitutivas do homem (*sic*) total.

O aprendizado do uso do corpo humano ocorre, segundo Mauss (2003, p. 405), pela imitação e pela educação, destacando-se a “imitação prestigiosa”. Tanto crianças quanto adultos reproduzem atos realizados por pessoas de confiança e autoridade. É a partir desse prestígio social que os gestos são legitimados e transmitidos. Assim, hábitos e formas de agir configuram-se como construções coletivas, reiterando a natureza social do *habitus*. Em latim, o termo exprime melhor que “hábito” a ideia de *exis* — o adquirido. Os hábitos variam, portanto, não apenas entre indivíduos e suas imitações, mas sobretudo entre sociedades, educações, convenções, modas e prestígios. Como observa Mauss (2003, p. 404), é preciso reconhecer, para além da repetição das faculdades da alma, a presença das técnicas e da obra da razão prática, individual e coletiva.

A partir do conceito de técnicas corporais, de Marcel Mauss (2003), podemos pensar as práticas de autocuidado e o resguardo das mulheres indígenas. Tais saberes e práticas são aprendidos e desempenhados cotidianamente. A partir da situação de necessidade que à mulher é ensinado como proceder, ou seja, o resguardo a ser praticado, para preservar o seu bem-estar. É a partir da observação e da convivência com as mulheres mais experientes que as jovens mulheres aprenderão e adquirirão determinados hábitos.

Tais mulheres experientes estão inseridas na rede de parentesco e de socialidade das mulheres mais jovens, são pessoas de autoridade e confiança sobre estas últimas. Por isso, seus exemplos e ensinamentos tendem a serem imitados e transmitidos entre as gerações. Entretanto, essas práticas não permanecem estáticas: sofrem transformações ao longo do tempo. O resguardo vivido por uma avó difere daquele de sua filha ou neta, demonstrando a historicidade das técnicas corporais. Essa diferenciação de práticas entre as gerações é natural (Mauss, 2003).

Esse mesmo referencial permite compreender a crescente adesão de mulheres indígenas — dos povos Tupinambá, Pankararu, Tapeba e Tremembé — aos partos hospitalares, fenômeno documentado nas etnografias de Ulla Macedo (2007), Andrea Giberti (2013) e Lúcia Tófoli (2020). A chegada dos serviços biomédicos às comunidades, somada à proximidade estabelecida com profissionais de saúde, favoreceu a intensificação dessa prática.

Na sociedade nacional mais ampla, o parto hospitalar já se consolidara desde meados do século XX. Tófoli evidencia, apoiando-se em Wilson (1995, *apud* Maccourt & Dykers, 2009, p. 27), que o parto hospitalar foi progressivamente institucionalizado e transformado na via hegemônica e praticamente exclusiva de nascer. A biomedicina passou a ser associada ao progresso e à modernidade, e o acesso a seus serviços passou a conferir *status* social. Nesse contexto, o parto hospitalar, respaldado pelo prestígio do saber biomédico, adquiriu legitimidade e valor simbólico.

As concepções acerca do parto hospitalar são disseminadas às mulheres indígenas por meio de sua interação com os serviços de saúde. Giberti (2013), em sua etnografia junto às mulheres Pankararu, observou que, nas consultas de pré-natal, os profissionais de saúde orientavam e encaminhavam todas as gestantes ao parto hospitalar, independentemente de serem consideradas gestações de risco. Em nenhum momento o parto domiciliar era cogitado ou discutido com as mulheres. Tal prática evidencia como, em contextos de interculturalidade, determinados hábitos sociais são incorporados e ressignificados, resultando na formação de novos padrões culturais.

Ulla Macedo (2007), por sua vez, observa que, entre as Tupinambá da Serra do Padeiro, o acesso aos serviços biomédicos, às redes de comunicação e às idas frequentes à cidade favoreceu a adoção do parto hospitalar. Nessa comunidade, o parto domiciliar tornou-se raro, ocorrendo apenas em situações inesperadas, quando não há tempo hábil para o deslocamento ao hospital. As parteiras tradicionais encontram-se em idade avançada, e as mulheres experientes que ainda sabem “pegar menino”⁴ não se dispõem⁵ mais a exercer essa prática. Tal cenário suscita o questionamento sobre se, entre as mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro, o hábito de parir no hospital tenderia a consolidar-se como um *habitus*. Uma vez que essas mulheres são orientadas a ter seus filhos em ambiente hospitalar, as conveniências

⁴ Termo utilizado localmente, se refere a ajudar no parto.

⁵ No Capítulo 3, tópico 3.1.3 Papel da Parteira é analisado os motivos que levam essas mulheres a evitar a prática de pegar menino.

sociais convergem nesse sentido, transformando tal escolha em prática prestigiosa e, em certa medida, em uma “moda”, conforme assinala Macedo (2007).

O conceito de *habitus*, desenvolvido por Pierre Bourdieu na Teoria da Ação (2007), parte da premissa de que os agentes humanos são “animais históricos” que carregam em seus corpos sensibilidades e categorias adquiridas, sedimentadas ao longo de experiências sociais passadas (Wacquant, 2011). O *habitus*, como princípio orientador das práticas inscritas no espaço dos estilos de vida, assegura a presença ativa das experiências anteriores, depositadas nos organismos sob a forma de esquemas de percepção, pensamento e ação.

Esses esquemas tendem a garantir a conformidade e a constância das práticas ao longo do tempo. Ao mesmo tempo, o conceito de *habitus* rompe com a dicotomia entre indivíduo e sociedade, pois evidencia como a sociedade se interioriza nas pessoas sob a forma de disposições duráveis e transponíveis — ou, como explica Wacquant (2007, p. 36), “capacidades treinadas e propensões estruturadas para pensar, sentir e agir de modos determinados, que então as guiam em suas respostas criativas aos constrangimentos e solicitações de seu meio social existente”.

Assim, embora as mulheres indígenas Tupinambá (Macedo, 2007), Pankararu (Giberti, 2013), Tapeba e Tremembé (Tófoli, 2020) muitas vezes sejam constrangidas a optar pelo parto hospitalar — seja pela pressão de profissionais de saúde, pela conveniência imposta pela sociedade nacional envolvente, ou pelo temor advindo de narrativas de complicações e até de óbitos durante o parto —, observa-se também um movimento de valorização do parto domiciliar. Esse movimento de continuidade e retorno, descrito por Giberti (2013) entre as Pankararu e por Tófoli (2020) entre as Tapeba, pode igualmente ser pensado à luz do conceito de *habitus*. Do mesmo modo que a convivência intercultural pode introduzir novos hábitos e, conseqüentemente, novos *habitus*, ela também pode reafirmar disposições já estabelecidas, como no caso do resguardo.

Segundo Bourdieu (2007), cada classe social possui “propriedades de posição”, definidas por sua inserção em uma estrutura social historicamente configurada e pelas relações que a vinculam às demais partes dessa estrutura. Embora Bourdieu não tenha se baseado em sociedades indígenas para desenvolver tal reflexão, sua formulação permite compreender os contextos de interculturalidade e intermedicalidade nos quais se inserem as mulheres indígenas. Ao dialogarem com a biomedicina, elas se deparam com o modelo

médico hegemônico⁶, marcado, conforme analisa Raquel Scopel (2015, p. 25-26), por práticas que excluem os saberes das pacientes, pela tendência à medicalização dos problemas, por relações médico-paciente assimétricas e hierarquizadas, pelo individualismo, pela profissionalização formalizada, pela a-historicidade e pelo aculturalismo, entre outras características.

Nesse sentido, a biomedicina alopática produz uma imagem genérica e reducionista dos saberes indígenas, como destaca Scopel (2014). As políticas públicas do Estado elegem a racionalidade biomédica — biologicista, de caráter e pretensão universalista — como parâmetro para validar, avaliar e regulamentar práticas indígenas, além de capacitar determinados especialistas indígenas. Tal processo resulta em uma estrutura social historicamente consolidada de sobreposição de saberes, conhecimentos e práticas biomédicos em relação aos indígenas, relegando estes últimos à condição de subalternidade e desvalorização (Scopel, 2014, p. 23).

Esse tensionamento manifesta-se, por exemplo, no acesso das mulheres Pankararu aos serviços biomédicos, quando, como observou Giberti (2013), não há espaço para o diálogo sobre suas preferências quanto ao parto, sendo o hospitalar assumido como única via possível. De modo semelhante, entre as Tupinambá, Macedo (2007) descreve tentativas de profissionais biomédicos, durante o parto hospitalar, de desacreditar as parturientes e levá-las a abandonar determinadas concepções e práticas tradicionais de cuidado⁷.

A perspectiva biológica do corpo humano predominante na biomedicina não contempla o entendimento indígena sobre corpo e pessoa (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987; Luciano, 2006). Ademais, em contextos de interculturalidade com os serviços de saúde e a educação escolar, as compreensões indígenas são frequentemente colocadas em posição de subalternidade (Scopel, 2006; Galvão, 2017). É possível supor, portanto, que o entendimento sobre biologia humana e a noção de Dona-do-Corpo⁸ — entidade que habita

⁶ Para Menéndez (2005), conforme explica Scopel (2014, p. 23), o modelo médico hegemônico constitui uma abstração feita por uma intenção heurística, que corresponde apenas parcialmente à realidade. Ainda assim, tal definição permite identificar elementos norteadores da atenção biomédica alopática, com a qual os povos indígenas entram em contato por meio dos serviços de atenção primária, geridos pela Secretaria de Atenção à Saúde Indígena (SASI) no Brasil.

⁷ No resguardo das mulheres Tupinambá, não se recomenda andar descalço, tomar banho da cabeça aos pés ou ingerir feijão após o parto. No entanto, essas práticas são frequentemente desconsideradas no contexto hospitalar, onde há mínimas ou nenhuma possibilidade de contestá-las. Em relação ao andar descalço, a limitação decorre, muitas vezes, da ausência de calçados disponíveis. Quanto ao banho, há insistentes tentativas de persuadir a parturiente a realizá-lo, desqualificando e inferiorizando a prática tradicional de evitá-lo após o parto. No que diz respeito à alimentação, a falta de alternativas alimentares disponíveis leva, não raramente, ao consumo de feijão (Macedo, 2007).

⁸ A noção de Dona do Corpo é desenvolvida no capítulo 2, no tópico 3.1.4

exclusivamente o corpo feminino e regula os eventos reprodutivos —, especialmente entre mulheres das gerações mais jovens, seja mediado por essas relações interculturais. Macedo (2007) relata que muitas mulheres Tupinambá passaram a adotar termos biomédicos para designar partes do corpo; algumas associam a Dona-do-Corpo ao útero ou sequer a concebem. O resguardo puerperal também sofre alterações nesse processo.

A família, contudo, exerce papel central na constituição do sujeito (Bourdieu, 2007). Como ressaltam Nogueira e Nogueira (2002, p. 20), “a formação inicial em um ambiente familiar (o *habitus* familiar ou de classe) incorpora nos indivíduos um conjunto de disposições para a ação típica dessa posição, que os conduziria ao longo do tempo e nos mais variados ambientes de ação”. Alterações comportamentais em indivíduos de determinada geração, isoladamente, não são suficientes para modificar um *habitus* social, conforme os conceitos de Técnicas Corporais de Marcel Mauss (2003) e de *habitus* na Teoria da Ação de Pierre Bourdieu (2007). Dessa forma, mesmo diante de mudanças de concepções e hábitos introduzidas por relações interculturais, há uma tendência à perpetuação dos *habitus* sociais.

Compreende-se, portanto, que as práticas sociais são construções culturais. Nesse sentido, torna-se necessário considerar a noção de pessoa como categoria nativa, reconhecendo sua variabilidade cultural e as diferentes condições estruturais que os grupos humanos se apropriam. Na sociedade ocidental, conforme apontam Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987, p. 5), a pessoa tende a ser concebida como um indivíduo com vertente interna acentuada, marcado por uma divisão dual — corpo e alma, indivíduo e sociedade —, na perspectiva durkheimiana.

Em diversas sociedades sul-americanas, por outro lado, a ênfase recai sobre a dimensão social do indivíduo, concebido como integrante de um coletivo e como agente de relações complementares com a realidade social. Nesses contextos, os idiomas simbólicos vinculados à construção da pessoa assumem particular relevância, tornando o conceito de pessoa central para compreender as categorias nativas estruturantes. Assim, a noção de pessoa deve ser considerada como instrumento de organização da experiência social e construção coletiva de significado. A práxis — a prática concreta — só pode ser plenamente descrita e compreendida a partir dessas categorias coletivas (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987, p. 6), cujos princípios estão ligados à corporalidade e à construção da pessoa.

A corporalidade é concebida como um instrumento que articula significações sociais e cosmológicas, funcionando como uma matriz simbólica e objeto de pensamento (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987, p. 11). O corpo físico não representa a totalidade do corpo,

assim como o corpo não constitui a totalidade da pessoa. A pessoa, portanto, se define em múltiplos níveis internamente estruturados. Nessa perspectiva, o simbolismo corporal, como linguagem fundamental da organização social nos grupos sul-americanos, articula-se com outras dimensões, incluindo o espaço e o tempo sociais.

Para compreender a saúde de mulheres indígenas no Nordeste, é essencial apreender as significações locais da corporalidade e da pessoa, como exemplificado pelas noções de Corpo Aberto e Dona-do-Corpo. A partir dessas categorias, práticas específicas são recomendadas para manter a saúde de mulheres, de suas famílias e da comunidade (Macedo, 2007; Giberti, 2013; Silva, 2007; Tófoli, 2020). A proximidade de seres não humanos, contemplada na noção de Corpo Aberto, pode transmitir doenças a indivíduos vulneráveis, como crianças, cuja formação corporal e espiritual ainda não está consolidada (Scopel, 2014, p. 142-143).

Partindo da epistemologia Kaxinauá⁹, cuja abordagem se insere no campo da Antropologia Médica das Terras Baixas Sul-Americanas, Cecília McCallum (1998) envolve-nos nas discussões sobre o corpo afetado e construído por diferentes processos materiais. A autora explica que o corpo é entendido como “uma entidade em contínuo estado de criação fora do ambiente e através da ação de outras pessoas. [...] É feito crescer (o corpo) por intervenção externa, que inclui a cura e o tratamento do corpo com certas plantas ‘medicinais’” (McCallum, 1998, p. 215). Assim, para os Kaxinauá, o corpo é definido por fatores externos.

Processos sociais e sobrenaturais se misturam, sendo o corpo “feito por outros indivíduos em um fluxo contínuo que envolve alimentação, restrições alimentares, aplicação de remédios, pintura corporal, batismos rituais e treinamento formal” (McCallum, 1998, p. 221). Esse fluxo integra as relações de parentesco e afinidade, baseadas na consanguinidade. O crescimento saudável de uma criança depende, portanto, dos vínculos com parentes próximos, até que ela própria possa contribuir para o desenvolvimento de outros membros da comunidade, especialmente o cônjuge e os filhos.

Para os Kaxinauá, assim como para outros povos indígenas¹⁰, matéria e espírito não são necessariamente opostos, estendendo-se essa concepção tanto aos humanos quanto a outros seres vivos. Para fins de análise antropológica, torna-se necessária uma visão integral do corpo, que permita compreender sua construção, sua relação com o ambiente e o

⁹ O povo Kaxinauá se auto denominam Huni Kuin (McCallum, 1998).

¹⁰ Como assinalam Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987) e Luciano (2006), e conforme se evidencia ao longo deste trabalho.

conhecimento, bem como os processos de doença e cura conforme concebidos nessas culturas.

Nesse sentido, autores como Overing (1988, 1993), McCallum (1989), Gow (1989, 1991) e Belaunde (1992) propõem uma abordagem em que o corpo não é meramente um ‘portador’ biológico de simbolismos sociais, mas o sítio central da construção da vida social. Em outras palavras, o corpo é concebido como um agente culturalmente construído no fazer social, em que os aspectos espirituais ou simbólicos são considerados sociais e estruturam os aspectos biológicos e cotidianos (McCallum, 1998, p. 219-220/135).

Tendo essa concepção em mente, torna-se possível compreender, por exemplo, a visão Kaxinauá segundo a qual a dieta do homem e da mulher influencia o tamanho e o crescimento do feto (McCallum, 1998). Consequentemente, homens e mulheres adotam restrições alimentares¹¹ e condutas comportamentais¹² diferenciadas. Esses cuidados são mantidos também após o nascimento da criança, sendo gradualmente flexibilizados à medida que seu desenvolvimento avança.

Na perspectiva Tupinambá, conforme relatado por Viegas (2007), a placenta é compreendida como parte compartilhada do corpo da mãe e da criança, estando, portanto, intimamente ligada a ambos. Em razão disso, o destino da placenta e do cordão umbilical é cuidadosamente controlado. Tais condutas refletem diretamente sobre a saúde da criança e da mãe. A compreensão indígena sobre corpo, saúde e vida oferece, assim, um horizonte analítico e reflexivo (Overing, 1999), evidenciando que o entendimento da saúde reprodutiva feminina está intrinsecamente relacionado às concepções de corpo, noção de pessoa e cosmologia.

IV. POVOS INDÍGENAS NO NORDESTE

O desenvolvimento deste estudo sobre a saúde de mulheres indígenas no Nordeste deparou-se com um dos grandes problemas associados aos povos indígenas da região: a possibilidade da alteridade absoluta. Na Antropologia, existem diferentes correntes que

¹¹ Evitando, por exemplo, certos tipos de carne e peixe, bem como determinadas frutas e verduras.

¹² Por exemplo, observa-se o encerramento das mulheres no espaço de convivência durante determinados períodos. Esse encerramento consiste em evitar circular por áreas em que seres não-humanos possam alcançá-las com maior facilidade, como matas densas ou águas de rios.

buscam compreender esses povos sob distintos prismas interpretativos. Duas delas se destacam: a que entende haver uma ruptura e posterior retomada da identidade étnica, por meio de um processo de emergência de novas identidades ou etnogênese; e a que concebe a história indígena no Nordeste como um processo contínuo.

A primeira corrente, representada por autores como João Pacheco de Oliveira (1999) e Miguel Bartolomé (2006), explica que os termos etnogênese¹³ e emergência vêm sendo utilizados para descrever processos de emergência social e política de grupos tradicionalmente submetidos a relações de dominação, refletindo o dinamismo inerente aos agrupamentos étnicos. A segunda corrente, à qual este estudo se filia, é defendida por Beatriz Dantas, José Sampaio e Maria do Rosário Carvalho (1992) e João Arruti (1995). Esses autores propõem compreender a história dos povos indígenas do Nordeste de forma contínua, argumentando que a concepção de “mistura” entre indígenas e a sociedade nacional constitui uma fabricação ideológica e distorcida (Oliveira, J., 1999).

O Nordeste brasileiro define-se historicamente como a primeira região de presença europeia efetiva em território nacional. Em menos de duzentos anos de colonização, quase todo o território foi devassado, estabelecendo-se as bases de sua vida econômica ulterior (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992). Todavia, toda a curiosidade inquiridora voltada aos Tupi costeiros não se estendeu aos povos do interior. Havia um profundo desconhecimento etnográfico sobre esses grupos, que eram extremamente heterogêneos, possuíam diferentes línguas e apresentavam baixo contingente demográfico em cada etnia ou unidade política original (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992).

Os povos indígenas do Nordeste foram apresentados como uma unidade — um conjunto étnico e histórico integrado por sua relação com o bioma da Caatinga e historicamente associado às frentes pastoris e ao padrão missionário dos séculos XVII e XVIII (Oliveira, J., 1999). A partir da segunda metade do século XIX, especialmente os indígenas aldeados, passaram a ser frequentemente denominados “índios misturados”, expressão que lhes atribuía características negativas, contrapondo-os aos “índios puros” do passado, idealizados como antepassados míticos (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992, p. 452–454).

As ideologias raciais do século XIX buscavam explicar o Brasil mediante a redução da diversidade à unidade: o branco, o índio e o negro eram integrados a um ideal homogeneizante. Essa concepção correspondia à tradição da política indigenista, que via o índio como um ser destinado a deixar de sê-lo, e as aldeias, como etapas transitórias nesse

¹³ O termo etnogênese é visto deste 1976 no trabalho de Norman Witter Junior sobre etnocídio equatoriano e emergência indígena.

processo evolutivo. Tal perspectiva foi incorporada aos dispositivos jurídicos. Com a promulgação da Lei de Terras (1850), que regulamentou a propriedade fundiária, o governo brasileiro passou a dispor sobre os aldeamentos, incorporando aos Próprios Nacionais as terras dos indígenas considerados já “civilizados” e integrados à população. Esse dispositivo foi interpretado segundo os interesses regionais, de modo que as populações aldeadas foram sistematicamente apresentadas como mestiças, o que culminou na negação da própria existência indígena (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992, p. 452).

Contudo, como afirma Barth (1969, p. 12), “a identidade étnica é irredutível às formas culturais e sociais altamente variáveis”. A noção de identidade compreende duas dimensões — a pessoal (ou individual) e a social (ou coletiva) — que são interdependentes e se configuram como um único fenômeno inclusivo. Assim, a identidade étnica constitui um caso particular da identidade social. É necessário, portanto, compreender a flexibilidade e a adaptabilidade dos grupos indígenas, cujas lógicas políticas e sociais pressupõem abertura às relações interculturais. Nesse sentido, é fundamental abandonar o mito da existência, na América Latina, de sociedades puras, tanto no passado quanto no presente (Boccaro, 2000, *apud* Bartolomé, 2006, p. 41–46). Roberto Cardoso de Oliveira (2007, p. 118) exemplifica essa perspectiva ao afirmar que, diante de diferentes contextos e oportunidades, um mesmo grupo tende a seguir distintos padrões de vida e institucionalizar novas formas de comportamento.

Apesar da diversidade étnica existente, os povos indígenas do Nordeste foram classificados como uma unidade histórica e etnológica marginal¹⁴ em relação aos povos da floresta tropical. Ainda assim, instituições como a Associação Nacional de Ação Indigenista e o Programa de Pesquisas sobre Povos Indígenas no Nordeste Brasileiro têm produzido dados e argumentos que fortalecem as demandas desses povos na região. Destaca-se, nesse contexto, a importância de estudos fundamentados em um conjunto interdisciplinar de técnicas — notadamente a etno-história (Pacheco de Oliveira, 1999). A etno-história representa um consenso entre pesquisadores sobre a necessidade de articular métodos e dados de disciplinas como história, antropologia, arqueologia, linguística, geografia e ecologia. O crescimento das pesquisas sobre a história indígena no Brasil tem reposicionado esses povos como protagonistas de suas próprias trajetórias (Mota; Cavalcante, 2017, p. 1–3).

Os antropólogos Maria Rosário de Carvalho e Edwin Reesink (2018), ao realizarem um balanço sobre territorialidades e identificações na etnologia do Nordeste, observam que,

¹⁴ Marginal é uma categoria de Steward para classificar dicotomicamente todos os povos sul-americanos não relacionados à floresta tropical, explicam Dantas, Sampaio & Carvalho (1992).

desde a década de 1970, o conceito de etnicidade passou a ser incorporado como instrumento político. Essa incorporação deriva do pensamento de Fredrik Barth, que concebe o grupo étnico como um *organizational type*¹⁵ (Carvalho; Reesink, 2018, p. 71). Para Barth (1969), a cultura é de natureza dinâmica e não estrutural, e a identidade de um povo é constituída à luz de sua história, moldada pela experiência cotidiana.

A atualização histórica da identidade étnica não implica a anulação do vínculo com a origem; ao contrário, pode reforçá-lo. Da resolução simbólica e coletiva da tensão entre o “índio do passado” e o “índio do presente” emerge a força política e emocional da etnicidade (Oliveira, 1998, p. 56, apud Macedo, 2007, p. 28). O conceito de identidade coletiva, por sua vez, relaciona-se à criação de laços de continuidade entre experiências presentes e memórias do passado, constituindo identidades sociais relativamente estáveis (Pina-Cabral, 2004, p. 4, apud Macedo, 2007, p. 28).

O contexto nacional das décadas de 1970 e 1980 foi marcado por importantes transformações políticas, que criaram condições para o surgimento de um dos mais complexos e criativos movimentos de mobilização indígena contemporânea. O Estado, em resposta, buscou conter o avanço das reivindicações sociais (Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992). Na década de 1980, a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) tentou estabelecer “critérios de indianidade” para determinar quem seria ou não reconhecido como indígena, com o objetivo de restringir direitos territoriais, reduzir o número de tutelados e neutralizar lideranças políticas incômodas (Carneiro da Cunha, 1987, p. 27, apud Dantas; Sampaio; Carvalho, 1992, p. 454). Essa tentativa reabre a reflexão sobre a dificuldade de definir quem é ou não indígena, diante da tênue fronteira entre alteridade e estigma, como expressou Iracema Pataxó: “pra gente ser índio não é tirar a roupa que vai provar o que a gente é” (Souza, 2002, p. 52).

Gradativamente, os povos indígenas do Nordeste passaram a reivindicar seus direitos históricos, o reconhecimento como indígenas plenos e a posse de seus territórios. O território é indispensável à integridade física e sociocultural desses povos, sendo compreendido como a dimensão espacial de populações socialmente organizadas (Seeger; Viveiros de Castro, 1979, apud Carvalho, 2018). A dinâmica territorial indígena pode ser adequadamente compreendida sob a perspectiva miltônica, segundo a qual o território é um dado ativo, simbólico e integrador, mediando as relações entre o global e o local.

¹⁵ Tradução do autor: Tipo de organização.

Nessa perspectiva, o território constitui um objeto de análise social e não deve ser reduzido ao espaço físico (Santos, 2005, p. 255, *apud* Mota, 2017, p. 77). O vínculo entre território e identidade é, portanto, essencial: as identidades étnicas estão intimamente relacionadas à noção de territorialidade. No discurso dos povos indígenas do Nordeste, o apelo à história atua como um mecanismo de legitimação das perdas territoriais sofridas. Povos considerados quase extintos ressurgem, em conjunturas favoráveis, reivindicando seus territórios (Carvalho, 2018).

O movimento das comunidades indígenas configura-se, assim, como uma “coletividade organizada”, dotada de identidade própria e capaz de reestruturar suas formas culturais, com ênfase no vínculo entre meio ambiente e universo religioso (Oliveira, 1999, p. 21–22, *apud* Ubinger, 2012). Entre os Tupinambá, por exemplo, a luta pelo reconhecimento étnico e pela recuperação do território tradicional está profundamente relacionada à cosmologia: é por meio da conexão com seres não humanos¹⁶ que se orientam e se fortalecem em suas ações políticas (Ubinger, 2012). O processo de territorialização, portanto, é um ato político-administrativo decorrente do reconhecimento estatal da identidade étnica e implica a salvaguarda dos direitos indígenas.

A garantia desses direitos requer a produção de informações tanto de caráter macro quanto micro. Os estudos sobre povos indígenas no Nordeste têm privilegiado abordagens macroestruturais, o que evidencia lacunas na compreensão das culturas e tradições locais¹⁷. Por essa razão, a produção de dados sobre a saúde indígena — especialmente no campo da saúde reprodutiva — é de grande relevância (Coimbra Júnior; Garnelo, 2004, p. 153). Tais informações não apenas ampliam a compreensão das práticas e valores culturais, como também permitem identificar situações de conflito, discriminação e violência que impactam a saúde das populações indígenas, além de subsidiar ações e reivindicações políticas no campo da saúde (Conklin, 2004, *apud* Macedo, 2007).

¹⁶ A literatura recente sobre os Tupinambá apresenta menções recorrentes aos Encantados, conforme apontado por Viegas (2003).

¹⁷ Diversos autores, entre eles Carvalho (1977), Oliveira (org., 1999), Viegas (2003) e McCallum (2004, *apud* Macedo, 2007), destacam que a análise das culturas e tradições locais dos povos indígenas do Nordeste tem sido historicamente secundarizada nas pesquisas e políticas voltadas a essas populações.

V. CONTEXTOS DOS POVOS INDÍGENAS NO NORDESTE

Os povos indígenas do Nordeste encontram-se em um contínuo processo de reconhecimento étnico e, simultaneamente, submetidos a frequentes questionamentos acerca de suas alteridades. As pesquisas voltadas a essa região ainda são relativamente escassas, o que torna diversos temas — entre eles a saúde — campos em construção. Diante disso, evidencia-se a carência de dados e informações específicas sobre a saúde de mulheres indígenas nos povos nordestinos.

Esta pesquisa concentra-se em alguns grupos situados nos estados da Bahia, Pernambuco e Ceará, sem pretensão de abranger a totalidade dos povos indígenas da região. São eles: os Tupinambá da Serra do Padeiro (BA), os Pankararu (PE), e os Tapeba e Tremembé (CE). O estudo não busca apresentar uma visão generalizante, mas compreender as percepções de determinadas¹⁸ mulheres sobre questões relacionadas à saúde, especialmente a saúde reprodutiva.

As informações aqui reunidas são, portanto, limitadas, e o grau de aprofundamento de cada temática está condicionado às referências disponíveis. Cada povo possui particularidades históricas, culturais, econômicas e geográficas próprias, e encontra-se em diferentes estágios de reconhecimento étnico e demarcação territorial. Divergem também quanto ao número de mulheres, à disponibilidade de epistemológicos, à relação com o sistema biomédico, ao grau de engajamento político e aos itinerários terapêuticos. Esses povos apresentam categorias próprias de especialistas locais, rituais, práticas de autocuidado, uso de ervas medicinais e concepções cosmológicas específicas (Carvalho & Reesink, 2018; Coimbra Junior & Garnelo, 2004; Giberti, 2013; Macedo, 2007; Silva, 2007; Tófoli, 2020).

O diálogo entre as etnografias desses grupos não pretende sugerir a existência de uma universalidade nas práticas e percepções sobre autocuidado, corpo, especialistas tradicionais ou cosmologia. Conforme ressalta Tófoli (2020, p. 185), o propósito desse diálogo é aproximar perspectivas que compartilham certos pontos em comum, contrastando-as com as práticas medicalizadas que tendem a suprimir dimensões antes centrais à experiência desses povos.

¹⁸ O termo “determinadas” designa as mulheres efetivamente entrevistadas pelas pesquisadoras, reconhecendo-se a limitação metodológica decorrente da não inclusão de todas as mulheres desses povos, o que restringe a abrangência das conclusões.

A diversidade das relações entre corpo, mulher, bebê, parteira e espírito perde-se diante da homogeneização dos procedimentos de parto, marcada pela desigualdade estrutural da sociedade brasileira. Nesse contexto, as práticas de autocuidado, as concepções sobre o corpo e as relações cosmológicas sofrem tensionamentos no contato com os serviços de saúde biomédicos, frequentemente caracterizados por hierarquias e pela desvalorização das cosmologias locais (Macedo, 2007; Scopel, 2014; Silva, 2007; Giberti, 2013; Langdon, 2004; Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Com o intuito de compreender as especificidades dos povos Tupinambá, Pankararu, Tapeba e Tremembé — e, assim, situar o contexto em que as mulheres indígenas vivenciam suas experiências de saúde¹⁹ e o acesso aos serviços diferenciados —, apresenta-se a seguir uma breve introdução sobre cada um desses grupos. Ressalta-se, contudo, que, devido às particularidades das fontes disponíveis, não foi possível uniformizar as categorias de análise para todos os povos estudados.

V.I Tupinambá

O povo Tupinambá foi dado como extinto no século XVII, após sofrer inúmeros ataques durante o período de contato com instituições e populações não indígenas, sendo um dos primeiros a estabelecer relações com os povos ocidentais, conforme destacam Viegas (2007) e Macedo (2007). Apesar dessa classificação oficial, os Tupinambá continuam a reivindicar sua identidade étnica e territorial. Macedo (2007) observa que acontecimentos registrados em documentos históricos desde o século XVI são rememorados pela população local, compondo seu discurso político e sendo reproduzidos em discursos públicos contemporâneos.

Um desses acontecimentos é a chamada Batalha dos Nadadores, que deu origem à Caminhada em Memória dos Mártires do Rio Cururupe. De acordo com relatos Tupinambá, essa batalha teria sido conduzida pelo governador-geral Mem de Sá, resultando na morte de grande número de indígenas, cujos corpos teriam sido alinhados na praia de Olivença por

¹⁹ No capítulo 2 Elementos Básicos da Saúde de Mulheres Indígenas no Nordeste – Cosmologia e Práticas de Autocuidado, é detalhado o sistema médico de cada povo, bem como as concepções das mulheres indígenas sobre cosmologia, parto, papel das parteiras e resguardo.

cerca de uma légua²⁰. A perseguição aos Tupinambá foi constante ao longo da história. Nas décadas de 1920 e 1930, as diásporas sofridas pelo povo, frequentemente referidas pela imprensa como “índios” ou “caboclos”, tiveram como símbolo de resistência o Caboclo Marcelino, figura lembrada tanto nos registros da época quanto no imaginário coletivo Tupinambá (Macedo, 2007; Ubinger, 2012; Viegas, 2007).

O território Tupinambá não é homogêneo. A população da Serra do Padeiro²¹, de modo de vida rural, distingue-se da população de Olivença, vila com forte trânsito turístico e modo de vida praiano. Essa diversidade reflete-se nas formas de inserção no movimento indígena e nos tipos de ação política desenvolvidos. O parentesco, entretanto, permanece como elemento central da afirmação étnica: algumas famílias que vivem fora da Serra do Padeiro se reconhecem como pertencentes a essa região em função dos vínculos de sangue e da ancestralidade no lugar.

Segundo Viegas (2010), a luta por reconhecimento reuniu 23 comunidades próximas aos municípios de Ilhéus, Olivença, Itabuna e Buerarema, em uma área predominantemente de Mata Atlântica que se estende até a costa. De acordo com dados da Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) (2014), os Tupinambá de Olivença totalizavam 4.669 pessoas, falantes exclusivamente do português, distribuídas em pequenas unidades residenciais em aproximadamente 50.000 hectares, vivendo em proximidade com vizinhos não indígenas.

O reconhecimento oficial pela FUNAI ocorreu em 2002, seguido pelo início da efetiva demarcação territorial em 2003, processo que segue até os dias atuais. A aldeia Serra do Padeiro apresenta um contexto rural, caracterizado por altos montes, matas e pequenas áreas de plantação. A terra constitui o principal meio de subsistência, com predominância da agricultura diversificada, especialmente de mandioca, complementada pela pesca e caça, embora algumas áreas de mata permaneçam inacessíveis devido à propriedade de fazendeiros (Viegas, 2010). Após o reconhecimento étnico, os Tupinambá conquistaram direito a atendimento diferenciado de saúde, por meio do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) – Bahia, e passaram a contar com escolas indígenas instaladas no território.

²⁰ Uma légua equivale a 4,82803 quilômetros, segundo o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (INMETRO, 2003). Essa conversão foi estabelecida em 1960 pela Conferência Geral de Pesos e Medidas, realizada na França, como parte da consolidação do Sistema Internacional de Unidades (SI).

²¹ Área central da pesquisa de Ulla Macedo (2007) e objeto de análise desta monografia.

V.II Pankararu

O povo Pankararu teve seu Território Indígena (TI) homologado em 1987, localizado próximo ao rio São Francisco, nas fronteiras com os municípios de Petrolândia, Itaparica, Tacaratu e Jatobá, em Pernambuco. A memória coletiva Pankararu indica a existência de um aldeamento de seus antepassados nessa região durante os séculos XVIII e XIX, estabelecido após a doação imperial de uma sesmaria à missão religiosa responsável pela aldeação, cujo registro de extinção data de 1878. O TI atual corresponde à área compreendida por esse aldeamento.

Em 1930, a área reivindicada correspondia a 14.290 hectares, dos quais apenas 8.100 hectares foram oficialmente reconhecidos em 1940, abrigando diversas famílias posseiras. Em 1987, um grupo de trabalho da FUNAI revisou a área, propondo a correção para 14.294 hectares; contudo, a proposta foi recusada pelo Ministério da Agricultura, e os posseiros não indígenas permaneceram na área. Somente em 2007 foi homologada a extensão restante, denominada Terra Indígena Entre Serras (Arruti, 2005).

O povo Pankararu vive no agreste do sertão. A diversidade da geografia local influencia no cotidiano, provocando a divisão entre seções do território. A seção central possui fontes de água e solo fértil, é onde localiza a aldeia principal: Brejo dos Padres. Outras seções são irrigadas pelas águas do rio São Francisco, com solo arenoso e duro e baixa precipitação de chuvas. Nas seções em que não há nenhuma fonte de água natural, os moradores dependem do armazenamento das águas das chuvas, complementadas por caminhões-pipas. Além de terem de deslocar-se com potes na cabeça ou no lombo de jegue para buscar água.

A seção do território onde tem localizada uma via de acesso à área e as cidades vizinhas derivou-se em uma concentração de residências, provocando pouco espaço para plantio. Por isso, restou somente o espaço suficiente para pequenas hortas e para as antigas áreas de pomar. Associado a isto, a grande maioria dos indígenas desta seção trabalham meeiros e rendeiros de outros indígenas ou nas cidades próximas. Na seção sul, há concentrações próximo das fontes nascentes, onde há plantio, além das terras serem usadas para o pasto (Arruti, 2005).

O Brejo dos Padres é o local de maior concentração populacional, além de se destacar por ser o centro da área indígena. É onde acontece a principal festa anual: a Corrido do Imbu. O Imbu é uma fruta natural da região, quase um símbolo étnico, central na mitologia de suas festas. É onde acontece também a maioria das festas de Menino do Rancho e Três Rodas. Localiza-se nesta aldeia a Igreja de Santo Antônio; o pátio em que acontece a feira livre aos domingos; o ponto de encontro donde saem os carros para as cidades vizinhas e, onde estão os únicos comércios locais. Abriga também duas importantes escolas, o posto da FUNAI e o Pólo Base do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) (Giberti, 2013).

A agricultura é de subsistência. No verão há uma pequena comercialização de frutas e hortaliças (Arruti, 2005). É tradicional o plantio da mandioca, do feijão e do milho. A construção da barragem da UHE Itaparica e o consequente conflito com os povos indígenas impactados, Pankararu e Tuxá, chamaram atenção para a região. Isto gerou uma série de projetos econômicos e culturais canalizados para os postos indígenas da região. A partir de então, foi possível para esse povo ampliar ainda mais a noção de “direitos”. Impulsionando, por consequente, as lideranças na busca por apoio de outras agências; na forma, por exemplo, de projetos de desenvolvimento comunitário e auxílio a “pequenos produtores”. Além de continuarem a tradicional luta fundiária e o diálogo com a FUNAI.

De acordo com ao censo de 2014 do Sistema de Informação à Saúde Indígena (SIASI)/SESAI (Arruti, 2021), os Pankararu se somam 8.184 pessoas, dispersas por Pernambuco, Minas Gerais e São Paulo. Não utilizam uma língua própria para se comunicarem, somente o Português. Apesar de haverem relatos de pessoas mais velhas que falavam a língua indígena. Contudo, não ensinaram aos jovens, por medo destes sofrerem as mesmas violências que elas sofreram por parte dos não indígenas. A instalação do posto indígena ocorreu em 1940, na seção central, e continua ativo. Os Pankararu são assistidos pelo DSEI – Pernambuco.

V.III Tapeba

O povo Tapeba está localizado em zona rural e periurbana de Caucaia e parte da região metropolitana de Fortaleza. São 6.651 pessoas, segundo os dados do censo do SIASI/SESAI (Barreto Filho, 1998, 2021). Organizam-se na Associação dos Índios Tapeba

(ACITA). O território Tapeba está em fase de demarcação física desde 1987, com a delimitação de 5,2 mil hectares; sendo necessário a desintrusão de não-indígenas. O território é cortado por quadro rodovias, uma ferrovia, rede elétrica de alta-tensão, gasoduto e um aqueduto. É invadido por loteamentos residenciais, permeado por indústrias e bairros, submetidos aos efeitos da violência urbana e crescente degradação ambiental.

A reivindicação pelo reconhecimento étnico ocorreu em meados do século XX. É vívido para a geração acima de 40 anos a luta para a demarcação do território a partir de 1980 (Tófoli, 2020, p. 260). Os Tapeba ainda não conseguiram efetivar a demarcação de suas terras, sob a alegação de dúvidas sobre a etnia dos remanescentes indígenas. A luta territorial é o foco central em torno do qual esse povo articula sua rede de parentesco e socialidade por um objetivo comum (Tófoli, 2020, p. 261). Nessa luta pelo reconhecimento, é marcante a ação da Arquidiocese de Fortaleza, que através da equipe Assessoria às Comunidades Rurais auxiliou os Tapeba na luta reivindicatória. Hoje, tal equipe transformou-se na Equipe de Apoio à Questão Indígena.

O acesso aos serviços de saúde diferenciado se deu a partir da década de 1990. À época da pesquisa etnográfica de Tófoli (2020, p. 33), o território contava com um posto de saúde somente, e quadro em construção; treze escolas diferenciadas, dessas sendo nove vinculadas a rede estadual e quadro a rede municipal. A maioria das dezessete aldeias conta com o serviço de abastecimento de água e esgoto, embora haja descontinuidade dos serviços e falte constantemente água. As atividades produtivas são a pesca artesanal, a coleta de crustáceos no mangue e lagoas, agricultura familiar, extrativismo vegetal de palha de carnaúba, coleta e venda de frutas e lavra de areia no leito do rio. Há ainda dentro do território a empregabilidade no posto de saúde e nas escolas diferenciadas. A proximidade com os grandes centros urbanos influencia os trabalhos informais, a coleta de materiais recicláveis, os trabalhos formais em indústrias e em casas de família. Além disso, é possível encontrar a prática de pedir esmolas. As produções científicas sobre os Tapeba aumentaram após o processo de afirmação étnica e o pleito de direitos territoriais.

V.IV Tremembé

Os Tremembé²² são em 2.200 pessoas, apenas nas regiões Praia e Matas, de acordo os dados da SESAI. Os dados populacionais não são totalmente precisos, oscilando de acordo a fonte, mas situa-se entre 4.000 a 5.000 pessoas (Valle, 2005, 2021). Organizam-se através do Conselho Indígena Tremembé de Almofala (CITA). O território Tremembé de Almofala corresponde a 4.900 hectares, nos municípios de Itarema, Acaraú e Itapipoca. Nesse território, há áreas de coqueirais, lagoas, dunas, mata de tabuleiro pré-litorânea e praia. Esse território está em vista de regularização desde a década de 1980. Em 2003, foi homologada a Terra Indígena Tremembé Córrego do João Pereira. O Território Indígena de Almofala, contudo, continua sem homologação por está em processo de judicialização, a empresa Ducoco se configura como principal responsável pelo entrave (Tófoli, 2020; Valle, 2005, 2021).

Os Tremembé foram citados em documentação histórica e em diversas obras do período colonial. Almofala foi o mais conhecido aldeamento Tremembé, tendo sido fechado durante o século XIX. Em 1857, suas terras foram doadas aos indígenas da antiga povoação e sendo invadidas gradativamente por latifundiários. Apesar, disso a população indígena continuou vivendo na mesma região, inclusive mantendo o ritual do torém. No início e meados do século XX, o torém era definido por estudiosos e autores somente como uma dança, um “folguedo” ou “dança folclórica” organizada por caboclos ou “descendentes de índios”. Somente a partir dos anos 1980 o torém começa a ser encarado como um ritual e sinal diacrítico de alteridade indígena Tremembé. A partir de então, grupos que o valorizavam como manifestação folclórica regional (organizavam festas cívicas e religiosas municipais) passam a negligenciá-lo (Valle, 2005, 2021).

O povo Tremembé vive dispersamente pelo território, cada localidade tem uma história particular de luta e engajamento dentro do movimento indígena. São falantes exclusivamente do Português. A sua língua pertenceria a uma família linguística específica no passado pré contato, não sendo possível classificá-la no quadro das línguas ameríndias (Nimuendaju, 1981; Pompeu Sobrinho, 1951; Seraine, 1955, *apud* Valle, 2005, 2021). A mobilização política indígena Tremembé tomou rumos próprios e bastante independentes em cada situação, coincidindo com a mobilização social e política dos trabalhadores rurais e agricultores no interior do Ceará. Isto mostra a convergência de “lutas” e reivindicações de

²² A etnografia de Lúcia Tófoli (2020) sobre os Tremembé, sobre qual este trabalho se debruça, concentrou se na região do distrito de Almofala, em Itarema, a 300km de Fortaleza.

segmentos étnicos supostamente distintos, mas cujos perfis têm se embaralhado historicamente. Valle (2005, 2021) chama a atenção de que, no contexto da formação de um campo indigenista no Ceará, a emergência étnica dos Tapeba de Caucaia deve ser igualmente considerada para entender o início da mobilização política dos Tremembé.

De acordo Tófoli (2020), o distanciamento do centro urbano do Território Tremembé promove uma maior preservação ambiental; contudo, defrontam com os impactos gerados pelas atividades da empresa Ducoco, da instalação de parques eólicos, do cercamento e venda de terrenos para terceiros. As principais atividades produtivas são a pesca artesanal e a agricultura familiar. Desde a década de 1990, os serviços de saúde diferenciada e escolas indígenas chegaram à região. No território há luz elétrica e o abastecimento de água, porém não há rede de esgoto. Assim como com os Tapeba, as produções científicas sobre os Tremembé aumentaram após o processo de afirmação étnica e o pleito de direitos territoriais.

1 COMO O ESTADO ENTENDE A SAÚDE DE MULHERES INDÍGENAS

1.1 SERVIÇOS DE SAÚDE BIOMÉDICOS PARA OS POVOS INDÍGENAS

Sabe-se que o primeiro contato de populações indígenas com outras populações pode ocasionar imensa mortandade, por ser a barreira imunológica desfavorável aos indígenas. Essa mortandade, no entanto, contrariamente ao que se quer crer, não tem causas unicamente naturais: entre outras coisas ela pode ser evitada com vacinações, atendimento médico e assistência em geral. Estudos de caso recentes mostraram que, nessas epidemias, os indígenas morrem sobretudo de fome e até de sede: como toda população é acometida pela doença ao mesmo tempo, não há quem socorra e alimente os doentes. Após o primeiro contato, os grupos que conseguem sobreviver iniciam uma recuperação demográfica. Deste modo ocorreu na América como um todo, que perdera grande parte de sua população aborígine entre 1492 e 1650, provavelmente uma das maiores catástrofes demográficas da humanidade. Cada avanço de fronteira econômica no Brasil dá origem a um ciclo semelhante (Cunha, 2012, p. 123, *apud* Almeida, 2018, p. 30).

No início do século XX, os elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis, causadas pela expansão das fronteiras econômicas, levaram à criação em 1910 do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais – SPILTN, mais tarde chamado de SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Porém, não havia nesse período uma forma sistemática de prestação de serviços de saúde a esses povos. A assistência à saúde restringia-se a planos emergenciais ou ações inseridas em processos de “pacificação”. As ações de atenção básica de saúde à população indígena e rural em áreas de difícil acesso, como a vacinação, o atendimento odontológico e o controle de tuberculose e de outras doenças transmissíveis começaram a ocorrer a partir de 1956, com a criação do Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), ligado administrativamente ao Programa Nacional de Tuberculose do Ministério da Saúde.

Em 1967 ocorrem mudanças significativas na prestação de serviços de saúde advindas da criação de uma comissão formada por indigenistas, antropólogos e profissionais do SUSA, a partir da qual se constituiu a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). O SPI é extinguido. Em 1968 a FUNAI cria as Equipes Volantes de Saúde. Essas equipes prestavam assistência

médica, aplicavam vacinas e faziam a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem. O SUSA foi, então, rebatizado com o nome de Unidade de Atendimento Especial e passa a trabalhar apenas com tuberculose, deixando as outras ações para a divisão de saúde da FUNAI (Benevides; Portillo; Nascimento, 2014, p. 31, *apud* Almeida, 2018, p. 30-31)

Em 1986, em que a FUNAI ainda era a encarregada²³ da saúde das populações indígenas, ocorre a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio. A situação de saúde era precária nessa época, com falta de uma rede eficiente de atendimento, de infraestrutura, de profissionais preparados para atuar com a especificidade cultural, faltando recursos financeiros, sem dados sobre a situação epidemiológica e sem centralização de dados. Dentre as demandas nessa conferência estavam: (1) implantação de subsistema específico vinculado ao gestor do Sistema Único de Saúde (SUS); (2) um modelo de atenção diferenciada que respeitasse as especificidades e práticas culturais; (3) inclusão das comunidades no planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços de saúde; adicionalmente, acompanhamento de antropólogos nos processos 2 e 3 (Langdon, 2004).

Em 1988, é promulgada a atual Constituição da República Federativa do Brasil que traz em seu bojo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); onde reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida pela definição de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos. Esta Constituição afirma também o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dois anos após a promulgação, em 13 de setembro de 1990, através da Lei nº 8080 (Lei Orgânica do SUS), cria-se o SUS (Brasil, 1988, *apud* Brasil, 2018). Ocorre então, em 1991, a transferência da gestão sobre a saúde indígena da FUNAI - vinculada ao Ministério da Justiça e Segurança Pública - para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - integrada ao Ministério da Saúde. Oito anos depois da saúde indígena estar vinculada a FUNASA se acrescenta dispositivo a Lei Orgânica do SUS, através da “Lei Arouca”, nº 9836/99, instituindo o Subsistema de Saúde Indígena (‘SASI’, referido por SasiSUS). Consolida, com isto, a implantação de sistema de atenção diferenciada à saúde indígena. Fica definido também os regulamentos às distribuições ministeriais (SESAI, 2017; Mota, 2017).

O SasiSUS organizou os serviços da saúde indígena baseado na “distritalização” sanitária, na forma de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), através do decreto nº 3156, de 27/08/1999 (Brasil, 1999b, *apud* Mota 2017). No Brasil, há 34 DSEIs que abarcam 225

²³ Essa atribuição durou de 1967 a 1991.

etnias e aproximadamente 180 línguas (Ricardo & Ricardo, 2006, *apud* Tófoli, 2020, p.69). Observa-se, então, que a atenção à saúde indígena se dá no âmbito do SUS, por meio do SasiSUS e efetiva-se organizada em DSEIs. Na criação dos 34 DSEIs foram utilizados critérios que consideraram: a população, a área geográfica e o perfil epidemiológico; a disponibilidade de serviços, os recursos humanos e a infraestrutura; as vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; e, a distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas (que não coincide necessariamente com os limites dos estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas). As ações de saúde nos DSEIs são realizadas por equipes multidisciplinares, compostas primariamente por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes indígenas de saúde (Almeida, 2018).

O orçamento à atenção básica de saúde esteve distribuído entre a FUNASA e a Secretária de Assistência à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde. A SAS repassava a verba do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) aos municípios. Não acontecia diálogo entre a FUNASA e os municípios. Havia grande número de denúncias de desvio de verba e maus serviços prestados à saúde indígena, quando sequer eram prestados (Luciano, 2006; Mota, 2017). Em pouco tempo a FUNASA renúncia à execução direta dos serviços de saúde diferenciados aos povos indígenas, transferindo-a a esfera privada ou órgãos federados por meio de convênio e contratos (Luciano, 2006). A esfera privada e os órgãos federados a cargo das atribuições que estavam sob responsabilidade da FUNASA são ONGs, lideranças e organizações indígenas; que passam a estar em duplo papel e dilema: entre a) organizações sociopolíticas militantes em busca de direitos e b) organizações burocráticas - prestando serviço em nome do Estado, passando a agir como organizações de controle e fiscalização, correndo risco de exercer indevido controle social.

Esses convênios obrigaram algumas lideranças políticas indígenas, ao buscarem pelo protagonismo político, estabelecerem relação de subserviência, cumplicidade, dependência com agentes outrora entendidos como antagonistas à causa indígena (na visão de outros indígenas). Provocando, com isto, desconfiança e problemas políticos entre os seus pares. Esse cenário suscitou o desafio das lideranças em manter e ampliar as interações com o mundo não-indígena e de criar novos campos de aprendizados e apropriação de competência técnica voltados à autonomia e à gestão territorial; com domínio progressivo de administração e políticas públicas; aprendizado da prática e exercício do direito à saúde (Luciano, 2006, p. 182).

Apesar dos avanços, o SasiSUS ainda precisaria se estruturar e se manter. A partir da metade dos anos 2000 as lideranças indígenas, através do Fórum Permanente de Presidentes dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena, começaram a discutir sobre a necessidade de mudanças estruturais na já chamada Saúde Indígena. Este processo culminou na formação de um Grupo de Trabalho composto por 26 membros – sendo 16 deles indígenas – obtendo como resultado a proposta de constituição da SESAI. Criou-se, então, a SESAI em 2010 para coordenar e executar o processo de gestão do SasiSUS; a partir do qual unificou-se as fontes orçamentárias destinadas à assistência primária à saúde indígena (Brasil, 2021; Brasil, 2018). O procedimento de criação da SESAI representou um avanço na Saúde Indígena e foi resultado da luta dos indígenas por melhorias em seu atendimento de saúde (Ferreira, 2013, *apud* Almeida, 2018).

Entretanto, melhorias ainda precisam ser realizadas, Mota (2017) evidencia que o processo de fiscalização e de elaboração de novos contratos é escassa. Ademais, o SasiSUS vem priorizando o atendimento aos grupos oficialmente reconhecidos pela FUNAI, com isto grande número de indígena fica desassistidos. Os dados disponíveis pela FUNAI não informam a composição demográfica dos residentes em áreas não demarcadas ou em espaços urbanos. Exemplo da disparidade de dados é o estado de São Paulo, onde, segundo dados do IBGE (Censo 2000), há 63 mil indígenas e, segundo dados do SIASI/FUNASA, dois (2) mil (Brasil, 2013).

O SUS serve de retaguarda e referência ao SasiSUS. Por isso, procura-se manter a estrutura e organização do SUS nas áreas de abrangência do SasiSUS; visando propiciar integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações, nas regiões onde residem as populações indígenas. As populações indígenas têm direito a participarem nos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como: o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais de Saúde e o Conselhos Municipais de Saúde. A organização da rede de serviços no SUS aos povos indígenas caracteriza-se através: 1) da SESAI - que funciona como rede de serviços de atenção básica e saneamento nas TI; e, 2) dos estados e dos municípios - com a complementariedade da atenção básica, vigilância em saúde, promoção em saúde etc., bem como, no atendimento a demanda de média e alta complexidade. As regulamentações das responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde são expressas na Lei Orgânica do SUS, nº 8080 de 1988 e na Lei Complementar nº 141 de 13 de janeiro de 2012 (SESAI, 2017).

Assim como no SUS, no SasiSUS foram instituídos mecanismos de controle social. No âmbito dos DSEIs, o controle social se configurou por meio da criação do Conselho Local de Saúde Indígena (CLSI) e do Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) (Benevides, Portillo; Nascimento, 2014, p. 35, *apud* Almeida, 2018). Para controle social em nível nacional sobre a saúde indígena foi criada em 1991 a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). O papel da CISI é aconselhar a CNS programas de saúde para o índio. A saúde da mulher e da criança conta como um dos 21 temas considerados básicos (Langdon, 2004). A SESAI possui o departamento Controle Social que se configura como um mecanismo que visa garantir aos indígenas a ingerência em relação ao atendimento à saúde que recebem: deliberar sobre recursos humanos e financeiros, assim como a prestação de contas passar por sua instância.

O CLSI é composto por Agente Indígena de Saúde (AIS), Agente Indígena Sanitário (AISAN), lideranças, pajés e equipe da SESAI. A partir do CLSI são escolhidos os representantes para o CONDISI, que engloba representantes de cada povo em sua abrangência (Tófoli, 2020, p.58). Para além do controle social, essa estrutura visa garantir a especificidade e adequação cultural das políticas e ações executadas nos distritos a cada um dos povos atendidos (Pontes, Rego & Garnelo, 2015, p. 3302, *apud* Tófoli, 2020, p. 58). Os problemas são diversificados em cada região, sejam pelas diversidades culturais, histórica ou atual condição de contato. Entre os Munduruku, por exemplo, Scopel (2014) aponta a dificuldade em chegar nos Polos Bases de Saúde; a dificuldade em realizar consultas de pré-natal; a baixa cobertura dos serviços de saúde: que compreende a qualificação profissional, a expansão da cobertura dos serviços de atenção à saúde, a produção e controle das informações e dados epistemológicos.

A III Conferência Nacional de Saúde Indígena (Brasil, 2001, *apud* Langdon, 2004) abarga 157 propostas, a 29ª consiste que seja prioritários os cuidados com às mulheres, as crianças e os adolescentes, assim como deve ocorrer a promoção da participação das mulheres, por meio de sua atuação nos conselhos de saúde, na formação como AIS etc. Em geral, há falta de dados epidemiológicos sobre a situação de saúde dos indígenas, impossibilitando serviços orientados às necessidades específicas (Coimbra Junior & Garnelo, 2004; Langdon, 2004, p.218). A fim de orientar e servir de base aos serviços de saúde diferenciado, instaurou-se a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002, constituindo-se como principal marco normativo da atenção à saúde dos povos indígenas.

A PNASPI aponta como propósito

“garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (Brasil, 2002, p. 13).

Seguindo esses preceitos os processos de formação e a capacitação de trabalhadores para atuação na saúde indígena devem considerar o contexto intercultural desses povos. A PNASI recomenda que os serviços do SUS estejam articulados aos sistemas indígenas de saúde. Por isso, a implementação dos serviços do SUS requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organizações de seus serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde -, que garanta aos indígenas o exercício de sua cidadania nesse campo. Para a efetivação desse exercício de cidadania deve ser criada uma rede de serviços do SUS nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, de acesso e de aceitabilidade do SUS para essas populações. A PNASPI, configura-se como parte integrante da Política Nacional de Saúde (SESAI, 2017; Brasil, 2002; Brasil, 2018).

Uma das estratégias desenvolvidas para alcançar os objetivos do SasiSUS foi a institucionalização do AIS e do AISAN como parte das equipes que prestam serviços de atenção primária nas aldeias. A importância do AIS e do AISAN no princípio da atenção diferenciada é reafirmada na PNASPI. A atenção diferenciada contempla noções de respeito às concepções, valores e práticas em saúde de cada povo e de articulação entre os saberes indígenas e biomédicos, sendo o AIS e o AISAN mediadores entre esses saberes, assim como entre a comunidade e os membros da equipe de saúde do SUS. O AIS e o AISAN, portanto, devem ser um membro da comunidade e idealmente eleito por ela. Esses agentes atuam na atenção primária, com funções análogas ao do Agente Comunitário de Saúde, que envolve atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde, no cadastro das famílias que moram em sua área de abrangência, em detectar problemas de saúde e em acompanhar tratamentos de longa duração.

A capacitação e a supervisão do AIS e do AISAN são fundamentais para consolidar seus papéis e para o êxito de suas atuações (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012). O programa de qualificação do AIS e do AISAN constitui-se em

“[...] uma estratégia que visa favorecer a apropriação, pelos povos indígenas, de conhecimentos e recursos técnicos da medicina ocidental, não de modo a substituir, mas de somar ao acervo de terapias e outras práticas culturais próprias, tradicionais ou não” (Brasil, 2002, p. 15).

A PNASPI ressalta a prioridade de cursos de capacitação do AIS e do AISAN; em que deve ser desenvolvido as competências de contemplar os princípios da interculturalidade, estimulando a apropriação de saberes indígenas e não indígenas, que, de forma conjunta, promoverão a construção de novos conhecimentos no cotidiano do processo de trabalho desses agentes. Formar e capacitar o AIS e o AISAN é fundamental para sua atuação na atenção primária (Garnelo *et al.*, 2009, *apud* Brasil, 2018). Porém, a metodologia de ensino e o conteúdo programático dos cursos não dão conta das especificidades inerentes à saúde indígena, pois o conhecimento biomédico é valorizado nesses cursos, reproduzindo as relações assimétricas entre os povos indígenas e a sociedade ocidental (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012). Constata-se a contradição inerente aos próprios princípios da Saúde Indígena, que busca ser diferenciada para contemplar os princípios da equidade, porém atua ainda em uma lógica essencialmente estatal e centralizada em um modelo biomédico de saúde (Almeida, 2018, p.34).

Em análise crítica sobre a operacionalização da interculturalidade retratada na PNASPI, Pedrana *et al.* (2018, p.02) apontam a carência de ações em saúde afinadas com as lógicas culturais e as demandas das comunidades indígenas. Nesta operacionalização tem-se produzido efeitos contrários aos princípios e pressupostos fundantes da PNASPI. Especialmente no que diz respeito à adaptação e ao aperfeiçoamento do funcionamento e à adequação da capacidade do SUS às “necessidades específicas” de saúde das “comunidades culturalmente diferenciadas”, referenciadas na “saúde diferenciada”. Apesar das lacunas e necessários aprimoramentos, a saúde indígena diferenciada vem se efetivando aos poucos. Contudo, o futuro do direito à saúde diferenciada é incerto. Mesmo com a garantia do direito à saúde promulgado pela Constituição Federal em 1988 há ameaça aos direitos e ações conquistadas pelo governo atual. O qual defende que nenhuma terra indígena seja demarcada. Além disso, favorece o interesse de latifundiários, corporações de mineração e grupos de agricultores de escala industrial que reivindicam insistentemente territórios indígenas (McCallum, 2020; Tófoli, 2020).

1.2 COMO A SESAI ENTENDE A SAÚDE INDÍGENA

A SESAI é uma secretária vinculada ao Ministério da Saúde, responsável por coordenar o processo de gestão do SasiSUS e por planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos (PNASPI). Criada em 2010, a SESAI atende mais de 755 mil indígenas aldeados em todo o Brasil, através de ações distribuídas nos 34 DSEIs. A SESAI conta com uma força de trabalho de mais de 20 mil pessoas, sendo destas quase 50% indígenas (Brasil, 2021; SESAI, 2017).

Em sua atuação, a SESAI (2018) leva em consideração a diversidade das medicinas tradicionais indígenas. Articula as estratégias do sistema oficial de saúde e dos saberes e práticas indígenas. Procura garantir que tais estratégias sejam elaboradas no âmbito local a partir do diálogo intercultural estabelecido com os diferentes sujeitos e comunidades indígenas, de modo a contemplar suas especificidades. Visa alcançar todas as comunidades indígenas, apesar das dificuldades de acesso. Seu escopo de trabalho abrange a prestação de serviços de saúde aos povos indígenas desde aos que vivem em territórios próximos a grandes centros urbanos até os isolados e de recente contato.

O decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019, no artigo 40º, define as competências da SESAI. A qual possui autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária. Conta com 880 Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI); articula o acesso de indígenas a serviços de média e alta complexidade, por meio das 67 Casa de Apoio a Saúde Indígena (CASAI). As edificações e o saneamento em terras indígenas também fazem parte do escopo de trabalho da SESAI, além da provisão de logística de transporte, comunicação e da gestão de medicamentos. Em 2018, contou com um orçamento de R\$ 1,4 bilhão.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2021) explica que a estrutura da SESAI se organiza entre Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Determinantes Ambientais Saúde Indígena (DEAMB), Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) e Controle Social. Esses possuem as seguintes responsabilidades:

- O DASI é responsável pela condução das atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas, por meio da atenção básica, da educação em saúde e da articulação interfederativa, ou seja, articulação com os demais gestores do SUS para provimento das ações complementares e especializadas.

- O DEAMB é responsável pelas ações de saneamento básico e ambiental das áreas indígenas, como preservação das fontes de água limpa, construção de poços ou captação a distância nas comunidades sem água potável, construção de sistemas de saneamento, projetos de obras e edificações, educação em saúde para o saneamento, destinação final do lixo e controle de poluição de nascentes. As atividades relacionadas ao saneamento ambiental e às edificações no âmbito dos DSEI também são geridas pelo DEAMB. Cabe ainda ao DEAMB implementar programas de educação em saneamento, desenvolvendo múltiplas estratégias intersetoriais que incentivam o envolvimento da comunidade indígena, a apropriação de informações para adaptação tecnológica e socioeconômica, que mantém a realização de práticas educativas e a manutenção da saúde ambiental.
- O DSEI é a unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS).
- O CGPO é dividida em cinco áreas temáticas: a) orçamento - análise de processos voltados às aquisições dos DSEIs, análise de disponibilidade e descentralização de créditos orçamentários e alimentação do monitoramento; b) planejamento - coleta e tratamento de informações das áreas técnicas da SESAI (departamentos) e envio para a Coordenação Geral de Planejamento, coleta e validação das informações inseridas no Sistema de Planejamento, apoio na elaboração do Relatório de Gestão e Relatório Anual de Gestão; c) financeiro - análise e consolidação das solicitações de recursos financeiros dos DSEIs e envio ao Fundo Nacional de Saúde; d) convênios - execução dos 35 convênios celebrados pelo Ministério da Saúde junto a 08 entidades conveniadas, para atuação em caráter complementar no atendimento dos povos indígenas; e) monitoramento - acompanhamento da execução orçamentária dos DSEI, alinhamento do teto orçamentário, realização da descentralização orçamentária.
- O Controle Social diz respeito a participação dos povos atendidos. De modo que, por meio dos conselhos nacional, estaduais e municipais de saúde, ocorre a participação da comunidade na fiscalização e condução das políticas públicas de saúde. A Lei 9.836/99 garante a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde e do controle da sua execução por meio dos conselhos de saúde indígena, os quais são: CLSI, CONDISI e Fórum de Presidentes de Conselhos Distritais de Saúde Indígena (FPCONDISI).

- O CLSI, com característica permanente e consultiva é composto por representantes indígenas, com competência de manifestar e acompanhar as ações e os serviços de atenção à Saúde Indígena e determinantes ambientais nas comunidades.
- Há um CONDISI em cada DSEI. O CONDISI é responsável por fiscalizar, debater e apresentar políticas para o fortalecimento da saúde em suas regiões. Compete também a essa instância acompanhar e monitorar a execução das ações de atenção integral à Saúde Indígena e determinantes ambientais, bem como a execução financeira dos DSEI. Com caráter deliberativo, sua composição é paritária:
 - I- 50% de representantes de usuários, eleitos pelas respectivas comunidades indígenas da área de abrangência de cada DSEI;
 - II- 25% de representantes que compõem a força de trabalho que atuam na atenção à saúde indígena nos DSEI, eleitos pelos trabalhadores; e
 - III- 25% de representantes dos governos municipais, estaduais, federal e prestadores de serviços na área de saúde indígena, todos indicados pelos dirigentes dos respectivos órgãos que representam.
- O FPCONDISI é de caráter consultivo, assessora a SESAI em relação à PNASPI, no âmbito do SasiSUS, em consonância com os CLSI e CONDISI. É composto pelos 34 Presidentes de cada CONDISI, promove o fortalecimento e a articulação política do Controle Social no âmbito da gestão participativa do SasiSUS e do SUS, em consonância com as diretrizes estabelecidas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena.

No anexo I situa-se o organograma do funcionamento da SESAI, no anexo II estão as localizações dos 34 DSEI pelo território nacional, assim como as suas respectivas denominações.

1.3 ORGANIZAÇÃO DOS DSEIS

O DSEI consiste em um modelo próprio de organização dos serviços de saúde prestados no âmbito do SasiSUS, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado. O DSEI por ser federal só pode construir em áreas federais. Cada DSEI é organizado independentemente das divisões municipais e estaduais; variando em sua composição étnica e tamanho; e, cabendo responsabilidade sanitária sobre determinados territórios indígenas, com a participação do usuário e sob o controle social (Brasil, 2021; Brasil, 1999C, *apud* Mota, 2017). Esse processo de responsabilidade sanitária deve ser construído com a participação dos povos indígenas, observando seus próprios conceitos e práticas relativos às suas condições de viver e morrer (Brasil, 1999d, *apud* Mota, 2017).

A organização do DSEI e o modelo assistencial configura-se em uma Unidade Básica de Saúde Indígena (UBSI), dentro dos Territórios Indígenas, que presta assistência básica de saúde. A partir da especificidade e complexidade da demanda, se encaminha ao Polo Base; onde se atende à demanda, caso tenha estrutura para tal, ou realiza o encaminhamento. Encaminha-se a alguma unidade de referência do SUS que possa prestar o atendimento e a CASAI - quando é necessário aguardar pelo atendimento do SUS fora da comunidade de origem (SESAI, 2017). O DSEI foi criado por portaria da FUNASA, nº 852, em 1999. Após a transferência de responsabilidade de execução do PNASPI passar da FUNASA para a SESA, os DSEIs compõem o organograma da SESA, que, por sua vez, deve seguir o disposto no Regimento Interno do Ministério da Saúde.

Os DSEIs devem se organizarem de forma integrada e articulada com a rede do SUS, expressa na portaria nº 254, de 31/01/2002 (Mota, 2017). Os DSEIs exercem sua responsabilidade através de 32 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam em aproximadamente 202 pontos de atendimento. A EMSI é composta, ao menos, por 1 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de saúde bucal, 02 técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento de acordo a dispersão territorial. Esta composição assemelha-se àquela proposta na Estratégia de Saúde da Família do SUS (Mota, 2017).

A definição territorial para as divisões dos DSEIs procurou obedecer aos seguintes critérios: população, área geográfica e perfil epidemiológico; disponibilidade de serviços,

recursos humanos e infraestrutura; vias de acesso aos serviços instalados em nível local e à rede regional do SUS; relações sociais entre os diferentes povos indígenas do território e a sociedade regional; distribuição demográfica tradicional dos povos indígenas, que não coincide necessariamente com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as terras indígenas. O grau de resolubilidade previsto para a rede própria dos DSEIs restringe-se à prestação de serviços de Atenção Básica; logo, há demandas para outros níveis do SUS, como em casos que se faz necessário atenção e serviços de profissionais especializados (Brasil, 2005, p. 19).

O processo de distritalização da saúde indígena obteve avanços em relação à cobertura dos serviços e ao financiamento (Mota, 2017). Contudo, a evolução do orçamento destinado às ações de atenção à saúde indígena não se faz suficiente para fornecer melhorias dos indicadores de morbimortalidade de saúde da população indígena - considerados indicadores indiretos da baixa efetividade do subsistema (Garnelo & Maquiné, 2015, p.115, *apud* Mota, 2017). A contratação da força de trabalho consome o maior percentual de recursos financeiros na saúde indígena. Dos profissionais contratados, há poucas vagas para o apoio administrativo, que se faz tão necessário (Mota, 2017, p. 85).

Garnelo e Maquiné (2015, p.128, *apud* Mota, 2017), analisando a previsão de cargos constantes nos Decretos nº6878/2009 e nº 8065/2013, concluem que há incongruência entre o quadro previsto e o quantitativo e perfil de profissionais para garantir o efetivo funcionamento dos DSEIs como Unidades Gestoras. A baixa remuneração dos cargos em comissão é um dos fatores que dificulta o recrutamento de pessoas com qualificações (Mota, 2017). A análise dos cadastros dos usuários dos serviços de saúde fornece base para as gestões planejarem suas ações. Por isso, é necessário o cadastro de todos os indígenas, aldeados e desaldeados, no SIASI - com a devida regulamentação de todas as etapas do cadastramento no subsistema. Porém, observa-se falhas nesses cadastramentos, como nos casos do DSEI-Bahia e do DSEI-Ceará onde constata-se a presença substancial de usuários não cadastrados. Isto onera, ainda mais, o orçamento destinado as gestões (Mota, 2017; Chaves, 2017).

Além dessas problemáticas internas dos DSEIs, há ainda problemáticas externas em relação a coalizão da prestação de serviços na saúde indígena. Os gestores municipais associaram à criação da SESAI uma suposta “desresponsabilização” de si (da gestão local) pela execução de ações sanitárias destinadas aos indígenas. Contudo, está estabelecido no PNAPSI a responsabilização das secretarias estaduais e municipais de atuarem de forma complementar na execução das ações de saúde indígena (Mota, 2017, p. 87). É difícil a

relação entre as gestões dos DSEIs e as gestões municipais no que se refere a corresponsabilidade sanitária sobre os territórios indígenas e a necessidade de atuação complementar pelo SUS. No DSEI-Bahia, isto levou a criação da Comissão Estadual de Saúde Indígena destinada a auxiliar na articulação entre essas gestões. Essa Comissão conta com a representação da gestão do DSEI, da gestão da Secretária de Saúde estadual, da gestão das Secretarias de Saúde municipais, da FUNAI, do Ministério Público Federal (MPF), do Conselho Estadual de Saúde e do CONDISI (Mota, 2017).

De acordo Luciano Baniwa (2006), a experiência dos DSEIs promoveu a interação mais respeitosa entre o Estado e os Povos Indígenas, fortalecimento institucional e administrativa das entidades indígenas, apropriação dos conceitos, de metodologias e das práticas sanitárias. Os DSEIs reduzem incongruências entre medicina ocidental e medicina tradicional indígena. A participação das comunidades indígenas produz progressivo domínio do complexo mundo administrativo e burocrático das políticas públicas. Fortalecendo, com isto, as demandas de aumento dos recursos financeiros destinados a causa. Apesar da participação das comunidades indígenas na formulação e execução de políticas públicas, o estado burocrático não favorece autonomia e autogestão. À organização indígena coube somente planejar, gerir e executar as ações de saúde, não participando de políticas de governo.

As organizações privadas que assumem os recursos e as responsabilidades do Estado são envoltas por dilemas ético e político, agindo segundo a rigidez burocrática do governo e contraditório com a militância política. Essas organizações lidam com as responsabilidades de gerir os recursos e as burocracias, provocando então uma definição ambígua: enquanto organização sociopolítica militante de contestação e enquanto organização profissional de prestação de serviços. Essa terceiriza dos serviços da saúde indígena é arriscada, mas também oferece potencial para indígenas ocuparem novos espaços de poder (Luciano, 2006). O nível de gestão centralizado na esfera federal, além de enrijecer as estruturas e restringir a autonomia do Distrito, dificulta a articulação necessária com os demais entes governamentais responsáveis pela gestão do SUS. A utilização de sistema de informação específico, sem interoperabilidade produz, por exemplo, isolamento em relação às esferas de planejamento e pactuação do SUS (Mota, 2017, p. 9).

Os AISs são responsáveis pela promoção do vínculo e comunicação entre as comunidades e as EMSIs, conforme prevê o PNASPI. O objetivo está na inclusão e participação da comunidade nos serviços de saúde e mediação entre a biomedicina e o sistema

médico tradicional (Santos, 1996, *apud* Langdon, 2004). Os Polos-Base são estruturas administrativas e assistenciais descentralizadas dos DSEIs, constituem a primeira referência para os AISs, podem localizar dentro de área indígena ou na sede de município de referência na região. Quando localizados dentro de área indígena desempenham funções como coleta de material para exame, capacitação, reciclagem e supervisão de AIS e auxiliares de enfermagem, coleta de dados. Quando localizados em município, oferece por exemplo: apoio técnico e administrativo as EMSIs, armazenamento medicamentos e de materiais de deslocamento para outras áreas indígenas, processamento de dados e planejamento de ações. É importante, também, a presença de profissionais indígenas para cargos de Coordenador Local dos Polos-Base (Brasil, 2002, p. 14, *apud* Mota, 2017).

De acordo o PNASPI deve ser enviados a rede especializada de assistência à saúde do SUS os casos e as demandas não resolvidos no grau de resolutividade de atenção básica. Fora da aldeia em tratamento médico, indígenas devem contar com serviços de alojamento e alimento, fornecidos pelas CASAIs; as quais oferecem também assistência de enfermagem 24h, agendamento de consultas e procedimentos, acompanhamento das informações de referência e contrarreferência dos pacientes (Brasil, 2002, p. 15, *apud* Mota, 2017). Assim sendo, as estruturas dos DSEIs ofertam atendimento básico a saúde; apoiados pelo Polos-Bases - onde alguns podem oferecer atendimento com maior precisão - que encaminham a atendimentos de média e alta complexidade pela rede SUS; seja pela rede municipal em hospitais de pequeno porte, seja em hospitais de médio e grande portes. Atendimentos fora das áreas indígenas comumente estão vinculados às CASAIs, que dão suporte aos indígenas em tratamento fora de suas residências.

Os DSEIs apresentam dificuldade na prestação dos serviços, dentre os quais estão a rotatividade de pessoal; descontinuidade de ações; dificuldades de articulação com os níveis de referência dos órgãos estaduais e municipais de saúde; tendência a pulverização e à descoordenação dos serviços intradistrital ou interdistritais (Luciano, 2006). Destaca-se também a dificuldade dos profissionais da biomedicina em ofertarem serviços, devido a gestão e infraestrutura, dependem de transporte para outras aldeias e estrutura de moradia, em que os postos estão aquém. A qualidade da atenção de saúde é, por consequente, prejudicada. Chama atenção também, apresentada por Scopel (2014), a existência de problemas de gestão e administração da verba pública. Deste modo, o trabalho de profissionais da área administrativa e contábeis se mostram indispensáveis; sendo onde dever-se-á denotar maior atenção (Mota, 2017).

Os DSEIS defrontam a falta de dados, impedindo que demonstrem de maneira convincente a eficácia e eficiência do modelo atual, dificultando a defesa de uma política de saúde que, mesmo sendo produto de um fértil processo participativo, pode vir a ser aniquilada com uma simples medida de redução de orçamento ou por uma alegada impossibilidade de se comprovar uma relação positiva de custo-benefício na aplicação de recursos públicos. Outro desafio a ser enfrentado é o da diversidade cultural entre os povos indígenas, o que não só compromete a implementação de propostas técnicas e políticas unificadas para fazer frente à iniquidade do sistema de saúde, mas também dificulta a necessária visibilidade dos problemas sanitários ligados à sua posição de minoria (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Embora as atitudes cotidianas dos profissionais de saúde em relação à alteridade representada pelas populações indígenas não sejam homogêneas, a própria configuração dos serviços — marcada por hierarquias institucionais, práticas burocráticas, bem como por limitações estruturais e operacionais — tende a favorecer conflitos, distorções, falhas e negações que comprometem a efetivação do ideal de “atenção diferenciada”, tal como proposto pela PNASPI. A busca pela concretização desse princípio implica o reconhecimento, por parte de profissionais e gestores, da relevância das práticas de autoatenção e autocuidado desenvolvidas pelas comunidades locais. Esse reconhecimento constitui, ainda, um passo fundamental para o desenvolvimento de maior sensibilidade e competência no estabelecimento de relações interétnicas menos assimétricas e mais dialógicas (Langdon, p. 46, *apud* Dias-Scopel, 2014; Dias-Scopel & Scopel, 2019, p. 9).

1.3.1 DSEI Bahia (Tupinambá)

O DSEI Bahia é dinâmico, em crescente expansão e movimento. Atende 28 etnias, de 113 aldeias, somando uma população de 33.599 pessoas (Brasil, s./d). Ocorre, contudo, a possibilidade desse número ser maior, pois não são todos os indígenas inseridos no quadro populacional da DSEI (Mota, 2017). De acordo Mota (2017), das aldeias cadastradas, somente 29 estão em alguma fase do processo demarcatório da FUNAI. Litígios em relação a posse de terra influenciam a capacidade instalada do DSEI para gerir e executar ações e serviços. Dos 202 pontos de atendimentos que a EMSI desempenha os cuidados de atenção básica a saúde, apenas 24 possuem estrutura física adequada. Causando com isso, prejuízos à

cobertura de assistência pré-natal e realização de exames preventivos de câncer de colo de útero, por exemplo (Mota, 2017, p. 90).

Na Bahia, há 26 Unidades Básicas de Saúde Indígenas e 9 Polos-Base localizados nos municípios, contam cada um com coordenador administrativo e coordenador técnico. As EMSI são lotadas nos Polos-base e se deslocam diariamente para as aldeias. A DSEI Bahia não conta com CASAI; devendo, portanto, contratar serviço de hotelaria, transporte e alimentação. A utilização de serviços de hotelaria, desprovidos de equipe de enfermagem, obrigada a equipe do serviço de referência a acompanhar os pacientes. Apesar de não contar com CASAI, a DSEI-Bahia conta com os serviços de Referência nos Polos Bases e Serviço da 3ª Referência em Salvador, os quais funcionam de maneira análoga ao serviço da CASAI (Mota, 2017).

1.3.2 DSEI Pernambuco (Pankararu)

O DSEI Pernambuco atende 19 etnias, em 219 aldeias, somando 39.479 pessoas. Possui 63 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, 12 Polos Base e uma CASAI (Brasil, s./d.). De acordo Giberti (2013), o DSEI – Pernambuco recebia denúncias de não respeito à organização interna e da desassistência no serviço de urgência. Nos Pankararu, a logística dos serviços conta com dois Polos Base, um em cada Território Indígena (TI), que centralizam as tarefas burocráticas, além de serem espaços para reuniões e planejamento das equipes e funcionamento da farmácia (Giberti, 2023).

Há também nove Postos de Saúde; sendo que, nas aldeias em que este não existe Posto de Saúde algumas pessoas disponibilizam suas casas para atendimento em dias específicos. Essa DSEI terceiriza uma frota de carros para deslocamento das equipes a cada postos e deslocamento dos usuários quando precisam de alguma assistência fora das aldeias - como é o caso das gestantes que optam ou necessitam do parto hospitalar. Contudo, nem sempre estes carros estão acessíveis. Com a mudança de gestão da FUNASA para a SESAI, o tipo de contratação dos trabalhadores de saúde passou de convênio com os municípios locais para registro com carteira assinada e, se encaminhava (à época da etnografia de Giberti) para contratação através de concurso público (Giberti, 2013)

Quando havia o convênio da DSEI com os municípios locais, não raro gerava tensões decorrentes de interesses diferentes entre os gestores do DSEI e os dos municípios. Existem três EMSIs que atendem os Pankararu: duas para os moradores da TI Pankararu e uma para os da TI Entre Serras. A prioridade dada às contratações de todos os profissionais das EMSI é de que sejam indígenas. Já há profissionais Pankararu nos cargos de médica, enfermeira e dentista. Para procedimento mais complexos, há os Polos Avançados do DSEI em Salgueiro e Caruaru. No caso de gestações e partos de maior complexidade e gravidade, as mulheres são encaminhadas para a cidade de Paulo Afonso, a 40 km (já no estado da Bahia) e a Recife, a 500 km (Giberti, 2013, p. 100-101).

1.3.3 DSEI Ceará (Tapeba, Tremembé)

O DSEI Ceará abrange 22 etnias, dispostas em 106 aldeias, somando um contingente de 27.128 pessoas. Conta com 26 Unidades Básicas de Saúde Indígenas, 9 Polos Bases e 1 CASAI (Brasil, s./d.). O DSEI Ceará, até 2016, contava com 267 profissionais atuantes nas EMSIs, organizada em um Conselho Distrital e 13 Conselhos Locais de Saúde Indígena. A FUNAI, por sua vez, não possui informações sobre o número de indígenas no Ceará; se utiliza, muitas das vezes, de informações da saúde indígena e do IBGE, o que dificulta a implementação de políticas públicas nas terras indígenas ou fora delas. O próprio DSEI Ceará reconhece que há um expressivo número de indígenas fora das aldeias que não estão inseridos no quadro populacional do DSEI, pois não são atendidos pelo subsistema de atenção à saúde indígena (Chaves, 2017).

Destaca-se no DSEI Ceará o interesse em articulação da medicina tradicional dos povos indígenas com os serviços de biomedicina. Em ocasião da V Conferência Nacional de Saúde Indígena DSEI-Ceará, ocorrida em 27 de setembro de 2013, consta como segunda proposta sobre “Avanços e Desafios para a atenção Básica para os Povos Indígenas” a garantia da *“revitalização da medicina tradicional indígena, no espaço dos polos base para as práticas tradicionais, juntamente com a EMSI e os cuidadores tradicionais como: pajés, parteiras, benzedores, rezadores, meizeiros, raizeiros em parceria com o CAPS²⁴”* (Fontes, 2013, p.01).

²⁴ A sigla CAPS corresponde: Centro de Atenção Psicossocial.

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada no ano de 1948, a comunidade internacional, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), vem firmando uma série de convenções internacionais nas quais são estabelecidos estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantem um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados Direitos Humanos. O direito à vida, à alimentação, à saúde, à moradia, à educação, ao afeto, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são considerados Direitos Humanos fundamentais (Brasil, 2013).

No que tange a saúde das mulheres, destaca-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo, em 1994, que conferiu um papel primordial à saúde, aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos. A CIPD levou em consideração, no debate sobre população e desenvolvimento, as questões sobre mulher (referente às desigualdades de gênero), meio ambiente e Direitos Humanos. A partir dessa conferência estabeleceu acordos internacionais assumidos por 179 países, dentre os quais o Brasil.

Deste de então, buscou-se abandonar a ênfase na necessidade de limitar o crescimento populacional como forma de combater a pobreza e as desigualdades para focar no desenvolvimento do ser humano. Haja visto que, nas décadas de 1950 e 1960, quando foi difundido o medo da “explosão populacional”, os formuladores de políticas passaram a defender a disseminação de métodos anticoncepcionais, mesmo que contrariando os interesses individuais. Nesse contexto, os movimentos feministas sempre colocaram como pontos fundamentais o direito de escolha e a liberdade de decisão das mulheres nos assuntos sexuais e reprodutivos (Corrêa; Alves; Januzzi, 2006, *apud* Brasil, 2013, p.12).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu que a

“saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de

atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. Em conformidade com a definição acima de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui também a saúde sexual, cuja finalidade é a intensificação das relações vitais e pessoais e não simples aconselhamento e assistência relativos à reprodução e a doenças sexualmente transmissíveis” (Naciones Unidas, 1995, anexo, cap. VII, par. 7.2, *apud* Brasil, 2013, p. 13).

É fundamental compreender sexo e gênero como conceitos distintos. Sexo refere-se a um conjunto de características genotípicas e biológicas. Gênero é um conceito que se refere a um sistema de atributos sociais – papéis, crenças, atitudes e relações entre mulheres e homens – os quais não são determinados pela biologia, mas pelo contexto social, político e econômico, e que contribuem para orientar o sentido do que é ser homem ou ser mulher numa dada sociedade. Em outras palavras, o gênero é uma construção social e histórica. Na maioria das sociedades, as relações de gênero são desiguais (Brasil, 2013).

O conceito de direitos sexuais tem uma história distinta e mais recente. Sua formulação inicial se dá nos anos 1990, no âmbito dos movimentos gay e lésbico europeus e norte-americanos, produzindo-se, em seguida, uma sinergia com os segmentos dos movimentos feministas. No Programa do Cairo, a expressão “direitos sexuais” não consta no documento final, entretanto, o texto inclui de modo explícito o conceito de “saúde sexual”, adotando a definição da OMS para a “saúde sexual” como parte integrante da saúde reprodutiva (Corrêa, Alves & Januzzi, 2006; Corrêa & Ávila, 2003; Petchesky, 1999, *apud* Brasil, 2013).

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX; sendo os programas implementados voltados exclusivamente para a assistência aos aspectos referentes à gestação e ao parto. Na década de 1960, diversas entidades de caráter privado voltadas para o controle da natalidade iniciaram sua atuação no Brasil. Tais entidades eram financiadas por agências internacionais cujos interesses eram reduzir o crescimento populacional no País. Ao mesmo tempo, verificava-se atuação quase inexistente do setor público no campo do planejamento reprodutivo. O enfoque da assistência era o ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2002).

Em 1984, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado com a colaboração de representantes de grupos feministas, gestores estaduais e pesquisadores das universidades. O PAISM constitui-se marco histórico ao incorporar o ideário feminista na atenção à saúde da

mulher e introduzir novo enfoque nas políticas públicas de saúde voltadas para essa população. Centralizado na integralidade e na equidade das ações, o PAISM propunha uma abordagem global da saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo vital, e não apenas no ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 1984, 2002b, 2002c, 2004b, *apud* Brasil, 2013).

Apesar do PAISM ter significado um avanço em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras enfrentou dificuldades políticas, financeiras e operacionais para sua implementação. Tais dificuldades impediram que o PAISM se concretizasse de forma efetiva no cotidiano da atenção à saúde da mulher (Brasil, 2013, p. 19). Outros marcos referenciais em relação aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos que se destacam são a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e a Lei nº 9.263/1996 - que regulamenta o planejamento familiar. As instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, são obrigadas a garantir a atenção integral à saúde que inclua a assistência à concepção e à contracepção (Brasil, 2013).

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em parceria entre Ministérios do governo, diversos setores da sociedade (em especial com o movimento de mulheres) e os gestores do SUS. Essa Política reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. A PNAISM enfatiza a melhoria da atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e às mulheres e às adolescentes em situação de violência doméstica e sexual (Brasil, 2004b, *apud* Brasil, 2013, p. 20; Scopel, 2014).

1.5 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A SAÚDE DAS MULHERES INDÍGENAS

A atenção à saúde das mulheres e das crianças indígenas é desenvolvida pelos DSEIs, no âmbito do SasiSUS, realizada pelas EMSIs diretamente nas terras indígenas. Tais cuidados devem estar orientado pelo PNASPI, devendo ser articulado com os saberes e práticas indígenas, reconhecendo o protagonismo das mulheres indígenas e das famílias indígenas. As EMSIs devem ter também como referências demais políticas do Ministério da Saúde, em especial a PNAISM, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAIN) (Brasil, 2021).

O Ministério da Saúde dispõe os seguintes programas e estratégias como prioritários no tangente a saúde das mulheres indígenas: a) qualificação da atenção à saúde das gestantes e puérperas e ampliação do acesso às consultas de pré-natal e aos exames preconizados; b) prevenção dos cânceres de colo de útero e de mama; c) promoção, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis e da infecção pelo Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (siglas em inglês HIV/AIDS) na população feminina; d) desenvolvimento de ações de prevenção e de atenção das mulheres em situação de violência; e) orientação e oferta de acesso ao planejamento familiar (Brasil, 2021).

Uma das contribuições da antropologia da saúde ao campo da saúde indígena tem sido fornecer subsídios à formulação de políticas públicas pela crítica ao modelo médico hegemônico, pelo reconhecimento das especificidades socioculturais locais e pela etnografia dos processos de saúde, doença e atenção-prevenção (Dias-Scopel, Scopel, 2019). Contudo, em geral os estudos de orientação antropológica sobre a mulher indígena no Brasil não têm abordado aspectos específicos da saúde. Já as poucas pesquisas epidemiológicas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena tendem a ser restritas, enfocando particularmente as infecções sexualmente transmitidas ou câncer ginecológico. Em sua grande maioria, tanto os estudos antropológicos como os epidemiológicos foram realizados dentre poucas etnias situadas na Amazônia, o que restringe a possibilidade de generalização (Coimbra Junior & Garnelo, 2004, p. 153)

O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena caminha a par e passo com a precária infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Essa dimensão faz parte de um cenário mais amplo, no qual a exiguidade de investigações e a ausência de censos e de outros inquéritos regulares, aliadas à precariedade dos sistemas de informação (em especial registros de morbidade e de mortalidade), impossibilitam que se trace de forma satisfatória o perfil epidemiológico das populações indígenas no Brasil (Coimbra Junior & Santos, 2000, *apud* Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o tema "Identidade e Saúde da Mulher Indígena" foi pela primeira vez abordado durante reunião destinada a debater saúde e direitos da mulher. A esta Conferência seguiram-se reuniões regionais sobre as condições de vida da mulher indígena promovidas por organizações não-governamentais; porém, nem sempre enfocando especificamente o tema da saúde (Anônimo, 1990; Ramos, 1990; Brasil, 1987, *apud* Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Para propor modelos de intervenção culturalmente sensíveis, é imperioso conhecer com maior precisão as sociedades às quais esses possam se destinar. Bem como, de pactuar com seus membros as melhores formas de orientar a aplicação de políticas de saúde reprodutiva, limitando assim os riscos de intervenções. Por mais que as políticas de saúde reprodutiva possam ser baseadas no respeito à cultura indígena, ainda há brejas de se mostrarem agressivas aos fundamentos de ordens sociais locais, haja visto a diversidade culturais (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Além disso, é preciso o protagonismo feminino nas elaborações, mediações e até mesmo nas execuções das políticas públicas. Nas DSEIS da Amazônia legal, por exemplo, a grande maioria dos mediadores etnopolíticos são do sexo masculino. Não se leva em consideração, portanto, no que diz respeito às possíveis consequências da imposição de uma visão androcêntrica sobre os rumos de políticas e de programas nas áreas de saúde reprodutiva da mulher indígena no país (Coimbra Junior & Garnelo, 2004). Ademais a isto, é importante considerar a crítica de Overing (1999) acerca da percepção do visitante masculino em espaços indígenas. Visto que, considerando as relações de gênero, determinados ambientes e informações não os são acessíveis. Isto enfatiza, ainda mais, a importância de mediadoras do sexo feminino no campo da saúde.

O processo de mudanças socioculturais e econômicas advindas pela interação com a sociedade envolvente provoca um processo de agravos à saúde nas sociedades indígenas, pouco conhecido no referente aos novos agravos à saúde reprodutiva da mulher indígena. Um conjunto de fatores como a migração indígena para a cidade, o processo de urbanização indígena, a inserção da mulher indígena no mercado de trabalho implica em novos riscos que, em muitos casos, podem levar à piora das condições de vida e de saúde das mulheres e, por conseguinte, no aumento de demandas pela assistência à saúde (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Além da dificuldade de manejo de uma política em saúde que abarque a ampla diversidade em que se encontra as mulheres indígenas, acentua-se a ausência de dados sistemáticos e de qualidade sobre os mais elementares indicadores de saúde. Coimbra Junior e Garnelo (2004) chamam a atenção para a visibilidade de indicadores de saúde ligados à posição que grupos étnicos e/ou racialmente diferenciados ocupam em uma sociedade hierarquizada como a brasileira. A visibilidade de indicadores ainda é pouco explorada na saúde indígena; no movimento negro, por exemplo, os militantes manejam com significativa eficácia política.

A inexistência de estatísticas básicas e confiáveis acerca da saúde indígena enfraquece politicamente as demandas e gera um potencial desperdício dos já escassos recursos, bem como impossibilita a aplicação de metodologias epidemiológicas no planejamento e avaliação de ações por parte dos DSEIs. Esse quadro de invisibilidade da saúde indígena tem profundas implicações sobre o aperfeiçoamento de uma política de saúde para as populações indígenas no País. Pois, as estatísticas básicas influem diretamente na construção de um eficaz planejamento, definição de orçamentos e avaliação de programas e serviços de saúde; os quais, por suas vezes, oferecem às populações indígenas a possibilidades de acesso mais equitativo aos serviços no SUS (Coimbra Junior & Santos, 2000, *apud* Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Tampouco os serviços de saúde destinados ao atendimento das populações indígenas, na maioria das vezes, encontram-se preparados. Tanto no que se refere à disponibilidade de recursos humanos quanto a infraestrutura física para prover atendimento especializado nas áreas da saúde reprodutiva e saúde da mulher. Por conseguinte, informações sobre morbidade e mortalidade são geradas. Este quadro resulta em uma situação de quase total desconhecimento acerca da saúde da mulher indígena, comprometendo não somente o debate sobre este tema, como também impondo sérios limites a um planejamento mais adequado das ações de saúde, principalmente àquelas de enfoque preventivo (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Através dos estudos realizados na construção dessa monografia, é possível identificar a referência das mulheres indígenas quanto ao interesse sobre o planejamento familiar, ao acesso aos métodos contraceptivos e, em alguns casos, apresentou-se uma problemática envolvendo a laqueadura. Como colocado no início deste tópico, a atenção à saúde da mulher é desenvolvida pelo DSEI, devendo ter também como referências demais políticas do Ministério da Saúde. Em tais políticas, enfatiza-se a autonomia das mulheres no poder de escolha e os direitos individuais. Contudo, para as mulheres indígenas tal autonomia e tais direitos são contestados.

Entre as mulheres Pataxó HãHãHãe, na Bahia, houve no início dos anos 2000 denúncias de laqueadura em massa propiciada por um político local que desejava se reeleger. Oportunizava com facilidade a cirurgia da laqueadura as solicitantes na tentativa de angariar os votos dessas mulheres. Nessas denúncias, se questionava se essas mulheres indígenas tinham noção do processo irreversível desse método contraceptivo e se, teriam de algum modo, sido influenciadas ou alienadas a realizar tal operação (SOUZA, 2002).

Em pesquisa com essas mulheres Pataxó Hãhãhãe, Souza (2002, 2007) expõe a divergência interna do grupo sobre a questão da laqueadura. Há um contingente que entende que deva ser proibida, ou ao menos restringida, a laqueadura por causa da reprodução coletiva. Quem se declara nessa posição, são em sua maioria homens e algumas mulheres acima dos 50-60 anos). Esses defendem o aumento populacional como um fator de manutenção da existência da etnia e de suas culturas. Enquanto, há outra parcela dessa comunidade que declara ser direito da mulher ao planejamento familiar e acesso irrestrito aos métodos contraceptivos. Em sua maioria, quem tem esse posicionamento são mulheres abaixo dos 40 anos.

Após esse episódio com os Pataxó HãHãHãe, houve a criação de dispositivos legais válidos nacionalmente que burocratiza e, acaba por prolongar, o processo de laqueadura quando solicitado. As mulheres indígenas Pataxó HãHãHãe para realizar a laqueadura, além de assinarem termo de responsabilidade, precisam ter autorização dos seus maridos, das lideranças do grupo, da FUNAI e de outros órgãos. Além disso, precisam contar com a disponibilidade da oferta dessa cirurgia nos hospitais da região. Como na maioria das vezes a cirurgia ocorre pelo SUS, é necessário também ter de aguardar o surgimento de vaga (Souza, 2002, 2007).

De acordo Almeida (2018) nada poderia desabonar o direito das mulheres indígenas em obter a esterilização voluntária definitiva. Em seu trabalho como antropóloga na DSEI – Mato Grosso do Sul (MS) acompanhou sete etnias e encaminhou a demanda de algumas mulheres indígenas por laqueadura. Porém, todas as solicitações de mulheres indígenas haviam sido negadas por auditores da Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. A argumentação desta Secretaria levava o procedimento ao extremo oposto da solicitação das indígenas, o que era dito é que os médicos que realizassem o procedimento poderiam ser acusados de estarem dando curso a um extermínio genocida da população indígena sul-mato-grossense (Almeida, 2018, p. 40).

O entendimento já estabelecido desde a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 não valida o regime tutelar indígena, principalmente em casos de contato interétnico antigo, como o caso dos indígenas sul-mato-grossenses. Observa-se que não se pode confundir a promoção de política de planejamento familiar com uma intenção de destruir, no todo ou em parte, um grupo étnico como tal, situação prevista na Lei no.2.889, de 01 de outubro de 1956, que tipifica e define punições para o crime de etnocídio (Ministério da Saúde, 2005, p. 3, *apud* Almeida, 2018, p. 40).

Encaminhada essa demanda supracitada por laqueadura a instâncias superiores, decidiu-se que a antropóloga Ranna Almeida participaria ativamente do processo de orientação descrito legalmente e que isso seria comprovado por uma série de documentos (essa demanda ainda não havia sido atendida até a data do término da atividade da antropóloga nesse DSEI). Almeida levanta, então, a reflexão que à primeira vista esta parece a situação ideal; mas, surgem dois problemas: primeiramente, dá um estatuto de autoridade indesejada a palavra do antropólogo – ele se torna o tradutor das volições das indígenas e por isso digno de ser escutado, pois reproduz o não-humano, em humano –; e, em segundo, se houver ausência do antropólogo não há quem traduza o discurso, o que torna as indígenas pleiteantes da laqueadura incomunicáveis (Almeida, 2018, p. 42).

Almeida (2018, p. 37-43) deixa a ponderação de que as mulheres indígenas tem suas vontades e suas dores silenciadas, pois o estatuto de humanidade muitas vezes lhes é negado. O sofrimento intrínseco a condição de desalento, abandono institucional – mitigado pelas poucas visitas dos agentes de saúde impossibilitados de chegar ao local pela falta de estrutura (como no caso da DSEI-MS) – e muitas vezes pela ausência²⁵ de seus entes queridos potencializam ao máximo a percepção de que muitas mulheres indígenas são antes de tudo uma lutadora, que supera as adversidades através de sua batalha pela terra.

1.5.1 Saúde Sexual e Reprodutiva

Entre os povos indígenas, a sexualidade tem como elementos estruturantes o contexto histórico, sociocultural e interétnico (Brasil, 2005i, *apud* Brasil, 2013). A concepção de gênero de cada um dos povos é um processo que integra, em um movimento contínuo: elementos do mundo mitológico; as práticas sexuais; a divisão sexual do trabalho; a noção de Corpo e dos fluidos corporais vitais; as relações de parentesco que regulam possibilidades de arranjos matrimoniais; as práticas rituais de iniciação e passagem; a expressão da afetividade; a estética; os papéis sociais masculino e feminino; a concepção e a vivência da sexualidade nas diferentes fases da vida; e, a relação entre as diferentes idades.

O tema saúde sexual e saúde reprodutiva tem sido objeto de preocupação pelo movimento organizado de mulheres indígenas, discutidos em fóruns nacionais, nos

²⁵ Distantes, correndo perigo de vida e até mesmo assassinados na luta por seus direitos.

quais têm sido reivindicado que os direitos reprodutivos das mulheres indígenas estejam de acordo com as tradições e culturas, desde que essas culturas não violentem as mulheres e que sejam reconhecidas pelas políticas públicas (Grupo de Mulheres Indígenas (Grumin) – Mesa de Trabalho Local e Regional Rumo ao Fórum Nacional de Mulheres Indígenas, 3-4 maio de 2008/Itaipu/RJ, *apud* Brasil, 2013). Há uma pressão histórica sobre as mulheres indígenas com relação à reprodução, dada a necessidade de aumento dessa população que sofreu grandes perdas populacionais culturais no contato com a sociedade envolvente. Esse foi um dos aspectos centrais na discussão sobre a esterilização das mulheres Pataxó HãHãHãe (Souza, 2002).

Um dos aspectos que mais chama atenção na literatura sobre demografia indígena no Brasil é a constatação de elevados níveis de fecundidade. Estudos em demografia antropológica publicados nas últimas duas décadas indicam níveis de fecundidade em mulheres indígenas substancialmente mais elevados que os observados para as mulheres não-indígenas no Brasil, via de regra superiores a 5-6 filhos. A redução do número médio de filhos no Brasil ocorreu devido à difusão maciça de métodos anticoncepcionais, sobretudo a pílula e a esterilização por laqueadura tubária (Duchiade, 1995; Azevedo, 2000; Early & Peters, 1990; Flowers, 1994; Meireles, 1988; Picchia & College, 1994; Souza & Santos, 2001; Werner, 1983 entre outros, *apud* Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

No que tange aos determinantes da alta fecundidade, podem ser citadas a valorização sociocultural de famílias numerosas, elevadas cifras de mulheres indígenas envolvidas em uniões conjugais, início da vida reprodutiva relativamente cedo (se comparado aos padrões ocidentais) e intervalos intergenésicos (entre os partos) curtos, entre outros. As informações demográficas mencionadas acima não são representativas do universo dos povos indígenas. Pelo contrário, são geográficas e etnograficamente bastante circunscritas, referentes a grupos localizados sobretudo na região amazônica. Praticamente inexistem informações sobre a dinâmica demográfica de grupos localizados nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. É possível que os padrões de fecundidade das mulheres indígenas nessas regiões, e também na própria Amazônia, seja distinto deste delineado acima (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

As condições específicas de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil não lhes são exclusivas, grande parte dos agravos às suas saúde (principalmente aqueles de etiologia infecto-parasitária) ocorrem também em diferentes graus e intensidades em mulheres de outras etnias/raças ou classes sociais. No entanto, em relação às mulheres

indígenas, há particularidades que merecem ser destacadas por suas implicações sobre a saúde reprodutiva. De modo que, as doenças carenciais específicas, como a anemia, assim como as principais doenças parasitárias endêmicas na população indígena, como a malária e as verminoses, podem estar associadas à produção de situações de gravidezes de risco cuja repercussão sobre a saúde da mulher e da criança ainda estão por ser melhor avaliadas (Coimbra Junior & Garnelo, 2004).

Em vários grupos verifica-se, concomitantemente, o aumento da incidência de doenças metabólicas (diabetes mellitus), cardiovasculares, obesidade, alcoolismo e suicídio. Esse quadro, ainda pouco conhecido, reveste-se de extrema complexidade e relevância, por suas implicações em todas as fases de vida da mulher e não apenas sobre seu ciclo reprodutivo (Aguilar & Souza, 2000; Coimbra Junior *et al.*, 2001; Erthal, 2001; Santos & Coimbra, 1996, Vieira Filho *et al.*, *apud* Coimbra Junior & Garnelo, 2004). No que se refere especificamente à saúde reprodutiva da mulher indígena, os pouquíssimos estudos disponíveis revelam um quadro alarmante, marcado por elevadas prevalências de doenças sexualmente transmissíveis, lesões ginecológicas de etiologia variada, mastopatias, além de queixas generalizadas de dores do baixo ventre, dispareunia e leucorreia.

É notável condições pouco favoráveis de mulheres e meninas para negociar o sexo seguro, evitar a gravidez e, em geral, para adotar decisões quanto à sexualidade e reprodução, expondo-se a infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV e a sífilis, entre outros agravos. Outra situação ainda observada em algumas comunidades indígenas é quanto aos homens que não permitem que suas esposas realizem exames de prevenção de câncer uterino ou mesmo que elas participem das atividades de prevenção das DST/AIDS. O acesso à informação sobre a saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres e homens indígenas ainda é precário (Brasil, 2013, p. 89-90).

Apesar dos indiscutíveis avanços da Declaração do Cairo, em especial quando comparados às abordagens estritamente biomédicas da reprodução humana, a sua aplicabilidade à realidade indígena enfrentam alguns problemas. Ao assentar-se no pressuposto - não explicitado com clareza, mas nem por isso menos influente - da liberdade individual de escolhas, a Declaração conflita com princípios norteadores fundamentais das sociedades indígenas, centrados na primazia dos direitos coletivos sobre os direitos do indivíduo (Coimbra Junior & Garnelo, 2004). Seeger *et al.* (1979) mostram como que nas sociedades indígenas a noção de indivíduo é tomada por seu lado coletivo, ou seja, o indivíduo é um instrumento, um complemento da categoria prioritária que é o grupo social.

A produção de indivíduos só faz sentido na medida em que eles se reconheçam e sejam reconhecidos como membros de uma sociedade específica a qual, obrigatoriamente, sua existência deve se referir. Assim, a noção de indivíduo, tal como reconhecida no Ocidente, não faz sentido em sociedades cujos membros são categorizados como pessoas “culturalmente produzidas”, cuja existência não é produto de opção individual, mas sim, de uma outorga da sociedade. Em vista disso, diversos discursos feministas, como o *slogan* “nosso corpo nos pertence” não entram inserção nos modos rotineiros de entender e organizar a vida em diversas sociedades indígenas (Coimbra Junior & Garnelo, 2004, p. 13). É essencial, portanto, trabalhos etnográficos produzidos por teóricos e militantes ligados ao campo da saúde reprodutiva explorem aspectos culturais sem se restringirem a uma pauta unicamente biomédica, e sim adotar o enfoque que levem em conta categorias como sexualidade, gênero, corporalidade e poder, dentre outras.

Os estudos antropológicos disponíveis que abordam essas temáticas não são imediatamente operacionalizáveis pelos profissionais diretamente vinculados ao subsistema de saúde indígena. Exige-se grande esforço de apreensão de seus sentidos e de reflexão sobre formas possíveis de aplicá-los em ações de saúde. Além disso, esses estudos não podem ser generalizados para além de seus contextos etnográficos particulares. Pois, há em vista as especificidades entre os povos indígenas. É necessário, ainda, o empreendimento de novos estudos, incluindo grupos do nordeste, sul e sudeste do país, para um melhor delineamento de ações em saúde (Coimbra Junior & Garnelo, 2004, p. 164).

De acordo Coimbra Júnior e Garnelo (2004), antropólogas feministas como Nicole Mathieu (1973) têm demonstrado que os estudos etnológicos tendem a expressar uma visão androcêntrica das sociedades pesquisadas, tomando a perspectiva de informantes do sexo masculino como se fossem representativas de uma visão global da cultura. Tais questionamentos demonstram o pouco que se sabe das relações de gênero entre os povos indígenas e aponta para a possibilidade de que muitas informações validadas sejam distorções advindas de inadequações metodológicas. Por outro lado, a abordagem de gênero também assinala a necessidade de se problematizar as categorias trabalhadas no campo da saúde e que as vezes são aplicadas de forma simplificadora a contextos nos quais elas não fazem sentido.

Entre os povos indígenas as situações da condição feminina na sociedade são muito diversas, não havendo um padrão comum, aplicável a todos os grupos existentes no Brasil. O Ministério da Saúde afirma que os mitos revelam muito sobre os padrões sexuais de cada povo. Por isso, os profissionais de saúde que acompanham populações indígenas terão mais

facilidade nas abordagens se buscarem conhecer o conteúdo cultural de cada grupo. O Ministério da Saúde recomenda, então, aos profissionais da saúde “estudar, aprender, ouvir, perguntar, respeitar, [...] sempre procurando preservar e não abafar traços culturais, por mais que nos pareçam estranhos, desde que obedçam aos princípios éticos de nossa sociedade, da qual os índios também fazem parte” (Brasil, 2013, p. 88).

Há poucos estudos no Brasil que abordam as representações sobre o processo de saúde e doença ou sobre noções de corpo nas diferentes etnias indígenas. Por isso, coloca Dias-Scopel e Scopel (2019), investigar os saberes de autoatenção é importante. Proporciona a compreensão sobre as formas como os conjuntos sociais vivenciam processos de saúde, doença e atenção-prevenção; vindo a sensibilizar os profissionais em saúde que trabalham na atenção à saúde indígena e que almejam maior eficiência e eficácia das próprias práticas. Lidar com a saúde sexual e reprodutiva das mulheres indígenas envolve, conjuntamente, o discernimento acerca das especificidades locais, das noções coletivas; o diálogo com as mulheres respeitando às suas escolhas; e, a disponibilidade de informações e oferta de serviços em saúde às mesmas.

1.6 CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS

O acesso aos serviços biomédicos implica transformações significativas nos itinerários terapêuticos, promovendo processos de junção, modificação, abandono e incorporação de práticas de cuidado. Ainda que as escolhas relativas às formas de tratamento e às condutas terapêuticas sejam, em última instância, decisões individuais, estas se constituem em meio a um universo simbólico e social compartilhado, refletindo as disposições coletivas e os habitus próprios de cada grupo. Nesse sentido, como salienta Bourdieu (2007), as práticas sociais, inclusive as relacionadas à saúde e à doença, são orientadas por um capital cultural historicamente sedimentado, que fornece o arcabouço cognitivo e simbólico a partir do qual os sujeitos interpretam e reagem às novas experiências. Assim, o conhecimento biomédico, ao adentrar o universo indígena, é necessariamente reinterpretado através desse funil cultural, filtrado pelas disposições e esquemas de percepção que estruturam o agir cotidiano e as formas tradicionais de cuidado.

O usufruto de novos modos de tratamento e cura não se dá em substituição imediata às práticas anteriores, mas em diálogo — por vezes tenso, por vezes complementar — com os sistemas de conhecimento locais. Para compreender esse processo, é imprescindível considerar a dimensão da temporalidade, na medida em que a incorporação de novas práticas e concepções demanda um processo gradual de sedimentação cultural. Mudanças geracionais, embora relevantes, não bastam para alterar integralmente o *habitus* coletivo, pois este se enraíza em estruturas duráveis de percepção e ação, reproduzidas no cotidiano e legitimadas socialmente.

Como observa Mauss (2003), as técnicas corporais são socialmente elaboradas e transmitidas pela imitação e pelo prestígio. A hegemonia do discurso biomédico — sustentada por seu caráter científico e pela posição de autoridade dos profissionais de saúde — produz um efeito simbólico de prestígio, que tende a reforçar sua legitimidade frente a outras formas de saber. Nesse processo, os agentes biomédicos ocupam uma posição de autoridade simbólica, legitimada tanto por sua função institucional quanto pela eficácia empírica percebida de seus tratamentos. Tal combinação de autoridade e eficácia contribui para a ampliação da adesão aos serviços biomédicos e, gradualmente, para a emergência de novos padrões de comportamento terapêutico, sobretudo entre as gerações mais jovens.

A partir das propriedades de posição (Bourdieu, 2007), compreende-se que a introdução de novas práticas terapêuticas em uma estrutura social já configurada não ocorre de modo neutro: ela se articula às relações preexistentes e à hierarquia simbólica que organiza os campos de saber. Nesse contexto, a medicina ocidental ocupa uma posição dominante, enquanto os saberes indígenas — ancorados em cosmologias e ontologias próprias — enfrentam contestação e, muitas das vezes, deslegitimação social. Essa assimetria simbólica interfere diretamente nas escolhas terapêuticas, favorecendo a adoção das práticas biomédicas em detrimento dos cuidados tradicionais, ainda que estes continuem a coexistir de maneira subterrânea e resiliente.

A perspectiva biológica de corpo e doença, predominante na biomedicina, não contempla as concepções indígenas de corpo e pessoa, que se configuram como categorias nativas fundamentais para a compreensão das práticas de saúde nesses contextos (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987). A noção de pessoa, enquanto construção relacional e cosmológica, transcende a dicotomia durkheimiana entre o físico e o social, situando o corpo em um contínuo de interações entre humanos, não humanos e forças espirituais. Assim, o

corpo não é apenas um ente biológico, mas um centro de relações, permeável às influências do mundo e expressão de uma ontologia relacional.

Dessa forma, o diálogo entre os sistemas biomédicos e os sistemas indígenas de cura não deve ser compreendido como mera sobreposição de práticas, mas como um campo de negociação simbólica, no qual saberes, poderes e cosmologias se confrontam e se reconfiguram. A efetivação de políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas requer, portanto, a incorporação dessa complexidade teórica e cultural, reconhecendo as múltiplas formas de existência e de compreensão do corpo, da pessoa e da cura que coexistem no cenário contemporâneo.

2 ELEMENTOS BÁSICOS DA SAÚDE DE MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE – COSMOLOGIAS E PRÁTICAS DE AUTOCUIDADO

2.1 COSMOLOGIAS INDÍGENAS

As relações sociais, para os indígenas das terras baixas sul americanas, abarcam mais que os seres humanos. O mundo biofísico, humano e supranatural é concebido como sustentado sobre vínculos de continuidade entre essas três esferas. Os seres vivos, não-vivos e supranaturais não são vistos como entes que constituem domínios distintos e separados ou esperas opostas da natureza e da cultura (Escobar, 2005, p. 72, *apud* Tófoli, 2020, p. 271). O território é compreendido como uma “entidade multidimensional” que através das práticas, das relações humanas e produtivas, se estabelecem vínculos complexos com sistemas simbólicos e culturais.

A palavra cosmologia, de acordo as definições dos dicionários “*The Oxford English Dictionary*” (Simpson & Weiner, 1989) e “*Diccionario de la lengua española*” (Real Academia Española, versión 23.8 en línea) tem sua raiz do idioma grego antigo, em que κόσμος **kósmos** remete a ordem, universo, lei, e Λόγος **logos**²⁶ remete a discurso, tratado, ciência. Dentre os conceitos de cosmologia, Novello (2006, p. 59) defende a definição de Peebles (1993) como a mais aceitável para a comunidade científica, de que a “cosmologia física é a tentativa de dar sentido à natureza de larga escala do mundo material que nos rodeia, utilizando os métodos das ciências naturais para isso”.

Entre os povos indígenas brasileiros, de acordo Aracy Lopes da Silva (1994, *apud* Lopes da Silva, 1995, p. 329) as

"Cosmologias são teorias do mundo. Da ordem do mundo, do movimento no mundo, no espaço e no tempo, no qual a humanidade é apenas um dos muitos personagens em cena. Definem o lugar que ela ocupa no cenário total e expressam concepções

²⁶ No *Diccionario de la lengua española* se encontra a mesma definição para kosmos ; é posto, contudo, **-logia**, ao invés de **-logos**, e este primeiro vem do latim antigo.

que revelam a interdependência permanente e a reciprocidade constante nas trocas de energias e forças vitais, de conhecimentos, habilidades e capacidades que dão aos personagens a fonte de sua renovação, perpetuação e criatividade. Na vivência cotidiana, nas aldeias indígenas, essas concepções orientam, dão sentido, permitem interpretar acontecimentos e ponderar decisões".

Lopes da Silva (1995) continua nesta linha de entendimento afirmando que

"Em universos sócio-culturais específicos, como aqueles constituídos por cada sociedade indígena no Brasil, os mitos se articulam à vida social, aos rituais, à história, à filosofia própria do grupo, com categorias de pensamento localmente elaboradas que resultam em maneiras peculiares de conceber a pessoa humana, o tempo, o espaço, o cosmo. Neste plano, definem-se os atributos da identidade pessoal e do grupo, distintiva e exclusiva, construída pelo contraste com aquilo que é definido como o 'outro': a natureza, os mortos, os inimigos, os espíritos... Central é a definição do que seja a humanidade e de seu lugar na ordem cósmica, por contraposição a outros domínios" (Lopes da Silva, 1994, *apud* Lopes da Silva, 1995, p. 230).

O mundo biofísico, humano e supranatural é concebido como sustentado sobre vínculos de continuidade entre essas três esferas. Os seres vivos, não-vivos e supranaturais não são vistos como entes que constituem domínios distintos e separados ou esperas opostas da natureza e da cultura (Escobar, 2005, p. 72, *apud* Tófoli, 2020, p. 271). O território é compreendido como uma "entidade multidimensional" que através das práticas, das relações humanas e produtivas, se estabelecem vínculos complexos com sistemas simbólicos e culturais

Desde modo, as cosmologias indígenas abarcam a relação com diferentes seres do cosmo. As relações sociais, por consequente, abarcam mais que os seres humanos. O cosmo está em distintos lugares, como embaixo da terra, no fundo do rio, no ar. E, é habitado por seres supranaturais. As práticas e as relações sociais cotidianas estão inseridas numa convivência com os demais seres do cosmo. É a boa harmonia com esses outros seres que garante uma boa saúde. Esta relação entre humanos e os outros seres do cosmo produz um sistema de saúde alicerçado na cosmologia (Scopel, 2014; Athias, 1998).

2.1.1 Contextos dos sistemas médicos indígenas

2.1.1.1 Tupinambá da Serra do Padeiro

No entendimento dos Tupinambá “os índios são mais espírito que carne” (Macedo, 2007, p. 24); possuem uma relação próxima e de reciprocidade com os Encantados, precisando desses seres para ficarem protegidas em suas vidas cotidianas. As relações com os Encantados são mantidas através do oferecimento de comidas, bebidas, fumos e velas a esses. Os Encantados são respeitados como os “donos da terra” (Ubinger, 2012). A figura dos Encantados é destacada nos relatos atuais dos Tupinambá sobre a suas lutas pelo território e reconhecimento étnico. Os Encantados são percebidos como a força propulsora das ações dos Tupinambá, assim como a eles são confiados a proteção e orientação (Macedo, 2007; Ubinger, 2012).

Entre os Tupinambá, os Encantados são elementos da natureza, ao mesmo tempo que são entidades espirituais. O Caipora, por exemplo, é um Encantado protetor das matas. Os Encantados têm o potencial de se corporificar como humanos e o oposto: alguns indígenas de destaque por suas ações e de espiritualidade elevada, podem transformar-se em Encantados entre a passagem da vida para a morte (Ubinger, 2012). Os Encantados são capazes se manifestar nos humanos - em pessoas preparadas e que comumente já mantem uma relação com eles. Este é o caso de algumas parteiras que receberam os encantados para realizar partos difíceis, de acordo os depoimentos colhidos por Macedo (2007, p. 163). Deste modo, é possível aos Encantados realizam cura por intermédio dos sabedores²⁷ (como é o caso das parteiras, dos rezadores e dos benzedores).

Determinadas doenças são interpretadas como originadas por causas externas sobrenaturais. Essas doenças ocorrem devido a influência de forças espirituais negativas causadoras de moléstias, sobretudo mentais, cuja cura é de competência exclusiva de rezadores (as). Nesses casos, é necessário um tratamento espiritual para se curar. Os rezadores

²⁷ Sabedores é o termo utilizado em algumas das etnografias aqui trabalhadas designando pessoas, homem ou mulher, reconhecidas entre os seus como conhecedoras de plantas medicinais – sua manipulação, prescrição e uso -, de cuidados a serem observados em determinados períodos, da história de seus povos e suas cosmologias e de rezas e benzeção.

atuam em diversas situações, como no ‘fechamento do corpo’²⁸ e na cura de males provocados por causas externas naturais; além disso, lhes é possível acessarem dimensões espirituais e terem a presença de seres espirituais aos seus lados auxiliando nas curas. Existe um largo reconhecimento da população Tupinambá sobre a eficácia e a seriedade com os quais são feitos os trabalhos de cura. Os trabalhos consistem em rezas e banhos de ervas medicinais; está tão presente no cotidiano que muitas pessoas, em geral as mulheres, sabem manipular a fabricação de remédios naturais (Macedo, 2007).

2.1.1.2 Pankararu

Os Pankararu compreendem a existência de Encantados; os quais são espíritos de indígenas que se encantaram ainda vivos. Os Encantados são percebidos enquanto protetores das aldeias e dos Pankararu e habitam nas serras da região. São capazes de realizarem cura por intermédio dos sabedores. Comunicam-se com os humanos através de sonhos, por onde podem vim mensagem e informação sobre a resolução de alguma aflição; por intermédio de pessoas preparadas; e, ainda há o caso de algumas pessoas os sentirem intuitivamente em momentos como o acender do campião. O campião é um cachimbo de madeira ou barro, neste se fuma tabaco ou ervas da região (Giberti, 2013)

Os Pankararu compreendem os Encantados de forma hierárquica, em que o mais importante é o Encantado denominado Mestre Guia; seguindo-se a este os Encantados relacionados às famílias ou aos troncos familiares mais antigos. Costumam ser referidos por nomes de elementos da natureza, de flores e de pássaros. Aos Encantados são atribuídos o poder de realizações e para eles são preparados rituais específicos. Comumente, cada Encantado possui toantes, comidas e cuidados próprios (Giberti, 2013). A quantidade de Encantados é indefinida. Quando os indígenas Pankararu têm contato com algum Encantado, compreende-se que este está levantado. Logo, há encantados não levantados, ou seja, há encantados que os indígenas não estabeleceram contato.

²⁸ Fechamento do corpo está associado à noção de Corpo (corpo aberto), destina-se a proteger as pessoas de influências espirituais negativas. Esta noção é abordada a diante, no próximo tópico.

A fim de estabelecer contato com algum Encantado, ou seja, para levantá-lo, é necessário um ritual. Este ritual inclui a confecção de roupão de fibra de caroá²⁹ - a ser utilizados pelos dançadores de praiá - e encontrar a semente verdadeira, sendo esta última elemento final para os levantamentos. Praiá são a representação física dos encantados através dos dançadores. Mura (2012, p. 157, *apud* Giberti, 2013, p. 66) coloca que “o fenômeno do encantamento é apresentado como um segredo a ser descoberto”, em outras palavras, não se sabe sobre a ocorrência de um indígena se encantar e, uma vez tornando Encantado, a fonte de seus poderes.

Famílias do tronco velho são famílias que mantêm memória histórica com os antepassados de tempos antigos (séculos passados). Possuem estreita relação com os Encantados, visto que os Encantados são passados entre as gerações, criando herança em nível familiar e étnico. Devido a isto, essas famílias do tronco velho são detentoras de *status* especial e procuradas pela comunidade em determinadas ocasiões, quais sejam: para cumprir promessas, na realização de curas e para a resolução de outras questões. A tendência é que a pessoa que precise de algo peça aos encantados de sua família, da família do cônjuge, ou àqueles Encantados que já tenham atendido a alguma demanda sua - que provavelmente é de alguma família com quem se tenha boas relações, seguindo uma rede de lealdade familiar já existente (Giberti, 2013).

A pessoa que tem conhecimentos e desenvolve práticas mágico-religiosas, sendo também interlocutora de algum encantado, congrega em si poder. Com isto, potencializa-se a ampliação de alianças e redes de lealdade. Contudo, houve outras épocas, de acordo os relatos locais, que “associar-se aos encantados, era associar-se à feitiçaria e à bruxaria, no sentido de coisas ruins” (Giberti, 2013, p. 67). Apesar da eventualidade de haver desavenças entre as famílias, os Encantados são percebidos como irmãos entre si, acima dos desentendimentos terrenos.

A relação com os encantados permeia inúmeros acontecimentos ao longo da vida; está também proeminentemente presente nos eventos reprodutivos. Eles são mobilizados através de pedidos para ter uma filha/o, na revelação da gravidez, em uma boa gestação, na resolução de alguma aflição mais grave com a mãe ou o bebê. Acredita-se que os encantados estão presente no parto, seja em casa ou no hospital. Inclusive, são vistos, para quem pode ver. Algumas mulheres em trabalho de parto relatam os terem ouvidos, tendo fé e segurança na proteção fornecida por eles (Giberti, 2013, p. 148).

²⁹ Caroá, nome científico: *Neoglaziovia variegata*, é uma bromélia, com a sua folha é fabricado a fibra (Jardim Botânico do Rio de Janeiro).

Existem entre os Pankararu pessoas especialistas em trabalhar com remédios do mato. Há, inclusive, a atribuição de origem divina a essa sabedoria para trabalhar com esses remédios. O conhecimento do uso de remédios do mato é algo passado entre as gerações, apresentando-se em um movimento dinâmico de constante transformação e atualização (Ferreira, 2010, p. 200, *apud* Giberti, 2013, p. 77). O uso do campião também está associado a espiritualidade. Em rituais o campião não é fumado, este é utilizado na defumação contra energias negativas. O campião serve de elo entre a terra e os seres superiores: este é benzido e utilizado para o encruzo. O encruzo é uma técnica de cura, onde sopra-se o cachimbo ao contrário em sinal de cruz para defumar o corpo de alguém, purificando e dando proteção a esta (Mata, 2012, p. 206, *apud* Giberti, 2013, p. 76). Para a cura, as pessoas são orientadas a fazerem usos de banhos indicados por especialistas indígenas ou entidade que realizaram a cura; resguardo sexual e evitar estar a céu aberto às 12h e às 18h.

Para os indígenas Pankararu envolvidas diretamente nos trabalhos espirituais, como é o caso dos dançadores de praia existem diversos cuidados corporais que devem ser seguidos. Alguns desses consistem em restrições sexuais, resguardo, uso de campião e de ervas para defumação e realização de banhos e, até mesmo, é determinado uma quantidade certo de vezes, de formas e de lugares corretos para colher as ervas. Em algumas circunstâncias, a restrição sexual pode abranger o contato corporal, sendo assim necessário dormir sob diferentes lençóis. Os especialistas em cura quando procurados em caso de doenças avaliam qual o tratamento mais indicado – o dos brancos, o dos indígenas, ou mesmo ambos (Giberti, 2013).

Os indígenas Pankararu são heterogêneos internamente. A depender da família, de suas histórias particulares expressas pela metáfora dos troncos, é possível encontrar diferenças relevantes nos conhecimentos e nas práticas existentes. Apesar disso, alguns conhecimentos e práticas se ressaltam. Um desses é a procura pelos encantados ou pelas entidades que curam e auxiliam nas demandas diárias. As quais são seguidas de promessas e rituais necessários para alcançar o benefício. Às vezes, por promessa para salvar uma criança ou para engravidar podem ser realizadas a dança “Três Rodas”, no caso de criança do sexo feminino, e “Menino de Rancho”, para criança do sexo masculino. Quando isto ocorre o praia (o Encantado) a quem dirigiu a promessa e obteve o benefício é o dono da criança. Em outras palavras, este Encantado é o guia de luz dela, é a quem a criança deve fazer seus pedidos, é quem a protege (Giberti, 2013).

O batizado é um ritual realizado em casa e é essencial para o bem-estar do bebê. É feito por uma pessoa denominada padre – independente do gênero, normalmente é um (a) parente ou um (a) vizinho (a) que saiba batizar. Acontece, também, do batizado ser feito pelo guia de luz da pessoa escolhida para ser o (a) padre. A cerimônia é simples: a madrinha, o padrinho, os pais, a água benta, o sal, a vela e o galho de arruda. Pronuncia-se breves palavras em relação àquele momento, principalmente o nome do bebê, reza as orações Pai Nosso, Ave Maria e Creio em Deus Pai. Posteriormente, reúnem alguns convidados e, em comemoração, servem comes e bebes. A depender de quem batiza, algumas características do batizado podem mudar (Giberti, 2013).

O intuito do batizado é proteger espiritualmente a criança, sendo indispensável para que a criança possa andar pelos terreiros, riachos e fonte d'água. E, quando precise, possa passar por alguma reza ou trabalho espiritual. O batizado feito pela igreja é também válido para essa proteção. É nesse momento de batismo que a criança recebe nome. É desejável que a criança se batize com algum nome bíblico, mesmo que se registre com outro nome depois. Os Pankararu entendem que a criança sem ser batizada é “bichinho bruto”, desprotegida e de corpo aberto, ainda no universo da natureza, não introduzida na cultura. Por isso, se faz fundamental o batizado para que a pessoa vire gente, vire Pankararu – universo da cultura (Giberti, 2013, p. 182).

Entre os Pankararu há a entidade Santa Cruz, de extraordinários poderes cura. A esta entidade está relacionada o ritual Penitência, que consiste na procissão de pessoas carregando uma cruz azul com fitas amarradas. Tal ritual também é praticado pela comunidade rural da região, estando vinculada a prática de catolicismo popular. Giberti (2013) explica que, por isso, há autores que afirmam ser uma mesma cerimônia. Mas, utilizando-se de Mura (2012) e de Matta (2007), defende a não exclusão da com os Encantados nesta cerimônia. Outras entidades entre os Pankararu são os Padrinhos e Madrinhas; são considerados tão importantes quanto os Encantados, já que não teriam morrido: nunca teriam sido humanos, mas divinos (Mura, 2012, p. 165, *apud* Giberti, 2013).

Para alcançar a graça desejada, seja através dos Encantados ou através das entidades, são realizadas promessas e ofertas de atributos. À entidade Santa Cruz os pedidos são pagos com mesadas aos penitentes. Consiste em reuniões diurnas para as penitentes mulheres e em reuniões noturnas para os penitentes homens, em que oferecem comida e bebidas em suas casas e fitas coloridas colocadas na cruz (Matta, 2007, p. 170, *apud* Giberti, 2013). Aos Encantados são oferecidos os pratos e as garapas em rituais fechados noturnos, em ambiente

doméstico. Esse ambiente normalmente é o salão principal da residência da pessoa que zela ou faz a mediação com o Encantado – a sua casa é cuidadosamente construída com espaço para realização de rituais. Durante a quaresma ocorre a Corrida do Umbu - principais festa do Calendário Pankararu - juntamente a Penitência. Na ocasião dança-se Cansação ou Botam Cestos.

Os rituais noturnos são denominados de Cantorias, quem trabalha neles são os chamados cantadores (são quem cantam balançando o maracá em rituais nos terreiros), os rezadores e os curadores. Nessas Cantorias pessoas são chamadas para compartilhar a comida (arroz, pirão e carne de boi, de carneiro ou peixe) e a bebida (garapa de cana). A comida e a garapa são oferecidas primeiro as pessoas próximas de quem está pagando a promessa e de quem cuida do salão – o mediador com o Encantado. Esses rituais são embalados por toantes, balançar de maracá e o uso do campião que abrirá espaço para a comunicação com os seres sobrenaturais (Giberti, 2013, p. 73). Quem define a retribuição no caso de pedidos é a própria promessa feita pela pessoa. No caso de cura, é a própria entidade que a realizou quem determinará.

O sistema cosmológico Pankararu é identificado como xamânico (Matta, 2007; Mura, 2012, *apud* Giberti, 2013, p. 77), devido a existência de um ciclo onde xamã, doente e público acreditam na cura realizada e consolidam sua eficácia (Lévi-Strauss, 1996, p. 207, *apud* GIBERTI, 2013). Juntamente a ideia de uma realidade visível que supõe uma outra invisível. E, do conceito de poder onde seres extra-humanos agem sobre os humanos, e os xamãs atuam como mediadores, principalmente para benefício de seu povo (Langdon 1996, p. 27-28, *apud* Giberti, 2013).

2.1.1.3 Tapeba

Os Tapeba percebem a existência de Encantados onde há maior preservação do ambiente natural, como nos mangues, lagoas e matas. Descrevem os encantados como seres de agência e, quando não respeitados, podem trazer doenças ou pequenos acidentes para os humanos que lá transitam, pescam, caçam etc. Para os Tapeba as pessoas que estão com o corpo aberto - expostos a proximidade de entidades que podem resultar em malefícios para a

saúde -, precisam de ações de reparação, em muitos casos atuação de benzedeira ou rezadora para reestabelecer a saúde e vitalidade.

“O cachimbo é um instrumento de comunicação com a espiritualidade. De acordo com os depoimentos, ele pode ser utilizado para pedir proteção, para curar, para defumar ou para agradecer a graça alcançada, como também nas horas de agonia” (Tófoli, 2020, p. 230). De modo que, algumas pessoas são cachimbeiras, ou seja, praticam a cura através do cachimbo. Muitas parteiras são também cachimbeiras. Para acontecer a cura através da reza a pessoa tem que estar espiritualmente preparada para recebê-la. No parto, por exemplo, a mulher precisa ter fé nos remédios e nas rezas (Tófoli, 2020, p. 231).

As prescrições para manter o corpo fechado, vão deste rezas e benzimentos a banhos com ervas específicas e resguardo, com as proibições de sair de casa e de ingerir bebida alcoólica. Para fechar o corpo, a casa deve permanecer fechada também. Além de utilizar nas casas cruzeiros e outros objetos de proteção. Quando se percebe que o mal atingiu o juízo, é fundamental rezadeiras para realizar a limpeza espiritual (Tófoli, 2020). Antes da realização de trabalhos fechados, se faz necessário que os sabedores realizem rituais específicos para fecharem os seus corpos. A escassez literária, sem trabalhos profundos sobre os Encantados, as crenças, os rituais e a medicina local, não permite conhecer mais do entendimento dos Tapeba acerca desses assuntos (Tófoli, 2020).

2.1.1.4 Tremembé

Entre os indígenas Tremembé, os Encantados estão relacionados com as paisagens, ao mato, ao mar, aos mangues e as lagoas (Gondim, 2016, *apud* Tófoli, 2020). Esse entendimento influencia no modo como os Tremembé se inserem no ambiente natural e nas práticas e técnicas de manejo. Os Encantados se incomodam com a luz elétrica, o barulho dos eletrodomésticos e as transformações espaciais, principalmente a degradação do meio natural, os quais podem afugentá-los. Pois, o mundo de encantaria que habita o ambiente natural se afasta com a degradação do meio ambiente. Isso faz que os lugares corram risco de perderem as proteções dos Encantados, visto estes saírem a procuram de lugares com mais natureza onde possam pousar. Os Encantados não só habitam o ambiente natural, como também o

protegem e interagem, inclusive com os humanos (Gondim, 2017, p. 82, *apud* Tófoli, 2020, p. 270).

Entre os Tremembé é encontrado o uso de cachimbo de maneira ritualística, sendo este uma ponte com a espiritualidade a fim de solicitar proteção, em momentos de cura, para defumação, a fim de agradecer e em circunstâncias de agonia. De modo que, algumas pessoas são cachimbeiras, ou sejam, praticam a cura a través do cachimbo. Muitas parteiras são também cachimbeiras (Tófoli, 2020, p. 230). Para os Tremembé, as pessoas que estão com o corpo aberto - expostos a proximidade de entidades que podem resultar em malefícios para a saúde -, precisam de ações de reparação, em muitos casos atuação de benzedeira, rezadora para reestabelecer a saúde e vitalidade da pessoa.

As prescrições para fechar o corpo variam em cada caso, o comum é haver a realização de rezas e benzimentos. A partir disso, a indicação de banhos com ervas específicas e o cumprimento do resguardo – é corriqueiro a proibição de sair de casa e a proibição de ingerir bebida alcoólica - e, em via de regra, manter a casa fechada durante esse processo. Observa-se também, a utilização de cruzeiros e outros objetos de proteção nas casas. Quando o mal atinge o juízo, ou seja, quando há danos mentais devido a estar com o corpo aberto então é fundamental o trabalho de rezadeiras para realizar a limpeza espiritual (Tófoli, 2020).

Há variações nos tipos de trabalhos espirituais, alguns apresentam maior periculosidade e por isso exigem maiores precauções. Na realização de trabalhos fechados, por exemplo, se faz necessário que os sabedores realizem rituais específicos de fechamento de corpo, para com isto está mais seguro contra o ataque de seres espirituais. É básico o fundamento de que a pessoa que recebe a ação da reza tem que estar espiritualmente preparada para recebê-la a fim de que ocorra a cura. No parto, por exemplo, a mulher precisa ter fé nos remédios e nas rezas para que aumente a chance de sucesso (Tófoli, 2020, p. 231).

2.1.1.5 Síntese e reflexões

Nos contextos dos sistemas médicos indígenas, a presença e a agência de seres espirituais que interagem com os humanos são dimensões estruturantes das práticas de cuidado e dos processos de cura. A referência ao termo seres espirituais busca enfatizar a existência de entidades não humanas cuja presença se manifesta de modo não material ou

físico em nosso plano de realidade, mas cujas ações, efeitos e sinais são perceptíveis e interpretados dentro de regimes específicos de conhecimento e sensibilidade. Embora tais manifestações possam ser eventualmente perceptíveis a alguém de fora desses contextos, sua inteligibilidade enquanto eventos espirituais só se constitui plenamente a partir das cosmologias e dos sistemas médicos próprios de cada povo indígena.

Assim, o tratamento e a cura estão intrinsecamente articulados entre práticas espirituais — como a reza, o uso ritualístico do cachimbo e as invocações aos seres encantados — e práticas corporais — como o cumprimento de resguardos, as restrições alimentares e os banhos com ervas específicas. É nesse entrelaçamento entre o espiritual e o físico que se dá o que Cecília McCallum (1996) denomina fabricação do corpo, processo contínuo e relacional por meio do qual o corpo não é concebido como dado biológico, mas como resultado de interações sociais, morais e cosmológicas.

Entre o povo Pankararu, observa-se de forma recorrente a centralidade do cachimbo nas práticas rituais, com algumas mulheres reconhecidas como cachimbeiras, cuja habilidade no manejo do fumo e na condução de rezas as distingue como especialistas rituais. Já entre as mulheres Tupinambá, Tapeba e Tremembé, o uso do cachimbo não adquire a mesma centralidade nas práticas de parteria ou de cura, embora possa ser mobilizado de modo ritualístico, sobretudo em defumações voltadas à proteção e ao afastamento de seres não humanos indesejáveis. Tais diferenças apontam não apenas para variações regionais e históricas, mas também para distintas concepções sobre a articulação entre corpo, pessoa e mundo espiritual.

Essas diferentes ontologias dos Encantados, embora convergentes na ideia de agência em nosso plano de realidade, expressam distintas formas de fabricação da pessoa e do corpo — processos em que o humano e o não humano, o físico e o espiritual, o individual e o coletivo se imbricam. O conhecimento ainda limitado sobre as concepções dos Encantados e sobre os sistemas médicos entre os povos Tapeba e Tremembé evidencia um campo fértil de investigação, especialmente no que concerne às inter-relações entre corpo, ambiente e espiritualidade. Nesse sentido, aprofundar a análise dessas práticas e concepções contribui para uma compreensão mais ampla dos modos indígenas de produção da vida e da pessoa, tal como proposto por McCallum (1996) e pelos autores do paradigma relacional da pessoa (Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, 1987).

2.1.2 Noção de Corpo Aberto

2.1.2.1 Tupinambá da Serra do Padeiro

Na concepção das mulheres Tupinambá, de acordo Macedo (2007), a mulher possui o corpo naturalmente aberto, dado pela sua anatomia sexual. Há momentos, contudo, que se encontra mais aberto. Esses momentos são os períodos de “passagem”. Esses períodos compreendem o período menstrual, a gestação e o período puerperal. A vulnerabilidade está associada mais ao período de transição, de passagem, de mudança, do que a saída do sangue e da criança em si. Estar com o corpo aberto indica vulnerabilidade, tanto aos acontecimentos terrenos como aos fatos de ordem externa terrena e causa externa sobrenatural.

Os acontecimentos terrenos podem desembocar em problemas de saúde passíveis de tratamento biomédico (Macedo, 2007). As doenças de causa externa terrena estão ligadas a influência negativa de outras pessoas - o mau olhado, a inveja etc. Os sintomas variam entre brandos e passageiros a graves e fatais. As doenças de causas externas sobrenaturais derivam de forças espirituais negativas e, comumente, são graves e fatais. A cura para tais doenças de causas externas são de competência exclusiva de rezadoras/res, sendo necessário um tratamento espiritual que consiste em rezas, banhos de ervas medicinais e de um resguardo específico para tal situação (Macedo, 2007, Luciano, 2006).

2.1.2.2 Pankararu

No entendimento dos povos Pankararu, a pessoa de corpo aberto caracteriza-se por estar em um estado especial de vulnerabilidade. Mulheres menstruadas e recém-paridas, por exemplo estão de corpo aberto, assim como crianças não batizadas. É por isso que, quando as mulheres estão nesses períodos em que naturalmente o corpo está aberto, para se protegerem, não devem tocar em utensílios referentes aos encantados, tampouco participar de trabalhos espirituais (Giberti, 2013, p. 13)³⁰. Está com o corpo aberto independe da idade e ou do gênero.

³⁰A autora brevemente menciona a concepção de corpo aberto entre os Pankararu neste trabalho etnográfico.

2.1.2.3 Tapeba e Tremembé³¹

“O Corpo aberto remete ao foco em um corpo que está sujeito a ameaças que lhe são externas e indeterminadas” (Tófoli, 2020, p. 167). Os impactos dessa fragilidade podem atingir a saúde física, emocional e trazer males espirituais. Os males do corpo aberto na saúde física abrangem dor de cabeça, vômito, febre, dor de barriga, desmaio, moleza no corpo. Esses males podem ser provocados por mal olhado, inveja, quebranto, feitiço, “vento” ou “fechamento”. Afim de manter a saúde de qualidade, é definido tempo e espaço de circulação cotidiana, junto a deveres e modo de proceder com o intuito de garantir a saúde individual e coletiva (Tófoli, 2020).

Ao “vento” é atribuído uma força capaz de trazer, tanto malefícios quanto benefícios. Exemplo disto está presente no depoimento de dona Ciça Tremembé, da aldeia Varjota, em 2017, ao perder o neném quando *sentiu um vento*. Posteriormente, quando foi parir o neném morto, estando já sem forças e em vistas de perder a vida (tal percepção tanto de si mesma quanto de outros que estavam à sua volta) *sentiu um vento* subindo pelo corpo e na descida, quando chegou nos seios, sentiu a força e as dores completar o parto. A dona Ciça atribuiu a sua salvação a Nossa Senhora do Bom Parto e a Deus (Tófoli, 2020, p. 216). Nesse depoimento, observa-se a atribuição tanto negativa quanto positiva a ação do vento.

O “fechamento” é provocado pela proximidade demasiada de alguns seres sobrenaturais com o indivíduo. Designa-se assim quando entidades querem levar o espírito da pessoa (Lovo, 2017, p. 107-108, *apud* Tófoli, 2020). Pessoas com o corpo aberto estão mais vulneráveis e suscetíveis a forças espirituais tanto do bem quanto do mal. Visto que a divisão entre os mundos dos humanos e dos não humanos para elas está mais fragilizada e com isso tais seres sobrenaturais podem acessá-las com maior facilidade. As mulheres Tapeba, por vezes, afirmam estarem com corpo aberto como sinônimo de estarem menstruadas. Nesse período, a sua participação enfraqueceria a ‘mesa’ ou o ‘trabalho’³², representando também perigo a si mesma (Malta, 2005, *apud* Tófoli, 2020).

³¹ Deste tópico em diante, as informações sobre os povos Tapeba e Tremembé são tratadas conjuntamente. Isto porque o trabalho etnográfico base de referência (Tófoli, 2020) trabalha com aspetos que se apresentam semelhantes entre esses povos (apesar de mencionar as especificidades) a fim de apresentar uma contrapartida ao sistema biomédico. Por isso, para não repetir informações similares em tópicos distintos, optou-se aqui por integrá-las em um mesmo tópico. As especificidades são aqui mencionadas quando se apresentam.

³² Ambos os termos, ‘mesa’ e ‘trabalho’ designam atividades humanas com o propósito de estabelecer comunicação com seres espirituais.

2.1.2.4 Síntese e reflexões

A dicotomia entre corpo aberto e corpo fechado constitui um princípio organizador da visão cosmológica indígena, funcionando como categoria central na compreensão dos estados de saúde e doença. Tal oposição não se limita a uma distinção fisiológica, mas reflete uma ontologia relacional em que o corpo é concebido como permeável às agências de seres, forças e substâncias que o atravessam. Nos sistemas médicos indígenas do Nordeste, essa concepção atua como matriz explicativa para a etiologia de diversos males e orienta os itinerários terapêuticos adotados. A noção de corpo aberto, em especial, é acionada em múltiplos contextos — não apenas na dinâmica gestação/parto/pós-parto, mas desde o nascimento, constituindo parte fundamental do processo de fabricação da pessoa e da manutenção de sua integridade física e espiritual.

O aprofundamento da noção de corpo permite compreender de forma mais ampla o modo como esses povos concebem a relação entre o humano e o não humano. O corpo, nesse horizonte, é simultaneamente material e relacional: ele articula as agências de seres e forças, sejam estas biológicas, espirituais ou ambientais. Portanto, não se deve entender a concepção indígena de corpo como um domínio simbólico dissociado das práticas de saúde, mas como uma epistemologia própria que organiza percepções, ações e significações sobre o viver e o adoecer. Como destacam Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987), a apreensão das categorias locais sobre o corpo e a pessoa é condição fundamental para a compreensão antropológica das práticas sociais e, nesse caso, médicas. Assim, o reconhecimento das concepções indígenas acerca do corpo — especialmente sua abertura às forças e entidades não humanas — oferece aos profissionais de saúde um caminho para compreender etiologias e sintomas que, do ponto de vista biomédico, poderiam parecer inexplicáveis.

Cabe ressaltar que não é função dos profissionais de saúde julgar tais concepções como crenças infundadas por não se adequarem a parâmetros científicos ocidentais. Pelo contrário, o contexto intercultural exige uma postura ética e reflexiva, que privilegie o aprendizado mútuo e o diálogo de saberes. O cuidado à saúde, nesses contextos, não se reduz à aplicação de protocolos biomédicos, mas implica reconhecer que os itinerários terapêuticos são plurais e que a procura pelos serviços médicos não representa o abandono das práticas tradicionais de cura. Como argumenta Mauss (2003 [1934]), os sistemas de conhecimento são historicamente dinâmicos e permeáveis: novas técnicas e saberes são incorporados, gerando

reacomodações nas práticas vigentes, mais do que rupturas absolutas. Nesse sentido, o engajamento respeitoso dos profissionais de saúde com os saberes locais é essencial, especialmente considerando o prestígio social que ocupam e o peso que suas palavras e atitudes exercem nas comunidades.

Entretanto, essa interlocução não se dá sem tensões. No encontro intercultural e intermédico, emergem situações-limite nas quais práticas centrais ao universo indígena podem ser vistas como inadequadas ou até prejudiciais segundo parâmetros biomédicos. Por exemplo, o uso ritual do cambiô (defumação) em ambientes onde se encontra o recém-nascido pode ser desaconselhado por razões clínicas, mas é compreendido localmente como prática fundamental de proteção espiritual e de fechamento do corpo. Nesses casos, o profissional de saúde se vê diante de um dilema ético: seguir estritamente as normas de sua formação técnica ou reconhecer a legitimidade das práticas locais, buscando formas de coexistência entre ambas.

Tais dilemas são ainda mais complexos quando se somam as crenças pessoais dos profissionais, como filiações religiosas que possam interpretar certas práticas indígenas de cura como manifestações de forças malignas ou demoníacas. Nessas situações, o campo da saúde torna-se também um campo moral e ontológico, onde se negociam não apenas técnicas de cuidado, mas concepções de mundo e de pessoa. Portanto, é ilusório supor que essas zonas de confluência entre saberes sejam simples ou isentas de conflito. Elas revelam, antes, o caráter profundamente relacional e político do cuidado, em que se jogam disputas e traduções entre modos distintos de existir e de produzir corpos e pessoas.

2.1.3 Noção de Sangue

2.1.3.1 Tupinambá da Serra do Padeiro

A categoria sangue é proeminente para os indígenas Tupinambá (Macedo, 2007, p. 24). O sangue é um elemento fundamental para o entendimento de aspectos fisiológicos e psicológicos relativos à reprodução. Acumula uma variedade de significações sociais, capazes

de impor restrições e obrigações de forma distinta para homens e mulheres. Ao sangue é atribuído a qualidade de ser forte ou fraco; de modo que, por exemplo, seria mais difícil uma mulher grávida com o sangue forte sofrer um aborto comparado a uma mulher com o sangue fraco. Referente ao gênero, o sangue masculino seria mais forte que o feminino, por seu sangue não diminuir naturalmente, enquanto os eventos reprodutivos das mulheres envolvem a perda de sangue.

O sangue contribui para gerar pessoas Tupinambá através do parentesco. Isso se dá ao conceber filhos com o sangue do pai (sêmen) e da mãe (mênstruo); ao fortalecer esse sangue através da alimentação e dos cuidados diários; bem como, ao colaborar para o escoamento do sangue de outrem quando necessário e o momento mais imperioso e crítico para tal é o parto. Por isso, a pessoa que ajuda alguma mulher a parir também se torna parente dela (Macedo, 2007). Além disso, compreende-se entre os Tupinambá que o sangue menstrual, o sêmen e o leite materno constituem sua matriz no sangue.

2.1.3.2 Pankararu

No caso dos Pankararu, não foi possível observar a importância da conceitualização sobre o sangue nesse trabalho de Giberti (2013). Entende-se que futuros trabalhos de pesquisa poderão documentar melhor o entendimento dessa noção e a articulação com as concepções e práticas de cura dos Pankararu.

2.1.3.3 Tapeba e Tremembé

A dona neném Beata, Tremembé, em seu depoimento para Tófoli (2020, p. 205) afirma que o parto é sangue. É sangue que sinaliza o trabalho de parto, está na placenta e no cordão umbilical. A parteira está atenta a quantidade de sangue que a mulher perde. De modo que, a ideia de o parto apodrecer está relacionada à qualidade do odor do sangue, como um sinal que pode denotar infecção ginecológica: tem a ver com a falta de repouso, cuidados e asseio das partes íntimas principalmente nos primeiros 15 dias do pós-parto. Durante o pós-

parto existe algum grau de sangramento. A progressiva redução desse fluxo de sangue com o passar dos dias é sinal que o útero está voltando ao normal (Tófoli, 2020). O sangue do parto e do pós-parto significa uma limpeza e renovação para a mulher.

2.1.3.4 Síntese e reflexões

A noção de Sangue está estreitamente ligada a noção de Corpo Aberto. O sangue possui a característica de ligação com seres não humanos. Assim como, é a partir desde que uma nova vida é gerada e fortificada. O sangue menstrual, o sêmen e o leite materno são provenientes do sangue e, são estes, os que formam e fortalecem a criança. Ademais, o sangue também é vinculado à saúde; é a partir do entendimento da qualidade do sangue – ser forte ou fraco – que uma pessoa pode ser mais debilitada ou resistente a enfermidades. A noção de Sangue ganha destaque em alguns outros trabalhos sobre os povos indígenas no Brasil, a partir dos quais pode-se ter uma melhor amplitude de sua dimensão.

Entre os Munduruku e os Baniwa, de acordo Scopel (2014) e Luciano (2006) o sangue é de qualidade volátil e possui propriedade de atrair outros seres do cosmo, cujas proximidades e relações sociais podem derivar em doenças e mortes; tanto ao indivíduo de onde provem o sangue quanto a outro alguém do coletivo ao qual esse indivíduo habita. Jurema Souza (2000) em seu trabalho com as mulheres Pataxó HãHãHãe, afirma que “a categoria sangue constitui-se como principal vetor constitutivo do corpo, e introdutor de um valor diacrítico entre os gêneros”. Isto leva a concluir que na “construção do corpo e da pessoa se intersectam as construções de gênero, família e raça” (Carvalho & Souza, 2000, *apud* Souza, 2002, p. 62).

Entre os Pataxó Hãhãhãe, de acordo Souza (2002), na construção do corpo, da pessoa, a categoria sangue é proeminente deste a formação do feto, sendo o vital construtor do feto - o sêmen e o sangue menstrual. Ambas essas substâncias são originadas do sangue, estabelece-se homologia entre sangue-menstruação-esperma. A produção de filho implica perda de sêmen, sendo vista como um esforço e um trabalho pelo homem. Os Pataxó Hãhãhãe apresentam uma associação entre sangue menstrual e fertilidade, que vai além do próprio momento da fecundação. O sangue menstrual é visto como derivado do sangue propriamente dito, sendo sadio e fonte de vida dentro do corpo. Contudo, é quando fora do corpo que se torna poluente

e enfraquecedor. Apontando, assim para crenças a respeito do “estado do corpo”. Percebe-se então uma dupla propriedade do sangue menstrual: o de substância matriz para a vida e o que debilita o corpo da mulher por sua perda (Souza, 2002).

Entre os Javaé, na Ilha do Bananal/Tocantins, o sangue e seus derivados, como o sangue menstrual, o leite materno e o sêmen, são entendidos como veículos de uma mesma energia vital, com propriedades de contaminação e poluição que transcendem a sua realidade material e visível. O sangue menstrual e o sêmen compartilham, então, o mesmo campo semântico (Rodrigues, 1995, *apud* Souza, 2002, p. 46). Entre os Yawalapití, no Alto Xingu, Viveiros de Castro (1995) esclarece que a perda de sêmen é entendida como fator de enfraquecimento corporal, portanto os jovens devem abster-se de sexo no período da puberdade, caso contrário podem permanecer baixos.

Entre as mulheres Kaxinauá (ou, Huni Kuin como autodenominam-se), de acordo McCallum (1999, p. 167) há o entendimento de que o sangue menstrual opera uma “diluição da fronteira entre o domínio humano e o domínio espiritual”. Também eram os Munduruku, de acordo Scopel (2014) e entre os Mbya-Guarani, segundo Lewkowicz (2014, 2016, *apud* Tófoli, 2020), percebe-se esta dimensão da vulnerabilidade e suscetibilidade da mulher a forças externas correlacionadas ao sangue menstrual, a gestação e ao pós-parto. O cheiro exalado do sangue é o responsável por atrair os seres invisíveis e a mulher fica, assim como o coletivo, vulnerável às doenças trazidas por eles.

2.1.4 Noção de Mãe/Dona-do-Corpo³³

2.1.4.1 Tupinambá da Serra do Padeiro

A Dona do Corpo se destaca por ser uma entidade viva, um órgão autônomo e capaz de movimentar-se dentro do corpo. Uma importante função é o controle sobre o sangue, sua saída e entrada do útero; sendo responsável também por permitir a execução saudável dos eventos reprodutivos (Macedo, 2007). A manifestação da Dona do Corpo estaria

³³ Nos trabalhos aqui estudados, a Mãe/Dona do corpo é ora chamada de Mãe do Corpo, ora de Dona do Corpo. Por isso, optou-se por também seguir essa fluidez no texto sem que, por isso, haja alguma distinção.

intrinsecamente vinculada aos períodos relativos à vida reprodutiva: menstruação, complicações no parto, amamentação. Localiza-se próxima ao ‘saco onde cria o menino’, em outras palavras, perto do perto do útero, com textura e formato próprios, que não se confunde nem com o útero tampouco com a placenta.

Ulla Macedo (2007) explica que no decorrer de seu trabalho etnográfico percebeu diferenças presente no conhecimento sobre a Dona do Corpo vinculadas a faixa etária. De modo que se fez necessário um corte etário em dois grupos: o primeiro, mulheres com mais de quarenta anos, a geração antiga; o segundo, mulheres com menos de 40 anos, a geração jovem. Assim, entre as Tupinambá da geração antiga a Dona do Corpo é dada como uma bola viva, peluda, meio redonda e comprida, para algumas mulheres compostas de pernas, de dimensão próxima a uma xícara; a coloração varia entre rosa, lilás e vermelho.

A Dona do Corpo sempre existe, mesmo após a menopausa, no período climatério. Caso retire o útero, a Dona do Corpo permanece, assim como a sua característica de se movimentar no interior do corpo feminino. Para as mulheres que descreveram a Dona do Corpo dotada de pernas, quando se retira o útero, as suas pernas continuariam dentro do corpo feminino, é o que a possibilitaria continuar movimentando-se. As mulheres mais velhas encaram como positiva a entrada precoce da menarca, pois quando “mais cedo quebra o pote, mais cedo vai amarrá o facão”, ou seja, quando mais cedo for a menarca, mais cedo será a menopausa (Macedo, 2007, p. 92).

Essas mulheres da geração antiga comparam o funcionamento do corpo feminino ao ciclo lunar. O útero é uma cabaça cheia de sangue, inicialmente com a boca virada para cima, vai girando até completamente derramar o sangue menstrual. A menopausa, portanto, é o fim de movimentações periódica do útero. Quando a mulher menstrua depois de muitos anos da menopausa é devido o sangue que se acumulou; por algum motivo a Dona do Corpo não foi capaz de escoá-lo em determinados períodos da vida da mulher. Este sangue acumulado pode gerar problemas de saúde e, isto está intimamente relacionado aos cuidados precedentes com a Dona do Corpo. Os sintomas experimentados no climatério, como calores, dores na barriga e no corpo, depressão e ferviação nos pés, devem ser tratados com medicações, sejam naturais ou farmacêuticos (Macedo, 2007, p. 93).

A qualidade da manutenção do fluxo menstrual se configura como um fator de proteção para o bem-estar das mulheres. Por isso, é importante praticar cuidados específicos durante os períodos reprodutivos. Esses cuidados específicos com o corpo são sinônimo de cuidado com a Mãe do Corpo. Consequentemente, quando esses cuidados não são bem

praticados, a Mãe do corpo não é bem cuidada e neste caso não será capaz de controlar o corpo feminino, o que pode gerar alguma desordem em seu funcionamento. Essa desordem se manifesta indeterminadamente, tendo repercussão ao longo da vida da mulher.

Todo mês o corpo se prepara para engravidar, o sangue vai aos seios por isso eles incham, mas por não receber ordem da Dona do Corpo não se transformam em leite e logo murcham. Algumas das mulheres da geração antiga, ora falava de menstruação, ora de Dona do Corpo e ora de ambas as coisas, como se existissem independentemente (Macedo, 2007). Percebe-se, então, que as ações da Dona do Corpo está intimamente vinculada aos eventos reprodutivos e indo além, as suas reações (consequências de descuidos, de resguardo quebrado) se repercute por todo o corpo. Deste modo, quando a Dona do Corpo se inflama, todo o corpo dói.

O não cumprimento devido do resguardo, ou seja, o não cumprimento devido de restrições alimentares e comportamentais e a prática de cuidados especiais faz a Dona do Corpo inflamar – infeccionar, inchar e enraivar. A raiva sentida por uma mulher tem também o potencial de ser um dos desencadeadores da inflamação da Dona do Corpo. A inflamação pode provocar a Dona do Corpo a sair para fora do corpo ou subir para a cabeça, neste último caso causando distúrbio mental, destes dores de cabeça à loucura ou óbito (Macedo, 2007). As mulheres Tupinambá da geração antiga afirmam ser no avançar da idade em que os problemas advindos pela falta do resguardo se revelam.

A gravidade das consequências de inflamação da Dona do Corpo está ligada a noção de Sangue e a força ou a fraqueza do corpo. As Tupinambá entendem que mulheres com sangue forte (por isso, o corpo forte) dificilmente vão a óbito; porém as mulheres com o sangue fraco (corpo fraco) sofrem com mais intensidade os sintomas, chegando, inclusive, na possibilidade do óbito. Muito sangue saindo, ou pouco, influência a mente feminina e gera “problemas de nervos”. Apesar de que, em medida equilibrada, abala os nervos de todas. Isto é o que as mais jovens, recorrendo à linguagem da medicina hegemônica, traduz como Tensão Pré-Menstrual (TPM)³⁴ no período menstrual e como depressão pós-parto, no puerpério (Duarte, 1986, p. 87, *apud* Macedo, 2007).

É possível solucionar casos de inflamação na Dona do Corpo ou quando ela está fora de seu lugar com esfregação. Esfregação consiste em massagear a barriga em movimentos

³⁴ De acordo a interpretação de Emily Martin (2006, *apud* Macedo, 2007, p. 83) a TPM, quando as mulheres se declaram nervosas, é o período que elas tomam temporariamente consciência da sua condição de opressão definida pelas relações de gênero; consequência disto é um tipo de protesto individual exposto no extravasamento de suas raivas.

determinados utilizando mistura de ervas medicinais; isto é realizado pelas rezadeiras, parteiras ou mulheres experientes que conhecem os determinados procedimentos para tal. Depois desta ‘esfregação’, é comum a utilização de faixa de pano amarrada em torno da barriga, com o objetivo de fixar a Dona do Corpo em seu recinto. Esta mesma manobra também é realizada após o parto, visto esse ser um momento que a Dona do Corpo naturalmente sai de seu lugar.

As mulheres da geração jovem Tupinambá recorrem a linguagem mais realista, referindo a Dona do Corpo como um pedaço de carne dentro da barriga. As adolescentes a refere como uma célula, em correspondência com termo biomédico. As mulheres mais jovens insistem em procurar correspondência biomédica para a Dona do Corpo. Enquanto algumas jovens realmente não reconhecem a Dona do Corpo como importante ou sequer existente, considerando a como um sinônimo para útero (Macedo, 2007, p. 144). É válido destacar a forte influência nas novas gerações Tupinambá dos conhecimentos biomédicos, dos conteúdos ministrados nas escolas e das mídias.

Nos relatos das mulheres da geração antiga, Macedo (2007) colhe alusão a diferença entre as épocas. Essas mulheres compararam a época de sua juventude com a juventude atual. Distingue-se atualmente o acesso fácil e recorrente idas à cidade, por conta da abertura e manutenção das estradas e do maior número de automóveis que antes não haviam com regularidade; as instalações das escolas indígenas; a implantação dos serviços de saúde biomédicos; o aumento da circulação de dinheiro; os empregos das mulheres fora de casa; a presença das mídias e o acesso às redes de comunicação (telefone, internet, rádio etc.). Por isso, as mulheres da geração antiga afirmam que em sua época de juventude era mais fácil guardar o resguardo, tanto no período menstrual quanto no período puerperal.

De certa forma, contudo, essas mulheres da geração antiga compreendem a diferenciação na conduta do resguardo como natural. Elas mesma afirmam, como aponta Macedo (2007), ter guardado o resguardo com menor restringência que suas mães e avós. De qualquer maneira, acreditam que guardar o resguardo é vital para uma boa saúde. As mulheres da geração antiga e as mulheres da geração jovem convergem na percepção de que as pessoas estão nascendo e crescendo com a saúde debilitada. Seus corpos não são mais tão fortes e resistentes quanto os corpos de suas avós. A juventude se adoecce com mais facilidade. A juventude se adoecce com maior facilidade e o uso de remédios alópatas para tratar de enfermidades se tornou mais recorrente. Entre as mulheres da geração antiga permanece

ainda, de forma mais acentuada, o tratamento de determinadas enfermidades com remédios próprios através do uso de plantas medicinais.

As mulheres da geração antiga não se isolam das mudanças advindas; o oposto ocorre: se apropriam dessas. Elas estão intercalando seus antigos conceitos com informações recentes advindas da medicina hegemônica (Macedo, 2007, p. 76). Os novos saberes não representam para as mais velhas a eliminação da convicção na existência da Dona do Corpo; representam uma contribuição para melhor esclarecimento acerca da fisiologia feminina. As antigas concepções se fazem presente de forma atualizada e adaptada. Mescla-se noções biomédicas à convicção na existência de um órgão ou entidade capaz de gerir todo o organismo, ou pelo menos, puni-lo quando ‘algo sai do lugar’.

A partir da fecundação a Dona do Corpo acompanha o feto e continua assim por toda a gestação, sendo a sua companheira e camarada; tanto que esta passa a ser referida por Camarada durante o período gestacional. Seguindo nessa linha de raciocínio, percebe-se que a Dona do Corpo tomar conta do neném no útero continua em sua função principal: o controle do sangue. Na concepção das mulheres mais velhas Tupinambá o feto é formado pelo sangue dos pais. O esperma (entendido como derivado do sangue) junto com a menstruação formam a criança (Macedo, 2007, p. 78).

A forma como o resguardo puerperal é praticado influencia diretamente nos próximos partos. Quando não o cumpri adequadamente, é possível que o parto de torne mais difícil. Enquanto que o oposto, cumprir o resguardo e o parto se tornar mais fácil, é improvável de ocorrer. Macedo (2007) afirma que o cumprimento do resguardo é realizado por todas as mulheres, tanto as que acreditam na existência da Mãe do Corpo quanto as que não acreditam. Os cuidados do resguardo que coincidem com as indicações médicas tendem a ser os seguidos por todas. Além disso, nota-se determinadas variações nas orientações do resguardo entre as mulheres e suas famílias.

O fator socioeconômico é outro aspecto marcante sobre o cumprimento do resguardo. A situação financeira aliada ao acúmulo de ocupações pode gerar deficiência alimentar, preocupações e raiva; o que prejudicará na recuperação da mulher no período puerperal. Dentre os efeitos causados pela Mãe do Corpo nas mulheres que não guardaram o resguardo estão: cólica ao pisar no chão frio descalça; doença de ‘nervos’ e dores de cabeça. O tratamento desses sintomas é dominado pelas mulheres mais experientes e parteiras. Dependendo da gravidade destes, faz-se necessário até mesmo a ação de um pajé. Para alguns dos sintomas, o tratamento pode também aliar o uso de remédios alopáticos (Macedo, 2007).

Acredita-se quanto maior a quantidade de parto maior a chance da Dona do Corpo sair do corpo da mulher. Visto que, após o parto, o comum é a Dona do Corpo percorrer todo o corpo à procura da criança até se acomodar e voltar para o seu lugar. Como uma forma de tratamento para isto, recomenda-se o banho de caju. Por isso é tão enfatizado entre as mulheres mais velhas a importância dos cuidados das parteiras no pós-parto. Pois, as suas técnicas específicas de massagem, a ‘esfregação’, as plantas medicinais, as rezas, os banhos com ervas irão ajudar a acomodar a Dona do Corpo em seu lugar, bem como ajudar no processo de cicatrização do corpo. Nesta concepção, portanto, o cumprimento do resguardo é vital para uma recuperação saudável.

2.1.4.2 Pankararu

No entendimento das mulheres Pankararu, a Dona do Corpo localiza-se próxima ao ‘saco onde cria o menino’, em outras palavras, próxima ao útero. Possui textura e formato próprios, os quais não confundem nem com o útero tampouco com a placenta. Algumas parteiras mais experientes relatam ter visto a Dona do Corpo durante o parto, descreveram-na sendo fina e com coloração próxima ao roxo. Giberti (2013) aponta a diferenciação acerca do entendimento sobre a Dona do Corpo entre as mulheres da geração antiga em contraste com as mulheres da geração jovem, embora não menciona um corte etário.

A Dona do Corpo é determinante do funcionamento reprodutivo da mulher na menstruação, na gravidez, no parto, no puerpério e na amamentação (Cruz, 2010, p. 70, *apud* Giberti, 2013). As Pankararu entendem a Dona do Corpo como pertencente à natureza feminina, independente da mulher ser indígena ou não indígena. Para elas, essa entidade é cheia de vontades e controla o corpo feminino. A Dona do Corpo pode causar sérios danos a mulher caso fuja de controle, principalmente no período puerperal, como: dores, hemorragias, provocar a loucura, fazer com que fique fora de si; sendo esses danos capazes de até mesmo levar a mulher a óbito.

Entre as Pankararu, quando a Mãe do Corpo não está em seu lugar é designada de Mofina³⁵ e a dor é intensa. A Mofina tem a capacidade de passar de um corpo para o outro.

³⁵ Essa expressão Mofina também é empregada em referência a um estado de padecimento, expressão usada também para os homens (Giberti, 2013, p. 142)

Isto pode acontecer, por exemplo, quando uma mulher não parida se senta na cama de uma mulher recém parida. Há rezas para a Mofina procurar o seu lugar e a dor passar. A Mãe do Corpo é responsável por deixar a mulher vulnerável, de corpo e de canais ‘abertos’ (Giberti, 2013, p. 139). Quando a mulher menstrua e a sua barriga dói, é ação da Dona do Corpo; a fim de sanar esta dor, recomenda-se: “três folhinhas de jasmim fazem ela [Mãe do Corpo] se aquietar” (Instituto Nômade, 2010b, p. 88, *apud* Giberti, 2013, p. 141).

O cuidado com a Mãe do Corpo, ou seja, guardar o resguardo está diretamente ligado a proteção do bem-estar das mulheres; pois, sangue se relaciona a ideia de ‘nervos’, logo saúde mental. Desde modo, encontra-se aqui a percepção entre as Pankararu de uma relação e controle da Dona do Corpo com o sangue. De acordo Giberti (2013, p. 146) as mulheres entrevistadas, com exceção das parteiras, demonstraram pouca intimidade com o conceito de Dona do Corpo, associando-a diretamente ao útero ou a algum mal-estar. Porém não a ignoraram, afirmam, inclusive, que fazem o resguardo pós-parto. A autora aponta ainda que as mulheres Pankararu da nova geração estão sob influência dos conhecimentos biomédicos, da escola, das mídias (Giberti, 2013; Cruz, 2010, *apud* Giberti, 2013) e que compreendem a Dona do Corpo de forma diferente.

Entre as mulheres Pankararu da nova geração destaca-se uma transfiguração da Dona do Corpo. Elas associam a Dona do Corpo a uma entidade que significa dor para o corpo da mulher e controle por parte do coletivo, sendo a manifestação de regras reprodutivas transgredidas (Giberti, 2013, p. 145). A partir desse entendimento, as mulheres da nova geração demandam então reconhecimento de direitos individuais mais do que coletivos. No entendimento das mulheres da antiga geração, entretanto, o corpo reprodutivo gira ao redor do coletivo: a Dona do Corpo seria camarada do coletivo que precisa se reproduzir. Nesta percepção da geração antiga a dor é percebida como a manifestação de alguma transgressão.

No estado gestacional, a Dona do Corpo é referida como Camarada pelas mulheres Pankararu. Durante a gestação e o parto a Dona do Corpo é camarada não da mãe, mas do bebê (Cruz, 2010, *apud* Giberti, 2013). A Camarada toma conta do neném dentro da mãe, quando ele sai, esta fica solta dentro do corpo da mulher. Pois a Camarada não é “pregada em nada”, ou seja, não é fixa a alguma estrutura, somente ‘pareia’ (companheira) da criança (Giberti, 2013, p. 140). Por isso há riscos de a Camarada tentar sair junto com a criança ou obstruir a sua saída. Devido a este perigo de esta querer ir com a criança (saindo do corpo da mãe) é fundamental a presença da parteira durante ou após o parto ainda que nem sempre seja necessário intervenção para tal.

Depois da partida da criança, ou outras palavras, depois de seu nascido, a Mãe do Corpo providencia que o corpo lhe forneça alimento durante a sua nova forma de vida extrauterina. Devido a isto quando algumas mulheres produzem leite não menstruam, pois, o sangue que ia descer torna-se leite. A dona Ana, de 78 anos, parteira antiga, explica acerca da Dona do Corpo: “é isso que fica doendo na pessoa [a Dona do Corpo solta] [...] o menino sai, aí ela fica aquela babona né [...] e ela é viva”; “a pessoa mesmo sente [...] é ela caçando donde o menino saiu”; [...] essas parteiras novas deu pra cá, elas não viram o que eu vi. Porque já tinha doutor. Mas eu já vi” (Instituto Nômade, 2010b, p. 333, *apud* Giberti, 2013, p. 140-140). Ainda de acordo o relato de dona Ana, caso a Dona do Corpo consiga sair do corpo durante o parto, mesmo sendo fininha, em contato com o ar se expandiria e isto torna mais dificultoso inseri-la novamente no corpo da mulher. O comum é a Dona do Corpo percorrer todo o corpo à procura da criança após o parto até se acomodar e voltar para o seu lugar (Giberti, 2013).

Os cuidados com a Dona do Corpo não são desprezados, apesar de não serem claros para algumas mulheres quais são eles. O acesso a esses saberes e a possibilidade de praticá-los depende também da rede familiar de apoio existente ao redor da mulher, como a mãe, a sogra, a tia, a comadre, as vizinhas e as irmãs (Giberti, 2013, p. 177). Por isso, seguir adequadamente o resguardo requer além da decisão da mulher, é importante ter alguém para propiciar um contexto favorável ao resguardo, em outras palavras, ‘dar o resguardo’. É preciso, portanto, alguém fazer o serviço doméstico que a mulher faria; preparar os chás e os banhos de assento; servir as comidas corretas; e, a puérpera está em um ambiente calmo e sem passar por altas emoções, como seria o caso se soubesse de alguma notícia que a deixaria abalada, afetando com isso seus nervos.

2.1.4.3 Tapeba e Tremembé

Entre as mulheres Tapeba e Tremembé, Lúcia Tófoli (2020) explica que houveram poucas e rasas menções a respeito da Dona do Corpo. A noção de Mãe do Corpo não foi espontaneamente apresentada pelas mulheres Tapeba, tampouco pelas mulheres Tremembé. Quando perguntadas pela Dona do Corpo, duas mulheres Tapeba citaram-na; uma delas, a dona Nonata, relacionou a Mãe do Corpo como responsável pelas dores de mulheres, como a cólica que pode ocorrer no parto e no pós-parto.

2.1.4.4 Síntese e reflexões

O entendimento que cada mulher elabora acerca da entidade denominada Mãe ou Dona do Corpo apresenta variações sutis, atravessadas por experiências individuais, contextos socioculturais e trajetórias de vida. Ainda assim, é possível delinear um quadro etnográfico mais amplo que abarca as características mais recorrentes atribuídas a essa entidade. Entre as mulheres Tupinambá e Pankararu, observa-se a recomendação de práticas de resguardo especialmente rigorosas durante os períodos de menstruação, parto e, sobretudo, no puerpério, compreendidos como momentos liminares de maior vulnerabilidade corporal e espiritual. O cumprimento desses cuidados visa manter a Mãe/Dona do Corpo em estado de equilíbrio e vitalidade, condição essencial para a preservação da saúde integral da mulher.

A Mãe/Dona do Corpo é concebida como uma entidade situada nas imediações do útero, sem, contudo, ser identificada com o órgão anatômico propriamente dito. Tal distinção evidencia uma cosmologia própria, na qual o corpo feminino não é reduzido à sua dimensão biológica, mas é concebido como um campo relacional habitado por forças e presenças vitais. Durante a gestação, essa entidade é frequentemente percebida como uma companheira ou camarada da criança em formação, partilhando com ela o processo de crescimento e desenvolvimento intrauterino, o que reforça a noção de uma interdependência entre corpos humanos e entidades espirituais no interior da experiência reprodutiva.

As diferenças geracionais na compreensão da Mãe/Dona do Corpo podem ser interpretadas à luz da reflexão de Marcel Mauss (2003) sobre as técnicas do corpo e as variações geracionais das práticas incorporadas. Tais diferenças não implicam a ruptura do *habitus* — entendido, segundo Bourdieu (2007), como sistema de disposições socialmente estruturadas e estruturantes —, mas antes revelam sua plasticidade diante de novos regimes de saber e de autoridade. Nota-se, entre as gerações mais jovens, a crescente influência da linguagem e do conhecimento biomédico, o que reflete o prestígio social atribuído à ciência moderna e a consequente reconfiguração dos discursos sobre o corpo e a saúde. Ao mesmo tempo, entre as gerações mais antigas, percebe-se a incorporação seletiva de vocabulários biomédicos ao repertório tradicional, o que não representa abandono de suas cosmologias, mas uma ampliação de seu capital cultural (Bourdieu, 2007), permitindo-lhes traduzir saberes distintos em uma gramática corporal híbrida.

A diferença geracional acerca da compreensão da Dona do Corpo pode ser percebida sob a óptica de Mauss (2003) em que concebe diferenças geracionais sem que a estrutura do *habitus* seja abandonada. Ademais, pode perceber nessa diferença comportamental acerca desse conhecimento a influência da linguagem e do conhecimento biomédico, levando o prestígio do conhecimento científico ser levado em consideração a se adotar. Cabe observa-se também, bem visível na geração antiga, a absorção de novos conhecimentos adicionados ao seu capital cultural (Bourdieu, 2007), como ocorre com a adoção de termos biomédicos para explicar o funcionamento de seus corpos adicionados na visão da presença da Mãe/Dona do Corpo em seus corpos.

Importa sublinhar que a concepção da Mãe/Dona do Corpo não é exclusiva dos povos Tupinambá e Pankararu. Ulla Macedo (2007), em pesquisa realizada nos hospitais públicos de Salvador, registrou menções à Dona do Corpo entre mulheres que a identificavam como sinônimo do útero, o que indica uma tradução entre cosmologias locais e categorias biomédicas. Em comunidades pesqueiras da Ilha de Itapuá, no Pará, a mesma autora relata o uso das expressões Dona do Corpo, Mãe do Corpo ou Madre para designar uma entidade localizada na região do ventre, próxima ao umbigo, concebida como o núcleo do “maquinismo da mulher” (Junqueira & Mindlin, 2003, *apud* Macedo, 2007, p. 73). Em diálogo com esses achados, Tófoli (2020) observa a recorrência da noção de Mãe do Corpo em diferentes contextos rurais, a partir das pesquisas de Júlia Sauma (2013), no Pará, e de Márcia Nóbrega (2019), em Pernambuco. Nesta última, a Mãe do Corpo é descrita como uma substância viva que “já nasce com a gente, caminha próximo à placenta, ao saco do bebê, e é semelhante a um bolo de carne ou um caroço” (Nóbrega, 2009, p. 205, *apud* Tófoli, 2020, p. 166–167).

Entre os Munduruku, Scopel (2014) registra a prática de “puxar a mãe do corpo”, uma técnica terapêutica destinada a aliviar dores e prevenir cólicas no pós-parto, o que reforça a presença dessa entidade como mediadora da saúde feminina e da integridade do corpo reprodutivo. Assim, a Mãe/Dona do Corpo emerge como uma categoria polissêmica que articula dimensões fisiológicas, simbólicas e espirituais. Mais do que uma metáfora do útero ou um resquício de pensamento mágico, trata-se de uma forma complexa de conhecimento corporificado, que traduz concepções próprias de pessoa, corpo e agência feminina, resistindo e dialogando com os regimes biomédicos contemporâneos.

2.2 AUTOCUIDADO

O autocuidado compreende no *stricto sensu*, de acordo Menéndez (2009, p.48)

[...] representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais”.

No *lato sensu* abrange atividades compreendidas pelos próprios sujeitos como ações que contribuem para o processo da reprodução biossocial, por exemplo, saberes relacionados à “preparação e distribuição de alimentos, da higiene do lar, do entorno e do corpo, a obtenção e uso de água etc.” (Menéndez, 2009, p. 48).

Na América Latina, entre as populações indígenas, o autocuidado (ou autoatenção) desenvolve-se em contexto de pluralidade médica, em outras palavras, em um contexto complexo, cultural e politicamente diversificado de formas de atenção à saúde envolvendo conhecimento e saberes tradicionais, populares, religiosos e biomédicos. Há etnografias sobre saúde indígena, de acordo Dias-Scopel e Scopel (2019), apontando que a pluralidade médica entre populações indígenas tende a ser percebida pelos atores sociais como um campo polarizado entre os especialistas e os leigos, onde o papel ativo das pessoas leigas nos processos de saúde, doença e atenção-prevenção por meio da autoatenção é com frequência negado ou ignorado.

Por meio dos trabalhos etnográficos aqui analisados envolvendo as mulheres indígenas Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé é possível averiguar que essas mulheres seguem determinados cuidados, em outras palavras, práticas de autocuidado específicas que visam manter a qualidade de suas saúde. As práticas de autocuidado durante os eventos reprodutivos são denominadas entre elas de resguardo. Nem toda as práticas de autocuidado são resguardo. Mas, seguir esses cuidados durante os eventos reprodutivos é sinônimo de guardar resguardo, envolvem dentre variados preceitos: uma dieta específica, determinação do espaço e do horário de locomoção, recomendação do uso de ervas medicinais específicas etc. Os eventos reprodutivos são marcados pela necessidade de guardar resguardo, sobretudo durante o período puerperal.

A partir de trabalho etnográfico entre os indígenas Munduruku, Dias-Scopel e Scopel (2019) trazem a considerável e aqui pertinente ponderação de que as características das práticas de autocuidado podem ser associadas com as do resguardo. Esta associação se dá no

tangente a uma noção de corpo integrada, que não dissocia a materialidade do corpo individual da agência cosmológica. O ideal de qualidade de vida é buscado no processo de autoatenção por meio de uma diversidade de práticas que se iniciam na gestação e seguem ao longo da vida. De modo que, a formação do corpo e do caráter da pessoa inicia-se ainda na gestação. Através dos relatos das mulheres indígenas Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé que os trabalhos etnográficos de Macedo (2007), Giberti (2013) e Tófoli (2020) abarcaram, percebe-se que a convivência com os serviços biomédicos provocou uma reorganização e uma reinterpretação dos saberes e práticas do resguardo.

2.2.1 Resguardo

O resguardo refere-se a uma série de cuidados para se praticar durante um período, com o intuito de manter o corpo saudável e forte. Logo, o resguardo compreende práticas de autocuidado, mas nem toda prática de autocuidado é resguardo. Para além das práticas de autocuidado comumente desempenhadas no cotidiano, o resguardo diz respeito a determinadas práticas para fins específicos. É comum o comprimento do resguardo a todas as pessoas envolvidas com alguma atividade espiritual, seja antes, durante e/ou depois desta. Os especialistas locais, como os/as pajés, os/as curadores/as, os/as benzedores/as têm o resguardo quase como um hábito - ou até mesmo como um hábito para algum desses, a fim de se manterem tanto quanto possível protegidos de quaisquer ações indesejadas de seres espirituais.

A prevenção aos males decorrentes de se estar vulnerável às forças invisíveis se relaciona as prescrições comportamental e alimentar. A prescrição do resguardo alimentar diz respeito a evitar consumir alimentos que de alguma forma possa deixar a pessoa vulnerável. Esses alimentos são comumente referidos pelo termo *remorso*³⁶ entre as mulheres indígenas Tupinambá, Pankararu, Tapeba e Tremembé. Alimento *remoso*, então, designa alimento que em determinada situação não causará bem ao corpo de quem o precisa evitar. A indicação do alimento *remorso* (a ser evitado) pode variar entre famílias de um mesmo grupo étnico. A prescrição comportamental comumente se relaciona à indicação dos ambientes seguros para

³⁶ No próximo subtópico 2.2.1.1 Tupinambá da Serra do Padeira pode-se encontrar maior especificação do que seja alimento *remoso* (em outras palavras, comida *remosa*).

se estar e transitar, bem como a abstenção sexual. Tófoli (2020, p. 164) aponta que o resguardo é recorrente entre as populações indígenas e também entre as populações rurais.

O resguardo, portanto, ajuda a evitar perigos advindo do contato com outros seres do cosmo (Scopel, 2014) e pode ser recomendado a qualquer indivíduo. As pessoas guardam o resguardo normalmente quando irão participar de alguma atividade espiritual, quando estão em um processo de cura ou quando estão se sentindo vulneráveis (com o corpo aberto). Além dos especialistas locais, as mulheres indígenas no Nordeste também guardam o resguardo com determinada periodicidade e recorrência. O entendimento da noção de Corpo Aberto atribuída à mulher no período menstrual e na gestação (deste o início até o fim do período puerperal) exige o resguardo. Deste modo, por o resguardo incluir práticas de autocuidado ajuda a manter em ordem o funcionamento do corpo; o que consequentemente manterá a Dona do Corpo estável, em harmonia com o corpo feminino.

2.2.1.1 Tupinambá da Serra do Padeiro

As mulheres Tupinambá da geração antiga, como desenvolve Macedo (2007), afirmam guardarem ou terem guardado o resguardo no período menstrual de forma similar ao resguardo no período puerperal. Enfatizam, contudo, que o resguardo do período puerperal é mais restritivo. Alguns dos cuidados do resguardo compreende não comer alimentos remorsos, não pegar peso, não manter relações sexuais, não sentir raiva ou tomar choque/susto, pois essas ações desestruturam a mulher. O termo ‘comida remosa’ possui grande elasticidade, muitas mulheres Tupinambá utilizam este termo para se referir a alimentos de difícil digestão e potencialmente capazes de inflamar a Dona do Corpo.

As comidas remosas, explica Macedo (2007), são alimentos que podem provocar ou agravar processos inflamatórios e infecções, devendo ser evitadas por enfermos em geral. A compreensão da comida que seja remosa sofre variação entre as famílias, além de existir um extenso cardápio de alimentos que se encaixam nessa categoria. Apesar disso, há o consenso e a regularidade da proibição de não ingerir determinados alimentos, dentre os quais estão: nenhum tipo de peixe de couro, o feto de boi, o fígado, guiné, peru e determinadas frutas e verduras, como a melancia, a jaca madura, o abacaxi. Há também uma variação temporal na

indicação de quando o alimento remoso pode ser ingerido novamente, por exemplo: no caso de resguardo puerperal deve abster de consumir o abacaxi por um ano.

No entendimento das mulheres Tupinambá quando se está perto de menstruar o corpo incha - as veias estão inflamadas -, comer algo remorso geraria inflamação por dentro do corpo. Devido a esta vulnerabilidade no período menstrual é possível advir o risco de desenvolverem doenças que precisam ser tratadas com um médico. Além disso, o fluxo intenso no período menstrual é percebido como sinal de algo “fora do lugar”. Para resolver isso conhecem cuidados caseiros capazes de regular a menstruação, como é o caso dos preparados de bebidas com ervas, a título de exemplo o chá de vassourinhas e a temperada. A temperada se refere a uma bebida feita com cachaça e ingredientes naturais - majoritariamente ervas medicinais, dentro as quais poejo, levante, hortelã, massafete e também cebola. Para ajudar suspender a menstruação, recomenda-se o chá de hortelã; quando se deseja eliminar cólica, o chá de hortelã miúdo é indicado (Macedo, 2007).

As mulheres da geração antiga orientam que na menstruação não deve “se misturar”; ou seja, não se deve manter relações sexuais. Este preceito é um consenso entre as mulheres de ambas as gerações: deve manter abstinência sexual nos períodos de menstruação e puerpério, pois o está corpo aberto. Esta decisão é respeitada pelos cônjuges. Manter relação sexual poderia desenrolar em um processo inflamatório. Macedo (2007) aponta que esse entendimento vai de encontro às recomendações médicas.

Na gravidez as restrições do resguardo são em menor quantidade comparadas às do puerpério. A mulher grávida segue seu ritmo de vida, executando atividades que inclui o trabalho na roça (Macedo, 2007). Uma peculiaridade da gestação é a possibilidade de se quebrar o resguardo alimentar por conta dos desejos de grávida - os quais estão associados ao feto e a Dona do Corpo. Além disso, enjoos e enjoos restringem as possibilidades alimentares, o que proporciona a inserção de alimentos remorsos. Mesmo com isso, é marcante o entendimento de que o resguardo alimentar (ou resguardo de boca como comumente é referido pelas mulheres Tupinambá) seja fundamental para a constituição do corpo do feto. Por isso recomenda-se evitar alimentos que causarão efeitos negativos na formação fetal, a títulos de exemplos: o café causa queimor e com a pimenta a criança nasce chorona e de cabeça pelada. A restrição alimentar deve ser observada também durante todo o período da amamentação.

Há restrições do resguardo que são de caráter espiritual. Estão relacionadas ao entendimento de que em momento de passagem (ou seja, na situação de corpo aberto) o feto

consegue estabelecer relação com o exterior. O resguardo nessas situações está relacionado mais às restrições comportamentais, a exemplo: mulheres grávidas não devem ter contato com mortos (Macedo, 2007). Há também advertências no período gestacional que não são alimentares, comportamentais ou espirituais. Essas advertências teriam a ver com a lógica cultural dos Tupinambá, se aproxima da lógica simbólica de certas proibições, a associação de determinados elementos à concepção do que seriam as suas características (Lévi-Strauss 1970, *apud* Macedo, 2007, p. 102). Por exemplos, não subir ladeira, não acocar e não fazer movimento bruscos para a Dona do Corpo se manter em seu local e não sair para fora do corpo.

Por meio de diversos relatos de mulheres Tupinambá, Macedo (2007) expõe que corriqueiramente nos hospitais perguntam às jovens quais delas conhecem superstições e lendas acerca do parto e puerpério e põem a desmenti-las. A título de ilustração, uma prática de cuidado apontada como inventada, ou seja, sem importância, pelos profissionais de saúde refere à proibição de tomar banho. Assim, ao parir nos hospitais as mulheres indígenas são orientadas a tomarem banho. Apesar disso os mais velhos insistem em reforçar as proibições de ‘resguardo de boca’ argumentando que a vida na rua, em outras palavras, na zona urbana, é diferente da vida na roça, referindo-se onde vivem, no meio rural; por isso devem manter respeito para não sofrerem as consequências. Pode-se perceber nesse caso um exemplo do reconhecimento que a cultura influencia na constituição dos corpos (Macedo, 2007).

Em geral, as mulheres Tupinambá mais jovens consideram necessário manter restrições de pegar peso, de manter relação sexual e de alguns alimentos remosos no período puerperal. Todas as participantes com quem Macedo (2007) manteve contato admitem que é no futuro que verão as consequências do resguardo quebrado; sendo essas consequências reflexo da desobediência na saúde reprodutiva da mulher. Há constrangimentos sociais que se tornam obstáculos para a realização dos cuidados preconizados no pós-parto. A exemplo é a condição de pobreza³⁷ acrescida à falta de opção alimentar. Isto gera motivo suficiente para abalar a mente da puérpera. A mente abalada diz respeito a sentir preocupação, raiva e tristeza, sendo isto suficiente para ocorrer a quebra do resguardo ou também pela falta de alternativa na alimentação. O cumprimento do resguardo, então, é visto como uma vitória, um ato de heroísmo.

O cumprimento do resguardo depende também de alguém que possa proporcionar a mulher ajuda com isto, o que inclui normalmente o cuidado das atividades domésticas e o

³⁷ Optou-se aqui por manter essa mesma descrição encontrada no trabalho de Macedo (2007).

cuidado na alimentação servida a puérpera. É comum que essa pessoa a ajudar a puérpera seja a sua mãe ou a sua sogra. Entre os Tupinambá o usual é os familiares viverem entorno uns dos outros, de maneira que a casa dos pais seja a casa coordenadora, ou seja, o centro da unidade compósita de residência. Desse modo, muitas vezes a vizinha é parente da parturiente. Esse arranjo de moradia configura-se, portanto, como uma ligação personalizada e intransmissível entre casas e mulheres (Viegas, 2007).

Imediatamente após o parto era feito no ventre da recém puérpera a amarração de um pano com ervas dentro para que a Dona do Corpo voltasse ao seu lugar e para que o corpo da mulher se recuperasse ajustadamente. Macedo (2007, p. 141) transcreve o depoimento de uma mulher experiente, a dona Fátima, na época com 50 anos, citando o banho de assento com pedra ume e folha de caju para recuperação puérpera, em suas palavras, “pra acomodar o corpo”. A mulher puérpera não deve sofrer abalos de nervos, em outras palavras, não ter grande emoções ou se estressar. Por isso, recomenda-se até mesmo colocar algodão nos ouvidos para evitar ouvir alguma conversa cujo teor poderia causar-lhe agitação, assim como a evitar demasiado ruídos.

As mulheres da geração antiga explicaram que o banho durante os primeiros 15 dias devia ser feito com remédios do mato, sem que a cabeça fosse lavada. Para esse banho cozinhava-se determinadas plantas, depois que a água ficasse em temperatura morna a mulher se banhava da cintura para baixo. Somente após nove dias que poderia tomar banho do pescoço para baixo. O banho com água fria poderia ser realizado somente após trinta dias. As mulheres da geração antiga relatam a frouxidão no resguardo entre as gerações, da avó para a mãe e então para a filha (Macedo, 2007, p. 140-141). De modo que, o resguardo apregoadado hoje já é reduzido, visto que antes a puérpera deviria passar sete dias sem se levantar da cama. Assim como, há 20 anos não era recomendado tomar banho durante os primeiros dias de resguardo.

Durante a gravidez, a mulher continua a desempenhar suas atividades. O esforço físico é visto até como útil, pois ajudaria a propiciar um parto mais rápido. É o período puerperal que é visto como um momento de liminaridade de exceção da vida cotidiana e carregado de potencias perigos. Além da mulher, o bebê estar suscetível a males nos primeiros meses, principalmente nos primeiros dias - antes do umbigo cair e se cicatrizar. Por isso, mãe e bebê devem permanecer reclusos, nem mesmo a roupa de neném deve tomar/pegar vento ou sair do recinto, pois os corpos da mãe e do bebê estão abertos.

Esses cuidados estão ligados ao campo espiritual, assim como o cuidado contra o mal dos sete dias, que diz respeito a: no sétimo dia após o nascimento da criança não deve sair de casa nem mãe nem criança; pois ao ar livre pode pegar ‘vento caído’ - tendo por sintoma corpo mole e irrequietude (Viegas, 2007). Macedo (2007, p. 143) aponta também através de Rival (1998) certa comunhão entre o bebê e o pai, visto que depois do nascimento alguns homens relatam ter ficado com os pés pesados, usando-se para isso a expressão “capucho no pé”.

Percebe-se então o entendimento entre as mulheres Tupinambá de que não guardar o resguardo provoca danos à saúde da mulher. De modo que, há a possibilidade da Dona do Corpo se inflamar e também sair de seu lugar. A partir disso, diversos males podem ocorrer a mulher, a intensidade com que o corpo reage a isto está também ligado a qualidade do sangue da mulher. Alguns dos perigos que podem ocorrer quando a Dona do Corpo sai de seu lugar é subir para a cabeça e isto provocar loucura e dores de cabeça à mulher. Além dessas consequências, outras doenças provindas pelo “resguardo quebrado” são reconhecidas como doenças de médico por poderem ser curadas aliando os tratamentos hospitalares aos tratamentos tradicionais (Macedo, 2007, p. 150).

Na maioria das vezes quando a mulher não cumpre o resguardo é por falta de uma rede de apoio, necessidade material ou falta de alimento apropriado. Este período realça os laços de solidariedade e de parentesco baseado na afetividade. Em que é a mãe da parturiente quem ajuda; na falta desta, a sogra, o marido, as vizinhas, até o seu pai. As parteiras também costumavam a ajudar no resguardo (Macedo, 2007). Durante o resguardo puerperal fica explícito a divisão sexual dos trabalhos. As tarefas das mulheres estão ligadas à casa e ao fogo (Viegas, 2007). As regras do resguardo podem informar os princípios culturais que estão subjacentes ao entendimento das relações de gênero.

Essas regras são passadas há gerações, indicando como uma pessoa deve se comportar para ser percebida como mulher nas suas diferentes fases da vida. Os eventos reprodutivos representam um expressivo marcador de gênero entre os Tupinambá e outros povos (Belaunde, 2003; Rubio, 2004, *apud* Macedo, 2007). A inversão temporária de funções atribuídas em função da identidade de gênero ocorre durante o período de resguardo. Viegas (2007) realça como a agencialidades de gênero entre os Tupinambá pode ser percebida, por exemplo, quando as comidas feitas pelos homens são destacadas como comida macho.

2.2.1.2 Pankararu

Em uma abordagem mais abrangente a respeito da prática do resguardo, Giberti (2013) explica que entre os Pankararu, em caso de cura por exemplo, os cuidados do resguardo inclui a realização de banhos indicados por especialistas indígenas ou entidade que realizaram a cura; a abstinência sexual; e, a evitação de estar a céu aberto às 12h e às 18h. Mulheres menstruadas devem resguardar-se, sem ter contato com os elementos e espaços que dizem respeito aos Encantados (a exemplos: o campião e o terreiro); cuidando assim para não serem atacadas por sua Dona do Corpo. Essas restrições sobre as mulheres menstruadas, no contexto Pankararu, dialogam com o que sintetiza Belaunde sobre (2005, p. 35, *apud* Giberti, 2013, p. 76) “a necessidade de compreender as diferentes visões a respeito do ‘manejo do sangue’, inclusive para entender as relações de gênero que ao redor deste se constroem”.

Seguindo nesse raciocínio o que constituiria uma linha de exclusão das mulheres não seria sua falta de autonomia em tomar decisões, mas a cosmovisão que associa a menstruação a vulnerabilidade, logo às doenças e que as exclui de alguns elementos sagrados. Todos esses cuidados envolvem a ideia de que o corpo, para determinadas práticas deve estar limpo e preparado³⁸. Caso os cuidados não sejam seguidos, há o risco de os rituais não terem desfechos satisfatórios ou mesmo pessoas ligadas a eles adoecerem. Por isso a mulher menstruada não deve chamar os Encantados ou tocar nas coisas relativas a eles, como panelas (não se pode cozinhar nas festas), campiões benzidos e cruzar o terreiro pelo risco de ser atacada pela Dona do Corpo ou prejudicar o trabalho ritual que estava sendo feito (Giberti, 2013).

Enfocando no resguardo do período puerperal, Giberti (2013) descreve que entre as mulheres Pankararu é recomendado 45 dias de resguardo. Caso seja quebrado os efeitos podem se manifestar de forma imediata, como cólica e dor de cabeça, ou a longo prazo, conforme for envelhecendo. No caso de resguardo quebrado algumas mulheres da geração antiga afirmam a possibilidade de algumas ervas serem capazes de restaurar ao corpo da mulher o estado saudável de harmonia com a Dona do Corpo. Somente a partir do parto que a mulher se recolhe, antes disso não há contraindicação de pegar peso - em outras palavras, realizar esforços físicos -; recomendação que venha a ser contrária aos cuidados biomédicos (Giberti, 2013, p. 159).

³⁸ Essa concepção dialoga com a discussão de Viveiros de Castro (1987), em que o corpo é fabricado para tal (Giberti, 2013).

É enfatizado a realização do resguardo de 45 dias após o parto por ser de extrema importância para que a Camarada volte ao seu lugar sem prejudicar a saúde da mãe. Nesse período observa-se a abstinência sexual (ao menos nos primeiros trinta dias). E o banho deve ser feito com remédio do mato³⁹, sem que a cabeça seja lavada – ao menos nos primeiros 15 dias. Alguns outros cuidados apregoados no resguardo são: não andar descalça, não pegar friagem e não comer comidas pesadas. O resguardo alimentar é variável de acordo o tempo após o parto. Dentre os alimentos a serem evitados estão: manga (durante os primeiros seis meses), pinha (durante um ano), abacaxi, abóbora de leite, ovos, carne de porco, carneiro, guiné, peru, peixe de couro e o peixe Curimatã.

Além dessas recomendações, há a técnica de “fechar as cadeiras” – deita a mulher de lado e empurra seus quadris – e a amarração no ventre de um pano com ervas dentro, geralmente realizadas pela parteira. Depois desses cuidados realizados após o parto a mulher deve ficar de repouso, deitada de lado, preferencialmente de cabeça amarrada, sem pisar no chão descalça, sem levantar peso, sem abaixar ou se levantar muito, andando devagar, sem se aborrecer ou presenciar muito barulho. Em alguns casos que há ruídos em excesso recomenda-se até mesmo colocar algodão nos ouvidos (Giberti, 2013, p. 142).

Destaca-se também entre as mulheres Pankararu (Giberti, 2013), além da importância atribuída a parteira para um bom resguardo, a temperada de folhas (cachaça com ervas específicas) e o pirão de galinha (caldo de galinha engrossado com a farinha de mandioca) nos primeiros dias de resguardo puerperal para a recuperação da parturiente. É importante ter alguém para propiciar um contexto favorável ao resguardo: fazer o serviço doméstico, preparar os chás e os banhos de assento, servir as comidas corretas. Isto evidencia a importância da entre ajuda feminina. Por isso, é comum que a mulher recorra à sua rede de apoio familiar para que os cuidados do resguardo possam ser seguidos.

2.2.1.3 Tapeba e Tremembé

Na compreensão dos povos Tapeba e Tremembé o resguardo relacionado à saúde reprodutiva da mulher é importante para protegê-la e também para proteger a sua

³⁹ Plantas medicinais colhidas no mato ou que sejam cultivadas nos quintais, ou seja, não sendo o caso do uso de remédio alopatico.

comunidade. Visto que a quebra do resguardo pode trazer doença para outras pessoas a sua cerca em situação de vulnerabilidade⁴⁰. É marcante a relação entre esse resguardo e a noção de Corpo Aberto. Na mulher grávida desde o começo da gravidez está implicada uma singular abertura no sentido espiritual relacionada a criança que se desenvolve nela, nas palavras locais, a coroa da mulher está aberta (Tófoli, 2020, p. 190).

Somando-se a isto, na mulher parida a abertura ocorre também literalmente no corpo físico. Pois nela o colo do útero, o canal vaginal, os músculos perineos e os ossos da bacia têm de abrir para o nascimento do bebê. Juntamente a isso, tem ainda para a mulher parida se recuperar a energia e a força física desprendida, a perda de sangue, as alterações hormonais e os desdobramentos emocionais que a experiência do parto suscita. “Se a coroa abre desde o início da gestação, temos no momento do parto o ápice dessa abertura, tanto física quanto espiritualmente. O período do resguardo, por sua vez, representa o tempo necessário para o fechamento e a recuperação desse corpo” (Tófoli, 2020, p. 190).

Nessa concepção a mulher continua vulnerável no período do resguardo puerperal por conta da coroa aberta deste o início da gestação. Isto implica que as responsabilidades inerentes ao parto não são vistas como um evento isolado no dia do nascimento. A coroa aberta exige que a parteira siga visitando a casa, observando e dando assistência ao quadro geral da mulher, do bebê, da dinâmica familiar, prestando a rede de apoio que a mulher requer. Um resguardo bem cumprido é a principal prescrição para uma recuperação saudável. Para tanto, é fundamental a presença de pessoas disponíveis a prestar assistência a essa mulher (Tófoli, 2020, p. 191).

A compreensão de que a mulher está desde o início da gravidez até o final do período do resguardo pós-parto com o corpo aberto liga-se a candura linha de diferentes cuidados que perpassa os momentos da gestação, do parto e do pós-parto. Um cuidado do resguardo pós parto frequentemente recomendado pelas mulheres mais experientes é que a parturiente fique ao menos três dias deitadas, sem sair de casa tampouco da cama. Depois desse período, é permitido sentar-se, se atentando a sentar de lado. As mulheres mais experientes relatam também que aprenderam com seus antepassados que nos primeiros dez a quinze dias a mulher não devia caminhar, nem sair para o terreiro. Tófoli (2020, p. 191) transcreve o depoimento de dona Dijé Tremembé sobre as orientações que recebeu da sua mãe sobre os cuidados após o parto.

⁴⁰ Diz respeito a vulnerabilidade da pessoa à proximidade de seres não-humanos que podem trazer consequências negativas a saúde, ver noção Corpo Aberto (Tópico 2.1.2).

Essas orientações incluem: sentar de lado, em suas palavras, de bandinha, a fim de evitar pressão no útero que está em recuperação; apertar a barriga com cueiro (espécie de cinto), ajudando assim o útero inchado a voltar ao seu prévio estado antes da gestação; evitar está sentada, dando preferência a ficar deitada, pois todo o corpo se encontra em processo de recuperação, em suas palavras, de concerto. A dona Dijé Tremembé demarca a sua admiração ao fato da sua mãe e outras mulheres terem esse conhecimento sobre o cuidado com corpo sem terem estudado, em suas palavras: “Elas sabiam tudo isso, não sei como, porque não tinham estudo, não tinham nada, são pessoas que não entendem nada de leitura, mas elas sabiam tudo isso.” (Tófoli, 2020, p. 191).

Na perspectiva dos povos Tapeba e Tremembé, no período pré-medicalização a gravidez estava envolta em uma série de cuidados a fim de se evitar que a mulher ficasse aberta. Alguns desses cuidados eram não cortar o cabelo; não comer arroz grudado no fundo da panela para que a placenta não ficasse grudada; não olhar eclipse – caso olhasse, a criança corria o perigo de nascer com uma banda queimada. Havia a prática da mulher tomar leite de gergelim e massagear a barriga com o bagaço do leite. O intuito disso era ajudar na cura da criança caso tivesse algum problema de saúde; auxiliar em um parto mais rápido e menos doloroso, nas palavras de dona Iracema Tapeba “abre as carnes da mulher, prepara a mulher pro parto” Tófoli, (2020, p. 167). Essa prática do consumo do gergelim está caindo em desuso por contraindicação dos profissionais da saúde, devido a possibilidade de ocasionar hipertensão.

As mulheres Tapeba e Tremembé abundantemente indicam o uso de chás. Junto a sua indicação é comum já se encontrar os cuidados com o uso, por exemplo: é aconselhável tomar chá de capim santo, chá de cidreira ou chá de colônia para acalmar e abaixar pressão, porém caso a pessoa sentir sono depois de ingerir deve cessar a continuidade da ingestão, pois o sono evidencia que a pressão abaixou (Tófoli, 2020, p. 169). A amamentação é fortemente recomendada e tida como uma prática boa para a recuperação da mulher, pois ajudaria na diminuição dos inchaços que ficam na barriga e também boa para a saúde do bebê.

É notável entre as mulheres Tapeba e Tremembé o cuidado com a alimentação no resguardo. Os alimentos remorsos são tidos como alimentos que agravam o processo de cicatrização, capazes de contribuir para ao gravo de infecções e inflamações, devendo ser evitados em geral por pessoas enfermas e também pelas mulheres no puerpério – pois entende-se que seus corpos estão em processo de cicatrização. Alguns alimentos percebidos como remosos são a carne de porco e a carne de tatu. Embora haja um entendimento geral

sobre quais sejam os alimentos remosos e a contraindicação de seu consumo, evidencia-se também uma flexibilidade acerca disto devido a percepção de que cada corpo reage de forma própria.

Ou seja, alguns corpos podem apresentar reações adversas após o consumo de determinado alimento remorso enquanto em outros ser indiferentes. Por isso, é um aprendizado constante e experiencial evitar comer comida remosa, pois como é expresso no depoimento de Salete Tapeba: “É o nosso corpo que faz a comida remosa.” (Tófoli, 2020, p. 195). É possível apreender, então, com essa percepção que o consumo de algum alimento considerado remorso não necessariamente está ligado a indiferença acerca desse cuidado. Visto haver essa volatilidade na reação do corpo de cada indivíduo para com o alimento. Tófoli (2020, p. 194) traz ainda alguns depoimentos em que as mulheres afirmam terem consumido alimento remoso por falta de opção; desta forma, o consumo de comida remosa pode estar também ligado a carência alimentar.

O resguardo puerperal pode ser entendido como o resguardo da continuação do parto. Essa conceituação está presente no depoimento da dona Neném Beata Tremembé, em que estende a noção de parto para todo o período de resguardo: “[...] a pessoa se cuidando, o parto termina logo” (Tófoli, 2020, p. 205). Assim, o sangramento após o parto indica a continuação desse, ou seja, “parto é sangue” (Tófoli, 2020, p. 205). É durante o resguardo puerperal então que o sangramento reduz e o parto é finalizado. A duração do sangramento, ou seja, do parto, varia de acordo cada mulher; supõe-se que cerca de um mês depois do nascimento do bebê o sangramento já se tenha encerrado. Caso não se encerra, denota-se então alguma complicação.

Nessa mesma linha de raciocínio corrobora a visão da dona Inácia Tremembé de que o resguardo mal feito prolonga o sangramento uterino pós-parto. Desse modo, a ocorrência prolongada do sangramento denuncia alguma desconformidade no corpo desta mulher - não sendo o aleitamento materno uma justificativa aceitável para que isto ocorra (Tófoli, 2020, p. 204). O sangramento pós parto pode ser entendido como a limpeza do sangue por dentro na mulher e a qualidade do sangue é indício a saber se um resguardo está sendo sadio, ou seja, bem realizado e o corpo se recuperando bem. Por fim, é após o término do sangramento pós parto que a coroa se fecha e o resguardo pode deixar de ser seguido (Tófoli, 2020, p. 204-206).

Através do depoimento de dona Ciça Tremembé (Tófoli, 2020, p. 201), compreende-se que havia o entendimento de que era um dia depois do término do resguardo que a coroa fechava. Era somente após esse tempo que podia ocorrer a volta da mulher as suas atividades

cotidianas em segurança contra às vulnerabilidades de se estar com o corpo aberto. Dentre esse período, se algum mal acontecia durante o parto ou um dia depois do término do resguardo era associado ao descumprimento do resguardo. Ainda na atualidade é possível encontrar essa relação entre resguardo quebrado e prejuízos à saúde. De acordo Camila Tremembé a sua sobrinha chamada Rosa padeceu por resguardo quebrado, Camila descreve: Rosa andava descalça após o parto, ainda durante o período de resguardo sentiu dores de dente, foi levada ao hospital, as dores se estenderam ao braço, o corpo inchou, o “sangue virou água. [...] ela faleceu dum resguardo” (Tófoli, 2020, p. 203-204).

De acordo essa percepção qualquer mal que a mulher ou a criança fossem acometidos no período do resguardo era ainda por consequência do parto. A dona Ciça Tremembé (Tófoli, 2020, p. 201) explica que a quebra do resguardo sempre ocorreu, às vezes era por intencionalidade ou por uma eventualidade. Contudo, em via de regra, era respeitado ao máximo. Ela explica que quando alguém próximo a parturiente falecia ninguém contava a ela antes do término do seu resguardo, para não provocar forte emoções a mãe e correr risco de o resguardo ser quebrado “Tinha uma referência muito forte com o parto da gente.” (Tófoli, 2020, p. 197). Tófoli (2020) discute que através desse depoimento é possível observar uma valorização do parto que o aproxima do sagrado. Visto a dona Ciça utilizar a expressão reverência para qualificar a relação de todos em torno do parto - na preservação do bem-estar da mulher.

Ainda de acordo a dona Ciça, as mulheres eram sadias ao contrário do que ocorre na atualidade. Em que no parto hospitalar, após o nascimento do bebê, não há tempo suficiente para guardar o repouso, a mulher é encaminhada à sua casa precisando de locomover e isso já é uma quebra de resguardo. Por isso, afirma a dona Ciça (Tófoli, 2020, p. 201) as mulheres de hoje estão todas inflamadas “[...] hoje todo mundo é doente, só por via de tratamento que não tem, o cuidado que não tem, não se cuidam”. Em vista disso, estabelece-se uma relação direta entre a falta de resguardo e a doença, estando “diretamente associada ao fato do médico que atende o parto no hospital, via de regra, não ter vínculo nenhum com a paciente e assim dar orientações para o pós-parto que não dialogam com as práticas de resguardo tradicionais, uma vez que não comunga da mesma compreensão de corporalidade, cosmovisão e preceitos” (Tófoli, 2020, p. 199-200).

A forma de seguir o resguardo está assentada na crença pessoal (seguir algumas regras e outras não) e na conduta familiar (como proporcionar o resguardo a puérpera), desde que diante de condições econômicas favoráveis, visto que a falta disso pode ocasionar a quebra do

resguardo mesmo que de forma não intencional. O resguardo após o parto isenta a mãe das atividades diárias e dos cuidados com os outros filhos quando há alguém para lhe prestar tal assistência. Por isso, como coloca Tófoli (2020, p. 191) cumprir o resguardo marca um “momento de construção ou reafirmação de laços de afetividade, solidariedade e reciprocidade”. Dessa forma, o resguardo não é apenas uma experiência individual, é também “uma vivência coletiva”, pressupondo “que todos comungam dos mesmos princípios e regras a serem seguidos” (Tófoli, 2020, p. 204). Visto que variadas prescrições do resguardo aliam em si práticas de cuidado em saúde a uma determinada visão cosmológica.

2.2.1.4 Síntese e reflexões

O resguardo praticado por mulheres indígenas no Nordeste brasileiro pode ser compreendido como uma forma de autocuidado inscrita em um sistema mais amplo de saberes tradicionais e concepções cosmológicas. Longe de se restringir a um conjunto de prescrições voltadas ao bem-estar físico, o resguardo se articula a uma ontologia relacional que reconhece a contínua interação entre seres humanos, entidades não humanas e forças invisíveis. Trata-se, portanto, de uma prática que expressa uma cosmologia própria sobre o corpo e a vida, na qual os domínios físico, espiritual e social são indissociáveis.

Entre as mulheres indígenas, o resguardo se associa, sobretudo, aos eventos reprodutivos — menstruação, gestação e, com maior rigor, o período puerperal —, momentos concebidos como de especial sensibilidade e vulnerabilidade. Nesses intervalos, o corpo é percebido como aberto e, portanto, mais suscetível à ação de agentes externos e espirituais. O respeito a essas restrições constitui uma forma de resguardar a integridade corporal e espiritual, reafirmando uma ética do cuidado que envolve tanto a pessoa quanto o coletivo e o território.

No contexto Tupinambá, Macedo (2007) observa que a quebra do resguardo pode produzir efeitos distintos sobre a gente da cidade e sobre a gente Tupinambá, o que evidencia a dimensão etnicamente situada da corporeidade (Seeger, Da Matta & Seeger, 1987). As mulheres mais velhas advertem as puérperas acerca da necessidade de guardar o corpo, enfatizando que as consequências do descuido não se distribuem de modo universal, mas variam conforme o pertencimento étnico e o território. Essa diferenciação revela que o corpo

Tupinambá não é concebido como uma entidade isolada, mas como parte constitutiva do território e das relações que o permeiam. Corpo e território formam um mesmo campo ontológico, compartilhando forças vitais e vulnerabilidades. A corporeidade, nesse sentido, é ontologicamente localizada e atravessada por redes de interdependência que sustentam a vida coletiva.

Compreender o resguardo como prática de autocuidado implica reconhecer o corpo indígena como um sistema aberto, permeável a fluxos e agências que excedem o domínio físico. Nessa perspectiva, os aspectos espirituais não se configuram como dimensões secundárias, mas como fundamentos estruturantes da existência. Tal concepção dialoga com a análise de McCallum (1996), segundo a qual a fabricação do corpo nas sociedades indígenas é um processo relacional, socialmente mediado e moralmente orientado. O corpo, longe de ser apenas um portador biológico de simbolismos sociais, constitui o próprio *locus* de construção da vida social, sendo continuamente formado e reformado nas interações entre humanos e não humanos. Assim, a vulnerabilidade do corpo não é concebida como fragilidade, mas como condição constitutiva de abertura às forças que sustentam e ameaçam a vida.

No interior dessas redes de socialidade, as mulheres ocupam posição central na transmissão e atualização dos saberes corporais. São elas que instruem as gerações mais jovens acerca das restrições alimentares, dos comportamentos adequados e dos cuidados específicos de cada fase do ciclo reprodutivo. O aprendizado é processual e situado: aprende-se sobre a menstruação no momento em que se menstrua, sobre a gestação quando se engravida, e sobre o puerpério ao tornar-se mãe. Desse modo, o corpo é continuamente educado e socializado, constituindo-se como um espaço de saber, memória e transmissão intergeracional.

Embora associadas majoritariamente ao universo reprodutivo feminino, as práticas de resguardo não se restringem às mulheres. Também podem ser observadas entre pessoas de diferentes gêneros em contextos que envolvem experiências espirituais, rituais de cura ou situações de contato com forças não humanas. Em todos os casos, o resguardo atua como mecanismo de manutenção do equilíbrio entre os planos visível e invisível da existência, funcionando como forma preventiva de proteção e de fortalecimento físico-espiritual.

Sua observância é especialmente recomendada diante do reconhecimento de estados de vulnerabilidade ou de abertura corporal. A negligência dessas prescrições pode gerar desde desconfortos e enfermidades até consequências graves, inclusive a morte. As recomendações geralmente incluem restrições alimentares — com a exclusão de determinados itens

considerados fortes ou remosos —, interdições comportamentais, como a abstenção sexual, e limitações de circulação espacial e temporal, evitando-se certos lugares ou horários em que o corpo estaria mais exposto.

Assim, o resguardo revela uma concepção ampliada de saúde que integra corpo, território, espiritualidade e coletividade, conforme os princípios das epistemologias indígenas, articulando-se, portanto, à noção de corpo e pessoa discutida por Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987). Nesse sentido, guardar o resguardo constitui um fator decisivo para a preservação da harmonia entre os mundos visível e invisível, sendo entendido como uma forma de prevenção de possíveis males e de fortalecimento do corpo e do espírito.

Ao se reconhecer o resguardo como prática ancestral e coletiva, reafirma-se a centralidade dos saberes indígenas na produção de cuidados de si e dos outros, saberes que transcendem os limites biomédicos e integram dimensões espirituais, relacionais e territoriais da vida. Guardar o resguardo, portanto, não é apenas uma prescrição moral ou higiênica, mas um gesto ontológico de manutenção da harmonia entre mundos — uma forma de sustentar a continuidade das relações que constituem o corpo e a vida em suas múltiplas dimensões.

2.3 CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS

A noção de pessoa, conforme delineada em cada povo indígena, orienta profundamente os modos de cuidado e as práticas terapêuticas, constituindo o princípio estruturante das decisões e percepções relativas à eficácia dos tratamentos. Nessas cosmologias, o processo decisório não é concebido como um ato individual ou isolado, mas como manifestação de uma dimensão relacional e coletiva da existência. O indivíduo é sempre parte de uma teia de interdependências, onde o corpo e a saúde se produzem na relação com os outros — humanos, não humanos e espirituais⁴¹. Tal perspectiva reflete o que Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987) denominam idiomas simbólicos da pessoa, nos

⁴¹ Ver Viveiros de Castro, Eduardo. *A Inconstância da Alma Selvagem*. São Paulo: Cosac Naify, 1996. Onde se enfatiza a pessoa como relação e interdependência social, relevante para compreender decisões coletivas em cosmologias indígenas.

quais o corpo atua como mediador entre a interioridade e o mundo social, permitindo compreender as categorias nativas que estruturam a experiência da vida.

Essa dimensão relacional torna-se evidente ao se observar a variação geracional na compreensão da Dona do Corpo entre mulheres indígenas. Essa variação não se limita a diferenças individuais, mas reflete transformações mais amplas na ecologia dos saberes⁴², marcadas pela circulação de discursos biomédicos e pela ampliação dos espaços de contato intercultural. Assim, a reinterpretação da Dona do Corpo por gerações mais jovens não representa ruptura, mas reconfiguração — uma atualização do *habitus* corporal que, embora permeado por novos referenciais, preserva a lógica simbólica que sustenta o sistema tradicional de cuidados.

As noções de Dona/Mãe do Corpo, Corpo Aberto e Sangue iluminam o campo simbólico no qual se ancoram as práticas de autocuidado. A Dona/Mãe do Corpo é concebida como uma entidade que habita o corpo feminino, responsável por coordenar os eventos reprodutivos e assegurar a integridade do feto durante a gestação. Essa entidade exerce o controle sobre o sangue, substância vital que, junto ao sêmen, compõe a criança no útero. A fabricação do corpo da criança é, portanto, um processo moral e relacional, diretamente associado à conduta e à alimentação dos pais — especialmente da mãe —, evidenciando que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas um produto social, ético e espiritual.

A observância do resguardo constitui, nesse contexto, um mecanismo essencial de proteção e continuidade da vida. Seguindo McCallum (1998), o corpo nas sociedades indígenas é simultaneamente social e sobrenatural, sendo continuamente feito por outros em um fluxo que envolve restrições alimentares e comportamentais, uso de remédios tradicionais e práticas rituais. Essa dinâmica corporifica a rede de socialidade e parentesco⁴³, baseadas na consanguinidade, na qual o cuidado com a parturiente é uma responsabilidade compartilhada. O resguardo não se cumpre isoladamente: sua realização depende da participação de parentes e comadres, que se revezam na preparação dos alimentos, no cuidado com a casa e na transmissão dos ensinamentos sobre o corpo e suas vulnerabilidades — os quais ocorrem de forma processual.

As prescrições do resguardo estão intrinsecamente ligadas à noção de corpo aberto, que expressa a permeabilidade entre o plano material e o plano cosmológico. Durante os

⁴² Ver Santos, Boaventura de Sousa. *A Ecologia dos Saberes*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2010. Conceito usado para compreender a interação entre saberes indígenas e influências biomédicas.

⁴³ Ver Gow, Peter. *Of Mixed Blood: Kinship and History in Peruvian Amazonia*. Oxford: Clarendon Press, 1991; Overing, Joanna. *The Anthropology of Amazonian Sociality*. Oxford: Berg, 1999. Ambos destacam como parentesco e socialidade estruturam práticas de cuidado.

eventos reprodutivos — menstruação, parto e puerpério —, o corpo feminino é percebido como vulnerável às forças externas, e a simples presença da mulher em determinados ambientes pode ser suficiente para torná-la suscetível a males. A cura desses males, por sua vez, mobiliza um repertório terapêutico dinâmico, que combina elementos das medicinas indígenas e da biomedicina, revelando um processo de hibridização simbólica e pragmática dos saberes. Essa flexibilidade ilustra o caráter vivo e adaptativo das epistemologias indígenas, que incorporam novos recursos sem abdicar de suas ontologias próprias.

As categorias corporais do Corpo Aberto e Mãe/Dona do Corpo articulam-se de modo estreito, sobretudo no que concerne ao período de vulnerabilidade pós-parto e aos cuidados destinados à recomposição da integridade corporal e espiritual da mulher. Contudo, não se trata de categorias equivalentes. O Corpo Aberto designa uma condição de permeabilidade física e espiritual, na qual o corpo encontra-se transitório e exposto à ação de forças externas — humanas e não humanas. Já a Mãe/Dona do Corpo constitui uma entidade vital, um princípio anímico responsável pela coesão, equilíbrio e potência do corpo feminino, assegurando sua integridade e sua capacidade reprodutiva. Essa entidade está intimamente associada à noção de sangue, elemento que atua como mediador simbólico entre corpo e espírito, entre vida e transformação.

Os momentos de protagonismo da Mãe/Dona do Corpo — menstruação, parto e puerpério — correspondem precisamente aos períodos em que o sangue circula, é derramado ou reconfigurado, indicando passagens⁴⁴ liminares⁴⁵ do corpo feminino entre diferentes estados ontológicos. Esses períodos de passagem não dizem respeito apenas a transformações fisiológicas, mas, como aponta McCallum (1996), a processos de recriação da pessoa e reordenação das relações que a constituem. O corpo, nessa ontologia, constitui um espaço de vivência e transmissão de saberes coletivos, onde experiências ancestrais se atualizam e se articulam com práticas de cuidado presentes. Nessa concepção, o corpo feminino torna-se um *locus* privilegiado de produção de sociabilidade, memória e continuidade da vida, no qual se

⁴⁴ O período de passagem refere-se aos momentos de transição e transformação do corpo feminino, nos quais ocorrem mudanças fisiológicas e simbólicas que o tornam especialmente permeável às forças que atravessam o mundo. Tais momentos, como discutido no tópico (2.1.2.1) sobre a noção de Corpo Aberto entre os Tupinambá, são concebidos como fases liminares que demandam cuidados específicos, uma vez que o corpo encontra-se em estado de abertura e vulnerabilidade.

⁴⁵ A noção de liminaridade (*liminality*) desenvolvida por Arnold Van Gennep (1909) e expandida por Victor Turner (1969) embora não seja incorporado diretamente, é útil para contextualizar os períodos de vulnerabilidade e transformação corporal nas cosmologias indígenas — como o resguardo, o parto, a menstruação e o puerpério. Mas também há limites importantes na sua aplicação, especialmente quando se trata de sistemas ontológicos indígenas, que não se organizam em torno da mesma lógica ritualista linear descrita por Van Gennep e Turner.

atualizam as experiências ancestrais e se reconfiguram os princípios de equilíbrio e reciprocidade que sustentam o coletivo.

Como discutem Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987), essa mediação do corpo evidencia sua função articuladora entre os domínios da pessoa e da coletividade, o que envolve também uma dimensão ética: um modo adequado de estar no mundo e de produzir relações, orientando condutas, práticas de cuidado e maneiras de afetar e ser afetado. A observância do resguardo, os cuidados com o sangue e com a Mãe/Dona do Corpo expressam, assim, uma moralidade corporal que traduz a inscrição dos valores coletivos na materialidade dos corpos. Nessa leitura, como propõe Bourdieu (2007), o corpo é também o lugar onde se incorporam e se reproduzem disposições sociais, funcionando como memória prática das experiências e saberes que orientam o agir cotidiano.

A percepção de que o corpo feminino se encontra aberto em determinadas circunstâncias revela uma ontologia que ultrapassa o domínio puramente físico, integrando dimensões espirituais e relacionais. Nessa lógica, as práticas de cuidado — como o resguardo — não apenas preservam a saúde, mas também reafirmam a posição da mulher no universo cosmológico e social. A continuidade dessas práticas, mesmo em contextos de transformação cultural, evidencia a função do *habitus* social (Bourdieu, 2007) como estrutura durável das disposições corporais. O *habitus*, entendido como sistema de esquemas incorporados de percepção e ação, assegura a persistência de princípios de cuidado inscritos nos corpos e nas memórias, funcionando como memória prática que orienta o agir cotidiano. Permite compreender, portanto, como práticas tradicionais de cuidado e observância do resguardo se mantêm incorporadas nos corpos das mulheres indígenas.

Os ensinamentos transmitidos por mães, avós e outras mulheres da rede de socialidade alimentam essa memória incorporada, permitindo que experiências anteriores se atualizem na prática cotidiana. A força ou fragilidade atribuída ao sangue de cada mulher — percebida como capacidade de resistir ou sucumbir às adversidades — não se reduz a uma característica individual, mas expressa a forma como o coletivo interpreta a potência vital inscrita na pessoa. Aquelas consideradas de sangue forte são vistas como menos vulneráveis, enquanto outras, de sangue fraco, requerem maior observância das restrições. Em ambos os casos, o corpo é compreendido como campo de expressão das relações entre natureza, sociedade e espiritualidade.

Em síntese, a análise das práticas de resguardo e das noções de Dona/Mãe do Corpo, Corpo Aberto e Sangue evidencia que, nas cosmologias indígenas, o corpo é simultaneamente

substância biológica, campo moral e espaço relacional. Ele se constitui no entrelaçamento de forças vitais, memórias coletivas e disposições incorporadas. As práticas de cuidado não apenas asseguram a saúde, mas reproduzem a pessoa e o mundo social, reafirmando as fronteiras ontológicas que sustentam a existência. Nessa leitura, compreender o corpo é compreender a própria vida enquanto relação — um movimento contínuo de fabricação, transformação e equilíbrio entre mundos.

3 SAÚDE REPRODUTIVA DE MULHERES INDÍGENAS NO NORDESTE: DESAFIOS E CONCEITOS DE INTERCULTURALIDADE E INTERMEDICALIDADE

3.1 REPRODUÇÃO: GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO

3.1.1 Parto Hospitalar

A partir dos estudos de Diniz (1996), discutidos por Tófoli (2020), compreende-se que a perspectiva médico-hospitalar sobre o parto foi construída com base na patologização do corpo feminino, na ideia de risco e na noção de distocia — complicações que supostamente exigiriam intervenção constante. Essa lógica fundamenta-se na medicalização do parto, com a introdução de procedimentos voltados à prevenção de riscos e à intervenção direta sobre a fisiologia natural do nascimento. Diniz (1996, p. 92, *apud* Tófoli, 2020, p. 50) observa que, na Idade Média, as parteiras foram associadas à bruxaria e ao paganismo, em razão de seu envolvimento com práticas de cura. Já entre os séculos XIX e XX, a ciência passou a se afastar das referências religiosas, priorizando os aspectos fisiológicos da mulher e do parto, o que contribuiu para a construção de uma imagem do corpo feminino como inerentemente patológico e frágil.

Nesse contexto, o corpo da mulher passou a ser alvo de correções técnicas, com o uso de instrumentos cirúrgicos — como fórceps, manobras de arrancamento e extrações — de uso exclusivo dos médicos, para compensar o que era visto como uma anatomia defeituosa, como a chamada “pélvis deformada” (Diniz, 1996, p. 121–125, *apud* Tófoli, 2020, p. 51). O discurso médico em relação às parteiras foi historicamente construído a partir da desvalorização de seus saberes e práticas, sustentado pela exaltação de uma suposta superioridade científica frente às técnicas consideradas “atrasadas” e “supersticiosas” atribuídas à parteria tradicional. Tal narrativa resultou na polarização entre uma assistência médica vista como científica, racional e legítima - exercida majoritariamente por homens especialistas - e uma assistência desqualificada, marginalizada e identificada com o atraso (Diniz, 1996, p. 157, *apud* Tófoli, 2020, p. 52).

No contexto das transformações históricas da assistência ao parto, Tófoli (2020) retoma a análise de Wilson (1995, *apud* Maccourt e Dykers, 2009, p. 27), segundo a qual a biomedicina passou a representar não apenas um ideal de progresso e modernidade, mas também um símbolo de elevado *status* social. A partir dessa lógica, a assistência ao parto na modernidade passou a ser caracterizada pela institucionalização, medicalização e patologização do corpo feminino e dos processos fisiológicos do nascimento. Esse modelo consolidou-se com base em práticas padronizadas, marcadamente intervencionistas e medicamentosas, que afastaram a mulher de seu núcleo familiar e diminuíram sua autonomia durante o parto. Tais procedimentos foram construídos sob uma ótica masculina, em oposição à assistência tradicionalmente prestada por mulheres - como parteiras, enfermeiras obstetras e obstetrizes (Diniz, 1996, *apud* Tófoli, 2020, p. 48).

Com a chegada da corte portuguesa no século XIX, os partos eram realizados quase exclusivamente por parteiras. Nesse período, fundam-se as primeiras escolas de medicina, em 1808, na Bahia e no Rio de Janeiro. O ensino da “Arte obstétrica” conferia a seus praticantes os títulos de parteiros ou médicos-parteiros. “As faculdades passam a conceder os títulos de doutor de medicina, de farmacêutico e de parteira, sem os quais ninguém podia exercer atividades em qualquer dos ramos da arte de curar” (Brenes, 1991, p. 139, *apud* Tófoli, 2020, p. 53). Com a profissionalização dessas áreas, inicia-se a fiscalização estatal e a repressão às práticas de cura não medicalizadas. Os saberes hegemônicos passam a ser impostos a outras culturas e classes sociais de maneira notadamente epistemicida (Tófoli, 2020, p. 42). O ideal de supremacia racial, por sua vez, reforçou em diversos contextos a ideia de “primitivização” atribuída às parteiras no século XIX, em contraposição à figura masculina e civilizada do médico (Diniz, 1996, p. 155, *apud* Tófoli, 2020, p. 53).

Apenas no final do século XIX e início do XX foram construídas as primeiras maternidades no país. Já em meados do século XX, o parto passou por um processo progressivo de institucionalização, consolidando-se esse modelo. A institucionalização do parto foi imposta como norma, mesmo nos casos em que não havia necessidade de intervenção médica para a mulher ou a criança. A transição dos partos domiciliares para o ambiente hospitalar foi incentivada pelo próprio sistema público de saúde. Estabeleceu-se, então, um modelo de assistência caracterizado pela dissociação entre a mulher, seu corpo e o processo do parto. A mulher passou a ocupar um papel de total passividade, enquanto se exaltava o protagonismo médico, seus procedimentos e instrumentos (Tófoli, 2020, p. 54).

Estabeleceram-se, assim, práticas centradas na conveniência institucional e no controle técnico, em detrimento do bem-estar da parturiente, como a imposição da posição ginecológica, a realização rotineira de enemas, episiotomias, induções hormonais e o uso frequente do fórceps (Tófoli, 2020, p. 54–55). Nesse cenário, a cesariana — anteriormente considerada um recurso extremo para salvar vidas em partos complicados — passa progressivamente a ser vista como uma alternativa mais segura (Tófoli, 2020, p. 55). Já na década de 1970, médicos passaram a defender a possibilidade de as mulheres optarem por cesarianas eletivas. Paralelamente, nesse mesmo período, denúncias sobre práticas de violência obstétrica foram levantadas por profissionais da saúde e por movimentos feministas. Entre os anos de 1980 e 1990, ganha força o movimento de humanização do parto. Como resultado desse avanço, na década de 2000 ocorreram mudanças legais, como o reconhecimento do direito da parturiente de estar acompanhada durante o parto (Tófoli, 2020, p. 56).

À medida que o movimento indígena conquistou o direito ao acesso à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988, intensificou-se a aproximação com as epistemologias da biomedicina. Como resultado, observam-se transformações significativas nos modos de atenção ao parto entre os povos indígenas. Nas duas últimas décadas, partos entre mulheres indígenas dos povos Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé passaram a ocorrer majoritariamente em instituições hospitalares (Macedo, 2007; Giberti, 2013; Tófoli, 2020). Trata-se de uma mudança processada em um intervalo de tempo relativamente curto. Conforme destaca Tófoli (2020, p. 161), “a hospitalização do parto e as orientações médicas impactaram drasticamente nos autocuidados que envolviam o nascimento de uma criança”. Nesse processo de reconfiguração de paradigmas, observa-se o progressivo desuso de saberes tradicionais associados ao parto, os quais, apesar disso, permanecem latentes nas memórias e narrativas das mulheres indígenas que vivenciaram experiências de partos domiciliares.

O parto hospitalar, sob a lógica biomédica, tende a restringir-se à dimensão fisiológica do corpo da mulher, incluindo, quando muito, aspectos emocionais e psicológicos. Essa abordagem, por suposto, desconsidera os encantamentos, significados e sutilezas presentes nos sistemas tradicionais de parto entre os povos indígenas. Diversas autoras (Ferreira, 2012; Menezes, 2012; Silva, 2017, *apud* Giberti, 2013) evidenciam como a racionalidade médica impacta não apenas o cuidado com a mãe e o recém-nascido, mas também categorias fundamentais das cosmovisões indígenas, como a constituição da pessoa, as concepções de

substancialidade e corporalidade, e os rituais que envolvem o nascimento — por exemplo, o modo de cortar o cordão umbilical, o destino cerimonial da placenta, os cuidados espirituais para aterrar o corpo da criança, ou a contagem da gestação pelas fases da lua (Tófoli, 2020, p. 74). Por sua inserção em um modelo padronizado e protocolar, o parto hospitalar não contempla as demandas específicas das parturientes, sobretudo aquelas relacionadas aos cuidados tradicionais (Giberti, 2013). Ainda que o modelo de atenção diferenciada à saúde indígena preveja a atuação de novos sujeitos políticos — como os AIS — para intermediar os saberes tradicionais no contexto dos serviços formais, tal articulação permanece limitada e, muitas vezes, insuficiente (Tófoli, 2020).

O “processo de hospitalização dos partos e dos nascimentos fez com que uma série de técnicas baseadas na *ciência dos índios* estejam caindo em desuso, ao serem desvalorizadas em detrimento da técnica médico-hospitalar” (Tófoli, 2020, p. 250). Embora tal processo não abale diretamente a fé das pessoas nas práticas tradicionais, ele reduz a rede de apoio comunitário e compromete a vivência coletiva do nascimento enquanto evento ritual, carregado de significados espirituais e afetivos compartilhados (Tófoli, 2020). Quando o parto é deslocado para o ambiente hospitalar, observa-se a perda da autonomia da parturiente e a ruptura com a vivência coletiva do nascimento, tradicionalmente compartilhada por familiares e redes de sociabilidade próximas, e permeada por saberes e práticas ancestrais transmitidos entre gerações. A mulher e a criança, nesse contexto, são deslocadas de seus ambientes cotidianos e simbólicos, passando a vivenciar o nascimento em condições de isolamento institucional. Tais mudanças impactam diretamente os modos de existência dos povos indígenas que se encontram indissociavelmente articuladas à relação com o território — dimensão fundamental para a organização social, espiritual e cosmológica dessas populações (Tófoli, 2020, p. 252).

As práticas tradicionais de cuidado e promoção da saúde ocupam, frequentemente, uma posição secundária no sistema de saúde hegemônico, carecendo de reconhecimento e inserção efetiva nas políticas públicas (Tófoli, 2020, p. 42). Essa percepção foi reiterada durante a IX Assembleia Ordinária⁴⁶ da Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Nordeste, Minas Gerais e Espírito Santo (APOINME). Um dos pontos críticos debatidos referiu-se à crescente adesão ao modelo biomédico, sobretudo no que tange à atenção ao parto. Com a predominância dos nascimentos em ambiente hospitalar, observa-se a legitimação da autoridade médica pelas novas gerações, que tendem a priorizar as orientações

⁴⁶ Esta Assembleia foi realizada na Lagoa dos Tapeba, entre os dias 12 e 14 de novembro de 2018.

dos profissionais de saúde em detrimento dos ensinamentos tradicionais. Tal cenário é agravado pelo fato de que as prescrições médicas, em geral, impõem menos restrições e interditos do que os cuidados transmitidos pelas mães e avós. Nesse contexto, configura-se um conflito de saberes, no qual os conselhos maternos e ancestrais entram em tensão com as normativas prescritas por médicos e enfermeiros, evidenciando um processo de deslocamento das referências culturais no campo da saúde indígena (Tófoli, 2020, p. 203).

Conforme argumenta Mccourte (2009, *apud* Tófoli, 2020, p. 74), a lógica institucional que rege o atendimento hospitalar tende a ser estruturada em função da superlotação, o que acarreta a condução dos partos da maneira mais célere possível, além da tendência de se deixarem as mulheres sozinhas durante o trabalho de parto. Entre os Tapeba, por exemplo, relatos de mulheres da nova geração indicam experiências marcadas por situações de negligência, desrespeito e violências obstétricas em instituições hospitalares. Apontam-se ainda a superlotação dos hospitais, a escassez de profissionais e insumos, fatores que comprometem a estrutura institucional de segurança e revelam a inserção dessas populações em dinâmicas sociais profundamente excludentes e desiguais. Soma-se a isso a evidente despreparação das equipes de saúde para lidar com as especificidades étnicas e culturais dos povos indígenas (Tófoli, 2020, p. 73–75).

Entre as mulheres Pankararu com quem Giberti (2013) dialogou, é recorrente o relato de desconforto e insatisfação com os partos hospitalares, especialmente pelo fato de serem conduzidos sem a presença de acompanhantes e em contextos de isolamento. A prestação de uma assistência respeitosa e o exercício de determinados direitos tornam-se, muitas vezes, condicionados à boa vontade dos profissionais de saúde. Em decorrência disso, observa-se um receio generalizado entre as mulheres indígenas ao solicitarem, por exemplo, a devolução da placenta — entendida como parte do corpo e, portanto, destinada a ser enterrada na residência — em razão do temor de repressão (Giberti, 2013). A negligência e/ou o desrespeito às práticas culturais no parto hospitalar provocam a transgressão de diversas normas do resguardo, como o banho e a lavagem dos cabelos logo após o parto, em contraste com os cuidados domésticos, que recomendam repouso absoluto. Além disso, enquanto no ambiente hospitalar exige-se silêncio e imobilidade durante o trabalho de parto, nas práticas tradicionais valoriza-se a mobilidade, a alimentação e a escolha livre da posição para parir, sob a orientação de mulheres mais experientes da comunidade (Giberti, 2013, p. 167).

Todavia, é importante ressaltar que o acesso à assistência médica durante o parto é valorizado por diversas mulheres indígenas Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu,

Tapeba e Tremembé, conforme relatado nos estudos de Macedo (2007), Giberti (2013) e Tófoli (2020). A realização do pré-natal é frequentemente percebida como um avanço positivo, especialmente pela possibilidade de detecção precoce de gestações de risco, como aquelas associadas a hipertensão ou diabetes. Outro aspecto valorizado refere-se à disponibilidade de transporte, viabilizado pela SESAI, para o deslocamento até o hospital. Muitas das mulheres que optam pelo parto hospitalar associam essa escolha à ideia de maior segurança e assepsia — uma noção amplamente difundida tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos meios de comunicação (Giberti, 2013, p. 169).

Ulla Macedo (2007, p. 166), ao investigar a experiência das mulheres Tupinambá, observa que a distância temporal quase se transforma também em uma separação espacial. Isso se deve ao fato de que as mudanças estruturais nas comunidades — como a construção de estradas e a melhoria do acesso à cidade — tornaram possíveis aproximações outrora impensáveis entre a "roça" e a "rua". Em décadas passadas, os partos eram predominantemente realizados em casa devido à dificuldade de locomoção, especialmente em períodos de chuvas que tornavam as estradas intransitáveis. Atualmente, o acesso ao hospital é mais facilitado, o que contribui para a escolha, por parte de muitas mulheres, do parto institucional.

3.1.2 Gestação e Parto Domiciliar

3.1.2.1 Tupinambá

No entendimento das mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro, com quem a pesquisadora Ulla Macedo (2007) dialogou durante seu trabalho de campo, a gestação é concebida como um processo de preparação não apenas para o parto, mas também para o puerpério, assumindo uma dimensão que transcende o biológico e incorpora elementos espirituais. A criança, nesse contexto, é frequentemente compreendida como um ser espiritual — um anjo — cuja vinda está associada ao poder do Espírito Santo. Essa visão revela, ainda que de forma sincrética, a influência da religiosidade católica nas concepções cosmológicas e reprodutivas do grupo (Macedo, 2007). A percepção da gravidez costuma ser inicialmente

mediada por alterações no ciclo menstrual — como a suspensão da menstruação, mudanças na coloração e no volume do fluxo —, sendo também comum a consulta aos encantados para confirmação e orientação. Apesar disso, observa-se uma crescente utilização de exames laboratoriais como forma de confirmação da gestação, mesmo quando a mulher já pressente a ocorrência da gravidez (Macedo, 2007).

Um aspecto central nas concepções Tupinambá diz respeito à noção de agência do feto, compreendido como um ser em formação que já manifesta vontades próprias e exerce influência ativa na vida social dos pais, especialmente da mãe. Mesmo antes do nascimento, o feto — frequentemente denominado “menino”, independentemente do sexo biológico — é reconhecido como uma quase-pessoa, dotada de presença e intenção. Entre os mais velhos, a formação do feto é explicada a partir de uma concepção biológica tradicional, segundo a qual ele resulta da união de substâncias corporais dos pais: o esperma, concebido como derivado do sangue masculino, combina-se ao sangue menstrual para dar origem à nova vida. Desse modo, tanto a maternidade quanto a paternidade são concebidas como corresponsáveis pela fabricação inicial dos descendentes, evidenciando uma cosmologia reprodutiva que integra elementos físicos e simbólicos.

A gestação é compreendida, também, como um período de elevada vulnerabilidade espiritual, no qual o corpo da mulher se torna aberto, ficando suscetível à ação de forças externas, especialmente de natureza espiritual. Por esse motivo, é necessário cuidado para que influências espirituais negativas não afetem a mãe ou o bebê (Macedo, 2007, p. 101). Nesse contexto, além da vontade consciente da mulher grávida, reconhece-se a atuação de outras duas entidades com agência própria: o feto e a Mãe do Corpo. Um dos modos mais visíveis dessa atuação se manifesta por meio do desejo repentino por determinados alimentos, os quais são interpretados como expressões da vontade dessas entidades. Quando tais desejos são atribuídos ao feto, essa identificação ocorre com base em determinados sinais corporais, como episódios de vômito logo após a ingestão do alimento desejado, movimentos intensos do bebê no útero ou, nos estágios finais da gestação, o início precoce do trabalho de parto (Macedo, 2007, p. 97).

O desejo, portanto, é compreendido como algo sagrado e digno de respeito. A não satisfação de tais vontades pode implicar consequências negativas para o feto, como o risco de ele “ir por mato” — expressão utilizada para indicar a perda do bebê — ou nascer com a boca aberta. Um relato exemplar é o de Dona Fátima Tupinambá, que compartilhou sua experiência ao desejar comer jaca muito madura e, ao não o fazer, sentiu dores no corpo. Somente após

saciar o desejo é que os sintomas cessaram. Em outra gestação, relata que seu filho nasceu com a boca aberta porque ela não atendeu à vontade que sentira (Macedo, 2007, p. 99, 117). Importa destacar que, mesmo quando o alimento desejado é considerado impróprio — como aqueles classificados como “pesados”, “remosos” ou causadores de “queimor” —, o desejo é, ainda assim, tolerado, dada a gravidade atribuída à sua não realização (Macedo, 2007). Nesses relatos, o desejo, as dores e demais sintomas corporais são interpretados como manifestações conjuntas do feto e da “Dona do Corpo”, revelando uma compreensão expandida da gestação como processo relacional e espiritual.

Outros sintomas comuns durante a gravidez, como queda de cabelo, azia, sonolência, micção frequente e, em casos mais graves, hemorragias, não são compreendidos apenas sob uma ótica biomédica. São também associados a acontecimentos emocionais negativos — como sustos, tristezas, raiva ou medo — vivenciados pela gestante (Macedo, 2007). Para as mulheres da geração mais antiga, recomenda-se que, durante a gravidez, a mulher permaneça ativa, continue a trabalhar e mantenha relações sexuais. Tais práticas são entendidas como formas de fortalecer tanto o feto quanto o corpo da gestante, contribuindo para a realização de um parto mais fácil e rápido (Macedo, 2007, p. 107).

Entre as mulheres Tupinambá, a interrupção gestacional, muitas vezes referida como “perca”, é compreendida dentro de um complexo sistema simbólico e fisiológico. Esse fenômeno ocorre, em grande parte, como resultado de um “choque” — termo que designa uma experiência extrema de susto ou impacto emocional profundo. Entre os principais agentes desse choque, destaca-se a cobra, cuja presença é constante nas narrativas de gestação, sobretudo nas formas conhecidas como cainana e cipó. A associação entre a cobra e a gestação está relacionada, não apenas à presença recorrente do animal, mas também à sua anatomia, considerada como de corpo aberto.

Além do choque, outros fatores são considerados capazes de desencadear a interrupção gestacional, como situações de violência, notícias trágicas, encontros com cães agressivos, sentimentos intensos (desejo, raiva) e perturbações emocionais diversas. Entretanto, tais eventos não necessariamente resultam na perda fetal, a menos que a mulher apresente um “sangue fraco” ou um organismo debilitado. A qualidade fisiológica do corpo feminino — definida culturalmente como forte ou fraca — é entendida como inata, isto é, cada indivíduo nasce com uma constituição distinta e singular. Conforme argumentam Junqueira & Mindlin (2003, p. 237, *apud* Macedo, 2007, p. 119-120), essa compreensão da constituição corporal leva as mulheres a se perceberem como “donas de seus próprios corpos”, uma vez que cada

caso de interrupção gestacional é interpretado a partir do entendimento particular que se tem do funcionamento do corpo. Tal autonomia epistemológica confere autoridade às mulheres Tupinambá na leitura e diagnóstico de seus próprios estados corporais, sustentada por princípios culturais específicos.

O papel do genitor também é relevante no processo gestacional. A qualidade do sangue paterno pode influenciar a permanência ou não do feto. Segundo Macedo (2007, p. 118), se o pai possui sangue forte, as chances de continuidade da gestação aumentam; caso contrário, a probabilidade de perda é maior. Paralelamente, reconhece-se que diversas ervas são tradicionalmente utilizadas para induzir o aborto, como a folha de Santa Bárbara, a folha de guiné com alumã, a raiz de fedegoso e o limão-mirim. A indução voluntária do aborto é, no entanto, moralmente condenada no plano comunitário, ainda que, na prática, seja uma realidade vivenciada. Jovens mulheres, especialmente, recorrem a métodos caseiros, como a ingestão de chás preparados por amigas ou mulheres mais velhas, com o intuito de interromper a gravidez. A aquisição de medicamentos farmacêuticos com essa finalidade remonta a tempos anteriores, quando se comercializavam remédios conhecidos como "reguladores", embora seu alto custo sempre tenha limitado o acesso, principalmente entre as mais jovens.

Os casos de aborto voluntário, quando ocorrem, são frequentemente camuflados, embora rumores e notícias eventualmente se espalhem pela comunidade. Em geral, os episódios de aborto envolvem tanto jovens solteiras quanto mulheres casadas, estas últimas frequentemente justificando sua decisão por dificuldades financeiras, incluindo a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos. No entendimento cultural Tupinambá, a interrupção gestacional é aceitável até o terceiro mês de gestação; a partir desse período, não mais. Essa concepção revela que a noção de vida ou pessoa não se estabelece de forma imediata após a fecundação. O princípio da permissibilidade até os três meses reflete uma interseção entre valores espirituais e preocupações com a saúde da gestante (Macedo, 2007, p. 121-122).

Aspectos espirituais desempenham um papel importante na constituição do tabu do aborto. Gerações anteriores nutriam profundo temor em relação ao procedimento, uma vez que se acreditava que mulheres que provocassem a perda gestacional poderiam, após a morte, transformar-se em porca-espinho e perderiam sua proteção espiritual. Narrativas punitivas de cunho espiritual, sob a forma de lendas, também exercem forte influência na decisão de interromper ou não uma gestação. Por outro lado, nos casos em que o aborto ocorre de forma natural, acredita-se que a mulher passa a ser protegida por forças superiores, já que o feto

falecido é reconhecido como um "anjo", cuja alma se junta a Deus e protege a mãe (Macedo, 2007).

É relativamente raro que casos de aborto entre as mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro resultem em encaminhamento para atendimento médico-hospitalar. Essa situação pode ser interpretada, por um lado, como sinal da eficácia dos saberes locais e das especialistas tradicionais; por outro, pode também sugerir a possível ocultação de complicações, cujas consequências só viriam a se manifestar a longo prazo. Reconhece-se que a interrupção gestacional — seja ela voluntária ou involuntária — pode acarretar impactos negativos significativos à saúde física e emocional da mulher. Por isso, após um episódio de aborto, é costume entre os Tupinambá que as mulheres observem um período de resguardo, sendo esse processo equiparado ao parto normal — ou até mesmo considerado mais severo (Macedo, 2007, p. 124).

Embora a experiência do parto seja vivida de forma mais intensa e direta pelas mulheres, ela mobiliza amplamente a rede de socialidade composta por parentes próximos, vizinhas, parteiras e rezadores(as). As práticas que envolvem a gestação, o parto e o puerpério constituem empreendimentos de ordem social, refletindo o entrelaçamento entre o biológico e o coletivo. O nascimento de uma criança abrange um conjunto de ações e relações sociais, ativando tanto esforços individuais quanto coletivos voltados ao bem-estar da família e ao fortalecimento do grupo (Scopel, 2014). Nesse sentido, a gestação entre os Tupinambá é compreendida como uma experiência de significativa relevância no campo da socialidade, mas também no domínio político, pois está diretamente relacionada à continuidade e ao crescimento da aldeia (Macedo, 2007).

Entre as mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro, participantes da pesquisa de Ulla Macedo (2007), destaca-se a crença na influência do ciclo lunar sobre a concepção e o nascimento. De acordo com esses saberes locais, a lua nova e a lua cheia são associadas à força vital. Crianças concebidas ou nascidas sob essas fases lunares tendem a ser saudáveis e fortes. Em contraste, aquelas vinculadas à lua minguante são tidas como mais frágeis, descritas localmente como “fraquinhas”. As fases da lua também informam práticas de seleção de sexo fetal: se o desejo for por filhos homens, recomenda-se a concepção durante a lua crescente ou cheia; para o nascimento de meninas, a preferência recai sobre a lua minguante ou nova. Macedo (2007, p. 108), dialogando com os estudos de Duarte (1986), analisa essas concepções à luz das associações simbólicas entre a lua cheia e a força masculina — consubstanciada no sangue forte —, enquanto a fragilidade associada ao

nascimento sob a lua minguante é correlacionada à construção cultural da feminilidade e à ideia de sangue fraco. Trata-se, portanto, de uma cosmologia reprodutiva que articula concepções biológicas, simbólicas e de gênero.

Além disso, as mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro reconhecem que a gravidez implica o cumprimento de um papel socialmente determinado: o da maternidade. Tal *status* exige da gestante uma conduta específica, considerada adequada ao novo momento de vida. Segundo relatos de mulheres mais velhas, havia, no passado, maior cuidado durante a gestação, o que se refletia, em suas percepções, no nascimento de crianças mais saudáveis. Ainda segundo esses relatos, anteriormente as mulheres engravidavam em idade mais precoce e com maior frequência, uma vez que o acesso à contracepção era praticamente inexistente. O único método conhecido era a laqueadura tubária, de difícil obtenção.

Assim, casar-se implicava, quase que automaticamente, tornar-se mãe (Macedo, 2007, p. 108). Macedo (2007) também ressalta que a descontinuidade da vida escolar era um fator que, à época, levava muitas jovens ao casamento precoce e, por consequência, à maternidade. Este é um fator que contribui no entendimento de que o nível de escolaridade interfere nas decisões reprodutivas. Com o passar do tempo, o acesso a métodos contraceptivos e a inserção crescente das mulheres em empregos formais contribuíram para uma reestruturação das práticas e expectativas relacionadas à reprodução. Tais transformações distinguem nitidamente as trajetórias das mulheres da geração antiga das vividas pelas mulheres mais jovens (Macedo, 2007, p. 110).

Diante disso, as gerações mais antigas demonstram dificuldade em compreender por que mulheres com mais de 20 anos ainda não têm filhos. Relatam, com frequência, que em sua juventude já haviam tido vários, mesmo diante das adversidades. Essas dificuldades referem-se, por exemplo, ao acesso limitado à cidade e aos serviços de saúde indígenas. Já as jovens priorizam, em muitos casos, a continuidade dos estudos e, posteriormente, a inserção no mercado de trabalho. Com isso, realizam planejamento familiar optando por ter menos filhos e em idades mais avançadas, especialmente em comparação com suas avós. Essa escolha leva em conta, além da conciliação entre maternidade, responsabilidade domésticas e vida profissional, os custos elevados para criar e sustentar uma criança — desafios que não eram percebidos da mesma forma pelas gerações anteriores (Macedo, 2007).

Entre as mulheres da geração antiga da Serra do Padeiro, a gravidez sempre foi compreendida como uma experiência de risco, mas nunca como uma enfermidade. Magali Tupinambá, em depoimento, afirma que engravidar é um perigo, pois, embora a gestação

possa transcorrer sem intercorrências, o parto é imprevisível (Macedo, 2007, p. 131). Dona Juce, por sua vez, recorda o período em que o parto hospitalar ainda era inacessível: era comum que entre quatro a seis mulheres morressem anualmente durante o parto. Com o acesso ao parto hospitalar, essas mortes se tornaram muito raras (Macedo, 2007, p. 110). Hoje, as mulheres mais jovens da Serra do Padeiro preferem o parto hospitalar, considerado seguro, e essa escolha é, inclusive, recomendada pelas próprias mulheres da geração antiga.

As mulheres Tupinambá nomeiam de “sinal” as sensações corporais que precedem o trabalho de parto. Ao reconhecerem esse sinal, o marido ou um parente próximo é incumbido de buscar transporte para levar a gestante ao hospital. Cerca de vinte anos atrás, no entanto, essa ação consistia em localizar a parteira previamente contatada ou buscar a mãe da gestante, ou ainda alguma mulher experiente da comunidade. Em muitos casos, a própria mãe da parturiente era detentora desse saber. Dona Fátima Tupinambá relata que o parto em casa era a única opção disponível naquele período (Macedo, 2007, p. 130).

Sobre os cuidados pós-parto, especialmente quanto ocorria o parto domiciliar, Viegas (2007, p. 109) destaca a atenção dada à placenta — denominada “restos da mulher e do menino” —, que deve ser tratada com o mesmo respeito e cautela que se dedica aos mortos. A placenta é enterrada em local cuidadosamente escolhido, em buraco profundo, com o objetivo de impedir que seja consumida por animais que se alimentam de carniça ou desenterrada pelos seus animais domésticos como cães, gatos ou galinhas. Tal prática reforça a dimensão espiritual e simbólica do parto, evidenciando a continuidade entre o nascimento, o corpo e o território.

A geração mais antiga de mulheres Tupinambá da Serra do Padeiro recorre frequentemente às narrativas sobre as dificuldades enfrentadas durante o parto como forma de reforçar uma identidade de gênero baseada na resistência e no sacrifício. Para essas mulheres, vivenciar plenamente os riscos e dores do parto constituía uma espécie de rito de passagem, legitimando-as como “mulheres de verdade” (Macedo, 2007, p. 131). Esse repertório simbólico, no entanto, influencia também as escolhas reprodutivas da geração mais jovem, contribuindo para a crescente valorização do parto hospitalar, percebido como mais seguro diante das memórias de complicações e óbitos relatadas pelas mais velhas.

Apesar da preferência contemporânea pelo ambiente hospitalar, muitas mulheres Tupinambá — inclusive entre as mais jovens — continuam a valorizar o parto vaginal como forma ideal de nascimento, associando-o a uma recuperação mais rápida e menos invasiva. Um dos motivos mais frequentes que levam à realização da cesariana é a ausência de

passagem ou abertura adequada para o parto, condição localmente nomeada como "eixo de homem". Ainda assim, a atenção institucionalizada à gravidez não é, em si, considerada imprescindível pelas mulheres da comunidade. Conforme observou Macedo (2007, p. 112), o pré-natal é valorizado não tanto por seus protocolos biomédicos, mas como parte de um novo ritual de aceitação dos tempos modernos — um processo que, por vezes, implica o abandono de práticas tradicionais e saberes locais, especialmente os detidos por parteiras.

Entre os saberes tradicionais, destaca-se a valorização da mulher que tem bons partos, considerada uma "boa parideira" — um atributo entendido como uma característica individual, embora não diretamente associada à herança genética, mas sim a uma espécie de dom ou disposição corporal específica (Macedo, 2007, p. 135). Contudo, esse status pode ser perdido, uma vez que partos considerados bons podem tornar-se difíceis. Acredita-se que isso esteja diretamente relacionado à forma como a mulher realiza o resguardo pós-parto. O cumprimento rigoroso do resguardo favorece a manutenção da saúde, a harmonia com a Dona do Corpo e a continuidade de partos tranquilos. O "bom parto", nesse contexto, é também expressão de autonomia e força: parir sozinha, quando possível, é compreendido como um ato de empoderamento e coragem, reverberando valores de resistência e autoridade feminina próprios do universo Tupinambá.

Todas as mulheres consultadas por Macedo (2007), independentemente da idade, reconhecem a importância do resguardo puerperal. Dentre as crenças tradicionais, uma das mais expressivas é a ideia de que "o futuro de uma pessoa pode se configurar a partir da forma como ela vem ao mundo" (Macedo, 2007, p. 136). Por exemplo, se uma menina nasce de bruços — igual a homem —, acredita-se que ela não conseguirá engravidar, a menos que a parteira revele tal fato. Há também a possibilidade de reversão simbólica: se a mulher que nasceu de bruços encontra um parceiro que também nasceu ao contrário, de barriga para cima — igual a mulher — o casal poderá conceber. Tais interpretações revelam uma cosmologia reprodutiva marcada pela conexão entre corpo, destino e espiritualidade.

Nos partos domiciliares, ao final do processo, é comum a preparação do "pirão de parida" — um escaldado de galinha que visa restabelecer as forças da mulher (Macedo, 2007, p. 136). Além de sua função restauradora, esse alimento expressa cuidado e solidariedade, funcionando como um ritual de acolhimento tanto da mãe quanto do recém-nascido. O pirão é considerado o primeiro "brinde à vida" mulher (Macedo, 2007, p. 137). Outras práticas pós-parto incluem os banhos de assento, realizados da cintura para baixo com infusões de folhas medicinais, e a esfregação, uma técnica de massagem abdominal que utiliza cascas e ervas

específicas. Essas plantas são, em geral, cultivadas pelas próprias mulheres em hortas nos quintais, o que reforça o papel ativo das mulheres como guardiãs do saber medicinal.

Entre os recursos usados no resguardo, destacam-se o chá de aroeira, para "fechar a capa dura" (isto é, auxiliar na cicatrização interna), e a água inglesa, associada à purificação — esta última, podendo ser adquirida em farmácias (Macedo, 2007, p. 198). Outro elemento relevante é a temperada, bebida à base de plantas medicinais, mel e, em algumas versões, cachaça (substituída por água, quando necessário). A temperada é usada tanto na recuperação da parturiente quanto nas esfregações, podendo ainda ser oferecida às visitas, que são parte do processo de inserção do recém-nascido na rede social dos pais.

As práticas pós-parto revelam a inseparabilidade entre dimensões espirituais e corporais. Por exemplo, quando o bebê nasce “implicado” ou “ensacado” — envolto pela película amniótica —, realiza-se um pequeno corte em forma de cruz com uma pedrinha de sal, de modo a garantir que a criança possa viver normalmente (MACEDO, 2007, p. 132). Para auxiliar o retorno do ventre ao estado anterior, além da esfregação e da amarração abdominal, são utilizadas simpatias. Uma delas consiste em bater a barriga contra a porta três vezes, em uma sexta-feira à noite, dizendo: “Toma a minha barriga pra tu, porta” (MACEDO, 2007, p. 140).

Outro aspecto fundamental no pós-parto é a proteção espiritual da mulher e do recém-nascido. Ambos são considerados de corpo aberto e, portanto, mais vulneráveis a doenças como o “vendo caído” — uma manifestação de mau-olhado que pode causar febre e diarreia. Para esses casos, é necessária a intervenção de rezadores(as) (Macedo, 2007, p. 141). Ainda no cuidado com o bebê, a amamentação é amplamente praticada e valorizada, embora o tempo de aleitamento seja, por vezes, encurtado devido ao uso de métodos contraceptivos, que não são recomendados durante a lactação. Acredita-se também que, caso a mulher engravide novamente enquanto ainda amamenta, seu leite “estraga”, tornando-se prejudicial ao filho lactente, pois o sangue materno se redireciona à formação do novo feto (Macedo, p. 79).

Quando se deseja interromper a amamentação, recorre-se a saberes transmitidos entre gerações, como o uso de remédios do mato e simpatias. Uma delas consiste na confecção de um rosário de mamona, colocado no pescoço da lactante; quando o rosário seca, é sinal de que o leite também secará. Para estimular a produção de leite, uma prática comum é dirigir-se a uma jaqueira, expor o seio e dizer: “Jaca, me dá leite pelo amor de Deus, para eu criar meu filho, assim como você criou os seus”, seguida de pequenos cortes no tronco, batidas no bico

do peito dizendo “Oh jaqueira, me dê leite para eu criar meu filho, pelo amor de Deus, assim como você teve leite para criar os seu”, como parte do ritual (Macedo, 2007, p. 80). Pentear o seio com pente de cabelo é outra técnica utilizada para aumentar o fluxo de leite.

O pós-parto é compreendido como um período de alto risco físico e espiritual. A mulher puérpera é orientada a evitar conversas ou ruídos que possam abalar seu estado emocional. Uma prática comum é colocar algodão nos ouvidos para impedir a escuta de sons ou palavras indesejadas. O resguardo de boca também é fundamental: certos alimentos, considerados remosos, devem ser evitados por causarem inflamações na Dona do Corpo. Alguns deles só podem ser consumidos meses após o parto; outros, como aracol, cágado, preguiça e saracuã, apenas após um ano (Macedo, 2007).

As mulheres que auxiliam a parturiente durante o resguardo, bem como aquelas com maior experiência dentro de sua rede de socialidade, desempenham papel fundamental na transmissão de saberes relacionados ao repertório alimentar e aos cuidados nesse período. Esse acompanhamento é feito de forma processual e contínua, orientando a puérpera ao longo de sua recuperação. Um ensinamento recorrente é o de que, durante a primeira gestação, a mulher não deve receber excessivos cuidados ou mimos, a fim de evitar a criação de expectativas irreais em futuras experiências de parto — prevenindo, assim, frustrações capazes de afetar seu equilíbrio emocional (Macedo, 2007, p. 142).

No contexto do parto domiciliar, caso a mulher se sentisse mal após o nascimento da criança, era comum o uso de purgantes, com o objetivo de eliminar “tudo de ruim” do corpo e promover a recuperação (Macedo, 2007, p. 140). Um dos principais cuidados refere-se aos pés, considerados a raiz do corpo: acredita-se que tudo que comanda o funcionamento do organismo se origina neles. Assim, não se deve permitir que os pés esfriem ou entrem em contato com o chão frio, sob o risco de provocar inflamações na Dona do Corpo. Nesse sentido, Macedo (2007, p. 141) afirma: “pensar a atuação da Dona do Corpo é fundamental para compreendermos a relação que o mundo exterior estabelece com o interior da mulher”.

A seguir, o depoimento de Dona Fátima Tupinambá, da Serra do Padeiro, ilustra com riqueza de detalhes essa concepção e os cuidados mobilizados no resguardo:

Você tá pra parir já é uma dor que incomoda o corpo todo, né? Você já fica, né? Aí bota aquela dor, o menino nasce, aí quando termina de nascer você tá com o corpo todo estressado, seu corpo tá agitado, você tá assim como se tivesse doente, é a mesma coisa que está doente, não é isso? Você sente aquela moleza, aquela ruindade no corpo, aquela falta, você respirou, que fica parecendo que antes você não respirava, aí você precisa de quê? De relaxar, de não ouvi zoadá. Por quê que antigamente se tapava os ouvidos? Você tá parida ali em cima da cama, ou ali sentada, *o seu sangue tá todo*

solto, porque o sangue fica todo solto por dentro, suas veias tá tudo inflamada, porque inflama as veias tudo, porque o menino ele gera no seu corpo, na sua barriga, mas ele comanda o corpo da gente todo, é uma parte do corpo da gente quando ele sai, é o mesmo que você tirar um pedaço de você [grifo nosso]. Aí você ouve uma conversa mal conversada, aí você vai prestar atenção naquilo, quando você presta atenção naquilo, aquilo já vai, ó... já ofende seu cérebro, já ofende seu coração. Você já toma como uma preocupação, já dá uma depressão, por isso que dá depressão, que se chama resguardo quebrado. E isso porque você ouviu uma conversa que você não podia ouvir naquele momento, porque seu sangue tá todo mobilizado, aí antigamente tapava o ouvido que era pra não escutar, tinha algodão dentro do ouvido, nos dois. Aí quem quisesse que conversasse suas barbaridades por aí, a mulé não ia escutar, também tinha que calçar uma meia no pé, porque o pé não pode esfriar, porque é a raiz, tudo quanto é raiz do seu corpo tá na sola do seu pé. Tudo o quê comanda no seu corpo é de seus pés, tudo faz parte dos pés, que é onde tá as raiz. Você já viu a árvore como é? Ela tá em pé lá em cima, e as raiz tá ó, ó... é as veias dela. É igual a nós, a gente tá aqui, mas tudo ó, pega tudo aqui, repare os pés como é cheio de nervos e de veia. Se você tiver parida e pisar os pés numa frieza, num negócio, aí você tem mais possibilidade de adoecer mais ligeiro. Assim nós conta como antigamente mãe dizia pra gente, mãe explicava pra a gente que não podia pisar em chão frio, não podia pisar em nada, agora hoje nós acha diferente porque ninguém acredita nisso (Macedo, 2007, p. 148-149).

3.1.2.2 Pankararu

Entre as mulheres Pankararu, o processo de nascimento ocorre em um contexto de articulação e convivência entre os saberes tradicionais dos mais velhos e os conhecimentos e práticas da medicina disponibilizada pelos serviços oficiais de saúde (Giberti, 2013). É comum que as gestantes frequentem o acompanhamento pré-natal, ao mesmo tempo em que façam uso de remédios do mato. Tanto nos partos domiciliares quanto nos hospitalares, o período pós-parto é marcado pela observância do resguardo, considerado fundamental para a harmonia da mulher com a Dona do Corpo. Nas aldeias Pankararu Brejo dos Padres e Jitó prevalecem os partos domiciliares, enquanto nas demais aldeias observa-se maior ocorrência de partos hospitalares normais. Esse predomínio do parto domiciliar em algumas comunidades se deve, em grande parte, à atuação de Dona Maria, parteira que aprendeu seu ofício com parteiras mais velhas e também se formou como técnica em enfermagem, atuando tanto em uma EMSI quanto em um hospital local. Sua prática combina saberes indígenas e biomédicos, ambos demandados pelas mulheres indígenas (Giberti, 2013).

Segundo a pesquisa de Giberti (2013), as mulheres entrevistadas frequentavam o serviço pré-natal e realizavam boa parte de seus partos em hospitais. Elas relatam que

somente após a experiência do primeiro parto foram capazes de compreender as sensações corporais e os fluidos liberados durante o processo. A autora também destaca as críticas feitas pelas mulheres mais velhas às práticas das mais jovens, sobretudo quanto à negligência com o resguardo pós-parto. Essas falhas estariam associadas ao surgimento de dores de cabeça e ao chamado “bucha quebrado” (flacidez abdominal), frequentemente relacionado à ausência da prática de amarração. Observa-se, assim, um movimento de adaptação dos cuidados tradicionais às condições possíveis de cada puérpera, em diálogo com os critérios de validação da biomedicina.

O nascimento, para os Pankararu, envolve diretamente a relação com os encantados, exigindo múltiplos cuidados tanto com a mãe — que deve cumprir rigoroso resguardo em função da Dona do Corpo — quanto com o bebê, considerado vulnerável à ação de seres sobrenaturais (Giberti, 2013, p.138). Apesar da importante articulação entre os saberes tradicionais e a assistência biomédica, cada mulher vivencia esse processo de forma singular, dependendo das redes familiares e de apoio disponíveis (Follér, 2004, *apud* Giberti, 2013). No contexto do parto domiciliar, destaca-se o cuidado com o umbigo do recém-nascido, cuja guarda é revestida de significados. De acordo com Athias (2004, *apud* Giberti, 2013), o umbigo é preservado para garantir que a pessoa mantenha vínculo com o lugar de nascimento. Giberti (2013, p. 144) acrescenta que é preciso protegê-lo de ratos, pois, segundo a tradição, caso o animal o devore, o filho tornar-se-á ladrão. Além disso, o umbigo pode ser utilizado em práticas terapêuticas, como chás destinados à cura de determinados males.

Entre as mulheres mais jovens, Giberti (2013, p. 181) observou a prática de amamentar exclusivamente até os seis meses, complementando, posteriormente, com leite artificial. Em geral, a amamentação se prolonga por mais de dois anos. Nos casos em que a mãe, nos primeiros dias, não consegue amamentar, recorre-se a uma parente ou amiga lactante para alimentar a criança. Além disso, o uso de chás de ervas oferecidos aos recém-nascidos é recorrente, com o objetivo de limpar o intestino e prevenir cólicas. Essa prática não é percebida como quebra da amamentação exclusiva, mas sim como uma forma de cuidado corporal tradicional. Uma parteira mais velha relatou que, em tempos passados, não era costume oferecer o seio no primeiro dia de vida do bebê, sendo-lhe administrado chá de erva específica (Instituto Nômade, 2010b, p. 30, *apud* Giberti, 2013, p. 179).

As mulheres em trabalho de parto são chamadas de “buchadas” pelos Pankararu. Nesses casos, são levadas ao hospital ou têm a presença da parteira requisitada. O parto domiciliar é valorizado por atender às necessidades específicas da parturiente, assegurando

acompanhamento constante por parte da mãe e de outros familiares, além de liberdade para movimentar-se e escolher a posição em que deseja parir. Não há uma posição pré-determinada: algumas mulheres dão à luz de cócoras, de quatro apoios ou deitadas, de acordo com sua preferência (Giberti, 2013, p. 160).

No ambiente doméstico, a parturiente também pode fumar campião, invocar os encantados, alimentar-se e beber durante o processo. A presença da família é considerada essencial para a segurança da mulher (Giberti, 2013, p. 169). As parteiras recorrem a chás, rezas, simpatias e outros recursos terapêuticos para fortalecer a gestante e facilitar o nascimento. Um exemplo é o chá de quiabo, utilizado para dar força à parturiente e auxiliar a saída do bebê. Banhos de assento preparados com ervas medicinais também são amplamente empregados, tanto no pré quanto no pós-parto. Ressalta-se ainda a importância da presença de uma segunda mulher, além da parteira, para auxiliar no preparo de receitas, na organização dos utensílios e do espaço e no suporte à gestante, desempenhando funções dinâmicas que variam conforme a necessidade (Giberti, 2013).

Após o parto domiciliar, é servido à parturiente o tradicional pirão da parida, preparado com galinha escaldada e farinha. O prato pode ser confeccionado por uma parente ou, na ausência desta, pela própria parteira. No mesmo dia, ou logo após o retorno do hospital, mãe e bebê recebem visitas para festejar a chegada do novo membro à família e à comunidade. Essa celebração, denominada Cachimbo, reúne parentes, amigos e vizinhos próximos. Aos convidados são oferecidos alimentos — preferencialmente o pirão da parida, mas também salgadinhos ou embutidos — acompanhados de bebidas como vinho de jurubeba, geralmente destinado às mulheres, e cachaça, destinada aos homens.

Esses cuidados e rituais vinculados ao nascimento expressam a incorporação do recém-nascido à coletividade Pankararu, articulando dimensões físicas, sociais e espirituais. Eventos como o Cachimbo e o batizado doméstico são considerados indispensáveis para assegurar uma vida equilibrada, protegendo a criança de entidades sobrenaturais e possibilitando sua inserção nos rituais espirituais da comunidade (Giberti, 2013). Outras manifestações culturais presentes nesse contexto incluem a dança do Toré e orações secretas dirigidas aos encantados (Cruz, 2010, p. 162, *apud* Giberti, 2013, p. 138).

3.1.2.3 Tapeba e Tremembé

De acordo com Tófoli (2020), as mulheres Tapeba e Tremembé encontram-se a uma ou duas gerações do tempo em que os partos eram realizados quase exclusivamente por parteiras e por mulheres da comunidade. Há cerca de 45 a 60 anos, essas populações vivenciam a transição do parto domiciliar para o parto hospitalar. Nos partos realizados em casa, o apoio e a assistência eram marcados por técnicas e saberes tradicionais, transmitidos entre mulheres próximas — mães, sogras, irmãs, primas e vizinhas. A autora destaca, a partir dos depoimentos de suas interlocutoras, o cuidado, o respeito e a reverência dirigidos à gestante, ao parto e, sobretudo, à mulher parida.

O parto era concebido como um evento familiar, mobilizando todos os presentes (Tófoli, 2020, p. 153). Contava-se, em geral, com a presença de uma mulher experiente — alguém que já tivesse “pegado menino”, frequentemente com algum grau de parentesco com a parturiente — ou de uma parteira reconhecida. Além disso, estabelecia-se uma rede de apoio para assegurar tanto o nascimento tranquilo da criança quanto a proteção da mulher. A principal rede de suporte da parturiente era composta, sobretudo, pelos próprios membros da família (Tófoli, 2020, p. 140). Observava-se uma distinção entre “o parto vim normal” e “o parto ser normal”: no primeiro caso, tratava-se de um nascimento sem intercorrências, que qualquer pessoa poderia assistir (Tófoli, 2020, p.227). Em situações de complicação, era comum que os bebês recebessem nomes em homenagem aos santos invocados no momento de dificuldade.

O período que antecedia o nascimento era permeado por rezas, relacionadas às devoções das pessoas envolvidas no parto. Quando uma mulher entrava em trabalho de parto, sua casa se enchia de mulheres, constituindo-se uma rede que auxiliava em pequenas tarefas e, sobretudo, sustentava espiritualmente a parturiente por meio das orações. Após o nascimento, o clima de apreensão e devoção cedia lugar à comemoração. Assim, o parto, ainda que não fosse um acontecimento corriqueiro, inseria-se plenamente na dinâmica da vida doméstica e familiar, articulando dimensões individuais e coletivas. Entre os Tremembé, Dona Dijé relata que a maioria dos partos domiciliares era realizada de cócoras, com todos os utensílios preparados de antemão, de forma limpa e organizada. Já entre as mulheres Tapeba, havia o costume de parir em um assento ou em uma rede (Tófoli, 2020, p. 240).

Além dos cuidados com a gestante por meio de remédios caseiros, chás e massagens, eram feitos preparativos específicos para o parto domiciliar: separar galinhas para a alimentação da mulher, providenciar cordão de algodão para amarrar o umbigo, preparar a umbigueira (pano para proteger o umbigo do bebê e evitar que “pegasse vento”) e uma lasca para cortar o cordão umbilical — muitas vezes de casca de cana-de-açúcar. Segundo Dona Dijé Tremembé, esses recursos tradicionais caíram em desuso. Parteiras costumavam preparar alguns desses materiais, mas muitas mulheres produziam seu próprio *kit*, pois os saberes eram amplamente compartilhados entre elas e transmitidos de mãe para filha.

Essa prática evidenciava a autonomia feminina nos preparativos para a chegada da criança, sustentada por um conhecimento herdado de gerações (Tófoli, 2020, p. 171). Entre os Tremembé, fraldas, cueiros e roupas do bebê eram defumados com resina de amescla, cujo aroma era considerado agradável e protetor. Essa defumação podia ocorrer também durante o parto e o pós-parto, como forma de resguardar energeticamente o ambiente e cuidar do umbigo do recém-nascido. Embora ainda presente, a prática tem se tornado cada vez mais rara. Entre os Tapeba, não há registro dessa tradição.

O trabalho de parto podia durar horas ou mesmo dias, iniciando-se com a ruptura da bolsa ou com a ritmação das contrações e concluindo-se apenas com a saída da placenta. Tófoli (2020) observa que muitas mulheres raramente se lembram dos acontecimentos ao redor nesse período. É nesse contexto que se fortalece a rede de apoio, com pessoas incumbidas de funções específicas, como aquecer a água ou preparar chás. A parteira Tapeba Dona Meire relatou que, em casos de parto demorado, administrava à mulher óleo doce (óleo de rícino), que possui propriedades de purgante, com ovo morno, recurso que acelerava as contrações e fornecia energia à parturiente.

Outros saberes eram mobilizados no trabalho de parto: entre as Tapeba e Tremembé, mencionou-se o uso de manteiga morna para massagens e ingestão, bem como o consumo de caldo de pimenta entre as Tremembé. A resposta da parturiente a esses remédios e técnicas orientava a decisão da parteira sobre prosseguir com o parto em casa ou transferi-la ao hospital (Tófoli, 2020). Também fazia parte do contexto do parto o uso de bebidas alcoólicas. Entre os Tapeba, relatou-se o consumo de cachaça e de zenebra (destilado de zimbro). Algumas parteiras utilizavam a cachaça para higienizar as mãos, mas também a ingeriam. Entre os Tremembé, o Pajé Luis Caboclo informou que o consumo de bebida no processo de nascimento recebia designações simbólicas: beber a cachaça era designado por beber o “mijo da criança”: para os homens era o “mijo branco”, bebiam a cachaça; para as mulheres era o

“mijo de mulher”, consumiam bebidas de cor avermelhada, como vinho ou conhaque (Tófoli, 2020, p. 187).

Para as mulheres Tapeba e Tremembé entrevistadas por Tófoli (2020), somente a mulher pode parir; às demais pessoas cabe apenas auxiliar. Essa ajuda, contudo, assume múltiplas dimensões: físicas — como massagens para reposicionar o bebê —, emocionais, mediante palavras de encorajamento; espirituais, por meio de rezas e invocações; e práticas, como o apoio em determinadas posições ou nos cuidados domésticos. Embora a centralidade do parto recaia sobre a parturiente, os homens também participavam, sobretudo em situações de emergência, buscando auxílio, transportando mulheres para hospitais ou mesmo assistindo aos nascimentos.

Tófoli (2020) registra relatos de homens Tremembé e Tapeba que desempenharam papéis importantes nesse contexto, destacando-se o de Ivanaldo (Maguinho) Tapeba, que auxiliou nos partos da irmã, oferecendo massagens e palavras de encorajamento; e, o de Reginaldo Tapeba, que assistiu a quatro partos — da filha, da irmã e de outra mulher da comunidade. Este último enfatiza a relevância do suporte masculino no processo, a partir da fala da própria filha, que afirmou preferir parir com o pai a fazê-lo em ambiente hospitalar. Para ela, a presença paterna significava cuidado e auxílio concreto — como massagens durante o trabalho de parto — em contraste com a experiência hospitalar, marcada pela solidão e pela ausência desse tipo de apoio.

Tão relevante quanto pegar a criança era a responsabilidade de cortar o cordão umbilical, oferecer os primeiros cuidados ao recém-nascido e auxiliar na expulsão da placenta. Apesar de alguns homens terem atuado em momentos decisivos do trabalho de parto, nenhum deles relatou ter realizado o corte do cordão umbilical (Tófoli, 2020, p. 153). Este gesto é de tal modo significativo que, em muitas narrativas, a ênfase recai mais sobre a pessoa que realizou o corte e sobre as circunstâncias em que ele ocorreu do que sobre o próprio nascimento.

Além das parteiras, também havia a participação de homens especialistas — como pajés e cachimbeiros — convocados em razão de seus conhecimentos espirituais, sempre que a parteira julgava necessário. Entre os relatos registrados por Tófoli (2020, p. 141), destaca-se a figura do pajé Luís Caboclo, o único homem com quem a pesquisadora teve contato que acompanhava sistematicamente as parteiras e prestava assistência durante os partos. Sua atuação conjugava as funções de pajé e rezador, revelando domínio tanto sobre os cuidados

espirituais direcionados à mulher quanto sobre procedimentos técnicos, incluindo aqueles voltados à condução de partos pélvicos.

O próprio Luís Caboclo relatou que, durante o trabalho de parto, a mulher frequentemente perdia as forças; em situações nas quais o sofrimento se prolongava por dois ou três dias, recorria-se às rezas para fortalecer a parturiente, prática que, segundo ele, mostrava-se eficaz (Tófoli, 2020, p. 143). O pajé também ressaltou a relação entre a gestação e os astros, afirmando que, em determinados períodos, diversas mortes maternas foram atribuídas ao planeta regente. O entendimento sobre essas influências astrais, segundo ele, era compartilhado e transmitido pelos mais velhos (Tófoli, 2020, p. 242).

O parto só era considerado concluído com a saída completa da placenta, nas palavras locais, quando a mulher se desocupa. A placenta é entendida como parte do corpo da mãe apenas durante a gestação, devendo ser expelida após o nascimento para que a mulher voltasse a estar plenamente desocupada. Quando havia dificuldade nesse processo, a intervenção das parteiras incluía rezas e procedimentos específicos, sendo esse um dos sinais que poderiam indicar que a mulher não teria futuros partos domiciliares (Tófoli, 2020).

Mesmo após o nascimento da criança, o parto não é considerado concluído. Ele somente se finaliza com a completa expulsão da placenta, momento que, em termos locais, segundo Tófoli (2020, p. 178), é descrito como desocupar a mulher. A noção de estar ocupada e, posteriormente, desocupada decorre da compreensão de que a placenta pertence ao corpo feminino apenas durante a gravidez; uma vez nascido o bebê, ela deve deixar o lugar que ocupou ao longo da gestação. Quando a expulsão não ocorre de forma espontânea, cabe às parteiras intervir por meio de rezas e de outros procedimentos, sendo esta uma de suas funções centrais. A dificuldade recorrente na saída da placenta, por sua vez, podia ser interpretada como um sinal de que a mulher não deveria ter partos futuros em casa.

Na perspectiva das mulheres Tapeba e Tremembé entrevistadas por Tófoli (2020), cada placenta é singular e deve nascer após a criança, quando esta já respira por si mesma. A placenta, juntamente com o cordão umbilical, constitui o elo vital entre mãe e filho. Após sua expulsão, cabe à parteira examiná-la atentamente, assegurando-se de que não falte nenhum fragmento. Sua importância decorre do fato de ser, simultaneamente, parte do corpo materno e parte do corpo da criança. Tal como esses dois corpos abertos exigem cuidados, a placenta requer cuidados específicos. Mesmo após o término de suas funções fisiológicas, com o nascimento da criança e o cessar do pulsar do cordão, ela continua a portar uma força própria, que precisa ser devidamente manejada.

Após os cuidados destinados à mãe e à criança, a parteira assume a responsabilidade de enterrar a placenta, prática que exige precauções específicas para que não seja devorada por animais, uma vez que esta é concebida como parte tanto da mãe quanto do recém-nascido. O ato de enterrá-la recai, em geral, sobre a parteira ou sobre o rezador, podendo também contar com a colaboração do pai da criança. É necessário cavar o buraco em profundidade suficiente para impedir que a placenta seja desenterrada por animais. Entre os Tapeba, a ênfase na importância desse gesto é recorrente: “A saúde e o bem-estar físico da mãe e do bebê nos dias que se seguem podem estar vinculados à maneira como a placenta é tratada e ao local onde se enterra” (Tófoli, 2020, p. 181). Nesse sentido, Dona Dijé Tremembé afirma que a placenta deve ser enterrada em lugar frio e fresco, de modo a proteger a mulher de dores e garantir saúde ao recém-nascido.

Por isso, muitas parteiras realizavam o enterro acompanhadas de orações, cuidando não apenas da profundidade do buraco, mas também da forma como a placenta é colocada. Esse ritual, como observa Tófoli (2020, p. 181), expressa a concepção de que a placenta não constitui apenas um elo entre mãe e filho, mas também um vínculo entre ambos, a terra e o território. O pajé Luis Caboclo Tremembé, por sua vez, enfatiza que o local do enterro carrega uma dimensão de encantação. Assim, enterrar a placenta próximo à casa favoreceria a chegada de outro filho em breve, enquanto enterrá-la mais distante retardaria a nova gestação. Além disso, o destino da criança poderia ser simbolicamente orientado pelo local do enterro: ao lado do mar, se fosse destinada à pesca; ou junto à mata, se estivesse predestinada à agricultura.

Com o parto hospitalar, contudo, essa dimensão ritual se perde. A placenta é tratada como resíduo hospitalar, eliminando-se, assim, seu encanto e sua força de cura que, segundo as concepções locais, se atualiza apenas no encontro com a terra. Nesse processo, desconsidera-se a característica agentiva da placenta, esvaziando sua potência simbólica e espiritual (Tófoli, 2020, p. 182). Após a separação entre a placenta e o corpo materno, seguida do corte do cordão umbilical — que rompe a ligação física entre mãe e filho —, desfaz-se a tríade mulher-placenta-bebê, instaurando-se a condição de individualidade de cada um desses elementos.

Esse processo evidencia a relação intrínseca entre o ato de cortar o cordão umbilical e a constituição da criança como sujeito distinto, separado tanto da mãe quanto da placenta. No período gestacional, o cordão desempenha a função de elo vital, conectando mãe e bebê no interior do útero. Após o nascimento, entretanto, esse mesmo vínculo passa a operar como

mediador entre o interior e o exterior, instaurando uma ambivalência simbólica. Tal ligação adquire caráter liminar e potencialmente perigoso no momento em que a exteriorização plena do bebê em relação ao corpo materno é prescrita e ao longo do tempo em que se aguarda o fechamento de sua corporalidade diante do mundo externo (Tófoli, 2020).

Após o corte umbilical, prescrevia-se o uso da umbigueira - semelhante a uma pequena cinta -, prática descrita como de grande importância pelas mulheres Tremembé. Essa faixa deveria ser colocada logo após o corte do cordão umbilical, com a finalidade de o bebê “não pegar vento” (Tófoli, 2020, p. 184). Dona Dijé Tremembé explica como se realizava o procedimento: “antes da umbigueira tinha um pano que queimava. Tocava fogo naquele pedacinho de pano e daí metia naquele cordão umbilical e aquelas três pontinhas a gente fazia tipo um cruzadinho, ficava um triangulozinho” (Tófoli, 2020, p. 185). Esse tratamento era mantido até a queda do umbigo.

Entre os Tapeba, também se registrava o uso da umbigueira. Além disso, menciona-se a aplicação de “óleo de panela” misturado ao pó da cabaça queimada, preparado que era colocado diretamente sobre o umbigo para prevenir inflamações (Tófoli, 2020, p. 184-185). Até a cicatrização completa e a queda do umbigo recomendava-se esse cuidado diferenciado, entendido como a principal atenção ao corpo do recém-nascido no período imediato ao nascimento e nos primeiros dias de vida. As mulheres Tremembé e Tapeba que relatam tais práticas reconhecem sua relevância cultural e simbólica, mas enfatizam que atualmente já não são mais utilizadas.

No depoimento de Dona Vilge Tapeba, evidencia-se a relação com o território a partir do modo e do lugar de seu nascimento. Sua narrativa ressalta a importância do umbigo como marca identitária e como forma de afirmação da ligação com a terra (Tófoli, 2020, p. 252). Para os interlocutores Tapeba e Tremembé, o espaço geográfico do nascimento situa a história do parto em um lugar específico atribuindo-lhe sentido. As narrativas sublinham o sentimento de identidade, de conexão com a paisagem, com o território e com as pessoas presentes no momento do nascimento (Tófoli, 2020, p. 254). Nesse contexto, a placenta e o ritual de seu enterramento constituem um elo fundamental, estabelecendo vínculos entre o bem-estar da mãe e da criança e a relação com a terra. O lugar, assim, transforma-se em espaço de conexão física e espiritual entre mãe, bebê, placenta e território (Tófoli, 2020, p. 255).

Em via de regra, os cuidados após o nascimento da criança se caracterizavam pelo “corte no umbigo, o banho da criança, o asseio e a acomodação da mulher. A partir de então, as atenções se voltam para a alimentação da mulher, o aterramento da placenta, a

reorganização da casa e a lavagem dos panos utilizados no parto” (Tófoli, 2020, p. 186). Entre as Tremembé, narrava-se que, nesse momento, realizava-se o chamado meio banho — da cintura para baixo — com água de aroeira. Em seguida, aplicava-se uma massagem específica na região inferior do corpo, prática conhecida como amarração da mulher, cujo objetivo era fechar as cadeiras, isto é, favorecer a recomposição do corpo feminino após o parto. A partir desse momento, iniciava-se o período de resguardo.

A comemoração após o parto inscrevia-se no âmbito da rede feminina que se constituía durante o nascimento. Em alguns casos, realizava-se a soltura de fogos, prática que simbolizava a expansão da celebração para além do círculo íntimo reunido na casa da parturiente, funcionando também como anúncio público do nascimento bem-sucedido. Essa rede de apoio feminino, articulada em torno do parto, estendia-se frequentemente ao período do resguardo. Essa rede de apoio feminino não se limitava ao parto, mas frequentemente se estendia ao período de resguardo. Entre alguns desafios desse período, destaca-se o empedramento dos seios, o inchaço e a febre nos dias iniciais da amamentação, ocorrências comuns mesmo entre mulheres que conseguiam nutrir seus filhos ao seio (Tófoli, 2020, p. 207-208). A solidariedade entre mulheres tornava-se, então, fundamental, permitindo a prática de alimentar crianças com o leite de outras nutrizes quando a mãe não conseguia amamentar. Conforme aponta Tófoli (2020), muitas mulheres prolongavam a amamentação até os primeiros anos da criança ou até engravidarem novamente.

3.1.2.4 Síntese e reflexões

Dentre as especificidades do parto domiciliar evidenciadas nos relatos de mulheres dos povos Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé, destaca-se como elemento comum a centralidade da rede de apoio no nascimento de um novo membro familiar e coletivo. O vínculo com o universo espiritual emerge como dimensão fundamental para a realização de um parto bem-sucedido, mobilizando orações e promessas por parte da parturiente e de seus apoiadores durante o trabalho de parto. Em casos de complicações ou prolongamento do processo, recorrem-se a rezas, simpatias e, quando necessário, ao auxílio de sabedores — como pajés, rezadores(as) e cachimbeiros(as) —, de modo a assegurar um desfecho favorável tanto para a mãe quanto para a criança.

O parto mobiliza um conjunto amplo de pessoas, desde os primeiros sinais de trabalho de parto até o nascimento, a celebração subsequente e o período de resguardo. Essa rede de apoio, geralmente composta por familiares, parentes e vizinhas, revela a presença masculina, mas privilegia o protagonismo feminino. As mulheres indígenas entrevistadas nas pesquisas de Macedo (2007), Giberti (2013), Silva (2007) e Tófoli (2020) enfatizam a relevância da presença de pessoas próximas durante o parto. Embora o ato de parir seja intrinsecamente da mulher e do bebê, suas mobilizações o tornam também um evento coletivo. Assim, o parto domiciliar, embora circunscrito ao âmbito familiar imediato, adquire caráter social.

Tófoli (2020) reflete que a localização física do parto constitui territórios sociais. Tanto a casa quanto o hospital são espaços atravessados por relações de poder, alteridade e gênero, porém distintos entre si e com repercussões diferenciadas. O nascimento em ambiente hospitalar deixa de configurar-se como experiência compartilhada coletivamente pela família e pela rede de socialidade próxima. O lugar do nascimento, portanto, envolve territórios de saberes, identidades, práticas, afetividades e formas específicas de socialidade. Nesse contexto, a autora destaca a posição do Movimento das Mulheres Indígenas, que articula corpo, território e espiritualidade. O território, por sua vez, implica tanto dimensões formais — vinculadas à documentação e à afirmação étnica — quanto dimensões sutis, que dizem respeito ao ser e ao nascer em ambiente coletivo e domiciliar. Desse entrecruzamento emerge um sentimento de identidade ancorado na experiência do nascimento (Tófoli, 2020, p. 251-252).

O parto domiciliar possibilita a construção afetiva do espaço em que ocorre, concebendo-o como evento socialmente referenciado e temporalmente delimitado, bem como fundante de vínculos sociais próprios (Tófoli, 2020, p. 252). Nesse sentido, Feischer (2007, p. 204, *apud* Tófoli, 2020, p. 253-254) propõe a noção de “território social”, em que o lugar de parir é permeado por significados específicos que emergem do campo de forças das localidades. O parto e o partejar — enquanto percepções e práticas — estão intrinsecamente vinculados às formas de organização social e aos conhecimentos acumulados, sejam eles oriundos da tradição ou da medicalização. Por isso, é necessário afastar-se de análises que reduzem os saberes tradicionais do partejar — múltiplos e particulares — a uma perspectiva monopolística. Defende-se, portanto, que os eventos de parto são condicionados por um amplo conjunto de fatores sociais, econômicos e simbólicos, os quais lhes conferem forma e sentido singulares.

O nascimento na aldeia remete a um espaço afetivo, de pertencimento e de força, sustentado por uma rede de socialidade e de vínculos com o território circundante. Os partos realizados nesse contexto, sob os cuidados de parteiras, vizinhas e familiares, constituem expressão do conhecimento local, sendo compreendidos como o lugar onde as mentes literalmente despertam para o mundo. Pois o momento que sucede ao nascimento corresponde às primeiras impressões recebidas pela pessoa, marcando a chegada do espírito à terra e o início da construção de vínculos no território (Tófoli, 2020, p. 271).

O significado atribuído ao local de nascimento, em termos identitários, está ancorado nas experiências práticas que nele se desenvolvem coletivamente. Por essa razão, os saberes localizados relacionam-se aos usos do espaço que se consolidam nos desdobramentos da vida. Esse conhecimento estabelece uma interligação entre o parto e o lugar de nascimento, a partir de uma compreensão que envolve múltiplas agências — humanas, naturais, biológicas e sobrenaturais. O território constitui-se, ainda, como espaço de vivências marcadas pela resistência e pela luta cotidiana pela vida e pela sobrevivência (Escobar, 2005, p. 77, *apud* Tófoli, 2020, p. 272).

A experiência do nascimento domiciliar estabelece vínculos tanto com o local em que ocorre quanto com as pessoas presentes. Como observa Tófoli (2020, p. 281), “o nascimento na aldeia não fica circunscrito à memória da mulher que pariu ou da pessoa que aparou, é uma memória compartilhada por todos os membros da família”. A coletividade se mantém coesa pela força da solidariedade e pela memória de uma ancestralidade comum, fundamento dos sistemas tradicionais de parto. Nascer nesse contexto significa nascer como um ser coletivo. A vivência compartilhada possibilita o acesso a conhecimentos inerentes ao partejar, inclusive para aqueles que não exercem a função de parteira. Tal dinâmica evidencia a horizontalidade das relações e a autonomia em torno da gestação e do parto, dimensões que não encontram paralelo nos modelos médico-hospitalares (Tófoli, 2020, p. 290).

Os saberes e práticas indígenas mobilizados durante a gestação e o parto não se restringem à preservação da saúde ou ao tratamento de doenças, mas integram um processo mais amplo de produção de corpos e de pessoas aparentadas, sendo fundamentais para a construção da identidade indígena (Ferreira, 2010, *apud* Tófoli, 2020). Observa-se, entretanto, que a gestação tem sido progressivamente direcionada ao modelo biomédico de pré-natal, que se fundamenta em outro sistema de saberes, distante de práticas como massagens, chás ou simpatias. Embora esse modelo proporcione segurança por meio de exames, tende a

desconsiderar dimensões espirituais consideradas essenciais no preparo do corpo para o parto (Tófoli, 2020).

3.1.3 Papel da Parteira

3.1.3.1 Tupinambá

As mulheres da geração anterior — aquelas com mais de quarenta anos —, quando jovens, possuíam conhecimentos específicos relacionados ao parto, diferentemente das jovens da atualidade, conforme relatado por mulheres Tupinambá em diálogo com Ulla Macedo (2007). Entre os saberes transmitidos, destacavam-se, por exemplo, a medida em dedos considerada adequada para o corte do cordão umbilical, bem como o uso de determinados recursos para facilitar partos difíceis ou auxiliar na expulsão da placenta quando esta apresentava resistência. Tais conhecimentos eram difundidos e compartilhados entre mulheres.

A distinção entre parteiras e mulheres com experiência em auxiliar no trabalho de parto — estas últimas comumente referidas como aquelas que “pegam menino” — revela-se tênue. As parteiras eram reconhecidas como especialistas e jamais se recusavam a atender um parto, além de oferecerem seus serviços de maneira espontânea. Já as mulheres que pegam menino não eram consideradas especialistas, mas acumulavam experiência por terem auxiliado em partos anteriores. Assim, tornavam-se habilidosas tanto em aparar a criança no momento do nascimento quanto em conduzir os procedimentos subsequentes ao parto.

Apesar disso, sua atuação permanecia restrita ao círculo social mais próximo, geralmente entre familiares e vizinhas. Essas mulheres assumiam papel ativo principalmente em situações emergenciais, quando não havia uma parteira disponível, ou em partos que transcorriam sem maiores complicações. Por solidariedade, não recusavam prestar auxílio, o que denota a centralidade dos laços afetivos e comunitários no processo de nascimento. Contudo, sempre que possível, orientavam a busca por uma parteira, reconhecendo o valor do saber especializado (Macedo, 2007).

A parteira, por sua vez, é compreendida como uma “sabedora”, detentora de um repertório que reúne técnicas, rezas, intuições e aquilo que se considera um “dom”. Sua prática articulava experiência e espiritualidade, compondo um saber complexo. Embora não cobrassem por seus serviços, aceitavam aquilo que a parturiente oferecesse voluntariamente, em sinal de gratidão. Ademais, seu papel não se encerrava com o nascimento da criança: tradicionalmente, as parteiras também acompanhavam o período de resguardo, realizando visitas à mulher nos primeiros dias após o parto, de modo a zelar tanto pelo bem-estar da mãe quanto pelo do recém-nascido (Macedo, 2007).

De acordo com os relatos colhidos por Macedo (2007), por meio do toque, as parteiras eram capazes de identificar se o parto poderia ser conduzido por elas ou se deveria ser encaminhado ao médico. Quando a avaliação indicava a necessidade de assistência hospitalar, mobilizava-se uma rede comunitária para levar a parturiente até a cidade. Contudo, em um contexto no qual as estradas frequentemente eram intransitáveis e a disponibilidade de veículos escassa, o encaminhamento para o hospital tornava-se uma tarefa complexa e morosa, exigindo o envolvimento coletivo. Nesses casos, era comum que homens carregassem a mulher em uma rede até o destino. Além disso, podia-se recorrer a rezadores e rezadoras para avaliar a condição da parturiente — expressa na metáfora da “luzes da mulher”. Caso esta estivesse “apagada”, recomendava-se o encaminhamento imediato ao hospital (Macedo, 2007, p. 159).

A parteira era percebida como responsável pela vida e pela morte da mulher em trabalho de parto, e tinha plena consciência da gravidade de sua função. Diante de situações em que não era possível recorrer ao médico ou ao hospital, lançava mão de diversas técnicas e saberes para facilitar o nascimento, incluindo rezas específicas para auxiliar o processo. Entre as práticas registradas, destacam-se crenças simbólicas, como a recomendação de que meninos nascidos com o cordão umbilical enlaçado recebessem o nome de José, embora não se tenha explicitado a razão dessa tradição (Macedo, 2007).

As mulheres que participaram da pesquisa de Macedo (2007) também apontaram a distinção entre “rezar orações”, algo que todos podiam e deviam fazer, e “rezar uma pessoa”, prática considerada mais específica e que poderia ocorrer até mesmo à distância. Nesses casos, quando a parteira não podia estar presente fisicamente, enviava auxílio espiritual, entendido como a presença de um “encantado”. Ressaltou-se, ainda, que algumas parteiras manifestavam entidades espirituais, como Véa Nanã, Nagô Véia, Preta Véia e Índia Véia

(Macedo, 2007, p. 163). Esse amparo espiritual confirmava, para as mulheres Tupinambá, que além do conhecimento técnico, a parteira também possuía um “dom” para conduzir o parto.

Às parteiras bem-sucedidas nos partos atribuíam-se a qualidade de possuir “sangue bom”, expressão que designava a capacidade de influenciar positivamente a saúde de outras pessoas. Sua atuação era marcada por uma postura de encorajamento: buscavam fortalecer emocionalmente a parturiente, mas evitavam o protegimento excessivo, entendido como excesso de cuidados ou dengo, prática socialmente malvista (Macedo, 2007, p. 155). Em casos de partos complexos, as parteiras destacavam-se por recorrer a todos os procedimentos possíveis para evitar intervenções invasivas, como a episiotomia (Macedo, 2007, p. 165). Além disso, era comum o uso de alimentos destinados a aquecer o corpo da parturiente e intensificar as contrações, entre eles o xotão — preparado de farinha temperada com alho e cominho, servido bem morno — e o ovo quente com cominho.

O exercício da parteria também instituiu laços de parentesco ritual: após auxiliar no parto, a parteira tornava-se comadre da parturiente e madrinha da criança, sendo reconhecida e tratada por esta como mãe, mãe vóia ou madrinha, ocupando assim um lugar de prestígio e respeito na comunidade. A institucionalização da prática ocorreu por meio de cursos profissionalizantes oferecidos pelo governo, processo que trouxe consigo a burocratização das atividades: passou-se a exigir, por exemplo, o preenchimento de documentos sobre o recém-nascido nos fóruns locais. Essa formalização, no entanto, também gerou receios entre as parteiras, especialmente quanto à possibilidade de processos judiciais em caso de complicações envolvendo a mãe ou o bebê. Paralelamente, com a ampliação do acesso aos serviços biomédicos de saúde, Macedo (2007) observa que as próprias parteiras passaram a estimular as mulheres a procurar assistência médica durante a gravidez e a dar preferência ao parto hospitalar.

As mulheres Tupinambá que dialogaram com Macedo (2007) ressaltaram a dimensão exigente da atuação das parteiras. Estas permaneciam de prontidão a qualquer hora do dia ou da noite, interrompendo seus afazeres domésticos, deixando filhos e maridos para prestar socorro a uma parturiente, sem saber quando retornariam. Além de especialistas no parto, eram também conhecedoras de ervas medicinais, sendo procuradas por mulheres para além do período gestacional, quando surgiam problemas de saúde diversos. Entretanto, Macedo (2007) registra que, entre os Tupinambá da Serra do Padeiro, havia receio quanto à possibilidade de uma retomada intensa da prática da parteria. O temor era de que tal movimento servisse como justificativa para o Estado se eximir de sua responsabilidade em assegurar às mulheres o

direito a uma assistência reprodutiva adequada, delegando às parteiras um encargo que deveria ser garantido pelas políticas públicas de saúde.

3.1.3.2 Pankararu

A pesquisadora Andrea Giberti (2013), em diálogo com mulheres indígenas Pankararu, observa que a vivência direta do parto legitima o saber-poder de conduzir adequadamente os momentos parturientes. Ressalta-se que o termo “parteira” nem sempre é o mais utilizado para designar essas mulheres, sendo mais recorrente a expressão “mulher que pega menino”. Entre os Pankararu, as parteiras são, em geral, mulheres com ampla experiência, acumulada ao longo de várias dezenas de partos. A maior parte delas aprendeu acompanhando parteiras mais velhas, muitas vezes suas mães, avós ou tias. Até a década de 1980, a maioria das crianças da comunidade nasceu pelas mãos dessas mulheres, que descrevem sua atividade como um dom concedido por Deus, sem atribuição de valor monetário ao serviço (Giberti, 2013, p. 121).

Os relatos de algumas parteiras destacam situações nas quais precisaram intervir em relação à Camarada — entendida como a “Dona do Corpo” no período gestacional — pois, sendo considerada a guardiã do bebê, em certos casos tentava sair junto no momento do nascimento (Giberti, 2013, p. 140-141). Essa percepção evidencia a plasticidade dos conceitos e práticas relativos ao corpo e ao parto entre os Pankararu, permitindo a reacomodação de saberes, a invenção de novas orações e a formulação de segredos capazes de superar situações-limite. O contato constante com seres sobrenaturais, como enfatiza Giberti (2013), marca a experiência do parto indígena, no qual o acompanhamento da parturiente envolve simultaneamente dimensões fisiológicas, sociais e espirituais.

O parto domiciliar é valorizado pela proximidade e pelo cuidado contínuo da parteira e dos parentes, bem como pela liberdade concedida à gestante para movimentar-se e escolher a posição em que deseja parir. Em partos prolongados, são comuns práticas como a administração de chás estimulantes, massagens e, após a saída da placenta, a limpeza do corpo da parturiente e a prática de “amarrar” o ventre com panos e ervas específicas, seguida do início do resguardo puerperal (Giberti, 2013, p. 154). Tradicionalmente, a parturiente alimenta-se do pirão de galinha, considerado alimento fortalecedor.

Quando a placenta apresenta dificuldade para ser expelida, as parteiras recorrem a um repertório diversificado de práticas, que incluem a administração de chás, a realização de simpatias e a recitação de orações. Nesse contexto, evidencia-se que sua atuação não se restringe à dimensão fisiológica do parto, mas abrange igualmente um papel ritual. A parteira mobiliza técnicas e manobras corporais, ao mesmo tempo em que acessa o auxílio dos encantados e dos santos, por meio do uso do *campiô* e, em situações emergenciais, também do maracá (Instituto Nômades, 2010a, p. 44, *apud* Giberti, 2013, p. 122).

Frequentemente, a parteira é parente próxima da gestante, e essa relação de consanguinidade ou afinidade é reforçada pela intimidade e cumplicidade que se estabelecem durante o processo do parto. Após a realização do nascimento, a parteira adquire um novo título de parentesco, sendo reconhecida como mãe-madrinha da criança, que por sua vez passa a ser considerada como seu filho. Simultaneamente, consolida-se a relação de compadrio entre a parteira e os pais da criança, ampliando a rede de vínculos sociais e afetivos. Normalmente, a dinâmica do parto exige também a participação de outra pessoa além da mulher que pega o menino, compondo assim um processo coletivo de cuidado.

Essas mulheres não se limitam à função de parteiras. Elas também desempenham papéis relevantes em rituais, cantorias e processos de cura, compartilhando da mesma visão de corpo e de mundo de sua comunidade. Muitas acumulam as experiências de serem mães e avós, e, após os 60 anos, tornam-se reconhecidas como detentoras de saberes específicos, como técnicas, manobras, uso de ervas, além de orações secretas ligadas aos encantados. O uso do *campiô* é constante antes e depois do parto, como meio de pedir proteção e bem-estar, funcionando ainda como instrumento de comunicação com o mundo espiritual. Como prática habitual, a parteira visita mãe e bebê no dia seguinte ao nascimento e evita ausentar-se da aldeia no período imediatamente posterior ao parto (Giberti, 2013).

Entre os Pankararu, ocorrem encontros e capacitações de parteiras promovidos tanto pelo Estado brasileiro quanto por Organizações Não Governamentais (ONGs)⁴⁷. Nesse contexto, várias parteiras passaram a integrar serviços oficiais de saúde como profissionais biomédicas, ou a atuar com o apoio de materiais fornecidos em cursos de capacitação, como o chamado “*kit da parteira*”, que inclui luvas, tesouras de metal, plásticos protetores, entre

⁴⁷ A própria inserção de Giberti (2013) na comunidade se deu por meio da ONG Saúde sem Limites, que desde 1995 atua em projetos de saúde sexual e reprodutiva. Entre 2005 e 2007, a pesquisadora participou do projeto “Saúde e Cultura Pankararu”, que envolveu acompanhamento pré-natal, encontros e capacitações de parteiras tradicionais, assessoria a associações indígenas locais, além da realização de seminários e encontros sobre saúde.

outros insumos. A maioria dos partos domiciliares entre os Pankararu ocorre nas aldeias Brejo dos Padres, Jitó e Saco dos Barros, localidades de acesso relativamente facilitado (Giberti, 2013, p. 48). Entretanto, a distância geográfica constitui um fator relevante: famílias que vivem em aldeias mais afastadas enfrentam dificuldades de acesso à parteira, o que frequentemente resulta no encaminhamento direto das gestantes ao parto hospitalar.

Nessas comunidades de acesso facilitado destaca-se a atuação de Dona Maria Pankararu, residente na aldeia Brejo dos Padres, considerada a parteira mais requisitada. Ela iniciou sua prática acompanhando parteiras mais velhas e, posteriormente, formou-se como técnica em enfermagem. Atualmente, concilia o trabalho em uma EMSI e em um hospital local. A elevada demanda por Dona Maria decorre de sua capacidade de articular práticas indígenas e biomédicas, ambas valorizadas e solicitadas pelas mulheres Pankararu. Sua atuação conjuga diferentes saberes, e, quando não é possível realizar o parto na aldeia, a gestante é encaminhada ao hospital sob sua orientação. Assim, Dona Maria exerce uma mediação entre os dois sistemas de cuidado, acionando aquele que considera mais adequado a cada caso. As gestantes a procuram tanto em sua residência na aldeia quanto no hospital (Giberti, 2013, p. 50-51).

A inserção das parteiras no contexto capitalista contemporâneo também introduz novos desafios. Muitas necessitam conciliar a prática com o trabalho remunerado e com os compromissos cotidianos, o que nem sempre é compatível com a disponibilidade de tempo exigida pela parteria. Por outro lado, observa-se o interesse crescente de mulheres indígenas mais jovens (20 a 40 anos), muitas vinculadas aos serviços de saúde locais, em acompanhar parteiras experientes como aprendizes. Essas mulheres cresceram em um contexto distinto das gerações anteriores, marcado pela ampliação dos serviços oficiais de saúde nas aldeias, pelo acesso à escola, cursos técnicos e universidades, além do maior contato com informações veiculadas pela televisão, rádio e internet. Esse novo cenário, contudo, não implica o abandono das práticas tradicionais, mas sim um processo de reapropriação e ressignificação, no qual se articulam saberes indígenas e conhecimentos oriundos do mundo “do branco” (Giberti, 2023, p. 123-124).

3.1.3.3 Tapeba e Tremembé

A partir dos depoimentos e diálogos estabelecidos com mulheres indígenas Tapeba e Tremembé, Lúcia Tófoli (2020, p. 117-123) evidencia que as parteiras são amplamente reconhecidas por suas comunidades, sendo procuradas tanto no momento do parto quanto para esclarecer dúvidas e auxiliar em dificuldades durante a gestação. Essas mulheres dominam um repertório amplo de saberes, que inclui o reconhecimento da posição do bebê no útero, o preparo e uso de chás e banhos, a aplicação de massagens em diferentes situações e a condução de partos com eventuais complicações. Entre elas, destacam-se as parteiras mais velhas, com idades entre 60 e 90 anos, cuja experiência as legitima socialmente. Quando os recursos tradicionais não se mostravam suficientes para lidar com complicações, havia a prática de encaminhar a parturiente ao hospital. De modo recorrente, o exercício da parteira é concebido como um dom divino, atribuído tanto pelas próprias parteiras quanto por aqueles que as procuram. O êxito do parto é frequentemente relacionado à fé em Deus, aos santos ou a outras divindades.

A constituição enquanto parteira articula-se, portanto, à noção de dom, à hereditariedade e ao aprendizado intergeracional junto a parteiras mais velhas. Esse processo de transmissão de saberes ocorria, em geral, dentro de linhagens familiares — mães, avós ou tias — ou em redes de socialidade próximas. O interesse, a vivência cotidiana e a disponibilidade de acompanhar os nascimentos possibilitavam que essas mulheres aprendessem desde a infância, sendo os conhecimentos compartilhados por diferentes sujeitos da comunidade (Tófoli, 2020, p. 155). Apesar da socialização ampla desses saberes, nem todas seguiam o caminho da parteiragem, o que reforça a centralidade da noção de dom. Este, por sua vez, é compreendido como uma predisposição espiritual, uma capacidade intuitiva que se manifesta especialmente em momentos críticos do parto. Salete Tapeba enfatiza que nenhuma parteira atua sozinha: tanto as parteiras quanto aquelas que “pegam menino” têm a força e a companhia daqueles que evocam no momento do nascimento (Tófoli, 2020, p. 219).

Entre os Tapeba, havia o costume de a parteira portar um patuá — amuleto — e/ou realizar orações, colocando-os no pescoço da mulher em trabalho de parto. Observa-se, ainda, a recorrência de mulheres escolherem uma parteira específica para todos os seus partos. Cada parteira possuía suas devoções próprias e, em razão de sua vinculação com forças espirituais, era também reconhecida como benzedeira e conhecedora de remédios do mato, aplicados não

apenas ao contexto do parto, mas também no tratamento de diversas enfermidades que acometiam grávidas, crianças e adultos em geral, como o ventre caído e o mau. A dona Nonata Tapeba ressaltava que a força espiritual constituía pré-condição para o bom desempenho da parteira, reafirmando a associação entre dom e espiritualidade (Tófoli, 2020, p. 228).

No relato do senhor Manoel Doca Tremembé, destaca-se a necessidade de que a parteira fosse também rezadeira, especialmente em casos de partos demorados, quando a oração era fundamental para que o processo transcorresse de forma mais célere (Tófoli, 2020, p. 227-228). Entretanto, nem toda rezadeira era parteira; ao contrário, toda parteira dominava rezas. Além das orações rotineiras em partos tranquilos, recorria-se aos santos em momentos extremos, por meio de promessas, e também ao uso ritual do cachimbo. Assim, as forças espirituais que acompanham as parteiras — bem como as ferramentas para acessá-las, tais como rezas, benzimentos, patuás, defumações e o cachimbo — são consideradas fundamentais para a condução segura do parto e para o fortalecimento das mulheres em situações de dificuldade (Tófoli, 2020, p. 230-231).

Os relatos de Manoel Doca e dona Vicenza Tremembé reforçam a percepção de que as parteiras antigas, embora analfabetas, “[...]no dia do nascimento, essa inteligência elas já tinham de berço”, pois o conhecimento emergia de dentro, em virtude do dom (Tófoli, 2020, p. 228). Tófoli (2020) observa que, entre os Tapeba, as parteiras eram comumente denominadas “cachimbeiras”, pela prática recorrente do uso do cachimbo, característica também mencionada entre os Tremembé. O cachimbo pessoal da parteira podia ser utilizado em diferentes momentos: no início e durante o trabalho de parto, após o corte do cordão umbilical com a prática da defumação, ou ainda somente ao término do processo, quando mãe e criança já se encontravam estabilizadas.

O cachimbo constitui-se como um importante instrumento de comunicação com a espiritualidade. Segundo os depoimentos coletados por Tófoli (2020), seu uso é múltiplo: pode servir para solicitar proteção, realizar curas, efetuar defumações, agradecer por graças alcançadas e até mesmo auxiliar nos momentos de agonia. Ainda que a parteira não fosse necessariamente cachimbeira, era comum que contasse com alguém de confiança para desempenhar essa função nos partos mais difíceis. Como ressalta a autora, “sobre a crença própria de cada parteira e seus mecanismos de comunicação com as divindades, raramente elas relatavam” (Tófoli, 2020, p. 226). Em algumas situações, a parteira recebia o apoio espiritual de rezadores ou rezadeiras; entretanto, permanecia como a autoridade principal no

momento do parto. A esse respeito, dona Raimundinha Tapeba afirmava que dificilmente uma mulher morria de parto, exceto quando assim era determinado por Deus (Tófoli, 2020, p. 236).

O exercício da parteiragem é compreendido, pelas comunidades Tapeba e Tremembé, como mais que um trabalho: trata-se de uma missão de vida. A cada chamado, a parteira abandona seus afazeres cotidianos e responsabilidades familiares, deslocando-se a qualquer hora do dia ou da noite, em jornadas que podem se estender por horas ou dias (Tófoli, 2020, p. 155). Após o nascimento, havia ainda o costume de acompanhar a parturiente e frequentar sua casa até a queda do umbigo da criança, assegurando-se do bom estado de saúde de ambos (Tófoli, 2020, p. 192). Apesar da presença de outras pessoas, a responsabilidade sobre a vida da mãe e do bebê recaía unicamente sobre a parteira, o que conferia à sua prática um caráter solitário. Os relatos apontam a compreensão recorrente de que a vida pertence a Deus: tanto parteiras quanto médicos apenas salvam quando é da vontade divina.

Os testemunhos colhidos evidenciam que, nos casos de partos bem-sucedidos, a devoção é central e o desfecho positivo é atribuído à intervenção de Deus, dos santos e dos encantados, nunca exclusivamente à habilidade da parteira. Como sintetiza Tófoli, “a devoção das parteiras é algo bastante marcante” (2020, p. 223). Mesmo entre mulheres que não se reconhecem como parteiras, mas que já pegaram menino, ressalta-se a dimensão espiritual do processo. Salete Tapeba enfatiza: “só a gente sozinha não consegue, tem que ter ajuda espiritual” (Tófoli, 2020, p. 223). Em contextos de maior risco, era recorrente a realização de promessas, sendo comum que a criança recebesse o nome do santo ou da santa invocados pela parteira durante o parto, em sinal de gratidão.

As mulheres que pegam menino não se identificam como parteiras, pois sua atuação ocorre em decorrência das circunstâncias: solidariedade, ausência de parteira disponível ou impossibilidade de deslocamento até um hospital. Muitas vezes, eram acionadas mulheres do círculo de socialidade ou familiares próximos. Foi assim que algumas iniciaram sua prática de partejar, em geral a partir da experiência acumulada com muitos filhos — oito ou mais —, sendo convocadas quando não havia outra alternativa (Tófoli, 2020, p. 117). A expressão “pegar menino” remete não apenas ao ato de retirar a criança no momento do nascimento, mas também aos cuidados imediatos com a mãe e o bebê, como cortar o cordão umbilical, realizar a higiene, oferecer banhos medicinais e assegurar a acomodação adequada da parturiente. Após a primeira experiência, a mulher que pegava neném passava a ser lembrada e considerada opção para futuros partos.

Entre as práticas mais recorrentes das parteiras antes, durante e depois do nascimento, destaca-se a puxação, técnica que consiste em massagens específicas. Esse recurso, associado às visitas regulares feitas após ser contatada, permite verificar a posição do bebê, as condições gerais da gestante e estabelecer um acompanhamento contínuo. As visitas funcionam, ainda, como um espaço de diálogo, possibilitando à parteira observar aspectos da dinâmica familiar e do estado psicológico da gestante (Fleischer, 2017, *apud* Tófoli, 2020). Como observa Tófoli (2020, p. 170), tais elementos influenciam diretamente no desenrolar do trabalho de parto, especialmente porque, no momento do nascimento, a comunicação com a parturiente encontra-se limitada pela intensidade da experiência vivida.

Entre as mulheres Tapeba e Tremembé, era esperado que a parturiente dispusesse de bebida tanto para si quanto para oferecer às demais presentes. No caso dos Tapeba, essa bebida poderia ser a zenebra — destilado à base de zimbro — ou a cachaça. Havia o hábito de parteiras, assim como de outras mulheres presentes, consumirem a bebida antes ou após o parto, além de utilizarem a cachaça para higienizar as mãos e alguns utensílios empregados durante o procedimento. Também era costume que a parteira, ou a mulher que “pegava menino”, preparasse o alimento da puérpera, tradicionalmente o pirão — escaldado de farinha com caldo de galinha (Tófoli, 2020). Tófoli observa que a emoção e a comemoração que acompanham um nascimento tranquilo decorrem, em parte, da consciência do risco de morte inerente ao processo. Nesse sentido, não perder nenhuma criança é concebido como uma dádiva, um livramento concedido por Deus (Tófoli, 2020, p. 222).

O pajé Luiz Caboclo Tremembé destacou diferenças significativas entre a responsabilidade assumida por uma parteira e a de um médico. Este último se restringe ao atendimento clínico imediato e encerra o vínculo ao conceder alta hospitalar. Enquanto a parteira permanece responsável pelo resguardo da puérpera, no período considerado de maior risco que se estende por cerca de vinte dias após o parto. Tal vínculo é de natureza comunitária, geralmente direcionado a mulheres de seu círculo familiar ou de socialidade, e inclui não apenas cuidados médicos e espirituais, mas também pode haver apoio em afazeres domésticos (Tófoli, 2020, p. 201).

O parto, nesses contextos, configura-se como um evento fundante de relações sociais. A parteira passa a gozar de respeito vitalício por parte da mãe e da criança a quem assistiu, constituindo uma relação de compadrio. Embora se estenda aos pais das crianças, esse laço é marcado pela perspectiva feminina, uma vez que as parteiras são quase sempre mulheres, escolhidas e aceitas pelas próprias parturientes. Além do vínculo simbólico com a mãe, a

parteira também se torna madrinha da criança, estabelecendo com ela uma relação de afilhado. Dona Raimundinha Tapeba relatou que era comum as crianças chamarem suas parteiras de mãe, mãezinha, mãe de pegação ou mãe de umbigo, formas de tratamento que expressam respeito e gratidão (Tófoli, 2020, p. 277). Embora não cobrassem por seus serviços, era habitual que recebessem algum tipo de retribuição, em mantimentos ou favores, de maneira contínua, sustentada pela relação de compadrio.

Os procedimentos realizados no parto variavam de acordo com cada parteira e com as circunstâncias específicas. Entre Tapeba e Tremembé, eram práticas recorrentes as massagens na barriga e no quadril, destinadas a identificar a posição do bebê, aliviar a dor e auxiliar na melhor disposição da criança para o nascimento. O uso da manteiga amornada — aplicada na barriga ou ingerida pela parturiente — também era mencionado. Em situações de retenção da placenta, recorriam-se a rezas e simpatias, sendo bastante citada a reza de Santa Margarida. Entre os instrumentos tradicionais, a lasca de cana era amplamente utilizada para o corte do cordão umbilical. Além disso, chás de gergelim, café e hortelã eram recomendados como auxiliares no processo de aceleração das contrações. A dona Ciça Tremembé afirmou que era grande a cautela que se tinham com as parturientes (Tófoli, 2020, p. 174-175).

A pesquisa de Tófoli (2020) também evidencia a sobreposição e, por vezes, a tensão entre diferentes sistemas de crenças. O catolicismo popular tradicionalmente se articulava às práticas das parteiras, rezadeiras e cachimbeiras, mas a expansão das igrejas evangélicas trouxe novos elementos, como a condenação das práticas associadas a espíritos ou a santos. Os impactos dessa mudança são perceptíveis, por exemplo, na diminuição da participação em rituais como o Torém (entre os Tremembé) e o Toré (entre os Tapeba). Pastores frequentemente desencorajavam a busca por pajés, rezadeiras ou cachimbeiras, rotulando-os depreciativamente como “macumbeiras”.

Entretanto, observa-se também um movimento de acomodação entre sistemas de crença. Há casos de rezadeiras evangélicas, de evangélicos que continuam a participar de rituais tradicionais ou mesmo de pessoas que transitaram entre diferentes práticas religiosas, combinando devoções diversas (Tófoli, 2020, p. 233). Independentemente da afiliação religiosa, todos afirmam manter uma conexão espiritual durante o parto, seja através da fé em Deus (entre evangélicos), dos santos católicos ou das devoções ligadas a encantados e caboclos, estas últimas muitas vezes pouco reveladas por não se sentirem autorizadas a expô-las (Tófoli, 2020, p. 230). A dona Iracema Tapeba, mesmo sendo evangélica, sustenta que o nascimento consiste em guiar o espírito para a terra, reafirmando a dimensão espiritual

indígena do parto (Tófoli, 2020, p. 235). Nesse sentido, observa-se um processo de adaptação e ressignificação das crenças, em diálogo com transformações pessoais e coletivas.

Após a década de 1990, a procura pelas parteiras diminuiu, em virtude da implantação de postos de saúde nas aldeias e da maior disponibilidade de transporte para hospitais. Nos CLS e nos CONDISI, há a previsão de uma vaga destinada à parteira, alternada periodicamente como ocorre com outros membros. Contudo, o fato de alguns povos não possuírem essa categorização tão bem delineada, o cargo acaba por não ser ocupado por uma parteira de fato (Tófoli, 2020, p. 71). Esse deslocamento institucional traz novas tensões, como ilustra o caso de dona Dijé, parteira e também AIS. Ela manifestou preocupação em sofrer sanções legais por realizar um parto domiciliar em vez de encaminhar a gestante ao hospital, mesmo diante da situação em que havia risco de o nascimento ocorrer durante o trajeto, e a própria parturiente solicitava que o parto fosse conduzido por ela (Tófoli, 2020, p. 245). Além disso, os cursos de capacitação de parteiras promovidos pelo Estado passaram a instituir formalmente algumas mulheres como parteiras, enquanto aquelas com longa experiência, mas sem certificação, muitas vezes não se autodenominam como tal.

3.1.3.4 Síntese e reflexões

Diversas mulheres indígenas possuem conhecimento e experiência no partejar, sendo reconhecidas por já terem “pegado menino”. Entre elas, algumas se destacam pela amplitude de seu repertório de saberes e pela vasta experiência na condução de partos. Tófoli (2020) observa que a categoria “parteira” não é uma designação espontânea entre diferentes povos indígenas, mas antes uma criação das políticas públicas. A partir dessa classificação, as mulheres identificadas como parteiras detêm conhecimentos que ultrapassam a dimensão fisiológica do parto, englobando técnicas específicas, preparo de remédios e receitas, além de simpatias, rezas e orações empregadas para favorecer o nascimento da criança.

As pesquisas com mulheres Tupinambá da Serra, Pankararu, Tapeba e Tremembé destacam a proximidade entre as parteiras e a espiritualidade. A elas é atribuído um dom, que aliado à experiência prática, confere-lhes legitimidade como grandes sabedoras. Esse dom manifesta-se na fé, no domínio de rezas, orações e simpatias, recursos considerados essenciais para intervir positivamente em partos de maior dificuldade. Assim, a atividade da parteira não

se limita a “pegar a criança” e oferecer os primeiros cuidados, ainda que isso seja fundamental. Inclui também a atenção contínua à parturiente, por meio de massagens, uso de ervas medicinais e técnicas de recuperação, bem como o acompanhamento após o nascimento.

Nesse contexto, a parteira integra a rede de socialidade da parturiente antes mesmo do parto, sendo muitas vezes sua parente. Dessa forma, o cuidado é personalizado e reforça vínculos que se ampliam após o nascimento, estabelecendo-se uma relação de compadrio com os pais e de afeto e respeito com as crianças, que passam a ser suas afilhadas. Esse laço é vitalício. As parteiras não cobram por seus serviços, mas recebem presentes ou contribuições das famílias que auxiliaram, consolidando seu prestígio e reconhecimento comunitário.

Até a década de 1940, as parteiras permaneciam em condição de invisibilidade social perante os órgãos públicos e a sociedade civil, ainda que sua atuação fosse constante nas comunidades. Essa situação começou a se modificar com a iniciativa da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP), que buscou aproximar a assistência ao parto domiciliar do sistema oficial de saúde (Tófoli, 2020, p. 56). Somente anos mais tarde, em um contexto democrático, o Ministério da Saúde passou a reconhecer oficialmente a categoria de “parteira tradicional”, definida como aquela que realiza assistência ao parto domiciliar com base em saberes e práticas tradicionais e que é legitimada pela própria comunidade (Brasil, 2011, *apud* Tófoli, 2020, p. 56).

A FSESP iniciou em 1943 programas de treinamento e supervisão de parteiras no Amazonas, posteriormente estendidos ao Nordeste, influenciados por recomendações de organismos internacionais como OMS, OPAS e UNICEF. Em 1984, o PAISM recomendava a “adoção de medidas visando à melhora da qualidade do parto domiciliar realizado pelas parteiras tradicionais através de treinamentos, supervisão, fornecimento de material de parto e estabelecimento de mecanismos de referência” (Brasil, 1984, p. 22, *apud* Tófoli, 2020, p. 57-58). Em 1985, foi elaborado o documento Diretrizes para Atuação da Parteira Tradicional (Brasil, 2010, p. 23, *apud* Tófoli, 2020), aplicado em áreas urbanas periféricas e zonas rurais. Nesse mesmo ano, a Conferência de Fortaleza sobre humanização do parto e tecnologias apropriadas, contando com representantes da OMS e da OPAS, resultou na chamada “Carta de Fortaleza”, que fundamentou mudanças posteriores (Brasil, 2020, p. 30, *apud* Tófoli, 2020, p. 58).

No final dos anos 1980 e início da década de 1990, as ONGs Grupo Curumim e o Centro Ativo de Integração do Ser (CAIS) do Parto impulsionaram debates sobre políticas públicas de apoio às parteiras. Nesse contexto, o Ministério da Saúde criou o Programa

Nacional de Parteiras Tradicionais, por meio da FUNASA, em parceria com ONGs, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, UNICEF e outras entidades. O objetivo era valorizar e apoiar o trabalho das parteiras em suas comunidades, oferecendo melhores condições de atuação, capacitação e reciclagem (Brasil, 1991, p. 3, *apud* Tófoli, 2020, p. 58).

O marco da organização civil das parteiras ocorreu em 1996, com a criação da Rede de Parteiras Tradicionais, por iniciativa do CAIS do Parto, e a realização do I Congresso de Parteiras Tradicionais do Brasil, em Pernambuco. Nesse mesmo ano, a OMS publicou o documento Assistência ao Parto Normal. Posteriormente, em Estratégias da OMS (2002, p. 7 *apud* Tófoli, 2020, p. 59), a instituição definiu a medicina tradicional como práticas e saberes diversos que englobam remédios de origem vegetal, animal ou mineral, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados de forma individual ou combinada para promover bem-estar, tratar e prevenir enfermidades. Contudo, ressaltava-se que a incorporação dessas práticas às políticas públicas dependia da validação biomédica.

Tófoli (2020), dialogando com Parra (1993), chama atenção para a concepção de que as parteiras teriam uma utilidade provisória, até que a hospitalização fosse universalizada. Essa concepção implicava a necessidade de cursos de capacitação pautados na ideia de “não-saber” ou de “saberes não modernos”. Tal perspectiva pode ser exemplificada pelo Grupo Curumim, em Mâncio Lima (Acre), em que os conteúdos ensinados eram apresentados como verdades absolutas, e não como conhecimentos alternativos (Tófoli, 2020, p. 63). Nesse sentido, Ferreira (2010, p. 83, *apud* Tófoli, 2020, p. 56-65) observa que “com o desenvolvimento de políticas públicas para os povos e comunidades tradicionais, instaura-se inexoravelmente um processo de destradicionalização dessas sociedades”. O Estado amplia, assim, seu poder administrativo sobre os grupos sociais, seus conhecimentos e suas práticas.

3.1.4 Rede de Socialidade

O parto constitui-se como um momento de criação e reafirmação de vínculos de parentesco. Contudo, a noção de parentesco, nesses contextos, ultrapassa a consanguinidade. Para escapar dos limites conceituais da genealogia, fala-se hoje em “socialidade”, entendida como processo cotidiano, marcado pelo “dar sustento” e que pode ser revogável (McCallum,

1998; Viegas, 2007). Essa socialidade manifesta-se, por exemplo, nas relações estabelecidas pela prole: após o batismo, no parto com a parteira, ou ainda quando uma mulher amamenta o filho de outra, dando origem a vínculos de compadrio e madrinha/afilhada. As crianças nascidas pelas mãos das parteiras passam a dever-lhes respeito semelhante ao que se dirige a uma mãe, sendo costume pedir-lhes a bênção. Ademais, “[...] apenas o simples fato de passar por um parente mais velho lhes exige o pedido de bênção” (Tófoli, 2020, p. 278).

O compadrio pode assumir diferentes formas, como aquele estabelecido por cerimônias religiosas (frequentemente envolvendo parentes consanguíneos) ou o compadrio de fogueira, realizado diante da fogueira de São João, no dia 24 de junho. Em todos os casos, trata-se de uma relação sustentada pela ajuda mútua, pelo compromisso com o bem-estar recíproco e, muitas vezes, pela troca de bens agrícolas. Esses vínculos regem as formas de socialidade do grupo, configurando um pacto vitalício de respeito e solidariedade (Silva, 2007a; Tófoli, 2020; Macedo, 2007; Giberti, 2013).

Na aldeia, a vida é marcada pela partilha: comida, utensílios, locais de dormir, banho e lazer. Os interesses coletivos frequentemente se sobrepõem às atividades individuais, constituindo o que Tófoli (2020, p. 275) denomina de “sujeito coletivo”, ou seja, uma forma de compreender-se no mundo a partir das relações sociais e intergeracionais. Assim, a identidade pessoal está intimamente vinculada ao lugar ocupado na família e na comunidade (Tófoli, 2020, p. 273). A força da coletividade se expressa sobretudo em grandes ações — como festas, retomadas, ocupações e manifestações — mas também se evidencia no cotidiano, em redes de solidariedade circunscritas à família extensa e à vizinhança próxima.

O nascimento de uma criança, portanto, reconfigura a dinâmica familiar e comunitária: instaura novos vínculos e reforça laços preexistentes, seja entre consanguíneos, seja entre aqueles que compartilham o momento junto às forças espirituais evocadas. Um novo filho implica um novo irmão, um novo primo, um novo integrante na rede de socialidade. Os parentes consanguíneos, em geral, mantêm relações de afeto e apoio mútuo, caracterizadas pela convivência constante. Mesmo quando a proximidade física não é possível, esse ideal de união permanece como referência fundamental.

Tal dinâmica se expressa de modo privilegiado na comensalidade — entendida como o ato de preparar, compartilhar a comida e a comer junto com os familiares —, prática que reforça cotidianamente os laços de parentesco (Viegas, 2003; Belaunde, 2005, *apud* Macedo, 2007, p. 33-34). No momento das refeições os familiares se reúnem, não apenas para a partilha da alimentação, mas também para o diálogo, que pode versar tanto sobre assuntos

triviais do cotidiano quanto sobre mobilizações coletivas ou debates relacionados à política nacional. Entre os Tupinambá, Macedo (2007) observa que a refeição preparada era oferecida a todos os presentes, independentemente de serem parentes ou não, reforçando o princípio de hospitalidade comunitária.

No contexto do parto, essa lógica de partilha e cuidado se reitera. Após o nascimento, é comum que a mãe da parturiente ou alguém de sua rede de socialidade prepare o pirão da parida, alimento tradicionalmente destinado a fortalecer a mulher no pós-parto. Da mesma forma, é essa rede de apoio que se responsabiliza pelo resguardo puerperal, garantindo proteção, acompanhamento e bem-estar à mãe e ao recém-nascido. Em casos de complicações no parto, a rede de socialidade transforma-se em uma verdadeira comoção coletiva, seja no esforço de conduzir a parturiente ao hospital, seja na mobilização de rezas e orações em favor de um desfecho positivo. Assim, o ambiente do parto domiciliar adquiria um caráter de sacralidade: a fé e a devoção pelo nascimento saudável não se restringiam apenas à parturiente e à parteira, mas estendiam-se a todos os que compunham a rede de socialidade, convertendo o evento em um momento espiritual e comunitário (Tófoli, 2020). Desse modo, na vida comunitária da aldeia, os dramas individuais são ressignificados e passam a integrar uma dimensão coletiva.

3.2 INTERCULTURALIDADE E INTERMEDICALIDADE

O conceito de interculturalidade implica um processo de intercâmbio entre culturas, no qual se constrói um espaço de negociação orientado ao reconhecimento e à mitigação das relações de poder. Esse conceito articula-se ao de intermedicalidade (Pedram *et al.*, 2018, *apud* Ramos & Lolli, no prelo), entendido como “um espaço contextualizado de medicinas híbridas e agentes com consciência sociomédica⁴⁸” [tradução do autor] (Greene, 1998, p. 641). Assim, a zona de contato específica — situada em um *locus* construído e determinado, qual seja, o encontro entre diferentes tradições médicas — é definida e interpretada como intermedicalidade (Follén, 2004, p. 109).

A articulação entre medicinas tradicionais indígenas e a biomedicina constitui um ponto crítico para a efetivação da atenção à saúde dos povos indígenas no âmbito do SasiSUS.

⁴⁸ “[...] a contextualized space of hybrid medicines and socialmedically conscious agents.”

Situações de emergência sanitária, como as provocadas pela COVID-19, tuberculose, suicídio e malária, evidenciam a limitada capacidade de promoção da interculturalidade e da intermedicalidade. Nesse sentido, a PNASPI estabelece, entre suas diretrizes centrais, a articulação entre biomedicina e sistemas tradicionais indígenas de saúde por meio da atuação dos AIs, de modo a considerar as especificidades culturais e a reconhecer a eficácia das práticas médicas indígenas (Ramos & Lolli, no prelo).

O século XXI é marcado pela intensificação da valorização das práticas da medicina tradicional, tema recorrente nas IV e V Conferências Nacionais de Saúde Indígena. A postura das políticas públicas e da OMS tem sido a de aceitar a incorporação das medicinas indígenas somente após validação pela racionalidade biomédica (Ferreira, 2013; Langdon & Diehl, 2007, *apud* Ramos & Lolli, no prelo). Entretanto, a racionalidade biomédica do modelo médico hegemônico caracteriza-se por: relação médico-paciente assimétrica e hierarquizada; exclusão do saber do paciente; profissionalização formalizada; enfoque individualista; mercantilização da saúde e da enfermidade; tendência à medicalização de problemas; pragmatismo da eficácia; e separação entre teoria e prática (Scopel, 2014).

Nesse contexto, a adoção do modelo médico hegemônico — biologicista e de pretensão universalista — como critério para selecionar, validar, avaliar e capacitar práticas indígenas conduz à subalternização e à desvalorização destas últimas. Essa lógica promove uma imagem genérica e reducionista dos saberes indígenas, reforçada por operações de equivalência, como pajé/médico ou parteira/obstetra, e pelo desconhecimento das práticas xamânicas. Importa ressaltar que a diversidade de especialistas indígenas não pode ser reduzida a funções específicas; ademais, os saberes estão difundidos na coletividade e não restritos a especialistas (Scopel, 2014).

Esse modo de validação projeta uma imagem das medicinas tradicionais indígenas como um conhecimento homogêneo e imutável, aprisionando-as em um “molde museológico” e restringindo sua atualização ao enquadramento no paradigma biomédico (Langdon & Diehl, 2007, *apud* Ramos & Lolli, no prelo). Como resultado, as políticas estatais reproduzem uma representação caricatural e estereotipada daquilo que identificam como “medicina indígena”. Além disso, estabelecem uma oposição categórica entre o tradicional e o moderno, entre as crenças do passado e o conhecimento científico, concebendo a medicina moderna como tecnológica, científica, convencional, em constante transformação e sustentada em evidências, devendo, portanto, estender-se aos recantos mais remotos do mundo (Lock, 2004, *apud* Scopel, 2014)

Essa perspectiva tende a essencializar as medicinas indígenas (Scopel, 2014). Ramos e Lolli (no prelo) argumentam que não existe uma única medicina tradicional, mas uma pluralidade de medicinas indígenas, que se transformam há milênios e se atualizam em função das especificidades históricas e de sua eficácia pragmática. De acordo com Scopel (2014), no contexto etnográfico Munduruku — análise que pode, até certo ponto, ser estendida aos povos indígenas do Nordeste aqui considerados — os profissionais biomédicos em áreas indígenas buscam estabelecer analogias entre suas práticas e aquelas do saber tradicional indígena, o que gera relações tensas. Dessa forma, tais profissionais, em geral, não dispõem de capacitação adequada para atuar junto às populações indígenas (Scopel, 2014; Giberti, 2013).

Giberti (2013) destaca a hierarquização das equipes de saúde, na qual médicos e enfermeiros ocupam posições de comando em relação aos AIs. Nesse contexto, as orientações das equipes biomédicas, especialmente no campo da atenção ao parto, não dialogam com as práticas tradicionais de parteria. Tornou-se comum, inclusive, que profissionais indígenas de saúde, após concluírem cursos técnicos ou graduações na área, reproduzam a perspectiva biomédica, classificando as parteiras como ignorantes e interpretando o parto domiciliar como arriscado para mãe e bebê — ainda que evidências científicas recentes indiquem o contrário (Giberti, 2013, p. 128).

A promoção da atenção à saúde indígena tampouco prevê indicadores de monitoramento das práticas interculturais de cuidado, nem assegura a participação das comunidades na gestão, implementação e acesso aos dados. Além disso, não são definidos parâmetros sanitários básicos, como número de habitantes, dispersão populacional, condições de acesso, tampouco se estabelecem competências comunicativas, relacionais, linguísticas e culturais para a composição das EMSI (Ramos & Lolli, no prelo). Ressalta-se ainda a ocorrência de práticas de discriminação negativa e racismo institucional em serviços de saúde especializados frequentados por indígenas, sobretudo em municípios de pequeno porte, nos municípios de menor porte com as mais precárias redes de atenção à saúde (Mota, 2017; Langdon, 2004; Giberti, 2013; Macedo, 2007; Tófoli, 2020; Scopel, 2014).

As experiências colaborativas entre Estado e povos indígenas permanecem isoladas e descontínuas, uma vez que não se consolidam como políticas públicas estruturadas. Entre os exemplos de ações de fortalecimentos e revitalização das medicinas indígenas, destacam-se o Projeto Medicina Tradicional no Alto Rio Negro e o Projeto Medicina Baniwa; bem como as pesquisas e ações do Projeto Vigisus II e o *workshop* “Construindo as Linhas do Cuidado Completo na Rede de Saúde Indígena”, promovido pela SESAI (Ramos & Lolli, no prelo). O

Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde propôs a priorização do parto normal e a redução da mortalidade materna, enfatizando a garantia de acesso das mulheres a serviços de qualidade, bem como a defesa e regulamentação da atuação das parteiras tradicionais e das agentes comunitárias de saúde (Brasil, 2000, *apud* Langdon, 2004).

Entretanto, poucas iniciativas efetivas foram direcionadas ao reconhecimento de alternativas para o cuidado no parto, evidenciando uma lacuna no conhecimento sobre o saber feminino do corpo e sobre as formas culturalmente específicas de organização do parto. Renato Athias, citado por Langdon (2004), observa a crescente medicalização do parto entre os Pankararu, fenômeno que se estende ao restante do Brasil. Essa medicalização integra uma tendência mais ampla: o uso indiscriminado de medicamentos na atenção à saúde. O respeito aos saberes e práticas tradicionais exige compreender as concepções indígenas sobre a fabricação do corpo e a reprodução, que se encontram no centro de seus sistemas de saúde (Langdon, 2004). Tais concepções estão intimamente ligadas às dimensões macroestruturais da sociedade e à influência de agentes externos, razão pela qual devem ser analisadas de forma integrada (Wiik, 2001, *apud* Langdon, 2004).

Além disso, as noções de reprodução e sexualidade articulam-se a processos cíclicos da natureza e da cosmologia — vida e morte, mudança das estações, transformações de energia — que estruturam a experiência corporal e social (Langdon, 2004). Por fim, é relevante considerar que a própria noção de pessoa apresenta diferentes abordagens teóricas dentro da Antropologia. De um lado, a tradição da Antropologia Social, desde Malinowski, tendeu a analisar a personalidade social, isto é, a pessoa como agregado de papéis estruturais, concebidos como feixes de direitos e deveres. De outro, a tradição inaugurada por Mauss e retomada por Dumont, posteriormente desenvolvida por autores como Geertz, orienta-se para uma etnopsicologia ou etnofilosofia, que considera as noções de pessoa enquanto categorias nativas de pensamento, explícitas ou implícitas, culturalmente construídas e variáveis (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987, p. 05).

A tradição inaugurada por Mauss destaca o papel formador que as categorias coletivas de uma sociedade exercem na organização e nas práticas concretas que a estruturam. A partir dessa perspectiva, torna-se inviável aplicar noções particulares — como a de indivíduo — à compreensão de universos socioculturais distintos. A noção de pessoa, entendida como categoria, deve ser concebida como um instrumento de organização da experiência social, uma construção coletiva que confere significado ao vivido. Assim, ao tomar a categoria de pessoa como central, é possível reconhecer que o termo “pessoa” atua como um rótulo

analítico útil para descrever as categorias nativas mais fundamentais, aquelas que definem em que consiste o ser humano em determinado contexto (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987, p. 06).

As sociedades sul-americanas se organizam em torno de idiomas simbólicos sobre a construção de pessoas e a fabricação de corpos. O corpo, nesse quadro, constitui-se como matriz de significados sociais e objeto de significação social, sendo simultaneamente instrumento e atividade que articula dimensões sociais e cosmológicas. Ele é, portanto, matriz de símbolos e objeto de pensamento (Turner, 1967, 1974; Douglas, 1970, 1976; Lévi-Strauss, 1962, 1966, 1967, *apud* Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987, p. 10). A fabricação, decoração, transformação e destruição dos corpos constituem temas centrais nas mitologias, na vida cerimonial e na organização social. O lugar da corporalidade em cada sociedade, por sua vez, é infletido por variáveis ecológicas, formas de organização social e cosmologias específicas (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987).

Desse modo, as visões de mundo e práticas de diferentes tradições se inserem em um processo dinâmico de interação, no qual emergem novas formas de intermedicalidade. As pessoas recorrem simultaneamente a conhecimentos oriundos de distintos contextos, como o uso de plantas medicinais e de produtos farmacêuticos (Fóller, 2004, p. 112). Nesse debate, Greene problematiza o chamado “problema da representação”, destacando que constitui equívoco conceber a “tradução cultural” entre sistemas distintos de representação dos fatos naturais como um encaixe direto. Como observa Carrithers *et al.* (2010, *apud* Mccallum, 2014, p. 506), “tratar a ontologia como análoga a uma noção inflexível de ‘cultura’ ou de ‘visão de mundo’ implica pressupor uma epistemologia realista”⁴⁹ [tradução própria].

O comportamento humano ultrapassa a dimensão biológica, estando intrinsecamente associado à cultura, que é aprendida, compartilhada, padronizada e, ao mesmo tempo, internalizada como experiência pessoal. O conceito de cultura, portanto, é ferramenta fundamental para os profissionais da saúde, pois a própria biomedicina constitui um sistema cultural. Nessa perspectiva, observa-se a relação entre “ter cultura” e “ser um bom paciente”, o que conduz à necessidade de uma clínica orientada pela perspectiva transcultural. Para tal, torna-se imprescindível o uso de métodos qualitativos, em especial a etnografia (Langdon & WiiK, 2010). Na Antropologia, o relativismo cultural defende que não se devem emitir juízos de valor sobre culturas diferentes com base no próprio sistema cultural, mas compreendê-las em seus próprios termos. Essa abordagem, contudo, se entrelaça às discussões

⁴⁹ “Treating ontology as analogous to an inflexible notion of ‘culture’ or ‘worldview’ is to presuppose a realist epistemology.

contemporâneas sobre a manutenção e a universalidade dos direitos humanos (Langdon & Wiik, 2010).

O Sistema de Atenção à Saúde deve ser entendido como um modelo conceitual e analítico, que engloba os comportamentos relacionados à saúde em uma sociedade. Não se trata, portanto, de uma realidade empírica em si, mas de uma ferramenta interpretativa, a partir da qual é necessário incluir especialistas locais não reconhecidos pela biomedicina, sempre orientando-se pelo sistema cultural específico (Langdon & Wiik, 2010). Nesse processo, as relações interétnicas constituem um elemento chave da dinâmica cultural (Ubinger, 2012). Geertz (1973, *apud* Ubinger, 2012) já havia caracterizado a religião como sistema cultural, e, entre os Tupinambá, observa-se que o pajé ocupa posição central como intercessor junto a anjos e encantados, sendo imprescindível em rituais e eventos religiosos, os quais se articulam ao sistema de saúde do grupo. Nesse contexto, as plantas medicinais configuram-se como uma verdadeira “doutrina” ou forma de saber indígena (Ubinger, 2012, p. 67).

É, portanto, crucial assegurar a participação indígena no planejamento, gestão, execução e avaliação de projetos e ações em saúde, de modo que os contextos e especificidades culturais orientem os processos de articulação entre práticas tradicionais e serviços biomédicos. Os povos indígenas, em sua postura, não deslegitimam nenhuma medicina; ao contrário, defendem que a interculturalidade deixe de ser pautada por uma atitude disciplinadora e hegemônica da ciência biomédica e do Estado, que frequentemente exigem a validação dos sistemas médicos indígenas a partir de parâmetros biomédicos e a qualificação/controle de seus praticantes (Ferreira, 2013, *apud* Ramos & Lolli, no prelo).

Nesse sentido, Langdon e Diehl (2020, p. 22), em colaboração com outros antropólogos latino-americanos, apontam que os pesquisadores brasileiros têm buscado desenvolver conceitos adequados para compreender os efeitos da expansão da hegemonia biomédica e das relações assimétricas de poder. Os resultados dessas pesquisas convergem com as demandas de movimentos sociais que reivindicam a construção de políticas de saúde adequadas, bem como a prestação de serviços que reconheçam a multiplicidade de práticas terapêuticas, a autonomia das populações e seu papel ativo na articulação entre diferentes formas de cuidado, incluindo a biomedicina.

3.3 CONCEITOS E INTERPRETAÇÕES CRÍTICAS

A prática do parto hospitalar consolidou-se gradualmente como dominante no cenário brasileiro. Segundo Diniz (1996, apud Tofoli, 2020), a adoção dessa prática pela classe dominante transformou-a em um símbolo de distinção social, inserindo-a no conjunto de marcadores culturais e simbólicos que compõem o capital cultural desse grupo (Bourdieu, 2007). Assim, a escolha pelo parto hospitalar vai além das situações em que sua realização é estritamente necessária, refletindo também o prestígio social associado a essa prática. Esse movimento favoreceu a imitação social (Mauss, 2003), com práticas associadas às classes dominantes sendo gradualmente incorporadas por outros estratos, contribuindo para a hegemonia do parto hospitalar na sociedade.

Paralelamente, consolidou-se no país o modelo biomédico de atenção à saúde, que passou a ser visto como referência oficial⁵⁰ para tratamento e cura. A reprodução intergeracional da escolha pelo parto hospitalar, apoiada em valores de modernidade, segurança e prestígio social, produziu um *habitus* social (Bourdieu, 2007) em que essa prática se tornou legitimada e naturalizada. Entretanto, o parto domiciliar, embora marginalizado, mantém-se como hábito latente, passível de reativação. Essa possibilidade é observável em iniciativas de ONGs⁵¹ e movimentos de mulheres que, por meio do engajamento político, promovem debates sobre políticas públicas de valorização das parteiras e do parto domiciliar.

Entre os povos indígenas estudados, o parto domiciliar permaneceu predominante até duas ou três gerações atrás, quando o maior acesso aos serviços biomédicos favoreceu a incorporação gradual do parto hospitalar. A adoção desse modelo não foi uniforme: as práticas biomédicas foram reinterpretadas à luz das cosmologias locais e das concepções indígenas de pessoa, mantendo-se estreitamente ligadas às práticas coletivas de cuidado e às concepções compartilhadas sobre corpo e existência. Mesmo com a redução dos partos domiciliares realizados por parteiras em alguns grupos, sua atuação, quando presente, permanece central. Elas cuidam do corpo da mãe e da criança, conduzem ritos relacionados à placenta, preparo de alimentos específicos pós-parto — como o tradicional pirão da parida⁵²

⁵⁰ Destaca-se também o papel do Estado na regulamentação e fiscalização das práticas de cura não oficiais, que contribuiu para a redução de atividades de curandeiros, raizeiros e parteiras (capítulo 3, tópico 3.1).

⁵¹ Exemplos são as ONGS Grupo Curumin CAIS do Parto.

⁵² O pirão da parida é um prato tradicional preparado para mulheres no período pós-parto, geralmente feito com caldo de galinha ou frango e farinha de mandioca. Rico em nutrientes e de fácil digestão, é considerado um alimento restaurador, associado à recomposição das forças e ao cuidado com o corpo da mulher após o parto.

— e orientam práticas de resguardo e autocuidado para além dos eventos reprodutivos, articulando dimensões físicas, simbólicas e cosmológicas.

O papel das parteiras reflete a dinâmica de continuidade e transformação descrita por Mauss (2003). Embora certas práticas sejam modificadas, elementos centrais do *habitus* cultural se mantêm, mediando a integração de novas práticas a partir do capital cultural pré-existente (Bourdieu, 2007). Consideradas “mães de pegação”, as parteiras estabelecem relações de compadrio com os pais e participam ativamente da introdução do recém-nascido ao mundo. Esse processo envolve cuidados iniciais com a criança e os ritos relacionados à placenta, vista como órgão compartilhado entre mãe e filho (McCallum, 1996, 1998).

Além disso, as parteiras mantêm contato com o sangue materno, o que, segundo Macedo (2007), estabelece vínculos de parentesco por afinidade. Essa lógica evidencia que a pessoa indígena não se reduz ao plano biológico, sendo construída social e cosmológicamente, e que o sangue atua como elemento simbólico que conecta corpos, relações e coletividade. Assim, a parteira contribui simultaneamente para o nascimento da criança e para a coprodução do corpo e da pessoa da mulher, integrando práticas de cuidado, cosmologia e relações de parentesco.

A rede de socialidade que envolve as mulheres — especialmente intensa durante a gestação e o puerpério — constitui uma base estruturante para a observância das práticas de resguardo e para a produção de sentidos em torno do corpo feminino. Essa rede vai além de apoio material ou emocional, funcionando como um sistema relacional mais amplo, no qual o corpo é continuamente produzido e atualizado nas interações sociais, espirituais e de parentesco. Nessa perspectiva, a práxis de tratamento e cura não pode ser compreendida de modo isolado, mas deve ser analisada a partir das categorias coletivas que organizam a corporalidade e a construção da pessoa (Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1987).

A pessoa, em muitos contextos indígenas, não é concebida como uma entidade individual e autônoma, mas como um nó de relações — um ser em constante constituição, cuja integridade física e espiritual depende da manutenção equilibrada das trocas sociais e cósmicas que o sustentam. Desse modo, o corpo não é apenas um suporte biológico, mas uma interface social e cosmológica, atravessada por fluxos de substâncias, afetos e intenções que circulam entre humanos, espíritos e demais seres da natureza. O resguardo, portanto, ultrapassa a dimensão médica ou preventiva, assumindo o caráter de uma prática de recomposição ontológica, em que se reatualizam os vínculos que definem a pessoa no interior da coletividade.

As práticas de autocuidado realizadas pelas mulheres indígenas expressam uma concepção de corpo como processo em permanente fabricação, no qual dimensões sociais, morais e cosmológicas se entrelaçam (McCallum, 1998). O corpo, nessa perspectiva, não é uma substância estável, mas uma instância relacional, constantemente produzida e transformada pelas interações com outros corpos, humanos e não humanos. Tal concepção rompe com a noção ocidental de corpo como entidade biológica individualizada, revelando uma ontologia relacional em que a integridade corporal depende do equilíbrio e da circulação de substâncias, afetos e intenções.

Esse fluxo contínuo de trocas e transformações corporais não se restringe ao domínio fisiológico, mas abrange os regimes de parentesco, afinidade e cuidado que estruturam a vida coletiva. O corpo é, simultaneamente, um meio de socialização e um campo de inscrição das relações de reciprocidade que definem a pessoa. Assim, ao cuidar de si, as mulheres também reproduzem o tecido social, reafirmando os vínculos que sustentam a coletividade. A manutenção do corpo, portanto, é inseparável da manutenção das relações: trata-se de um processo de coprodução entre corpo e sociedade, no qual o autocuidado se configura como uma forma de agir cosmológicamente. As práticas corporais — restrições alimentares, resguardos, banhos, massagens e rituais — não apenas preservam a saúde física, mas restauram o equilíbrio entre as dimensões visíveis e invisíveis da existência, atualizando continuamente a posição da mulher no sistema de parentesco e nas redes de socialidade e espiritualidade que a constituem.

Essa dinâmica pode ser compreendida à luz da intermedicalidade (Follén, 2004), que evidencia a interação entre sistemas terapêuticos distintos, permitindo que saberes tradicionais e práticas biomédicas se influenciem mutuamente. No contexto do parto indígena, a intermedicalidade mostra como práticas hospitalares podem ser incorporadas ou reinterpretadas sem que se perca a coerência cultural das práticas tradicionais. Complementarmente, a interculturalidade destaca o papel do diálogo e do reconhecimento mútuo entre diferentes sistemas de conhecimento, valorizando os saberes tradicionais e garantindo que práticas culturalmente significativas — como os cuidados da parteira com a mãe e a criança e os ritos de resguardo — continuem a ter legitimidade social mesmo diante da medicalização do parto.

Dessa forma, a persistência do parto domiciliar e da atuação das parteiras pode ser entendida como expressão de continuidade e adaptação cultural, na qual a transmissão intergeracional de hábitos (Mauss, 2003) e a apropriação de capital cultural (Bourdieu, 2007)

permitem integrar novos elementos sem ruptura das cosmologias, das redes de socialidade ou da construção coletiva da pessoa. Mesmo diante da diminuição do número de partos realizados por parteiras em alguns contextos, essas práticas permanecem centrais na produção social da pessoa e na continuidade cultural das comunidades indígenas.

O corpo, a pessoa e os vínculos de parentesco não são apenas objetos de cuidado, mas refletem uma contínua negociação entre saberes, práticas e valores culturais, evidenciando que o cuidado materno indígena constitui um espaço de articulação entre tradição, modernidade e diferentes formas de conhecimento sobre saúde e corpo mediadas culturalmente. As práticas de parto, autocuidado e resguardo funcionam como mecanismos de reprodução social e simbólica, nos quais podem articular cosmologias, normas de socialidade e estratégias adaptativas que permitem incorporar novos elementos sem comprometer a coerência cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os povos indígenas do Nordeste foram historicamente submetidos a intensos processos de assimilação cultural e apagamento identitário, sendo alguns considerados extintos. Durante séculos, viveram sob o signo da alteridade, enfrentando marginalização e a negação de seus modos próprios de existência. A Constituição Federal de 1988 representou um marco na reconfiguração dessas relações, ao reconhecer a diversidade étnica e os direitos coletivos dos povos indígenas. A partir dela, emergiram novas possibilidades de reposicionamento político e de reivindicação por reconhecimento e cidadania diferenciada. Contudo, o processo de reconhecimento oficial continua desafiador, condicionado a critérios de indianidade que nem sempre refletem as realidades socioculturais desses grupos.

A saúde das mulheres indígenas no Nordeste não pode ser dissociada das dimensões políticas, administrativas e cosmológicas que estruturam os territórios. O reconhecimento étnico é condição indispensável para o acesso às políticas públicas específicas, entre elas a PNASPI e o SasiSUS, coordenados pela SESAI. Essas políticas resultam do protagonismo indígena na construção de uma saúde diferenciada, fundamentada na articulação entre os princípios constitucionais, as Leis Orgânicas da Saúde e o respeito às especificidades étnico-culturais.

A rede de atenção é estruturada em DSEIs, unidades descentralizadas que ultrapassam fronteiras estaduais e buscam garantir atenção primária contínua nos territórios. Cada DSEI organiza-se em postos de saúde, polos-base e CASAI, articulando-se à rede SUS para atendimentos de média e alta complexidade. Na linha de frente dessa estrutura atuam as EMSIs, compostas por profissionais da biomedicina e pelos AIS e AISAN. Estes últimos desempenham papel fundamental como mediadores culturais, linguísticos e terapêuticos entre as racionalidades biomédica e indígena. Por serem membros das próprias comunidades, asseguram maior adesão, confiança e continuidade das ações, configurando um elo essencial na construção cotidiana da saúde diferenciada.

Apesar desses avanços, persistem desafios significativos. A descontinuidade de programas, a rotatividade de profissionais, a escassez de dados epidemiológicos e a fragilidade administrativa comprometem a efetividade do SasiSUS. A ausência de informações sistematizadas sobre os povos indígenas dificulta o planejamento e enfraquece a gestão pública, limitando a formulação de políticas consistentes e o uso eficiente de recursos

— já restritos. Ainda que experiências colaborativas bem-sucedidas entre Estado e povos indígenas existam, muitas permanecem pontuais, sem se consolidar como políticas permanentes.

Entre os povos Tupinambá da Serra do Padeiro, Pankararu, Tapeba e Tremembé, o acesso à saúde diferenciada é reconhecido como conquista coletiva. A inserção da biomedicina não substitui as medicinas tradicionais, mas amplia as possibilidades de cuidado. Conforme Mauss (2003), novas técnicas corporais podem ser incorporadas às já existentes, adequando-se às condições sociais e históricas de cada grupo. Essa integração revela uma dinâmica de aprendizado e adaptação, na qual o corpo atua como mediador entre sistemas distintos de conhecimento. Sob a ótica de Bourdieu (2007), tais práticas não se reproduzem de modo mecânico, mas são continuamente reinterpretadas pelos *habitus*, configurando rearticulações criativas dos saberes e dos valores locais.

As medicinas indígenas se caracterizam por uma profunda articulação entre corpo, sociedade e cosmos. O cuidado visa à preservação da harmonia entre o indivíduo, a coletividade e o universo espiritual, mobilizando conhecimentos compartilhados e práticas específicas, muitas vezes associadas a dons espirituais. Contudo, a coexistência entre diferentes racionalidades terapêuticas nem sempre ocorre de forma equitativa. A falta de preparo de profissionais biomédicos para lidar com a diversidade cultural pode desestabilizar as medicinas locais e invisibilizar práticas tradicionais, sobretudo no campo da saúde reprodutiva.

A compreensão dessas dinâmicas demanda atenção à noção de corpo e pessoa proposta por Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro (1987), segundo a qual o corpo é um processo relacional e permeável, onde se inscrevem vínculos de parentesco, afetos e moralidades. O conceito de fabricação do corpo (McCallum, 1996, 1998) amplia essa perspectiva, ao mostrar que a corporeidade é continuamente produzida nas interações sociais, nas práticas de cuidado e nos rituais que marcam os ciclos da vida. Entre as mulheres indígenas, gestação, parto e resguardo constituem momentos de intensa produção social e cosmológica, nos quais se reafirmam as concepções de pessoa e os laços de solidariedade. O corpo feminino torna-se, assim, mediador entre o humano, o espiritual e o natural — cuidar do corpo é também cuidar da continuidade da coletividade.

As noções de Corpo Aberto, Sangue e Mãe/Dona do Corpo são centrais para compreender os itinerários de cuidado e as relações entre corpo, gênero e cosmologia. O resguardo, especialmente no puerpério, constitui prática fundamental de autocuidado e

equilíbrio espiritual, prevenindo males físicos e simbólicos. Nos partos domiciliares, observa-se maior aderência a essas prescrições, sustentadas por redes de solidariedade nas quais a parteira ocupa posição central. Ela não apenas detém conhecimentos sobre ervas e rituais, mas também atua como mediadora espiritual e social, garantindo um parto em consonância com a cosmologia local.

A ampliação do acesso aos serviços biomédicos resultou em uma reconfiguração das práticas de parto, com deslocamento crescente para o ambiente hospitalar. À luz de Mauss (2003), esse processo reflete a adoção de novas técnicas corporais vinculadas ao prestígio simbólico da biomedicina. No entanto, sua incorporação não é passiva: as práticas hospitalares são reinterpretadas segundo as cosmologias locais, evidenciando a capacidade indígena de traduzir e ressignificar os saberes externos. Essa dinâmica, que expressa o capital cultural e o habitus (Bourdieu, 2007) próprios de cada grupo, mostra que o uso de práticas biomédicas não representa ruptura, mas rearticulação criativa entre diferentes sistemas de conhecimento.

A intermedicalidade e a interculturalidade constituem, assim, chaves analíticas para compreender as zonas de contato e negociação entre medicinas indígenas e biomedicina. Nos contextos estudados, essas relações não se limitam à coexistência, mas produzem novas sínteses e formas de cuidado. O corpo torna-se território de encontro e tradução entre mundos, lugar onde se inscrevem cosmologias e resistências. A atuação dos AIS e AISAN é especialmente significativa nesse processo, pois concretiza a intermedicalidade no cotidiano, permitindo que o diálogo entre diferentes racionalidades se efetive nas práticas e nos vínculos comunitários.

Em síntese, o cuidado indígena é, simultaneamente, prática social, política e cosmológica. Ele produz corpos, pessoas e coletividades, ao mesmo tempo em que afirma modos próprios de existência e de relação com o mundo. A saúde indígena — e, particularmente, a saúde das mulheres — constitui um campo privilegiado para observar os processos de intermedicalidade e interculturalidade, nos quais saberes distintos se confrontam, se traduzem e se reinventam. Nesses encontros, mais do que perda ou resistência, há criação: a invenção contínua de formas de vida que articulam o antigo e o novo, o local e o global, o espiritual e o técnico, reafirmando a vitalidade e a agência dos povos indígenas na construção de seus próprios caminhos de cuidado.

PERSPECTIVAS

Permanecem em aberto diversas questões relacionadas às concepções de corpo, às medicinas indígenas, aos itinerários terapêuticos e às práticas de autocuidado, aspectos indispensáveis à formulação de ações de saúde culturalmente adequadas. Os resultados desta pesquisa indicam que temas como a Dona do Corpo, o Corpo Aberto, o resguardo e a intermedicalidade configuram campos relevantes para futuras investigações, inclusive em contextos rurais. Tais perspectivas reforçam a necessidade de problematizar a categoria de tradicional, frequentemente elaborada sob o viés biomédico, e de aprofundar abordagens centradas no agenciamento terapêutico e na ecologia de saberes, reconhecendo a pluralidade epistemológica e os distintos modos de produção de cuidado entre os povos indígenas do Nordeste. Nesse horizonte, o ecofeminismo, em diálogo com os saberes indígenas, pode contribuir para a compreensão das interdependências entre corpo, território e natureza, ampliando a análise sobre a saúde das mulheres indígenas e evidenciando suas práticas de cuidado como formas de resistência e de sustentação da vida coletiva.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Antonio U. L. *Multiculturalismo e o direito à autodeterminação dos povos indígena*. Orientadora: Thaís Luzia Colaço. 2003. 333 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Centro de Ciências Jurídicas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106553/225981.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 abr. 2022.
- ALMEIDA, Ranna I. P. C. Mulheres indígenas e saúde reprodutiva: entre a tutela e o biopoder. *Caderno Espaço Feminino*, Uberlândia, v. 31, n. 2, p. 27-45, jul./dez. 2018. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/41552/25607>. Acesso em: 7 abr. 2022.
- ARRUTI, José M. Morte e vida do Nordeste indígena: a emergência étnica como fenômeno histórico regional. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 57–94, jul. 1995.
- ARRUTI, José M. Pankararu. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Povos Indígenas no Brasil* [recurso eletrônico]. 2005, atualizado em 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Pankararu>. Acesso em: 15 out. 2021.
- ATHIAS, Renato. Doença e cura: sistema médico e representação entre os Hupde-Maku da região do Rio Negro. *Horizonte Antropológicos*, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 237–261, out. 1998.
- BARRETTO FILHO, Hynio T. Tapeba. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Povos Indígenas no Brasil* [recurso eletrônico]. 1998, atualizado em 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tapeba>. Acesso em: 15 jan. 2022.
- BARTH, F. Grupos étnicos e suas fronteiras. In: POUTIGNAT, Philippe; STRIFF-FENART, Jocelyne. *Teorias da Etnicidade*. Tradução de Élcio Fernandes. São Paulo: UNESP, 1997 [1969], p. 187–227.
- BARTOLOMÉ, M. A. As etnogêneses: velhos atores e novos papéis no cenário cultural e político. *Mana*, Rio de Janeiro, v. 12, p. 39–68, abr. 2006.
- BATE-PAPO NA SAÚDE: gravidez, parto e pós-parto entre a população. Produtor: Canal Saúde Oficial. Apresentador: Paulo Bellardi. Entrevistada: Raquel Scopel. [S. l.]: Canal no YouTube: Canal Saúde Oficial, 2014. 1 vídeo (25 min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=GZy0fbsW0CM>. Acesso em: 23 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Distritos Sanitários Especiais Indígenas: diretrizes para implantar o Programa de DST/Aids*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde das mulheres e crianças indígenas* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

br/composicao/sesai/departamento-de-atencao-a-saude-indigena/atencao-a-saude-das-mulheres-e-criancas. Acesso em: 4 abr. 2022.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: saúde sexual e saúde reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena* [recurso eletrônico]. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai>. Acesso em: 14 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento: diretrizes e orientações para a qualificação* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2018. 140 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_indigena_saude_saneamento.pdf. Acesso em: 16 abr. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. *DSEI*. [recurso eletrônico]. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/dsei/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BOURDIEU, Pierre. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Ricardo. Identidade étnica, identificação e manipulação. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/sec.v6i2.912>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CARVALHO, Maria Rosário G. de. A identidade dos povos do Nordeste. *Anuário Antropológico*, v. 7, n. 1, p. 169–188, 2018.

CARVALHO, Maria Rosário G. de; AGOSTINHO, Pedro. Antropologia e história: bases documentais para a abordagem das sociedades indígenas do Norte e Nordeste do Brasil. In: GALINDO, M. et al. (eds.) *Índios do Nordeste: temas e problemas*. Maceió: EDUFAL, 1999. p. 119–139.

CARVALHO, Maria do Rosário G. de; REESINK, Edwin B. Uma etnologia no Nordeste brasileiro: balanço parcial sobre territorialidades e identificações. *BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais*, São Paulo, n. 87, v. 3, p. 71–104, dez. 2018.

CHAVES, Eduardo D. *Saúde indígena no Brasil: a aplicação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas no estado do Ceará*. Orientador: Felipe Braga Albuquerque. 2017. 71f. Monografia (Graduação em Direito). Faculdade de Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.; GARNELO, Luiza. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.) *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004, p. 153–174. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/dcc7q/epub/monteiro-9788575416150.epub>. Acesso em: 9 mar. 2022.

COSMOLOGIA. In: SIMPSON, J. A.; WEINER, E. S. C. *The Oxford English Dictionary*. Oxford: Clarendon Press, 1989. Disponível em: <https://www.oed.com/>. Acesso em: 5 maio 2022.

DANTAS, Beatriz C.; SAMPAIO, José A. L.; CARVALHO, Maria Rosário G. de. Os povos indígenas no Nordeste brasileiro: um esboço histórico. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela (org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; Companhia das Letras; Secretaria Municipal de Cultura Prefeitura do Município de São Paulo, 1992.

OLIVEIRA, Bruno P de. *Quebra a cabaça e espalha a semente: desafios para um protagonismo indígena* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: E-papers, 2015. 156 p.

OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. Identidade étnica, identificação e manipulação. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 6, n. 2, p. 117-131, 2007. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/912>. Acesso em: 14 jul. 2020.

DIAS-SCOPEL, Raquel P.; SCOPEL, Daniel. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autocuidado entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085918>. Acesso em: 09 abr. 2022.

DIAS-SCOPEL, Raquel P. *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku*. Orientadora: Esther Jean Langdon. 2014. 221 p. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DIEHL, Eliana E.; LANGDON, Esther J.; DIAS-SCOPEL, Raquel P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, maio 2012. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500002>. Acesso em: 15 abr. 2022.

JARDIM BOTÂNICO DO RIO DE JANEIRO. *Bromeliaceae in Flora e Funga do Brasil*. Disponível em: <https://floradobrasil.jbrj.gov.br/FB45769>. Acesso em: 25 abr. 2025.

FOLLÉR, Mai-Lis. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 104-120.

FONSECA, João J. S. *Metodologia de Pesquisa Científica*. Fortaleza: UECE, 2002.

Fundação Nacional de Saúde (Brasil). *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

FONTES, Meire de S. S. et al. *V Conferência Nacional de Saúde Indígena: Diretrizes da Etapa Distrital-Distrito Sanitário Especial Indígena*, Ceará. Brasília: FIOCRUZ, 2013. Disponível em: <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/6260/2/189170197.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2022.

GIBERTTI, Andrea C. *Nascendo, encantando cuidando: uma etnografia do processo de nascimento dos Pankararu de Pernambuco*. Orientador: Edemilson Antunes de Campos. 2013. 196 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

GIL, Antônio C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREENE, Shane. The shaman's needle: development, shamanic agency, and intermediality in Aguaruna lands, Peru. *American Ethnologist*, v. 4, n. 25, p. 634-658, 1998.

GRUNEWALD, Rodrigo de A. Atikum. In INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Povos indígenas no Brasil* [recurso eletrônico]. Atualizado em 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Atikum>. Acesso em :05 out. 2021.

INMETRO. *Sistema Internacional de Medidas – SI*. 8. ed. Rio de Janeiro, 2003. 116 p.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Mitos e cosmologia*. [recurso eletrônico], 2018. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Mitos_e_cosmologia. Acesso em: 7 maio 2022.

LANGDON, Esther J. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, Esther J.; GARNELO, Luiza (orgs.). *Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 29-45.

LANGDON, Esther. Políticas Públicas de Saúde Indígena: implicações para minorias e saúde reprodutiva. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (orgs.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raças, saúde e direitos reprodutivos* [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004. p. 211-226.

LANGDON, Esther J.; WIIK, Flávio B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 173-181, maio/jun. 2010.

LANGDON, Esther J.; DIEHL, Eliana. Anthropological engagement and interdisciplinary research: The critical approach to indigenous health in Brazil. In: GAMLIN et al. (eds.). *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America*. London: UCL Press, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14324/111.9781787355828>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LÉVI-STRAUSS, C. A eficácia simbólica. In: LÉVI-STRAUSS, Claude. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LIMA, Telma C. S. de; MIOTO, Regina C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálisis* [recurso eletrônico], v. 10, n. especial, p. 37-45, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802007000300004>. Acesso em: 04 maio 2020.

LOPES DA SILVA, Aracy. Mito, razão, história e sociedade: inter-relações nos universos sócio-culturais indígenas. In: LOPES DA SILVA, Aracy & GRUPIONI, Donizete B. (orgs.) *A Temática Indígena na Escola: novos subsídios para professores de: 1º e 2º graus*. Brasília: MEC/MARI/Unesco, 1995.

LUCIANO, Gersem dos S. Saúde Indígena. In BRASIL. *O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil hoje*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretária de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

MACEDO, Ulla. *A Dona do Corpo: um olhar sobre a reprodução entre os Tupinambá da Serra - BA*. Orientadora: Cecília Sandernberg. 2007. 196 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MAUSS, Marcel. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MCCALLUM, Cecília A. O corpo que sabe: Da epistemologia Kaxinawá para uma antropologia médica das Terras Baixas Sul-Americanas. In ALVES, P. C.; RABELO, M. (orgs.). *Antropologia da saúde: Traçando identidades e Explorando Fronteiras*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Relume Dumará, 1998. p. 215-245.

MCCALLUM, Cecília A. Aquisição de gênero e habilidades produtivas: o caso Kaxinawá. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 7, n. 1-2, p. 157-175, 1999. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X1999000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2020.

MCCALLUM, Cecília A. Making ecumenes: ontogeny, amity, and resistance in Brazilian indigenous pathways. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, v. 26, p. 574-593, 2020.

MANSO, Maria E. G.; CONCONE, Maria H. V. B. Antropologia da Saúde: considerações sobre os diversos referenciais teóricos. *Revista Conhecimento e Inovação*, v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: <http://ojs.unimar.br/index.php/conhecimentoeinovacao/article/view/1610>. Acesso em: 01 nov. 2021.

MENÉNDEZ, Eduardo L. *Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2009.

MENÉNDEZ, Eduardo L. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, v. 4, n. 7, p. 71-83, México, 1994.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Intencionalid, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, Madrid, v. 14, p. 33-69, 2005.

MENÉNDEZ, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 7, p.185-207, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>. Acesso em: 18 jan. 2020.

MORAIS, Rafael V.; SANTOS, Erickson de O.; VILELA, Rosana Q. B. Os povos originários e a saúde: revisão integrativa da busca por saúde das populações originárias do Brasil. *Atlas - Investigação Qualitativa em Saúde*. v. 2, 2018. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/1865>. Acesso em: 28 fev. 2021.

MOTA, Sara E. de C. *A atenção diferenciada no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena: um estudo de caso no distrito sanitário especial da Bahia*. Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté. Orientadora: Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté. 2017. 180 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

MOTA, Lucio T.; NOELLI, Francisco S.; CAVALGANTE, Thiago L. V. Etno-História indígena: abordagens interdisciplinares. *Revista Diálogos*, v. 24, n. 3, set./dez. 2017. Disponível em <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Dialogos/article/view/41756>. Acesso em: mar. 2020.

NOGUEIRA, Cláudio; NOGUEIRA, Maria. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: Limites e contribuições. *Revista Educação e Sociedade*, Campinas, a. 23, n. 78, abr. 2002.

NOVELLO, Mário. *O que é cosmologia? A revolução do pensamento cosmológico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

OLIVEIRA, João P. de. Uma etnologia dos “Índios Misturados”: situação colonial, territorialidade e fluxos culturais. In: OLIVERIA, João P. de. (org.). *A viagem de volta: etnicidade, política e reelaboração cultural no Nordeste indígena*. 2. ed. Rio de Janeiro: Contra capa, 2004 [1999]. p.13-42.

OLIVEIRA, João P. de. O Relatório provincial de 1863 e a expropriação das terras indígenas. In: OLIVEIRA, João P. (org.). *A presença indígena no Nordeste: processos de territorialização, modos de reconhecimento e regimes de memória*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

ORTIZ, Renato (org.). *Pierre Bourdieu: sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

OVERING, J. Elogio do cotidiano: a confiança e a arte da vida social em uma comunidade amazônica. *Mana*, v. 5, n. 1, p. 81-107, 1999.

PEDRANA, L. *et al.* Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*. v. 42, out. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.178>. Acesso em 28 out 2021.

PÉREZ-GIL, L.; WAKANÃ, G.S. Caracterização dos sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L.O.; OSÓRIO, P. (eds.). *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da*

primeira reunião de monitoramento. Brasília, DF: Fundação Nacional da Saúde, 2007. p. 37-47.

RAMOS, Danilo P.; LOLLI, P. Interculturalidade e Saúde Indígena. In: CARNEIRO DA CUNHA, Manuela; ADAM, Cristina; MAGALHÃES, Sônia B. *Diagnóstico dos Povos Indígenas e Comunidades Locais no Brasil: contribuições para a biodiversidade, ameaças e políticas públicas*. No prelo

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 23 ed. [versión 23.8 en línea]. Disponível em <https://dle.rae.es>. Acesso em: 23 abr. 2025.

RODRIGUES, Patrícia. *Dia internacional dos povos indígenas: SasiSus é uma conquista*. [S.l.]: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em <https://saudeindigena1.websiteseuro.com/coronavirus/viewNoticia.php?CodNot=c35cc26fe>. Acesso em: 05 maio 2022.

SANTOS, Valéria da S. *Puerpério e resguardo no sertão baiano*. Canal no Youtube: TV PPGA UFBA, 2021. 1 vídeo (6min) Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=mZivrs124sk>. Acesso em 08 nov. 2021.

SCOPEL, Daniel; DIAS-SCOPEL, Raquel P.; LANGDON, Esther J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 12, dez. 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00139014>. Acesso em: 01 nov. 2021.

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA (Brasil). *Povos indígenas e o Direito à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena [2017?].

Disponível em:

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/2/encontro%20novos%20servidores%20%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20sesai.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2022.

SEEGER, Anthony.; DA MATTA, Roberto; VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In: OLIVEIRA FILHO, J. P. (org.). *Sociedades indígenas e Indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Marco zero, 1987. p. 11-29.

SILVA, Edson. Os índios no nordeste e as pesquisas históricas: as influências do pensamento de John Monteiro. *Fronteiras & Debates*, v. 2, n. 1, p. 51–64, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/fronteiras/article/view/2516>. Acesso em: nov. 2020.

SILVA, Georgia. “*Chama os Atikum que eles desatam já*”: práticas terapêuticas, sabedores e poder. Orientador: Renato Monteiro Athias. 2007. 110 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

SILVA, Georgia. Camarada ou inimiga: a “Dona-do-Corpo” e as mulheres Atikum. In: ATHIAS, Renato (orgs.). *Povos Indígenas em Pernambuco*. Recife: UFPE, 2007.

SOUZA, Jurema M. de A. Mulheres Pataxó Hã-Hã-Hãe: Corpo, sexualidade e reprodução. Orientadora: Maria Rosário Gonçalves de Carvalho. 2002. 68 f. Monografia (Graduação em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

SOUZA, Jurema, M. de A. *Trajetórias Femininas Indígenas: Gênero, Memória, Identidade e Reprodução*. Orientadora: Maria Rosário Gonçalves de Carvalho. 2007. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

TRAINA, Agma J. M.; TRAINA JÚNIOR, Caetano. Como fazer pesquisa bibliográfica. *Revista SBS Horizontes*, v. 2, n. 2, p. 30-35, ago. 2009. Disponível em: https://homepages.dcc.ufmg.br/~mirella/DCC851/Exemplos%20Artigos/_comoFazerPesquisasBibliograficas.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

TÓFOLI, Lúcia. “*Faz tempo que disseram que não era mais para pegar menino nos matos*”: narrativas de partos entre indígenas Tapeba e Tremembé no Ceará. Orientador: José Maurício Paiva Andion Arruti. 2020. 571 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2020.

TORRES, Raquel. Agente indígena de saúde. *Revista Poli - saúde, educação e trabalho*. Rio de Janeiro, n. 10, mar./abr. 2010. Disponível em <https://www.epsjv.fiocruz.br/educacao-profissional-em-saude/profissoes/agente-indigena-de-saude>. Acesso em: 05 maio 2022.

UBINGER, Helen C. *Os Tupinambá da Serra do Padeiro: religiosidade e territorialidade na luta pela terra indígena*. Orientação: Cecília Anne McCallum. 2012. 189 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

VALLE, Carlos G. Tremembé. In: INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Povos Indígenas no Brasil* [recurso eletrônico], 2021. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Trememb%C3%A9>. Acesso em: 03 jan. 2022.

VIEGAS, Susana de M. *Terra Calada: Os Tupinambá na Mata Atlântica do Sul da Bahia*. Rio de Janeiro: Letras; Almedina, 2007.

VIEGAS, Suzana de M. Tupinambá. INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (Brasil). *Povos Indígenas no Brasil* [recurso eletrônico]. Atualizado em 2021. Disponível em: https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Tupinamb%C3%A1_de_Oliven%C3%A7a. Acesso em: 06 out 2020.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Perspectivismo e Multinaturalismo na América Indígena. In: VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *A Inconstância da Alma Selvagem*. São Paulo: Cosac Naify, 2002. p. 225-254

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In: OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de (org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1987. p. 31-41

WACQUANT, Loic. Habitus como assunto e ferramenta: reflexões sobre tornar-se um boxeador. *Estudos de Sociologia*, v. 2, n. 17, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235214>. Acesso em: 12 jun. 2020.

WACQUANT, L. Esclarecer o Habitus. *Educação e Linguagem*, a. 10, n. 16, jul./dez. 2007. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/EL/article/view/126/136>. Acesso em: 08 jul. 2020.

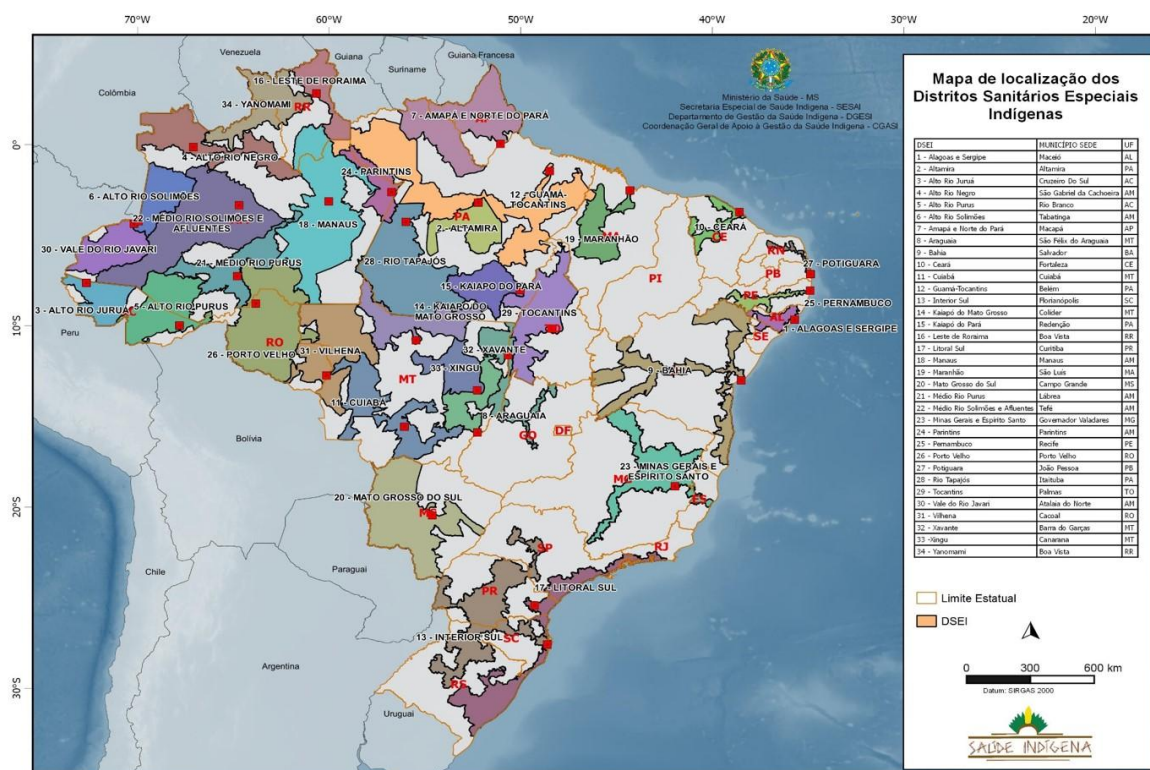
WAKANÃ, Graciliana Selestino; GIL, Laura Pérez. Caracterização dos Sistemas de Parto Tradicionais entre os Povos Indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L. O.; OSORIO, P. S. (orgs.). *Medicina tradicional indígena em contextos - Anais da I Reunião de Monitoramento. Projeto Vigisus II/Funasa*. Brasília: Fundação Nacional da Saúde, 2007.

WHITTEN JUNIOR, Norman E. Ecuatoria ethnocid and indigenous ethnogenesis: amazonian resurgence amidst Andean colonialism. *IWGI Documents*, maio, 1976. Disponível em: <https://www.iwgia.org/en/resources/publications/305-books/2718-ecuadorian-ethnocide-and-indigenous-ethnogenesis-amazonian-resurgence-amidst-andean-colonialism.html>. Acesso em: 10 maio 2022.

ANEXOS



Anexo I - Organograma da SESAI (BRASIL, 2021)



Anexo II - Mapa de localização das DSEI (BRASIL, 2021)⁵³

⁵³ Optou-se por manter a imagem, mesmo diante da limitação de legibilidade decorrente do reduzido tamanho das letras, com o propósito de possibilitar a compreensão da distribuição espacial dos DSEIs no território nacional.