

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL DOUTORADO**

**FRANCIELLI GIRARDI**

**ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA  
KONDÁ/SC**

**São Leopoldo  
2019**

FRANCIELLI GIRARDI

**ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA  
KONDÁ/SC**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Cecília López

São Leopoldo

2019

*Dedico a todas as mulheres que acreditam em sua força feminina. Que, através dela, faz brotar seus conhecimentos ancestrais, guindo e ilumina o caminhar de muitas mulheres. Fazendo-as acreditar que o passado nos construiu, o presente é nosso e no futuro o caminho nos guiará, através do propósito de cada um de nós. E juntas somos luz, somos fortaleza e resistência.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço honrosamente à minha família, aos meus pais Miguel e Salete, pelo apoio incondicional, sendo alicerce imprescindível em todos os momentos desta caminhada. Gratidão pelas inúmeras conversas, que fizeram-me acreditar que “quem acredita sempre alcança” (Renato Russo).

Agradeço a meu esposo Marcos, pelo apoio e presença em muitos momentos em que me fiz ausente de minhas filhas. E ainda por compartilhar suas experiências acadêmicas, e ser apoio nas horas em que necessitava de suporte.

Agradeço às minhas filhas que sempre alegremente me entregavam cartinhas de lembrança, quando me levavam à estação rodoviária, para partir para a Unisinos e no retorno me esperavam de coração cheio de saudades.

Agradeço à minha orientadora, mestra Laura, que me acolheu, apoiando-me em todos os momentos de dificuldade, com muita amorosidade, respeito e carinho.

Agradeço aos professores do programa que compartilharam seus conhecimentos e permitiram nos reconstruirmos durante o doutorado.

Agradeço às(aos) amigas(os) que recebi como um grande presente do Universo, Marisangela Spolaôr Lena, Paula Xavier Brustolin, Lisiane Acosta, Maiton, Bernardelli, Adriano H. da Costa e Guilherme Schimocomaqui. Amigos, suas presenças durante essa jornada foram muito importantes, gratidão.

Agradeço profundamente à comunidade indígena do Kondá/SC, às suas lideranças e principalmente às mulheres indígenas que compartilharam e vivenciaram momentos singulares durante vários meses. Gratidão.

## RESUMO

Essa tese analisa as práticas de atenção à saúde, mulheres indígenas, no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC, analisando através do itinerário de cuidado como as Políticas Públicas, como a Política de Atenção às Populações Indígenas PNSAI (2002), e a Estratégia Rede Cegonha (ERC), dialogam/tencionam para estabelecer uma assistência diferenciada às gestantes indígenas, considerando a pluralidade e a interculturalidade na atenção à saúde. Os sistemas de cuidado nas comunidades indígenas são diferenciados e singulares, o cuidado interliga ambiente, rede social e seres espirituais nas práticas do cuidado. Os diversos sistemas de cuidado foram denominados por Menendez (2003), como modelos de atenção à saúde, articulando a pluralidade e interculturalidade. **Metodologia:** Tratou-se de uma pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica. As técnicas utilizadas para a produção de dados foram: observação participante com registro no diário de campo, entrevistas individuais e grupais abertas, realizadas com mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, mulheres da comunidade e parteira, utilizando-se de um roteiro-guia. O estudo compreendeu o período de junho a dezembro de 2018. A análise ocorreu durante as transcrições, leitura e organização das entrevistas e das notas de campo, sendo construídos eixos de discussão que articularam os dados produzidos e a literatura da área. **Resultados e Discussões:** Nesta perspectiva percebeu-se que as práticas assistenciais da PNSAI são majoritariamente guiadas pelo modelo biomédico, sendo estas verticalizadas, protocolares e produtoras de invisibilidade da diversidade das práticas de atenção à saúde, protagonizadas pelas mulheres indígenas. Destaca-se a existência de práticas kaingang de atenção às gestantes que expressam uma rede ampla de saberes vinculada à construção da pessoa kaingang. **Considerações Finais:** Diante desses cenários, é imprescindível ampliar os estudos sobre essa temática e encontrar estratégias dialógicas, buscando articular as diversas formas de atenção em saúde, presentes na comunidade indígena Kondá.

**Palavras-Chaves:** Saúde Indígena, Mulher Indígena, Kaingang.

## ABSTRACT

This thesis analyzes the practices of health care, indigenous women, in the pregnancy-puerperal period in the Kondá Indigenous Land / SC, analyzing through the care itinerary as the Public Policies, as the PNSAI Indigenous Population Policy (2002), and the Stork Network Strategy (ERC), dialogue / intend to establish a differentiated assistance to indigenous pregnant women, considering the plurality and interculturality in health care. The care health systems in indigenous communities are different and singulars, the care interconnects environment, social network and spiritual beings in care practices. The several care systems were named by Menendez (2003) as models of health care, articulating plurality and interculturality. **Methodology:** This one was a qualitative research with ethnographic approach. The techniques used for data production were: participant observation with field diary registry, open individual and group interviews, realized with indigenous women in the pregnancy-puerperal period, women from the community and midwife, using a guiding script. The study comprised the period from June to December 2018. The analysis occurred during the transcriptions, reading and organization of interviews and field notes, being built axes of discussion that articulated the data produced and the literature of the area. **Results and Discussions:** In this perspective, it was noticed that the PNSAI's practice cares are mostly guided by the biomedical model, which these are verticals, protocols and produces of the invisibility diversity of health care practices, carried out by indigenous women. We highlight the existence of Kaingang's practices of attention to pregnant women that express a wide network of knowledge linked to the construction of the Kaingang's person. **Final Considerations:** Given these scenarios, it is essential to expand the studies on this theme and find dialogic strategies, seeking to articulate the various forms of health care, presents in the Kondá indigenous community.

**Keywords:** Indigenous Health, Indigenous Woman, Kaingang.

## SUMÁRIO GERAL

APRESENTAÇÃO .....	7
PROJETO DE PESQUISA.....	9
RELATÓRIO DE CAMPO .....	71
ARTIGO I .....	90
ARTIGO II .....	109

## APRESENTAÇÃO

Esta tese, intitulada “Itinerários de cuidado e práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC”, teve como objetivo principal analisar as práticas de atenção à saúde e os itinerários de cuidado vivenciados pelas mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC, questionando se existe uma articulação de modelos de cuidado diversos. Ainda objetivou-se investigar e mapear os fluxos assistenciais das políticas públicas (ERC e PNSAI), identificando os acessos aos serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal para as gestantes indígenas na região; identificar o itinerário de cuidados das mulheres Kaingang durante o ciclo gravídico-puerperal e conhecer as práticas de cuidado utilizadas pelas mulheres indígenas de diferentes gerações na comunidade durante o período gravídico-puerperal.

A presente tese é composta pelas seguintes etapas:

1. Projeto de Pesquisa: este item é composto pela discussão teórica, detalhamentos do percurso metodológico e planejamento da investigação objeto deste estudo. O projeto foi submetido para a avaliação e aprovação através do exame de qualificação no dia 1 de março de 2018. Os demais encaminhamentos do projeto para o Comitê de Ética e Pesquisa (Conep-CEP) e Fundação Nacional do Índio (Funai) ocorreram subsequentemente.
2. Relatório de Campo: esta etapa compreende descrever e caracterizar através dos registros no diário de campo os achados de pesquisa, durante a imersão no universo do estudo. Ainda caracteriza os atores sociais que participaram de estudos e as imersões na comunidade.
3. Artigo Original I: este artigo oriundo dos achados de campo intitulou-se “E quando amadurece a fruta cai”: cuidados com o gestar e o nascer Kaingang na perspectiva de uma parteira. Este artigo teve como objetivo analisar através da narrativa de uma parteira como se produz o cuidado com o gestar, o parir e o resguardo na perspectiva Kaingang.
4. Artigo Original II: o segundo artigo foi intitulado “As práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC”. Discutimos, a partir dos resultados de campo, como ocorrem as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas durante a



gestação, parto e puerpério na Aldeia Kondá/SC, assim como reconstruímos os itinerários de cuidado.

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL DOUTORADO**

**FRANCIELLI GIRARDI**

**ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA  
KONDÁ/SC**

**São Leopoldo**

**2018**

FRANCIELLI GIRARDI

**ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS  
MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA  
KONDÁ/SC**

Projeto de Pesquisa apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Cecilia López

São Leopoldo

2018

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Funai	Fundação Nacional do Índio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSAI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena
AIS	Agentes Indígenas de Saúde
Aisan	Agentes Indígenas de Saneamento
ERC	Estratégia Rede Cegonha
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
TI	Terra indígena
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
EMSI	Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
DSEI-Interior	Distrito Sanitário Interior Sul

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 Objetivo geral .....	17
2.2 Objetivos específicos .....	17
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>18</b>
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>21</b>
4.1 Histórico Kaingang em Santa Catarina.....	21
4.2 Modo de viver Kaingang no contexto atual .....	24
4.3 A visão sociocosmológica dos Kaingang: uma abordagem contemporânea .....	25
4.4 O xamanismo e sistema cosmológico Kaingang .....	27
4.5 Concepções sobre as práticas assistenciais no pré-natal, parto e puerpério das Kaingang .....	29
4.6 A assistência às mulheres no período gravídico-puerperal e os itinerários de cuidado .....	31
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
5.1 Delineamento do estudo .....	34
5.2 Caracterização do local de estudo .....	35
5.3 Universo de pesquisa .....	37
5.4 Instrumentos e procedimentos.....	38
5.4.1 Procedimentos para a produção de dados .....	40
5.4.2 Análise dos dados .....	44
5.4.3 Aspectos éticos .....	45
<b>6 RECURSOS</b> .....	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>49</b>
<b>APÊNDICE I</b> .....	<b>60</b>
<b>APÊNDICE II</b> .....	<b>62</b>
<b>APÊNDICE III</b> .....	<b>66</b>
<b>APÊNDICE IV</b> .....	<b>69</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto de tese tem como tema a saúde das mulheres indígenas Kaingang durante o período gravídico-puerperal. No território brasileiro, a população indígena conta atualmente com 305 etnias identificadas (FUNAI, 2010), sendo que a população indígena é composta por 836 mil indivíduos, representando 0,4% do total da população do país. Além disso, 48,4% da população indígena brasileira é composta por mulheres (IBGE, 2010).

A etnia Kaingang está presente nos estados do sul do Brasil. É o grupo indígena mais populoso vivendo em território brasileiro. Estima-se em 30 mil indivíduos. Em Santa Catarina, a população indígena está estimada em 16.041 pessoas (IBGE, 2012).

A antropologia da saúde vem trabalhando a ideia de que em cada sociedade existem vários modelos de saúde. Esses modelos guiam as formas de prevenir, diagnosticar, tratar ou aliviar uma enfermidade. Dessa forma, as práticas de atenção à saúde são baseadas em concepções culturais sobre o processo saúde-doença, gerando diferentes formas de cuidado (MENÉNDEZ, 2005).

Em cada sociedade, segundo Kleinman (1980), as atividades de atenção/cuidado à saúde são inter-relacionadas, devendo ser abordadas de maneira holística como respostas socialmente organizadas à doença, constituindo um sistema cultural especial: o chamado “sistema de saúde”. Para o autor citado, todos os sistemas de saúde são construídos a partir da visão cultural, a partir da qual o aspecto simbólico traduz a doença como um processo, como uma experiência individual e como uma construção social.

Nas sociedades ocidentais, as práticas de cuidado estão centradas no modelo biomédico<sup>1</sup>. Esse modelo caracteriza-se pela centralidade das práticas médicas tecnocráticas, sendo o modelo hegemônico de atenção em saúde na atualidade (REIS; SILVA, 2014).

Diante do exposto, sabe-se que os povos indígenas baseiam suas práticas de atenção à saúde numa abordagem holística, considerando as múltiplas dimensões que compõem o corpo, a pessoa. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade indígena e são produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácia empírica e simbólica, de

acordo com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, a OMS (BRASIL, 2002).

Os sistemas de saúde são uma parte especial do mundo social, orientados por instituições sociais particulares, valores, papéis sociais, relações interpessoais, cenários de interação, limitações econômicas e políticas, incluindo ainda tratamentos disponíveis e o tipo de problema de saúde, entre outros fatores (DIEHL, 2001).

A atenção à saúde indígena no Brasil está sendo conduzida pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNSAI) desde sua criação em 1999. Visando a garantir o acesso à saúde de forma integral, complementar e diferenciada, respeitando as particularidades sociais, políticas, geográficas, culturais e históricas dos povos indígenas (BRASIL, 1999).

Conforme a PNSAI, os conhecimentos e tecnologias da biomedicina não deveriam ser transmitidos verticalmente. Torna-se imprescindível, portanto, o reconhecimento da diversidade social e cultural indígena, bem como primar pelo respeito ao conhecimento tradicional de saúde na prestação de uma assistência diferenciada (BRASIL, 2002).

Na perspectiva na PNSAI, o grande limitador dessa articulação na implementação da atenção diferenciada aos povos indígenas é o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde. É preciso, portanto, articular equanimemente tais práticas, de modo a promover a inserção das práticas da medicina tradicional indígena e as práticas propostas pelo sistema oficial de saúde, respeitando a variabilidade do saber tradicional indígena e prevendo a inclusão de racionalidades médicas diversificadas.

No entanto, Ferreira (2010) chama a atenção para a necessária validação científica da medicina tradicional dos povos indígenas, no sentido de ser considerada um sistema híbrido na assistência à saúde, na medida em que esse conjunto de práticas médicas rearranja os sistemas e práticas socioculturais indígenas.

Dessa forma, observa-se que a realidade da prestação assistencial de saúde nas comunidades indígenas é guiada pelos descompassos entre a implantação e o preconizado pela PNSAI (LAGDON; DIEHL, 2007). O predomínio do modelo biomédico na assistência à saúde indígena está sendo o fio condutor das práticas assistenciais presentes nos processos de trabalho das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). As EMSI prestam sua assistência nas comunidades

indígenas, mas há um desacerto entre o modelo biomédico de assistência e os preceitos de práticas de atenção à saúde nas comunidades.

Os profissionais de saúde, e muitas vezes os próprios Agentes Indígenas de Saúde (AIS), desconhecem o conceito de atenção diferenciada na atenção à saúde indígena (DIEHL; LANGDON; DIAS-SCOPEL, 2012). As EMSI desenvolvem suas práticas assistenciais centradas em intervenções biologicistas, individuais e curativas, na lógica biomédica, permitindo pouco espaço para o diálogo intercultural, e ainda interferindo na forma de construção de práticas locais de saúde.

A partir da conjugação dessa realidade assistencial, o modelo de atenção assistencial às mulheres indígenas no período gravídico-gestacional encontra-se medicalizado, com abundância de procedimentos intervencionistas nos corpos das gestantes, gerando iatrogenia e morbimortalidades, que resultam em uma série de violações aos direitos humanos de mulheres e crianças (REIS; SILVA, 2014).

Esse modelo de atenção fica evidente em um estudo sobre os partos na população indígena em Santa Catarina, o qual demonstrou que, em relação ao tipo de parto, 45,18% foram cesarianas e 57,40% foram partos normais, sendo que a prática do parto normal predominou em relação às cesarianas. Além disso, no que se refere ao local para a realização do parto, houve um predomínio do ambiente hospitalar (BRUSTOLIN; GIRARDI; BERNARDELLI, 2017).

Cabe mencionar que a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal está direcionada pela Estratégia Rede Cegonha (ERC), desde sua aprovação no ano de 2011. Nesse sentido, no presente projeto, indagamos a articulação de duas políticas públicas para pensar os modelos de assistência direcionados às mulheres indígenas.

A reversão desse cenário assistencial decorre da ampliação de estudos sobre a perspectiva antropológica e de saúde indígena e, principalmente, sobre mulheres indígenas, buscando articular o sistema tradicional e o sistema oficial proposto dentro das PNSAI.

Ademais, a existência de múltiplos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam. Assim, torna-se necessário promover uma articulação dos serviços de atenção básica com as formas de autoatenção, uma vez que essa interação efetivamente existe e se processa independentemente da vontade e/ou aceitação do modelo biomédico (GARNELLO; LANGDON, 2005).



Reconhecer e ressignificar o papel social de diversos atores dentro do cenário do cuidado para com as mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal é fundamental para construir, de forma coletiva, novos caminhos a serem percorridos por essas mulheres durante a sua atenção à saúde.

Diante do exposto, surge a seguinte indagação: existe um processo que articule múltiplos modelos e práticas na assistência às mulheres indígenas Kaingang durante o período gravídico-puerperal?

Norteadas por essa questão, a proposta desta tese é analisar os itinerários de cuidado e as práticas de atenção à saúde entre as mulheres Kaingang durante o ciclo-gravídico puerperal, identificando como ocorrem as articulações entre as práticas tradicionais indígenas e as práticas oficiais de saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar as práticas de atenção à saúde e os itinerários de cuidado vivenciados pelas mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC, questionando se existe uma articulação de modelos de cuidado diversos.

### **2.2 Objetivos específicos**

- a) Mapear os fluxos assistenciais das políticas públicas (ERC e PNSAI), identificando os acessos aos serviços de saúde durante o período gravídico-puerperal para as gestantes indígenas na região;
- b) Identificar o itinerário de cuidados das mulheres Kaingang durante o ciclo gravídico-puerperal;
- c) Conhecer as práticas de cuidado utilizadas pelas mulheres indígenas de diferentes gerações na comunidade durante o período gravídico-puerperal.

### 3 JUSTIFICATIVA

A Política Nacional de Saúde Indígena (PNSAI) foi se modificando ao longo das décadas e reorganizando o sistema de gestão dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), pois buscou parcerias com organizações não governamentais (ONGs) com o objetivo de ampliar a inserção das EMSI.

Esses esforços resultaram na melhoria de alguns indicadores de saúde, como a redução das taxas de mortalidade infantil e de mortalidade materna por causas evitáveis. Entretanto, as populações indígenas ainda se encontram em situação de vulnerabilidade para os agravos à saúde (BRASIL, 2012).

Diante disso, evidencia-se a insuficiência de dados epidemiológicos disponíveis para avaliação dos problemas de saúde das mulheres indígenas no Brasil (BRASIL, 2010). Dessa forma, considera-se que as condições de saúde dos povos indígenas são pouco conhecidas e que os estudos realizados com esse contingente pouco abordam seu acesso aos serviços de saúde e a forma de assistência prestada na inter-relação com a diversidade sociocultural (SANTOS, 2016).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) (BRASIL, 2006) não inclui as mulheres indígenas em seu estudo, invisibilizando as necessidades socioculturais e econômicas dessas mulheres, além de dificultar o planejamento de ações políticas voltadas para esse público.

A escassez de pesquisas desenvolvidas na área de saúde da mulher indígena e assistência às gestantes, com um diálogo entre questões antropológicas e epidemiológicas, é um dos elementos limitadores encontrados para a efetivação da PNSAI. Destaco alguns autores relevantes para o campo de saúde indígena e das mulheres indígenas que dialogam nesta linha (COIMBRA JR., 2003; COIMBRA JR.; GARNELO, 2004; MONTEIRO; SANSONE, 2004; CONKLIN, 2004, ATHIAS, 2004; LANGDON, 2004; SILVA et al., 2009; AZEVEDO, 2009; FERREIRA, 2012, 2013; MARCOLINO, 2012; SCOPEL, 2012; MOLITERNO, 2013; PEREIRA, 2014; entre outros). Esses autores refletem sobre as questões culturais, sociais e de saúde que permeiam a saúde da mulher indígena na atualidade.

O estudo de relevância em nível nacional *Nascer no Brasil* apresenta um panorama sobre a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal no país. Ao abordar o atendimento das gestantes indígenas de baixo risco, no serviço

público, na atenção básica, o estudo mostra que a cobertura da assistência pré-natal foi a menor observada. As barreiras de acesso, como escolaridade e geográficas, ainda continuam em evidência, sendo que foram três vezes mais relatadas por indígenas do que por mulheres brancas (VIELLAS, 2014). Tal realidade evidencia as desigualdades sociais que persistem no país, resultando em um menor acesso das mulheres indígenas (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005).

Um estudo realizado em Santa Catarina para identificar a prevalência dos tipos de partos na população indígena, utilizando dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) dos anos 2010 a 2014 do Datasus, destaca que as gestantes indígenas têm acesso às consultas pré-natais. Dessa forma, foi identificado que a maioria das parturientes indígenas realizou de quatro a seis consultas pré-natais, totalizando 41,03% das gestantes acompanhadas neste período. Analisou-se também a faixa etária das mulheres indígenas que deram à luz, sendo que a média de 20 a 24 anos (30,50%) foi a maior prevalência. Em relação ao tipo de parto, 45,18% foram cesarianas e 57,40% foram partos normais. Observou-se que a maioria das parturientes – 98,76% – gestava um único bebê (BRUSTOLIN; GIRARDI; BERNARDELLI, 2017).

Outro fator digno de nota é a invisibilidade das vozes das mulheres indígenas na construção das políticas públicas, pois isso dificulta a adequação dessas políticas às realidades vivenciadas por elas. Desse modo, observa-se uma verticalização das políticas de assistência à saúde da mulher e gestantes, as quais interferem e inviabilizam outras práticas de cuidado existentes dentro das comunidades indígenas, desestruturando os sistemas internos de organização social dentro dos contextos dessas populações (FERREIRA, 2012).

Diante disso, destaco o trabalho de Moliterno (2013) desenvolvido com as gestantes Kaingang no Paraná, objetivando identificar o processo de gestação e nascimento entre aquelas mulheres. A assistência prestada pelos profissionais da saúde, quando iniciado o pré-natal, é moldada pela prática biomédica, o que resulta na institucionalização do nascimento, constituindo assim o cenário do parir em ambiente hospitalar, cheio de regras e rotinas padronizadas. Esse novo cenário que se apresenta na vida das gestantes Kaingang, na atualidade, impacta no modo de parir das indígenas.

Além desse cenário, a valorização da biomedicina na saúde indígena vem sendo reforçada nos procedimentos técnico-burocráticos do DSEI, que legitimam a

hegemonia unilateral do modelo biomédico, como aponta o estudo de Pontes, Rego e Garnelo et al. (2015). Por outro lado, reforça-se o reconhecimento da existência de diferentes formas de atenção na nossa sociedade, sendo que nas análises das políticas de saúde no Brasil, esse pluralismo médico tem sido ignorado ou negado (MENÉNDEZ, 2003).

No contexto da saúde indígena, diante da pluralidade dos saberes tradicionais, a atenção à saúde diferenciada necessita ser reconhecida e efetivada pelos profissionais que executam a assistência nas comunidades. Para participar de forma produtiva dessa articulação, os profissionais da saúde deveriam ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde (GARNELLO; LANGDON, 2005).

Diante dessas evidências, torna-se importante conhecer as práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal para poder garantir o direito da atenção à saúde diferenciada a essas mulheres, buscando a articulação de práticas tradicionais de saúde indígena com o sistema oficial de saúde, tendo como perspectiva a de Menéndez (2003) sobre a pluralidade de práticas de saúde presentes no cotidiano das pessoas.

## 4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 4.1 Histórico Kaingang em Santa Catarina

Os primeiros registros étnico-históricos no sul do Brasil datam de cerca de 3.000 anos, na presença das tradições Jê que originam os Kaingang nas bacias hidrográficas de regiões como o Noroeste, o sudoeste do Paraná, o oeste de Santa Catarina e o noroeste do Rio Grande do Sul (BRIGHENTI, 2013).

A terra era símbolo de poder econômico do Império, e a ocupação indígena era uma afronta às aspirações econômicas do Estado. Pode-se dizer que a escravidão controlada por luso-brasileiros, conjuntamente com alianças e o controle de certas aldeias Kaingang, foi um sistema articulado contra “os selvagens”, declarado pelas Cartas Régias de 1808, com o objetivo de explorar a região.

A promulgada Lei da Terra vem a ressaltar essas condições de afastamento dos indígenas, confinando-os em “aldeamentos”, liberando as forças para a criação de colônias ou para a transformação em mão de obra para o trabalho na agricultura (NÖTZOLD, 2003).

Nascimento (2001) afirma que a presença física dos indígenas, na região Sul, ao final do século XIX e início do XX, era uma afronta à capacidade governativa das autoridades. Aponta ainda que a restrição territorial dos indígenas foi uma forma de atender a vários interesses, pois a dificuldade do acesso à terra pelos indígenas e caboclos garantia a mão de obra nos latifúndios e, com isso, deixava a terra livre para o processo de colonização.

Diante disso, o governo, no intuito de resolver os problemas de grilagem e para amenizar os conflitos de terra, formulou diretrizes para a política fundiária, legislando a Lei de Terras. A legitimação da posse foi excludente para caboclos, indígenas e pequenos posseiros (MARCON, 1994). Essa dinâmica imposta pela colonização desencadeou inúmeros conflitos entre indígenas e não indígenas, aumentando as dificuldades enfrentadas por aqueles nos séculos XVIII e XIX.

Com a promulgação da Lei de Terras, os indígenas foram restringidos à ocupação de um espaço territorial delimitado, agredindo a sua dinâmica cultural seminômade. A consequência para os povos indígenas foi, principalmente, o esfacelamento da sua organização social tradicional, contribuindo para a perda de

elos sociais e facilitando a sua catequização e a utilização como mão de obra na abertura de estradas e na extração de erva.

No estado de Santa Catarina, destaco a região Oeste onde os indígenas que sobreviveram aos massacres, intensificados pelo processo de colonização, foram aldeados em 1902, na Terra Indígena Xaçecó. O aldeamento era uma maneira de liberar as áreas ocupadas pelos indígenas para a exploração econômica.

Para Nötzold (2003), as ocupações impostas aos indígenas consistiram em uma forma de controle sobre o grupo, gerando a dominação e a exploração das riquezas e matas da região, ao mesmo passo que visaram à exploração dos conhecimentos indígenas sobre a biodiversidade das suas matas.

No início do século XX, a criação do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi um órgão ligado ao Ministério da Agricultura, da Indústria e do Comércio e o seu primeiro diretor foi o marechal Cândido Rondon. As linhas diretivas do SPI eram com vistas a assegurar aos indígenas a manutenção de cultura, costumes, modo de vida e alimentação. As ações eram baseadas no assistencialismo e na ideia positivista de protecionismo, ou seja, resultavam em um processo de reclusão desses povos em suas próprias reservas, privados do contato com a “civilização”. Além disso, nas terras ocupadas pelos indígenas, eram “selecionados” grupos tidos como “pacíficos”, para captar novos grupos a fim de pacificá-los e colocá-los dentro das terras demarcadas (MARCON, 1994).

A antropóloga Nötzold (2003) ressalta algumas ações do SPI, como a tomada da terra indígena dos Kaingang no oeste catarinense. Após a instalação do posto indígena em 1941, iniciou-se a exploração de recursos naturais. A espoliação dos Kaingang em Santa Catarina/SC foi descrita nos estudos de Nacke (2007), e movimentam-se a partir da exploração e da comercialização de erva-mate, resultando no sistema de arrendamento das terras indígenas destinados à produção agrícola. Os resultados das safras eram usados no atendimento das necessidades administrativas dos postos indígenas e emergências desses grupos.

Ainda, Nacke (2007) refere-se à exploração de madeira, com instalação de uma serraria, resultando na devastação e esgotamento de toda a área florestada. A exploração de madeira levou à decadência da comunidade indígena, pois ocorreu a falta de matéria-prima para os Kaingang produzirem seus artesanatos ou praticarem sua medicina tradicional, prejudicando a manutenção da sua cultura.

O órgão, na época, justificou a extração das madeiras para a construção de casas para os indígenas, sendo que da Terra Indígena Xapecó foram extraídos mais de 150 mil pinheiros e, ao contrário da justificativa utilizada à época, até hoje não existem casas para todos na aldeia (NÖTZOLD, 2003).

A criação da Fundação Nacional do Índio (Funai), em 1967, foi definida pela lei n.º 5.371 com os seguintes objetivos: emancipação econômica, acréscimo de patrimônio rentável e custeio para a assistência aos indígenas. A Funai atua com atividades administrativas dentro das terras indígenas na atualidade, mas ainda há muitas críticas sobre as atividades desenvolvidas pelo órgão, como o arrendamento de terras para o implemento da agricultura, visando à renda fundiária, e autossustentabilidade das comunidades.

A política adotada pela Funai, naquela época, era de encarar o índio como tutelado, “sob a proteção do Estado brasileiro”, considerando-o incapaz de defender-se e de resolver seus problemas sem ajuda. Isso assegurava aos indígenas a posse do território tribal, assistência médica, entre outros. A lei os protege contra a ambição dos que lhes cobiçam as terras, mas, dada a extensão do território nacional e a complexidade dos problemas, nem sempre é tranquila sua aplicação. Não se pode ocultar que a expansão agrícola dentro das terras indígenas foi desastrosa, pois com a exploração da mão de obra dos indígenas e com a introdução do capitalismo entre os Kaingang, são deteriorados os modos de organização socioeconômica tradicionais.

Como consequência, ao passar dos anos e devido à organização dentro das próprias comunidades, os indígenas aprenderam a lutar pelos seus direitos, diante das negligências das políticas públicas existentes. Fica evidente a participação de várias lideranças indígenas nesse processo de reivindicação de seus direitos constitucionais. Tal situação é evidenciada no estudo de Girardi (2015), o qual destaca a fala do indígena Kaingang Augusto Opê da Silva:

Aprendemos a lutar em 1988, fomos a Brasília, dando nossos gritos de luta para incluir alguns direitos importantes pra nós, os direitos a terra, saúde, educação e agricultura, tudo diferenciado. E hoje nós brigamos pelos nossos direitos, hoje, já escrito na constituição, queremos que seja feito. Que os governos municipais, estaduais respeitem nosso direito (GIRARDI, 2015, p. 82).

Os direitos constitucionais dos índios foram definidos mais especificamente no título VIII, “Da Ordem Social”, dividido em oito capítulos, sendo um deles o “Dos



Índios”, destacando-se os artigos 231 e 232. Retomou-se a noção dos chamados “direitos originários” (que desde a época colonial estabelecia a prerrogativa da posse das terras tradicionalmente habitadas pelos índios), e expressou que:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988).

Os processos de retomada das terras indígenas Kaingang têm sido constantes. No oeste de Santa Catarina, onde até 1986 havia apenas a TI Xaçepó, tal processo gerou o surgimento de quatro novas terras: Toldo Chimbangué (1986), Toldo Pinhal (1996), Toldo Imbu (1999) e Aldeia Kondá (2001) (FERNANDES; PIOVEZANA, 2015).

Os povos indígenas, mesmo sob uma série de dificuldades e restrições, na luta pela retomada de suas terras, mantiveram as redes de relações entre as terras indígenas, operando ativamente como um fio condutor da organização sociocultural e política dos Kaingang (ROCHA, 2010).

Tratando-se especificamente dos Kaingang, salienta-se que eles tiveram que se reorganizar socialmente pelo avanço de outros grupos sociais sobre os territórios. As cidades foram se tornando espaços de (re)territorialização, por se tratar de áreas pertencentes ao tradicional território do grupo Kaingang (TOMMASINO; FERNANDES, 2001).

## **4.2 Modo de viver Kaingang no contexto atual**

Atualmente, a população indígena no Brasil representa 0,4% do total da população, ao passo que a etnia Kaingang corresponde ao grupo mais populoso vivendo em território brasileiro. Estima-se 30 mil indivíduos pertencentes a esse grupo (IBGE, 2012). Os Kaingang estão espalhados pelos estados do Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Conforme o IBGE (2010), o estado de Santa Catarina tem 16.041 indígenas. Nesse universo populacional, estão incluídos os indígenas que vivem nas terras indígenas (TIs) – zonas rurais – e aqueles que vivem nas cidades (zonas urbanas).

As casas em uma aldeia Kaingang costumam estar espalhadas pelo território, dispostas mais ou menos de acordo com a proximidade das roças de cada família, e

formando núcleos geralmente em torno de um “tronco” velho, ou seja, um chefe de grande família. No entanto, alguém que visite hoje, pela primeira vez, uma área Kaingang, estranhará a disposição das casas na forma de arruamentos e pequenas vilas (D’ANGELIS; VEIGA, 2003).

As moradias das famílias Kaingang são caracterizadas pelas diversas formas de materiais em suas construções: há casas de madeira cobertas de telhas ou de cimento amianto, assim como em casas de pau a pique. Em algumas situações, principalmente em situação de acampamentos, é possível encontrar casas de lonas, papelão e outros materiais de aproveitamento. Há uma grande variedade de padrões que refletem, normalmente, as condições econômicas de cada comunidade e de cada família (D’ANGELIS; VEIGA, 2003).

Fernandes (2003) salienta que para as mulheres cabem as atividades domésticas e o cuidado dos filhos, mesmo quando participam ativamente do trabalho agrícola e do comércio das peças artesanais produzidas. Por outro lado, aos homens Kaingang estariam destinados os papéis de liderança, de decisão e de assuntos políticos. Porém, esses papéis vão se renovando e as mulheres indígenas têm presença também na dimensão política da aldeia.

Em relação à subsistência nas comunidades Kaingang, destacamos os trabalhos formal e informal como formas de ganho econômico. Os indígenas atualmente em Santa Catarina estão vinculados ao trabalho como boias-frias (diaristas) nas colheitas da soja, do milho, da maçã e do feijão (ROSA, 2014).

Além dessas atividades, no oeste do estado de Santa Catarina, os indígenas trabalham nas agroindústrias, além de trabalharem como diaristas, empregadas domésticas, etc. Na Aldeia Kondá, as famílias produzem e vendem artesanato nas cidades vizinhas de sua comunidade. Ainda destaco que a complementação de renda desses indígenas também está vinculada a programas sociais (bolsa-família, aposentadorias e pensões).

#### **4.3 A visão sociocossmológica dos Kaingãng: uma abordagem contemporânea**

Os Kaingãng pertencem à família linguística Jê, a qual pertence ao tronco linguístico Macro-Jê. O tronco Macro-Jê possui famílias distribuídas desde o sul do Maranhão até o Rio Grande do Sul. Dentre elas, a família Jê é a maior. As línguas que a compõem estão localizadas nas regiões do cerrado do Brasil, em particular ao

sul do estado do Pará e do Maranhão, e nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul (DUARTE 2016).

Os Kaingang são classificados como sociedades sociocêntricas, isto é, reconhecem princípios sociocosmológicos dualistas (TOMMASINO; FERNANDES, 2001). O dualismo Kaingang é tratado por diferentes autores (HAVERROTH, 1997, 2004; ROSA, 1998; 2005; SILVA, 2001) descrevendo as metades exogâmicas como patrilineares, complementares e assimétricas (SILVA, 2008). O pertencimento às metades é definido patrilinearmente. Para a sociabilidade Kaingang, a descendência patrilinear é regra que se complementa com exogamia de metades.

O mundo dual está descrito nos estudos de Veiga (1994) como uma forma importante na organização social Kaingang, sendo que as diferenças entre metades exogâmicas Kamê e Kanhrú são respeitadas nas práticas diárias da comunidade. Essas formas duais são visualizadas nas relações dos Kaingang com a natureza, ou seja, os indígenas observam essa dualidade na pele dos animais, nas cascas, nas folhas ou nas flores das plantas. Essas marcas duais são observadas pelos indígenas para a produção de objetivos de poder, mágicos e religiosos para cada marca exogâmica (VEIGA, 2006). Dessa forma, é possível observar a grande importância do dualismo encontrado nos grafismos relacionados à cosmologia Kaingang. Os grafismos aparecem nas mais variadas formas nas artes indígenas: na geometria das cestarias, nos utensílios, armas e até mesmo na pintura do corpo (FERNANDES; PIOVEZANA, 2015).

Os casamentos devem seguir a cosmologia dual, com o objetivo de unir indivíduos das duas metades. Assim, no interior de cada unidade familiar, encontramos *kamés* e *kairus* que mantêm relação complementar e assimétrica. A complementaridade, pode-se dizer, é a regra; a assimetria é a forma. O exemplo mais claro de tal assimetria é a relação sogro-genro. O genro deve trabalhar para o sogro, muitas vezes deve morar *iambré* na casa do sogro. O sogro não é apenas um homem mais velho, pai da esposa. Ele é um Kaingang da outra metade. A relação com o *iambré* é a condição para a vida em sociedade, trata-se da expressão mais valorizada do modo de vida tradicional Kaingang (FERNANDES; PIOVEZANA, 2015).

A complementaridade entre indivíduos de metades opostas não se resume aos contextos ritual e familiar. Tal concepção dualista é extensiva a outros domínios da vida social: é o caso da composição da liderança indígena, que deve

necessariamente ser composta por indivíduos das duas metades (FERNANDES; PIOVEZANA, 2015).

Em suas pesquisas, Schweig (2014, p. 15) observou esse mundo dual em diversos momentos de convívio com os Kaingang. Dessa forma, escreve o autor: “era comum citarem as marcas *kamé* e *kairu*, às vezes comparadas com as cores e times de futebol em tom de brincadeira repercutindo em risadas e sorrisos”.

Nos rituais religiosos, a forma dual também está presente, segundo Fernandes (2003). O ritual Kiki, o culto aos mortos, é descrito como o mais importante ritual Kaingang. A partir de 1940 foi progressivamente abandonado em todas as terras indígenas dessa etnia, sendo retomado na década de 1970 apenas na Terra Indígena Xapecó. O ritual sofreu modificações em sua retomada e adquiriu nova função sociopolítica, o que não retira sua importância central na cultura Kaingang, pois é um momento privilegiado para se observar esse dualismo (FERNANDES; PIOVEZANA, 2015).

No Kiki, segundo Veiga (1994), ocorre a liberação dos nomes dos recém-mortos para a comunidade, até então mantidos sob tabu. As pessoas podem então nomear seus filhos com o nome de algum antepassado da mesma metade, pois cada metade possui um “estoque” de nomes que são transmitidos dos mortos para os vivos. O ritual do Kiki é um acontecimento cultural importante na comunidade Kaingang, que nomina a escolha do nome do bebê ao nascer. Na Aldeia Kondá o último ritual ocorreu em 2010.

#### **4.4 O xamanismo e sistema cosmológico Kaingang**

O Sistema Cosmológico Kaingang é guiado pelo xamanismo introduzido em um contexto social e conduzido pelo xamã, visto nas comunidades indígenas como um importante orientador social (LANGDON, 1996). No xamanismo Kaingang, destaca-se o *kujá*, sendo o mesmo traduzido para o português como “curandeiro” e até mesmo “pajé”, palavra de origem Tupi-Guarani (ROSA, 2014).

Os estudos de Tommasino (2004) mostram que a relação estabelecida entre os Kaingang com os espíritos se dá no mato, sendo espaço importante para as atividades realizadas pelos *kujá* e seus *jagré* (espírito guia/auxiliar). Os remédios do mato permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos.

Tratando-se da relação *kujá* e *jagrê* e das metades *kamé* e *kanhru*, o contexto etnográfico define a qualidade dessa ligação. Ou seja, o *jagrê* tanto poderá ter a sua “marca” associada à mesma metade do *kujá* quanto ser da metade oposta (ROSA, 2011; 2014).

O remédio do mato que o *kujá* coleta na floresta deriva de uma planta que nasce sozinha na mata fechada, protegida dos raios de sol, da intervenção direta do olhar e da mão humana. Devido a esses aspectos, os *kujá* têm restrições ao uso de ervas coletadas em beira de estradas, à vista das pessoas e expostas aos raios do sol (ALMEIDA, 2004; OLIVEIRA, 1996; 2000).

Os princípios que regem seus trabalhos e suas decisões também são atravessados por uma lógica que atravessa o xamanismo (por exemplo, na relação do sistema *kujá* com o sistema caboclo, no trabalho em conjunto do jaguar com o Santo Antônio) e a mitologia Kaingang (na origem dos heróis *kamê* e *kanhru*), na qual a unidade junta a diversidade, o conjunto engloba o elemento (ROSA, 2014).

Essas condições dos rituais tradicionais estão limitadas por questões socioambientais e territoriais que impactam na organização cosmológica desses grupos. Os novos contextos de grupos indígenas residentes em locais urbanizados apresentam novos desafios não só para eles, mas também para as instituições não indígenas, estas últimas reforçando a ideia de que o “Kaingang é Kaingang pela relação estabelecida com os espaços de mata” (SCHWEIG, 2014).

Diante desses contextos, os povos indígenas foram inseridos nas políticas públicas na tentativa de resgatar, reconhecer, integrar e valorizar os seus saberes nos serviços de saúde. A essa tentativa de integração da medicina tradicional indígena, sobrepõe-se a racionalidade do modelo biomédico hegemônico ao selecionar, avaliar, validar e capacitar os praticantes. Essa integração promove a desvalorização dos saberes indígenas e de seus praticantes, desvinculando a revitalização das práticas de autoatenção indígena (LANGDON, 2013; SESIA, 1996).

No estudo de Diehl (2010) sobre a utilização dos serviços de atenção básica pelos Guarani, destaca-se que a procura pelos serviços de saúde está vinculada à gripe, tosse e diarreia, incluindo também em suas práticas a procura pelo pajé e a autoatenção com medicamentos e ervas, reconhecendo para os medicamentos sua eficácia e avaliando o tratamento de acordo com suas experiências e concepções do processo saúde-doença-atenção. O estudo indica a necessidade de diálogo entre profissionais e usuários, articulando os diferentes saberes em saúde.

Ainda, Diehl (2001) retrata a racionalidade biomédica em relação ao “remédio do mato”, uma vez que os profissionais da saúde, fortemente impregnados por noções de eficácia e de racionalidade biomédica, sistematicamente ignoram que o comportamento cotidiano dos Kaingang na busca por atenção à saúde é orientado pelos conhecimentos e normas culturais locais, experiência individual, aliados a conflitos de poder que intervêm no acesso ao serviço e na distribuição de medicamentos, além das influências políticas e econômicas.

Nesse sentido, Langdon (2012) destaca a atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) no Brasil como uma importante estratégia desenvolvida nas últimas duas décadas para a promoção de um modelo de atenção diferenciada à saúde indígena. Seu papel objetiva atender vários aspectos da política de atenção diferenciada, tais como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, e a mediação entre os saberes médico-científicos e os indígenas. Apesar do aumento significativo dos AIS nos últimos anos, falta ainda uma avaliação sobre suas competências e contribuições para a realização da atenção diferenciada. O estudo mostra um conjunto de ambiguidades e contradições que dificultam o seu desempenho e uma contribuição mais eficaz para a atenção diferenciada.

#### **4.5 Concepções sobre as práticas assistenciais no pré-natal, parto e puerpério das Kaingang**

O modo de vida das mulheres indígenas está intimamente ligado à terra. Esta relação com a terra/natureza permeia a visão de mundo, as concepções de corpo e saúde e uma etnomedicina peculiar (GENIOLE; KODJAOGLANIAN; VIEIRA, 2011). As distinções no modo de cuidar, nascer e parir nas diversas sociedades assentam-se sobre concepções de corpo, parto, nascimento, alma, desenvolvimento, fases da vida, relação com a natureza, e sobre a forma de ver, conceber e viver a vida, refletindo no processo de produção de saúde (REIS; SILVA, 2014). Antropólogos relatam diferenças evidentes sobre a concepção, a gravidez e o parto entre grupos culturais distintos, denominados por Cecil Helman como “culturas do nascimento” (HELMAN, 1994).

Os primeiros escritos sobre o parir das indígenas Kaingang estão presentes nos estudos de Mabilde (1983) em meados do século XIX. O autor descreve que reconhecia uma mulher grávida quando as outras indígenas a tratavam com maior

rigor, exemplificando que as grávidas carregavam lenhas para o rancho dos homens. Destaca ainda dois sistemas de assistência das mulheres gestantes Kaingang. O primeiro sistema estava vinculado às mulheres do cacique, que eram acompanhadas por assistente de parto, uma mulher mais velha de sua comunidade, que auxiliava com suprimentos, alimentos, lenha, assistindo do início ao final do parto até o restabelecimento da puérpera, e também cuidava do umbigo do recém-nascido e do banho em água corrente e fria, para depois proceder a secagem perto do fogo. As outras indígenas da aldeia não dispunham desse acompanhamento, por isso pariam sozinhas, cuidavam do recém-nascido e só retornavam para o rancho após a evacuação dos lóquios.

Borda (1908) descreve que a posição de cócoras era utilizada pelas Kaingang para parir. As indígenas usavam “remédio do mato” a partir do oitavo mês gestacional. Todos os dias, uma colher pequena, forma descrita como quantidade de folha da gabioba, era ingerida pela gestante até o final da gestação. Tal procedimento tinha como finalidade auxiliar no momento do parto, tornando-o mais rápido e fácil, pois o nascimento era um processo solitário. Como consequência, algumas mulheres indígenas são conhecedoras dos partos (muitas ainda têm os filhos em casa), de plantas medicinais e de como preparar “garrafadas” com elas.

Estudos contemporâneos mostram a concepção das indígenas sobre o corpo da mulher, pois durante o período gestacional “faz o corpo crescer, através de útero e de cuidados específicos e tratamentos corporais conhecidos como remédios do mato” (ROSA, 2011, p. 84). Na medicina tradicional, a parteira, também é nutricionista e sabe indicar alimentos para a mãe, o pai e o filho (ROSA, 2011). Na atualidade, a parteira tradicional em muitas comunidades Kaingang foi substituída pelos profissionais da saúde, como médicos e enfermeiros, que realizam o atendimento à parturiente em ambiente hospitalar.

Na assistência à parturiente na medicina tradicional indígena, destaca-se o início do trabalho de parto. Nesse momento, ainda nas primeiras contrações, deve ser oferecido à gestante um chá, com o objetivo de garantir força aos músculos pélvicos. O chá é composto de folhas de guaxuma, preparado pela mãe da gestante ou mulher mais sábia (ROSA, 2011).

As práticas pós-parto das Kaingang descritas por Sagás (2016) relatam o uso de remédio do mato, como o capim de pinhão, para que a parturiente não fique fraca e consiga se alimentar bem. Além disso, há a presença de banhos de acentos,

quando a mulher fica fraca, inchada ou o leite do peito “seca”. As restrições alimentares estão associadas à não ingestão de carne de porco e a comer comida fria. Após o oitavo dia puerperal, a indígena já retorna às atividades diárias domésticas e na comunidade.

O cuidado com o cordão umbilical para as indígenas é ritualístico, pois o umbigo passa “coisas”. As “coisas” referidas são místicas e simbólicas presentes na cultura Kaingang. O umbigo é feito nas “coisas” do pai, ele fica aqui no mundo dos parentes, e deve ser enterrado na terra onde a criança nasceu (ROSA, 2011).

As práticas das indígenas durante o período gravídico-puerperal são dinâmicas, ou seja, não são imutáveis. O estudo de Sagás (2016) mostra que há variações nas fontes narrativas sobre o cuidado nesse período, sendo que as práticas tradicionais estão vinculadas à inserção das práticas médicas. É necessário compreender que as mulheres indígenas estão inseridas em contextos dinâmicos em determinados espaços e tempos.

Nesse sentido dinâmico e relacional, tentarei mapear entre as mulheres da Aldeia Kondá a presença de concepções e práticas tradicionais de assistência e as transformações entre gerações.

#### **4.6 A assistência às mulheres no período gravídico-puerperal e os itinerários de cuidado**

Nas sociedades ocidentais, o modelo dominante de nascimento é caracterizado por Floyd (2001) como tecnocrático, com uma preponderância da profissão médica e suas tecnologias e intervenções. O corpo é visto como uma máquina, onde todas as partes devem funcionar dentro da normalidade, considerando os padrões determinados pela ciência. Dessa forma, o indivíduo está sujeito a intervenções, procedimentos, tecnologias hospitalares e tratamentos padronizados para o “conserto de suas peças” (FLOYD, 2001). Embora no Brasil exista uma contestação ao modelo tecnocrático (por mobilizações da sociedade civil, de profissionais críticos, dentre outros.) e iniciativas para “humanizar” o nascimento, ainda a tecnocracia continua sendo preponderante no cenário obstétrico nacional.

No que se refere às mulheres indígenas, no espaço hospitalar, evidencia-se a supremacia da formação técnica e intervencionista do profissional médico que desconsidera o preparo da indígena e sua escolha para o parto natural. No hospital,



as mulheres indígenas perdem a possibilidade de participar ativamente de seus partos, visto que os profissionais são os únicos responsáveis pela decisão dos procedimentos a serem implementados no decorrer da internação (MOLITERNO, 2013).

Outro fato que precisa ser considerado, segundo Menegola (2006), é a dificuldade que se estabelece para a comunicação se não for encontrado o caminho de compreensão das especificidades culturais do grupo a ser trabalhado – como eles percebem o corpo, a sexualidade, a reprodução, a intimidade. Somente a partir do momento que se tiver conhecimento de suas percepções e valores é que será possível estabelecer uma comunicação aceitável entre os dois polos do processo.

Da mesma forma que existem diferenças no que se refere aos sistemas tradicionais de parto, verificamos que existe também uma variabilidade entre as diferentes etnias na utilização do sistema público de saúde. Essas tendências associadas às diferentes histórias de contato e, mais concretamente, às diferentes estratégias de relação com a sociedade envolvente, variam no grau de abertura para esta (PEREZ, 2007).

Para aprofundar as discussões sobre a importância da atenção diferenciada às gestantes indígenas, os estudos sociais e etnográficos estão contribuindo para a melhor articulação entre as práticas biomédicas e as práticas tradicionais indígenas, refletindo na qualidade na atenção à saúde prestada. Nesses estudos, são identificadas as singularidades no processo de gestar, parir e nascer presentes nos trabalhos de Dias-Scopel (2014); Ferreira (2012).

Assim, os sistemas de cuidado em saúde interagem com várias dimensões e organizações variadas do cuidado. Estas são expressas através do cuidado individual, de si, e do cuidar-se junto com outro. Os sistemas pessoais, sociais e culturais interagem com as formas de cuidado e com a nossa saúde (ERDMANN et al., 2004). Essa rede de atores sociais que se forma, frente ao cuidado de um indivíduo, produz o que podemos chamar de percurso terapêutico, caminhos percorridos, durante as práticas de cuidado que levaram ao sistema de atenção à saúde (MENÉNDEZ, 2005).

O itinerário terapêutico pode ser construído na perspectiva de vários caminhos, sem determinar quando e o que fazer. As buscas do cuidado individual podem ser contextualizadas pelo cenário cultural, familiar, popular, religioso e as relações que o indivíduo tem sobre o processo de cuidar-se, ressaltando a

singularidade dos itinerários terapêuticos a serem construídos (MALISKAI; PADILHA, 2007).

Dessa forma,

[...] a unidade articulada só pode ser evidenciada no processo no qual a pessoa, ao narrar sua experiência passada, pode interpretá-la e avaliá-la de acordo com o seu momento atual. Assim, o itinerário terapêutico está relacionado concomitantemente à experiência vivida e ao próprio discurso sobre essa experiência. Dessa forma, há um permanente processo de atribuição de significados que é reformulado no interior de cada situação vivida e em relação ao contexto relacional no qual ocorre. A produção discursiva sobre os itinerários terapêuticos é, pois, circunstancial e situacional e pressupõe um campo de incertezas e conflitos permanentes (ALVES; SOUZA, 1999, p. 133).

Refletindo sobre a política de atenção às populações indígenas, a própria BRASIL (2002) deixa lacunas sobre a assistência diferenciada às gestantes indígenas, sem traçar diretrizes específicas para a condução das ações assistenciais diferenciadas.

Na atualidade, temos como responsável pelo planejamento das ações assistenciais a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), que possui as limitações de assistencialismo verticalizado e unilateral moldado no modelo biomédico sem, muitas vezes, considerar na prática assistencial a singularidade étnica de cada comunidade.

Através da ideia de itinerários terapêuticos, seguirei os percursos de assistência das gestantes Kaingang para lograr mapear quais são as articulações entre as diversas práticas de cuidado com a gestação, sejam elas do sistema de saúde convencional, sejam práticas tradicionais observadas no cotidiano dessas mulheres.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Delineamento do estudo

Este estudo será desenvolvido por meio de metodologia qualitativa de caráter exploratório, com abordagem etnográfica. A pesquisa qualitativa busca entender, descrever, explicar os fenômenos sociais de modos diferentes: analisando experiências de indivíduos ou grupos, examinando interações e comunicações que estejam se desenvolvendo através de experiências e integrações (FLICK, 2009). O emprego da metodologia qualitativa ajuda a captar a complexidade de determinado problema, compreende e classifica processos dinâmicos vividos por grupos sociais (RICHARDSON, 1999).

O caráter exploratório desta pesquisa caracteriza-se por trabalhar com o “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto de dados considerados qualitativos” (MINAYO, 2004, p. 28) corresponde a um espaço mais profundo das relações.

A perspectiva etnográfica no âmbito da saúde coletiva auxilia a qualificação da pesquisa qualitativa. A etnografia é um método que permite uma forma de olhar, aprender e interpretar a realidade. Embora não se trate de uma etnografia clássica, este projeto inspira-se na abordagem etnográfica na medida em que buscará a contextualização das falas dos atores sociais, no cenário estudado, inserindo os aspectos não verbais numa perspectiva não estática da realidade social (KNAUTH, 2010).

A abordagem etnográfica contribuirá para este estudo, pois é uma investigação que, como já mencionado, permite perceber diversas formas de conhecimento, através da observação, descrição e reflexão, possibilitando a participação de vários atores sociais em situações reais e no local onde os fenômenos acontecem (SPRADLEY, 1995).

Esta abordagem me leva a refletir sobre meu lugar no campo, pois atuei como enfermeira na EMSI no contexto da saúde indígena, deparando-me com questões importantes, como o modelo de atenção à saúde normatizado pelas políticas públicas, inviabilizando o conhecimento tradicional e as dinâmicas socioculturais das comunidades indígenas. Essa lacuna sobre como aproximar a atenção diferenciada

ao saber tradicional dessas comunidades me instiga a desenvolver a abordagem etnográfica.

## 5.2 Caracterização do local de estudo

Este estudo será desenvolvido na Aldeia Kondá, localizada no município de Chapecó, na região oeste do estado de Santa Catarina.

**Figura 1 - Localização espacial da Terra Indígena Kondá**



Fonte: FUNAI, 2010.

Os Kaingang da Aldeia Kondá, assim como outros grupos indígenas, enfrentaram os reveses de uma história do contato marcada por processos de conflito e colaboração entre indígenas e agentes coloniais. Desses processos resultou a política do confinamento de grupos Kaingang em terras indígenas demarcadas a partir do final do século XIX e início do século XX (TI Xaçupé) (TOMMASINO, 1998).

Além disso, esses indígenas permaneceram em seu território tradicional, acompanhando, invisíveis, o crescimento da cidade de Chapecó. O núcleo urbano do município permaneceu sendo considerado por esses indígenas como seu território tradicional, sendo que o local onde hoje está construída a catedral, ícone religioso do município, é reconhecido como o espaço onde seus antepassados realizavam o ritual do Kiki (TOMMASINO, 1998). Apesar do convívio intenso com a cidade, esses indígenas mantiveram práticas tradicionais, como a língua, a organização e o pertencimento às metades exogâmicas (TOMMASINO, 1998).

O Relatório de Identificação é um instrumento de estudo antropológico utilizado pela Funai. Esse documento afirma que os Kaingang da Aldeia Kondá não são indígenas “desarraigados” ou “desaldeados”, mas que o município de Chapecó é seu território tradicional, pois está presente na “memória coletiva como espaço onde viveram, morreram e foram enterrados os seus avós e hoje está incorporada como parte de seu modo de vida” (TOMMASINO, 1998).

Segundo a Funai (2010), a Aldeia Kondá é uma das poucas aldeias que primam por manter os aspectos culturais preservados, uma vez que 95% dos indígenas falam a língua materna, ou seja, Kaingang. O artesanato é a sua principal fonte de renda, sendo que os materiais para a confecção são retirados de suas matas, ou retirados de outras terras indígenas, pela problemática da limitação territorial e a escassez de matéria-prima. A agricultura é de subsistência, sem a adição de agrotóxicos e fertilizantes, sendo que plantam pequenos roçados, cultivam hortas e alguns animais são criados, como porcos, galinhas e bois. A comunidade preserva o ritual do Kiki, realizado pela última vez em 2011.

No que se refere à assistência à saúde indígena, a Aldeia Kondá pertence ao DSEI Interior-Sul que contempla uma população geral de 46.563 indígenas, repercutindo em uma abrangência de quatro estados (São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul), contemplando sessenta e cinco municípios. Está dividida em 169 aldeias, pertencentes a seis etnias (Kaingang, Guarani, Xokleng, Krenak, Xetá e Terena), e dividida em seis polos-base (SESAI/MS, 2013). O polo-base de Chapecó contempla uma população de 7.022 indígenas, distribuídos nos municípios de Chapecó, Seara, Abelardo Luz, Ipuauçu e Entre Rios.

A função do polo-base é organizar as práticas, logística e fluxos do SUS, para que as equipes multidisciplinares de saúde indígena (EMSI) possam desenvolver a atenção básica nas aldeias. O polo-base ainda serve também como referência técnica aos profissionais de saúde.

As ações e serviços assistenciais de saúde estão moldados no programa de saúde da família e condizem com os princípios e diretrizes do SUS. As práticas assistenciais de atenção básica são desenvolvidas dentro das terras indígenas, ou seja, dentro das próprias comunidades.

Segundo Diehl (2001), a organização dos serviços se dá no nível primário (atenção básica por meio de postos de saúde nas aldeias e de polos-base), referenciando a atenção secundária e terciária para as estruturas existentes no SUS,

sendo que em alguns casos há convênios específicos com clínicas e laboratórios para o atendimento especializado.

As executoras das ações em saúde em nível local são as Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) que atendem nas aldeias e polos-base, sendo compostas minimamente por enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de consultório dental, técnico de higiene dental, agente indígena de saúde, agente indígena de saneamento, técnico em saneamento, agentes de endemias e microscopistas (os dois últimos na região da Amazônia Legal) (DIEHL, 2001).

Na Aldeia aqui estudada, vivem aproximadamente 679 pessoas, conforme a Funasa (2010). Dados do IBGE (2010) apontam que há 658 indígenas residentes na Aldeia Kondá. O número de residentes é estimado, pois o deslocamento dos indígenas para outras terras é constante, com isso, há variações na estimativa da população graças a esse fluxo de mudança.

A Unidade Básica de Saúde indígena, localizada na Aldeia Kondá, será a referência para identificação das gestantes para o estudo. Nesse espaço, são ofertados os serviços de saúde da atenção primária para as gestantes residentes na comunidade indígena. A equipe de profissionais que atuam na EMSI é composta por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes indígenas de saúde (AIS) e um agente indígena de saneamento (AISAN). Além disso, a rede de referência para gestante diagnosticada como de alto risco gestacional é a Clínica da Mulher, referenciada como média complexidade, e sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Chapecó/SC.

A referência hospitalar para a assistência obstétrica para as gestantes Kaingang, da Aldeia Kondá, é o Hospital Regional do Oeste, localizado no município de Chapecó. É um hospital de médio porte, o qual recebe pacientes de todo o oeste e extremo-oeste do estado, em diversas especialidades médicas.

### **5.3 Universo de pesquisa**

O universo de pesquisa abarca as mulheres que estejam vivenciando ou já vivenciaram o período gravídico-puerperal residentes na Aldeia Kondá. Também integrarei assistentes tradicionais de saúde, como o *kujá*, e as parteiras Kaingang.

Para a identificação das mulheres indígenas, será contatada a enfermeira da EMSI responsável por prestar assistência às gestantes indígenas de baixo risco dentro da Aldeia Kondá. As mulheres de outras gerações que já experienciaram a gestação, o parto e o puerpério, assim como os assistentes tradicionais, serão identificados ao longo da pesquisa, através das informações das próprias mulheres da comunidade.

#### **5.4 Instrumentos e procedimentos**

Para alcançar os objetivos deste estudo, serão utilizadas várias técnicas de investigação para constituir o material empírico para análise, as quais envolverão: a) a observação participante com registro no diário de campo; b) entrevistas individuais e coletivas abertas, utilizando um roteiro-guia; c) pesquisa documental. O desenvolvimento dessas técnicas será apresentado a seguir.

A escolha da observação participante para a pesquisa possibilita captar diversas situações vivenciadas no sistema de atenção das gestantes indígenas, uma vez que “o pesquisador coleta dados, participando do grupo ou organização, observando as pessoas e seu comportamento em situações de sua vida cotidiana” (BECKER, 1994).

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (NETO, 2001).

Durante a observação participante, não há necessidade de um tempo determinado. Essa percepção do pesquisador em ação fornece um nível de aprofundamento dos dados, que vai muito além das informações que podem ser coletadas através de outras técnicas em metodologia qualitativa (HITA, 2009).

Ademais, o diário de campo para este estudo se demonstra uma ferramenta importante para registrar os acontecimentos, espaços, tempo, os relatos e as

percepções encontradas no campo de pesquisa. As descrições presentes no diário são densas, com o objetivo de diferenciar as expressões, os espaços, os tempos, os saberes e as regras de um grupo social, interpretando melhor os significados culturais (GEERTZ, 2008).

Além disso, o diário de campo tem sido empregado para apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas do sujeito, permitindo reflexões do pesquisador e a tomada de decisões na condução da pesquisa (ARAÚJO et al., 2013).

O caráter reflexivo, em geral, é utilizado como forma de conhecer os atores pesquisados quanto à problemática da pesquisa. Tal prática apresenta os significados que os atores dão à situação vivenciada diariamente. O diário é, portanto, um dispositivo de investigação subjetivo e intimista (MACEDO, 2010).

O propósito das entrevistas é a seu turno, descobrir as questões implícitas. Por isso, o respondente é induzido a comentar sobre suas crenças, atitudes e informações subjacentes ao tema em estudo (MALHOTRA et al., 2005).

As entrevistas individuais e coletivas serão abertas para melhor aproximar a pesquisadora das mulheres a serem entrevistadas. Serão realizadas nas ocasiões cotidianas, como no tecer do artesanato, preparo da terra, nos cuidados com o lar; serão espaços de diálogo com as indígenas. As questões serão orientadas por roteiro-guia, o qual permite ampliar e aprofundar o horizonte de investigação, conduzidas pelos objetivos deste estudo. Além disso, a entrevista individual aberta é a técnica fundamental da pesquisa qualitativa, descrita como uma conversa oral entre duas pessoas, na qual uma delas é o entrevistador e a outra o entrevistado, com uma conversação efetuada face a face, de maneira metódica, e que pode proporcionar resultados satisfatórios e informações necessárias (MARCONI; LAKATOS, 2011).

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 1993).

As técnicas de entrevista aberta também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre



determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas (BONI; QUARESMA, 2005).

O roteiro-guia é, por sua vez, um instrumento utilizado para anotar questões e temas que necessitam ser abordados. Ir ao encontro do outro em uma entrevista etnográfica, buscando dialogar durante as atividades cotidianas como no tecer o artesanato, no cuidado com os filhos, enfim, no fazer diário da comunidade, é ir ao encontro do desconhecido, podendo, às vezes, causar certa apreensão, porque não se sabe nunca como exatamente o encontro vai se desenvolver (BEAUD; WEBER, 2007).

A gravação que resultará da realização das entrevistas permitirá à pesquisadora captar na íntegra e em todas as suas dimensões a palavra do entrevistado; é possível, portanto, trabalhar em profundidade a entrevista, escutando várias vezes as fitas. Dessa forma, torna-se indispensável a conservação desse material por bom tempo, pois é um precioso material de trabalho (BEAUD; WEBER, 2007).

#### *5.4.1 Procedimentos para a produção de dados*

Estes procedimentos se dividirão em três momentos:

O **primeiro momento** constitui um momento exploratório, utilizando a observação participante e as anotações no diário de campo.

A inserção no campo de pesquisa, na Aldeia Kondá, iniciou em junho de 2017 e acontece quinzenalmente. O primeiro contato foi um momento importante com a comunidade e lideranças. Inicialmente, o contato mais próximo foi com a equipe de saúde da aldeia e do polo-base de Chapecó, os quais me acolheram ao longo de minhas inserções. O encontro com as lideranças da comunidade foi bem informal. Inicialmente me apresentei, relatando minha trajetória em outros espaços da saúde indígena, dialogamos sobre o projeto que estava me propondo a realizar na comunidade, meus objetivos, destacando a importância do respeito pela diversidade cultural da comunidade, a necessidade da visibilidade das causas indígenas pela sociedade e a importância de apresentar a situação da saúde indígena, com ênfase na saúde da mulher, vivenciada pela comunidade.

Diante disso, as lideranças apontaram o seu descontentamento com os serviços de saúde, a começar pela falta de profissionais médicos na aldeia, pela

escassez de medicamentos e veículos na comunidade, que estão sob responsabilidade da SESAI. Relataram também a dificuldade de se inserirem na construção das políticas públicas do município de Chapecó.

No decorrer dos dias, fui adentrando a realidade da comunidade e me inserindo, observando as dinâmicas e me deparando com algumas questões importantes relacionadas ao acesso aos serviços de saúde ofertados a essa comunidade. A partir deste trecho, relato meus achados iniciais a partir das observações participantes na Aldeia Kondá/SC. Entender a dinâmica social e coletiva das vivências diárias é elemento imprescindível para discutir as práticas de saúde da comunidade.

A Aldeia Kondá fica a uma distância de 6 km do centro da cidade de Chapecó, sendo que há um trecho asfaltado e o resto da via encontra-se não pavimentada e em precárias condições, com muitos buracos e irregularidades. Os indígenas utilizam o transporte público como principal meio de deslocamento para a cidade. No entanto, encontramos indígenas de carro, moto, bicicleta e até mesmo a pé se direcionando ao centro de Chapecó.

A comunidade do Kondá divide-se em duas áreas, uma central, localizada na linha Gramadinho onde estão instalados a Unidade Básica de Saúde, a Escola Indígena Sape-ty-kó (significa em português “chapéu de palha”), igrejas evangélicas, campo de futebol, barzinho e um aglomerado de casas dos indígenas. E, também, há uma área chamada de Praia Bonita, na qual não consegui me inserir até esse momento.

A principal forma de renda dos Kaingang desta comunidade é a venda de artesanatos, mas também advém de renda fixa, com empregos vinculados à Sesai, à escola, à Funai e ao INSS, no caso dos aposentados.

Andando na comunidade e observando a dinâmica diária, percebo a confecção dos artesanatos e seus materiais, como cipó, panela de tingimento, facas, linhas, agulhas, miçangas, penas coloridas em suas residências. A trama dos artesanatos mais “delicados” é executada pelas mulheres, sendo que as crianças ajudam com a colocação das missangas e sementes para a confecção de pulseiras.

Para a venda dos artesanatos, os indígenas se deslocam para o centro da cidade de Chapecó e para as cidades turísticas da região como: Itá, Piratuba, Palmitos (Balneário de Ilha Redonda) e algumas famílias se deslocam no período de

verão para o litoral de Santa Catarina para vender seus artesanatos. As cestarias maiores, como balaios, são comercializadas para os agricultores da região.

O contexto vivenciado pelos indígenas Kaingang da Aldeia Kondá se entrelaça com o dos centros urbanos, a partir do comércio do seu artesanato, além da visão com a qual a sociedade percebe esses indígenas nos contextos urbanos.

Ainda sobre a vida na comunidade, as casas são pequenas e construídas a partir de diversos materiais como alvenaria, madeira, etc. De maneira geral, poucas possuem banheiros. O tanque para a lavagem de roupa e a máquina de lavar estão localizados, geralmente, na área externa de muitas casas na comunidade. Neste período de verão, não observei os puxados de lona ou madeira ao lado das casas. Essa prática é recorrente no inverno, pois os indígenas fazem o fogo de chão para se aquecerem e cozinham alimentos durante esse período frio.

A alimentação é um importante elemento de identidade nas comunidades e está intrinsecamente relacionada às questões de território, espaciais e econômicas. Na comunidade do Kondá, os indígenas produzem alimentos a partir de pequenos roçados cultivados nas proximidades de suas casas e, para complementar a alimentação, os alimentos industrializados são adquiridos em mercados da cidade.

Em algumas residências há energia elétrica. A água, por outro lado, é responsabilidade da Sesai, que custeia para a comunidade esse serviço. Muitos indígenas relatam o problema da falta de água, principalmente no período de verão, obrigando-os a utilizar outras fontes para suprir essa necessidade, como nascentes e poços artesianos presentes na comunidade. Além disso, o saneamento básico é precário, sendo que não há coleta de lixo na comunidade e as indígenas relatam que os lixos produzidos são queimados. Tal situação é um ponto de descontentamento presente nesta comunidade.

Serão coletados os dados secundários, esses dados irão caracterizar os contextos de saúde indígena da Aldeia Kondá e do polo-base de Chapecó. Para a coleta foram escolhidos para serem utilizados os dados secundários provenientes do Datasus (Indicadores e Dados Básicos/IDB) e Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena (SIASI). Serão analisados os dados secundários pertencentes ao ano de 2017.

**Segundo momento:** inicialmente, as mulheres indígenas que estão no período gravídico-puerperal serão identificadas pela enfermeira da unidade de saúde, localizada na Aldeia Kondá.

Após sua identificação, estas serão contatadas com o apoio dos AIS para a realização das entrevistas individuais e coletivas abertas, utilizando-se de um roteiro-guia (Apêndice I). A opção das entrevistas abertas é para flexibilizar o diálogo com as mulheres, buscando preservar o código da comunidade. As entrevistas serão registradas em gravador, depois transcritas e ordenadas.

Após a realização da entrevista, será realizado o acompanhamento das mulheres indígenas ao longo de sua trajetória gravídica e puerperal – através da técnica de observação participante – para a construção do itinerário de cuidado. A pesquisadora acompanhará as mulheres indígenas nos seguintes momentos: consultas pré-natais na aldeia, no serviço de referência de média complexidade (para as gestantes de alto risco). Se em algum desses momentos a pesquisadora não conseguir acompanhar a gestante, esta será entrevistada de forma aberta sobre o evento ocorrido, procurando preencher as lacunas existentes.

No período puerperal, no qual ocorre o retorno da mulher para a comunidade, será realizada uma entrevista de forma aberta para indagar como foi a experiência de parto e quais os cuidados vivenciados no momento do puerpério. Para o acompanhamento das mulheres indígenas, será construído um registro em diário de campo para cada gestante, a fim de organizar o acompanhamento nas diferentes etapas da gestação, parto e puerpério e a reconstrução do itinerário.

Além disso, as *kujá* e parteiras serão entrevistadas no decorrer da pesquisa de campo, a fim de responder as questões de pesquisa deste projeto.

**Terceiro momento:** o terceiro momento contará com análise documental – documentos formais (legais) e informais (projetos, relatórios, atas, dentre outros documentos) – que possibilitem visualizar as formas de organização do sistema de atenção oficial das gestantes indígenas através da ERC. Os documentos serão coletados do Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, Distrito Sanitário Interior-Sul (Dsei) e polo-base de Chapecó. Essas informações devem contemplar as articulações, pactuações e organização das redes de atenção às gestantes indígenas, caracterizando a oferta de serviços vinculados com a Rede Cegonha.

#### 5.4.2 Análise dos dados

A análise de dados qualitativos ocorrerá pela categorização temática. Na primeira etapa, de pré-análise, as entrevistas serão organizadas em arquivos individuais, com identificação da data e ordem da entrevista. Para analisar as práticas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal, utilizarei o itinerário de cuidado, baseado no conceito de “itinerário terapêutico” de Menéndez. Os itinerários terapêuticos são percursos percorridos pelas pessoas em um espaço de práticas sanitárias da população e as dos serviços oficiais, buscando solucionar seus problemas de saúde (MENÉNDEZ, 2003). A construção do itinerário de cuidado se dará através dos percursos terapêuticos percorridos pelas mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. Essas informações serão desveladas através da análise das entrevistas abertas e observação participante.

Na fase de exploração das entrevistas, serão realizadas a seleção e o reagrupamento dos trechos de falas em categorias analíticas com o intuito de descrever os resultados e buscar inferências e interpretações (BARDIN, 2009).

Será realizada também a transcrição literal das entrevistas e, logo após, será feita a leitura flutuante das entrevistas, ou seja, o contato inicial com as transcrições, o que permitirá à pesquisadora desenvolver as impressões, orientações e direções para a análise por meio do objetivo do estudo e do referencial teórico sobre os sistemas de atenção das gestantes e puérperas e a assistência prestada pela rede de saúde.

Segundo Alves e Souza (1999, p. 132), para a análise do itinerário terapêutico, faz-se necessário evidenciar as experiências, as trajetórias e as significâncias individuais, formuladas e elaboradas dentro de um campo de cultura e história, no qual o ator social está inserido.

Além disso, a análise documental é um instrumento importante para resgatar os documentos e registros escritos que organizam as redes de serviços na saúde indígena. Os documentos são registros escritos que proporcionam informações a fim de proporcionar a compreensão de fatos e relações, pois constituem manifestações registradas sobre determinado grupo (OLIVEIRA, 2009).

### 5.4.3 Aspectos éticos

Este estudo segue as resoluções 466/2012, 510/2016, 510/2016 e 304/2000 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Ministério da Saúde (MS), que estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos e pesquisa em ciências humanas e sociais as quais exigem respeito e a garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebidas, avaliadas e realizadas de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes. O projeto cumprirá os requisitos para a pesquisa entre os povos indígenas, sendo que a pesquisadora o submeterá à autorização da Funai, a partir da documentação encaminhada, conforme a Instrução Normativa 1/PRESI de 29 de novembro de 1995, que regulamenta pesquisa científica em terras indígenas. Será apresentado um Termo de Anuência assinado pela liderança política da comunidade.

Cabe esclarecer que as entrevistas serão realizadas mediante o consentimento verbal dos entrevistados, sendo que a autorização será gravada no início das entrevistas. A justificativa de dispensa do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o TCLE (Apêndices II e III) baseia-se na Resolução 466/2012 que ressalta:

[...] respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (CNS, 2012).

Conforme orienta a resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, em IV.6, há previsão de situações especiais onde o TCLE pode ser dispensado.

Em IV.6, alínea “e” da referida resolução, é ressaltado que

Em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – Funai, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente (CONEP, 2012, p. 8).

Dessa forma, justifico o desenvolvimento deste projeto de pesquisa sem assinatura do TCLE para o caso das mulheres indígenas e dos assistentes tradicionais de saúde, pois se trata de uma pesquisa etnográfica com indígenas. Além disso, é possível que alguns se sintam desconfortáveis e constrangidos quando solicitados a assinarem o termo, uma vez que é escrito em português. Reiteramos que as práticas dialógicas serão informais, com o intuito de ter flexibilidade e sensibilidade em relação às práticas comunicativas da comunidade. A pesquisadora compromete-se a gravar o consentimento dos interlocutores indígenas. Para o método de observação participante, o estudo e discussões na antropologia mostram a inviabilidade de que todas as pessoas presentes na situação observada assinem um TCLE.

Os resultados do estudo serão divulgados apenas para fins científicos, compondo relatórios e artigos científicos. A comunidade indígena da Aldeia Kondá, através do Conselho Local de Saúde Indígena, a Sesai, a Secretaria Municipal de Saúde e a EMSI, receberá uma cópia de todo o material produzido ao término do estudo.

## 6 RECURSOS

**Quadro 1 - Orçamento do projeto**

<b>Material de consumo e serviços</b>		
<b>Quantidade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valores</b>
	Reprografia (impressão de materiais)	R\$ 800,00
	Papel (folhas A4)	R\$ 100,00
6	Tinta para impressora	R\$ 450,00
1	Pendrive	R\$ 45,00
-	Outros (lápiz, canetas, lápis de cor)	R\$ 50,00
539 litros	Combustível (litro): deslocamento para terras indígenas	R\$ 700,00
-	Alimentação (lanches)	R\$ 350,00
4	Encadernação da tese	R\$ 360,00
1	Ficha catalográfica	R\$ 100,00
2	Submissão dos artigos	R\$ 1.200,00
2	Tradução dos artigos	R\$ 400,00
	<b>TOTAL GERAL</b>	<b>R\$ 4.555,00</b>

**Pagamento: Pesquisador (x)**

---



## 7 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.	Dez.
2018												
Disciplinas do Programa												
Qualificação da Tese												
Submissão ao Funai/Conep												
*Coleta de dados												
Análise dos resultados												
2019												
*Coleta de dados												
Análise dos resultados												
Revisão bibliográfica												
Escrita dos capítulos da Tese												
Revisão da escrita dos capítulos da Tese												
Defesa												
Correção da Tese												
Entrega da versão final												

\*A coleta de dados iniciará a partir da autorização da Funai, CNPq e Conep.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.K. **Análise antropológica das igrejas cristãs entre os kaingang baseada na etnografia, na cosmologia e dualismo**. 2004. 278 f. Tese (Doutorado) – Curso de Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/88141>>. Acesso em: 23 jul. 2017.
- ALVES, P.C.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C. et al. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ARAÚJO, L.F.S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 15, n. 3, p. 53-61, jul./set. 2013.
- ARRUDA, R. Populações tradicionais e a proteção de recursos naturais. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 79-93, jul./dez. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/asoc/n5/n5a07>>. Acesso em: 2 mar. 2017.
- ATHIAS, R. Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararu: perspectivas e alcances. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 189-209.
- AZEVEDO, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. **Caderno CRH**, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, set./dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v22n57/a03v2257.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BECKER, I. **O índio Kaingáng no Rio Grande do Sul**. São Leopoldo: Unisinos, 1994.
- BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para uma pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 13, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/%2018027/16976>>. Acesso em: 15 mar. 2017.
- BORBA, T. **Actualidade Indígena**. Curitiba: Imprensa Paranaense, 1908. Disponível em: <<http://www.etnolinguistica.org/biblio:borba-1908-actualidade>>. Acesso em: 13 mar. 2017.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Congresso Nacional, 1988. Capítulo VIII, Dos Índios, Artigo 231. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/Constituição/Constitui%C3A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL-03/Constituicao/Constitui%C3A7ao.htm)>. Acesso em: 10 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada**. Disponível em: <<http://www.enfermagemesaude.com.br/downloads/89/manual-tecnico-de-pre-natal-e-puerperio-atencao-qualificada-e-humanizada>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. 2006. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 2 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede cegonha**. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 2 abr. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Ações de atenção à saúde da mulher e da criança indígenas**. 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto\\_ms\\_160910.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_ms_160910.pdf)>. Acesso em: 1 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 32**, de 23 de maio de 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2012/prt0032\\_23\\_05\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sesai/2012/prt0032_23_05_2012.html)>. Acesso em: 21 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Conheça a Sesai (2012)**. Apresenta a Secretaria Especial de Saúde Indígena. 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1708](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708)>. Acesso em: 19 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Siasi – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena**. [n.d.]. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=40846](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40846)>. Acesso em: 19 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n.º 9836**, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/126880/lei-9836-99>>. Acesso em: 21 out. 2019.

BRIGHENTI, C.A. **Povos indígenas em Santa Catarina**. 2013. Disponível em: <<https://leiaufsc.files.wordpress.com/2013/08/povos-indc3adgenas-em-santa-catarina.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

BRUSTOLIN, P.X.; GIRARDI, F.; BERNARDELLI, M. Prevalência dos partos na população indígena de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., Chapecó, 2017.

CARVALHO, J.M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

COIMBRA JR., C.E.A.; GARNFLO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Org.). Raça/etnicidade na América Latina: questões sobre saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

\_\_\_\_\_. 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. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 153-173.

COIMBRA JR., C.E.A. 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. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 153-173. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

COIMBRA JR., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2017.

CONKLIN, B. O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 175-188. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000154&pid=S0104-5970201300010001100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S0104-5970201300010001100010&lng=en)>. Acesso em: 10 ago. 2019.

D'ANGELIS, W.R.; VEIGA, J. Habitação e acampamentos Kaingang hoje e no passado. **Cadernos do Ceom**, n. 18, p. 212-243, 2003. Disponível em:

<[http://www.portalkaingang.org/habitacao\\_e\\_acampamentos.pdf](http://www.portalkaingang.org/habitacao_e_acampamentos.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

DIAS-SCOPEL, Raquel P. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios mundurucu**. 2014. Tese (Doutorado) – PPGAS Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DIEHL, E.E. **Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng** (Terra indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil). 2001. 230 f. Tese (Doutorado) – Curso de Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4557>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

DIEHL, E.E.; GRASSI, F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1549-1560, ago. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2010000800009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800009)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

DIEHL, E.E.; LANGDON, E.J.; DIAS-SCOPEL, R.P. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 819-831, maio 2012.

DUARTE, F.B. **Diversidade linguística no Brasil: a situação das línguas ameríndias**. 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/316714176\\_DIVERSIDADE\\_LINGUISTICA\\_NO\\_BRASIL\\_A\\_SITUACAO\\_DAS\\_LINGUAS\\_AMERINDIAS](https://www.researchgate.net/publication/316714176_DIVERSIDADE_LINGUISTICA_NO_BRASIL_A_SITUACAO_DAS_LINGUAS_AMERINDIAS)>. Acesso em: 18 out. 2017.

ENGELMANN, G.J. **Labor among primitive peoples**. Charlottesville: University of Virginia Library, Electronic Text Center, 1997. Disponível em: <<http://etext.lib.virginia.edu/modeng/modengE.browse.html>>. Acesso em: 22 out. 2016.

ERDMANN, A.L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 4, n. 57, p. 467-471, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

FERNANDES, R.C. **Política e parentesco entre os Kaingang: uma análise etnológica**. 2003. Tese (Doutorado) – Curso de Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo.

FERNANDES, R.C.; PIOVEZANA, L. The Kaingang perspectives on land and environmental rights in the south of Brazil. **Ambiente & Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 111-128, jun. 2015.

FERREIRA, L.O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 20, n. 1, p. 203-219, mar. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702013000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000100011)>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FERREIRA, L.O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas**: a emergência dialógica das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas. 2010. Tese (Doutorado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_. **Medicina indígena e a política das tradições**: entre discursos oficiais e o indígena. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/Funasa. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 265-277, 2012.

GIRARDI, F. **O remanejamento Kaingang e as interferências socioambientais e de saúde na terra indígena de Iraí-RS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FLOYD, D.R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth”. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 75, 2001. Disponível em: <[http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos\\_cientificos/arquivos/the\\_technocratic\\_humanistic\\_and\\_holistic\\_paradigms\\_of\\_childbirth.pdf](http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf)>. Acesso em: 4 out. 2019.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR., C. (Orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 139-150.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

\_\_\_\_\_. Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. In: \_\_\_\_\_. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. p. 13-41.

GENIOLE, L.A.I.; KADJAOGLANIAM, V.L.; VIEIRA, C.C.A. (Orgs.) **A saúde da família indígena**. Campo Grande: Fiocruz, 2011.

GIL, L.P. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. **Medicina tradicional indígena em contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento. Brasília: Funasa, 2007. p. 110-119. p. 23-36. Disponível em: <<https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

HAVERROTH, Moacir. **Kaingang, um estudo etnobotânico**: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó (oeste de SC). 1997. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HAVERROTH, M. **O contexto cultural das doenças diarreicas entre os Wari', estado de Rondônia, Brasil**: interfaces entre antropologia e saúde pública. 2004. 320 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HITA, R.S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí*. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 1, p. 63-85, jan./abr., 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: características gerais dos indígenas**. 2010. Disponível em: <<http://bit.ly/2InEG2J>>. Acesso em: 2 dez. 2017.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of cultures**. An exploration of borderland between anthropology and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press, 1980.

KNAUTH, D. A etnografia na saúde coletiva: desafios e perspectivas. In: SCHUCH, P.; VIEIRA, M.S.; PETERS, R. (Orgs.). **Experiências, dilemas e desafios do fazer etnográfico contemporâneo**. Porto Alegre: Ufrgs, 2010. p. 109-114.

LANGDON, J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Palestra oferecida na Conferência 30 Anos Xingu. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, 1995. Disponível em: <[http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A\\_Doenca\\_como\\_Experiencia.htm](http://www.antropologia.com.br/tribo/nessi/textos/A_Doenca_como_Experiencia.htm)>. Acesso em: 12 maio 2017.

\_\_\_\_\_. Problematizando os projetos de medicina tradicional indígena. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Funasa. **Medicina tradicional indígena em contextos**. Anais da I Reunião de Monitoramento. Brasília: Funasa, 2007. p. 110-119. Disponível em: <<https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1466.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Xamanismo: velhas e novas perspectivas. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Xamanismo no Brasil: novas perspectivas**. Florianópolis: UFSC, 1996.

LANGDON, E.J.; DIEHL, E.E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 19-36, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902007000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000200004)>. Acesso em: 6 abr. 2017.

LANGDON, E.J. Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: HAVERROTH, M. (Ed.). **Etnobiologia e Saúde dos Povos Indígenas**. Estudos avançados. Recife: Nupeea, 2013.

\_\_\_\_\_. **Redes xamânicas, curanderismo e processos interétnicos: uma análise comparativa**. Mediações – Revista de Ciências Sociais, 2012.

\_\_\_\_\_. Uma avaliação crítica da atenção diferenciada e a colaboração entre antropologia e profissionais de saúde. In: LANGDON, E.J.; GARNELO, L. (Orgs.). **Saúde dos povos indígenas: reflexões sobre antropologia participativa**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p. 33-51.

LANGDON, E.J.; GARNELO, L. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JR., C.E. (Orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005. p. 133-156.

LEAL, M.C.; GAMA, S.G.N.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 17-100, jan. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100013)>. Acesso em: 5 mar. 2017.

MABILDE, P.F.A. **Apontamentos sobre os indígenas selvagens da Nação Coroados dos Matos da Província do Rio Grande do Sul – 1836-1866**. São Paulo: Ibrasa/Fundação Nacional do Livro, 1983.

MACEDO, R.S. **Etnopesquisa crítica/etnopesquisa-formação**. Brasília: LiberLivro, 2010.

MALHOTRA, N.K. et al. **Introdução à pesquisa de marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

MARCOLINO, D.L. **Saúde das mulheres indígenas no Brasil**: uma revisão integrativa. Porto Alegre: Ufrgs, 2012.

MARCON, T. **História e cultura Kaingang no sul do Brasil**. Passo Fundo: UPF, 1994.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MASLISKAI, I.C.A.; PADILHA, M.I.C.S. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 687-698, 2007.

MENEGOLLA, I.A. et al. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 395-406, 2006.

MENÉNDEZ, E.L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p. 33-69, 2005. Disponível em: <<http://revistas.ucm.es/index.php/RASO/article/view/RASO0505110033A/9403>>. Acesso em: 20 abr. 2016.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1993.



\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento científico**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOLITERNO, A.C.M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 293-301, jun. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200004)>. Acesso em: 4 abr. 2017.

MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina**: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 153-173. Disponível em: <<http://www.cesir.unir.br/pdfs/doc7.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

MORAIS, F.R.R. **A humanização no parto e no nascimento**: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública brasileira. 2010. 273 f. Tese (Doutorado) – Curso de Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. Disponível em: <[http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM\\_TESE.pdf](http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/FatimaRRM_TESE.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

MOTA, L.T. **Diagnóstico etno-ambiental da T.I. Ivaí-PR**. Maringá: UEM, 2002.

MOURA, A.L.; REGO, S.P.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003199&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001003199&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 jun. 2017.

NACKE, A. Os Kaingang: passado e presente. In: NACKE, A. et al. **Os Kaingang no oeste Catarinense**: tradição e atualidade. Chapecó: Argos, 2007.

NASCIMENTO, E.S. **Há vida na história dos outros**. Chapecó: Argos, 2001.

NETO, O.C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

NÖTZOLD, A.L. **Nosso vizinho Kaingang**. Florianópolis: Imprensa Universitária da UFSC, 2003.

NUNES, E.D. Tendências e perspectivas das pesquisas em ciências sociais em saúde na América Latina: uma visão geral. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**: tendências e perspectivas. Brasília: Opas, 1985. p. 31-79.

OLIVEIRA, M.C. Dinâmica do Sistema Cultural de Saúde Kaingang – Aldeia Xaçecó, Santa Catarina. In: MOTA, L.T.; NOELLI, F.S.; TOMASINO, K. (Orgs.). **Uri e Wãxi**: estudos interdisciplinares dos Kaingang. Londrina: Eduel, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os curadores Kaingang e a recriação das suas práticas**: estudo de caso na Aldeia Xaçecó (Oeste de SC). 1996. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, P.H.A. **Comida forte e comida fraca**: alimentação e fabricação dos corpos entre os Kaingáng da Terra Indígena Xaçecó (Santa Catarina, Brasil). 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PEREIRA, E.R. et al. Perfil de morbidade de indígenas em serviço especializado. **RIES**, v. 3, n. 1, p. 144-57, 2014.

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: Funasa, 2007. p. 37-47.

PONTES, A.L.M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

REIS, J.T.S.; SARAIVA, F.O.; VIEIRA, M.A.S. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de Goiânia-GO. **Estudos**, v. 41, n. 2, p. 329-339, 2014.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, C.C. O papel político feminino na organização social Kaingang. In: FAZENDO GÊNERO, 9., 2010, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: Ufsc, 2010. p. 1-9. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277601188\\_ARQUIVO\\_ApresentacaoFinal\\_formatada30junho.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277601188_ARQUIVO_ApresentacaoFinal_formatada30junho.pdf)>. Acesso em: 15 mar. 2017.

ROSA, P.C. **“Para deixar crescer e existir”**: sobre a produção de corpos e pessoas Kaingang. 2011. 186 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10104>>. Acesso em: 5 out. 2016.

ROSA, R.R.G. Mitologia, origem e xamanismo Inuit e dos Kaingang. **Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 5, n. 3, p. 98-122, jul./dez. 2011.

\_\_\_\_\_. O feminino xamanico dos Inuit e Kaingang. In: VIII REUNION DE ANTROPOLOGIA DEL MERCOSUR, 2009, Buenos Aires.

\_\_\_\_\_. O xamanismo Kaingang: a relação dos Kujà com os espíritos animais/vegetais da floresta e dos santos do panteão do catolicismo popular. In: FLECK, E.C.D. **Religiões e religiosidades no Rio Grande do Sul**: manifestações da religiosidade indígena. São Paulo: Anpuh, 2014.

ROSA, R.R.G. **A temporalidade Kaingang na espiritualidade do combate**. 1998. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

\_\_\_\_\_. **Os “Kujás são diferentes”**: um estudo etnográfico do complexo xamânico dos Kaingang da Terra Indígena do Votour. 2005. 416f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SAGÁS, Y.S. Práticas tradicionais Kaingang: gestação, parto e pós-parto. **Revista Santa Catarina em História**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 28-40, 2016.

SANTOS, M.M. et al. Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 1, p. 1-10, jan. 2016.

SANTOS, R.V. Prólogo ao dossiê “Demografia dos povos indígenas no Brasil: abordagens socioantropológicas”. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 33, n. 2, p. 231-235, 26 nov. 2016. Disponível em: <<https://www.rebep.org.br/revista/article/view/971>>. Acesso em: 15 maio 2017.

SILVA, E.P. et al. Exploração de fatores de risco para câncer de mama em mulheres de etnia Kaingáng, Terra Indígena Faxinal, Paraná, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1493-1500, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/07.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

SILVA, S.B. **Etnoarqueologia dos grafismos Kaingang**: um modelo para a compreensão das sociedades Proto-Je meridionais. 2001. 367 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – PPGAS, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHUSKY, E.L. **Manual para análise do parentesco**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária LTDA, 1931.

SCHWEIG, A.L.M. **Territorialidade e relações sociocsmológicas Kaingang no Morro Santana, Porto Alegre, RS**. 2014. 55 f. TCC (Graduação) – Curso de Bacharelado em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

SILVA, S.B. Dualismo e cosmologia: o xamã e o domínio da floresta. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 18, p. 189-209, dez. 2002.

\_\_\_\_\_. **Etnoarqueologia dos grafismos Kaingang**: um modelo para a compreensão das sociedades Proto-Jê meridionais. 2001. Tese (Doutorado) – PPGAS, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-17122001-005542/>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

SCOPEL, D. **Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas)**: processos socioculturais e a práxis da auto-atenção. 2007. 146 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/90784/244980.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 5 jul. 2017.

\_\_\_\_\_. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas:** práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SCOPEL, R.P.D. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto:** práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku. 2014. 211 f. Tese (Doutorado) – Curso de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/129172/327838.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 14 out. 2017.

TOMMASINO, K. **A história dos Kaingáng da bacia do Tibagi:** uma sociedade Jê Meridional em movimento. 1995. Tese (Doutorado em Antropologia) – Faculdade de Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. Homem e natureza na ecologia dos Kaingang da bacia do Tibagi. In: TOMMASINO, K.; MOTA, L.T.; NOELLI, F. (Orgs.). **Novas contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang.** Londrina: Eduel, 2004. p. 355-413.

TOMMASINO, K.; CABRAL JR., V.A.; CAPUCCI, J. **Identificação das famílias Kaingang residentes na cidade de Chapecó.** Brasília: Funai/DAF/MJ, 1998.

TOMMASINO, K.; FERNANDES, R.C. **Kaingang.** 2001. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/povo/Kaingang/print>>. Acesso em: 3 jan. 2016.

VEIGA, J. **Aspectos fundamentais da cultura Kaingang.** Campinas: Curt Nimuendajú, 2006.

\_\_\_\_\_. **Cosmologia e práticas rituais Kaingang.** 2000. Tese (Doutorado) – PPGAS, Unicamp, Campinas.

\_\_\_\_\_. **Organização social e cosmovisão Kaingang:** uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. 1994. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Unicamp, Campinas.

VIELLAS, E.F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 85-100, ago. 2014.

## APÊNDICE I

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
NÍVEL DOUTORADO**

**Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À  
SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL  
NA ALDEIA KONDÁ/SC**

Pesquisadora doutoranda: Francielli Girardi

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Laura Cecília López

### ROTEIRO GUIA

Dados sociodemográficos: idade, gênero, ocupação, religião, escolaridade, número de filhos, com quem reside, sustento da unidade doméstica, são beneficiários de alguma política social (ex. Bolsa Família).

1. Como foi(ram) a(s) experiência(s) de gestar anteriormente (caso tenha mais filhos)?

2. Como foi a descoberta de sua gestação atual? Utilizava algum método contraceptivo?

3. Como é vivenciada a gravidez na sua comunidade? Como são cuidadas as mulheres grávidas?

4. Como são recebidos os bebês? Como é organizado o cuidado com as crianças?

5. As mães/avós transmitiram os conhecimentos sobre gestação e cuidados no parto e pós-parto?

6. Como está sendo a sua gestação atual? Como é seu dia a dia e quais os cuidados na gestação (alimentação, rotina diária, tarefas domésticas, plantação/confecção de artesanato, cuidado de outras crianças, terapia de ervas, outros)? Quem ensinou?

7. Quem acompanha a sua gravidez (profissionais da saúde, assistentes tradicionais, parentes, outros)?
8. Como é a assistência dos profissionais da saúde do pré-natal?
9. Qual o tipo de parto e local de parto que desejaria para parir seu bebê?
10. Com relação às práticas de resguardo pós-parto, quais são os cuidados recomendados (práticas relativas à menstruação; práticas relativas à prevenção da gravidez; trabalho na roça, rotina diária)?
11. Como é o seu cuidado diário com o bebê (prática de banho, amamentação, cuidados com o coto umbilical)?

## APÊNDICE II

### DISPENSA DO TCLE (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)

Ilmos. Senhores

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/Conep

São Leopoldo, 16 de abril de 2019

Eu, **Francielli Girardi**, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulado como: **ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA KONDÁ/SC**, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dirijo-me aos senhores para justificar a não utilização do TCLE, assinado pelos sujeitos sociais da pesquisa.

Sabe-se que a resolução 466/12 ressalta que o “respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa” (CNS, 2012). Conforme orienta a resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Conep, na resolução 466/12 – IV.6, há previsão de situações especiais, no entanto, onde o TCLE pode ser dispensado.

O capítulo IV.6, item “e” ressalta que “em comunidades cuja cultura grupal reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, a obtenção da autorização para a pesquisa deve respeitar tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual, quando possível e desejável. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – Funai, no caso de comunidades indígenas, na tutela de tais comunidades, tais instâncias devem autorizar a pesquisa antecipadamente”. Ainda reitero através da resolução CNS n.º 466 de 2012, a resolução CNS n.º 510 de 2016 e a resolução CNS n.º 304 de 2000, que as Ciências Humanas e Sociais

têm especificidades nas suas concepções de práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência, da qual decorre adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016).

Que Ciências Humanas e Sociais têm especificidades nas suas concepções de práticas de pesquisa, na medida em que nelas prevalece uma aceção pluralista de ciência da qual decorre adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, bem como lidam com atribuições de significado, práticas e representações, sem intervenção direta no corpo humano, com natureza e grau de risco específico (resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016).

Justifico, ainda, o desenvolvimento deste projeto de pesquisa, sem assinatura do TCLE, para o caso das mulheres indígenas e dos assistentes tradicionais de saúde. Pois trata-se de pesquisa etnográfica com indígenas, sendo que muitos possam não dominar a língua portuguesa, para leitura e escrita, podendo causar desconforto e violação ao expor esta pessoa à situação de constrangimento. O pesquisador entrará em contato com a liderança indígena que indicará um Agente Indígena de Saúde (AIS), da comunidade, que acompanhará o pesquisador nas práticas dialógicas. A pesquisadora compromete-se a reproduzir oralmente, de maneira espontânea, clara e objetiva, a justificativa, os objetivos, métodos, direitos, riscos e potenciais benefícios de forma sonora (oral) do Termo de Consentimento, ao convidado a participar da pesquisa. Buscando evitar as modalidades excessivamente formais, num clima de mútua confiança, assegurando uma comunicação plena e interativa com o participante (CNS 510/2016 Cap. III §1). O convidado a participar da pesquisa será informado do direito do participante a ter acesso ao registro do consentimento gravado em áudio, sempre que solicitado. Reiteramos que as práticas dialógicas serão flexíveis e sensíveis às práticas comunicativas da comunidade, de forma a respeitar a privacidade, confidencialidade das informações pessoais, através do sigilo e da privacidade dos participantes, evitando a imposição ou constrangimento, respeitando a cultura da comunidade. Estará assegurado o direito ao convidado a participar da pesquisa, a oportunidade de esclarecer suas dúvidas em qualquer momento do assentimento ou da pesquisa, de manifestar-se de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida, e também dispor do tempo que lhe for adequado para a tomada de uma decisão autônoma na



participação do estudo (CNS 510/2016 Cap. III). O direito a desistir de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo, está assegurado ao convidado. Ainda reitero ao convidado da pesquisa o direito de ser indenizado pelo dano decorrente da pesquisa, nos termos da lei. E o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa. E ainda a garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa. Para o método de observação participante, o estudo e discussões na antropologia, mostram a inviabilidade de que todas as pessoas que estejam presentes na situação observada assinem um TCLE.

**Declaro:**

Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização.

- a) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- b) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidades dos dados de pesquisa;
- c) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade deste projeto;
- d) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) dos participantes, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

---

**Francielli Girardi**

**Endereço: Alcides Badalotti, 35E, Passo dos Fortes, Chapecó, CEP: 89805-792**  
**Fone: (49) 99901.8017 – E-mail: fragirardi@gmail.com**

Papel do CEP: O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, com “múnus público”, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – resolução CNS 196/1996, II.4). A missão do CEP é salvaguardar os direitos e a dignidade dos sujeitos da pesquisa. O conselho controla, em pesquisas que envolvem seres humanos, o cumprimento das exigências éticas e científicas fundamentais à defesa dos interesses, da integridade e da dignidade dos participantes pesquisados. Também contribui para o desenvolvimento da pesquisa orientada por padrões éticos.

Contato: Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos)

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Localizado na Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG), Av. Unisinos, 950, CEP: 93022-000 – São Leopoldo/RS

Fone: (51) 3590.8279 ou (51) 3591.1122 Ramal 3219

E-mail: [cep@unisinos.br](mailto:cep@unisinos.br)

## APÊNDICE III

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do Projeto: **ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA KONDÁ/SC.**

Este Termo de Consentimento será lido pelo pesquisador oralmente, para o convidado a participar da pesquisa.

#### **Introdução**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa sobre o **ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA KONDÁ/SC.**

#### **Objetivos**

Este trabalho tem como objetivo: analisar as práticas de atenção à saúde e os itinerários de cuidado vivenciados pelas mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC, questionando se existe uma articulação de modelos de cuidado diversos.

#### **Procedimento do estudo**

Se concordar em participar deste estudo você será solicitado a responder alguns questionamentos norteados por um roteiro-guia. Além disso, será acompanhado pela pesquisadora em vários cenários dos serviços de saúde como: unidade de saúde, laboratórios, clínicas, hospital, e no seu domicílio, a fim de caracterizar os sistemas de atenção utilizados pelas gestantes Kaingang. E ainda, se concordar em participar deste estudo, estará ciente de que serão utilizadas gravações das narrativas pelo pesquisador, filmagem e fotografias, buscando caracterizar os dados a serem coletados.

#### **1) Riscos e desconfortos**

Com relação aos riscos e desconfortos, apresentam-se nesta pesquisa em nível baixo. Se identificada alguma possibilidade de danos de natureza da dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural do ser humano, em qualquer etapa da pesquisa e dela decorrente, ao participante do estudo, a entrevista será interrompida imediatamente. A pesquisadora irá imediatamente encaminhar a participante do estudo para o serviço de atendimento médico, na comunidade indígena, para que ela receba os cuidados adequados.

## **2) Benefícios**

O conhecimento que você adquiriu a partir da sua participação na pesquisa poderá beneficiá-lo com informações e orientações de educação em saúde. Você também terá benefícios indiretos, pois os dados coletados serão disponibilizados ao polo-base de Chapecó, à equipe multidisciplinar de saúde indígena, à comunidade indígena do Kondá, ao Hospital Regional do Oeste e à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, a fim de qualificar as políticas públicas de assistência para as mulheres indígenas.

## **3) Participação**

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionamento conduzido por um roteiro-guia. A entrevista ocorrerá em seu domicílio ou no serviço de saúde. O tempo de duração será de 25 minutos. Sua identidade não será revelada na pesquisa, sendo apenas utilizados os dados coletados. É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perdas de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Caso você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar a pesquisadora. A recusa em participar ou saída do estudo não influenciará seus cuidados na Unidade Básica de Saúde.

## **4) Declaração de consentimento do pesquisado**

Declaro que o pesquisador leu oralmente o TCLE para mim, desvelando as informações contidas neste documento, antes de autorizar verbalmente o consentimento. Declaro que fui informado sobre os métodos do estudo, as inconveniências, riscos e benefícios.

Declaro que tive tempo suficiente para entender as informações acima e autonomia de participar da pesquisa. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi as respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento livre e de espontânea vontade e sem reservas para participar deste estudo de forma oral, sendo que a minha autorização foi gravada pelo pesquisador.

---

Assinatura do pesquisado

#### **5) Declaração do pesquisador**

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação neste, junto ao participante. Atesto que o participante recebeu todas as informações necessárias, que estas foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ele/ela compreendeu essas explicações. Ainda atesto, mesmo com a impossibilidade de obter a assinatura, que os participantes deste estudo terão o direito e a garantia do acesso às gravações, do consentimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em qualquer momento do estudo e posterior ao seu término.

---

Assinatura da pesquisadora

Contato para indivíduos que desejarem esclarecer suas dúvidas ou retirar-se da pesquisa: **Francielli Girardi**, portadora do RG 40.789.732-88 e CPF 996.581.270.5-3. Rua Alcides Badalotti, 35E, Passo dos Fortes, CEP: 89805-792, Chapecó/SC. Fone: (49) 3329.2845 / (49) 99901.8017 – E-mail: fragirardi@gmail.com

## APÊNDICE IV

### TERMO DE ANUÊNCIA DA LIDERANÇA

São Leopoldo, 20 de outubro de 2018

Eu, \_\_\_\_\_, cacique da Terra Indígena do Kondá/SC, autorizo de forma livre e esclarecida a doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS –, Francielli Girardi, portadora do RG 40.789.732-88 e CPF 996.581.2705-3, a realizar a pesquisa intitulada **ITINERÁRIOS DE CUIDADO E PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL NA ALDEIA KONDÁ/SC**, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Cecília López. A pesquisa tem como objetivo analisar as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas durante a gestação na Aldeia Kondá/SC, a partir de como se articulam as práticas de saúde oficiais e as práticas tradicionais. A pesquisa envolverá acompanhamento e entrevistas com as mulheres da comunidade, tratando-se de conversas direcionadas com uma série de questões sobre os cuidados com a gestação.

Com relação aos riscos que se apresentam nesta pesquisa, serão de nível médio. Mas se forem identificadas algumas alterações no comportamento mental ou físico da participante do estudo, a entrevista será interrompida prontamente. A pesquisadora irá imediatamente encaminhar a participante do estudo para o serviço de atendimento médico, dentro da comunidade indígena, para que receba os cuidados adequados.

Os benefícios para a comunidade através da pesquisa, será receber informações e orientações, pois os dados coletados serão disponibilizados ao polo-base de Chapecó, à equipe multidisciplinar de saúde indígena, à comunidade indígena do Kondá, ao Hospital Regional do Oeste e à Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, a fim de qualificar as condições de assistência para as gestantes indígenas.

Declaro que fui informado e esclarecido sobre os objetivos do trabalho e recebi uma cópia deste termo e, concordando com tudo, permito a realização das atividades nesta aldeia indígena.

---

José Nascimento  
Cacique da Terra Indígena do Kondá

## RELATÓRIO DE CAMPO

O presente relatório visa a apresentar o percurso de campo da tese intitulada: Itinerários de cuidado e práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang no período gravídico-puerperal na Aldeia Kondá/SC. Para a inserção no campo de pesquisa na comunidade do Kondá, iniciei contatando as lideranças indígenas da comunidade, para dialogarmos sobre a possibilidade de inserção na comunidade. Esses dois encontros ocorreram no primeiro semestre de 2017. Inicialmente, apresentei-me como pesquisadora, relatando sobre minha trajetória como enfermeira, em outros espaços da saúde indígena. Dialogamos através de conversas informais, sobre a comunidade, a respeito da diversidade étnico-cultural, a visibilidade das causas indígenas na sociedade, a saúde indígena em especial, e ainda refletimos sobre a mulher indígena na contemporaneidade.

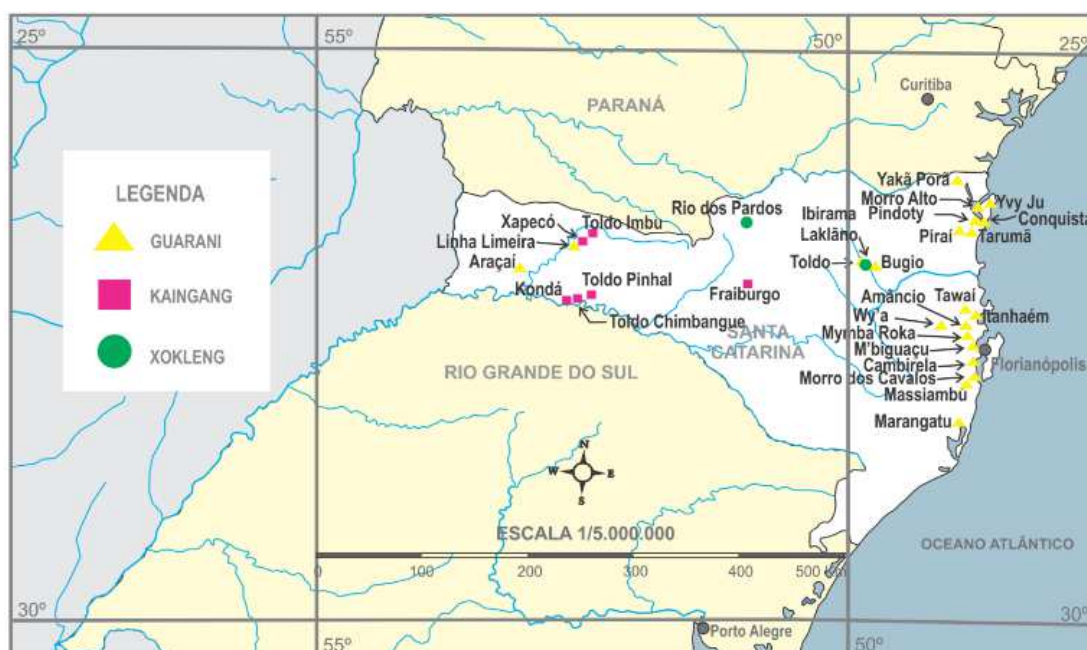
Após a liberação dos órgãos oficiais responsáveis para pesquisa em terras indígenas, fui imergindo, através de observação etnográfica, no cotidiano da comunidade, observando as dinâmicas sociais e a assistência à saúde ofertada na comunidade. Essa etapa da pesquisa de campo ocorreu no período de abril a junho de 2018, com a periodicidade de três vezes na semana, ocorrendo em dias alternados.

A comunidade indígena do Kondá/SC traz marcas históricas de luta pela demarcação de suas terras, pela garantia de seu direito, do bem viver conforme seus preceitos culturais. Anteriormente à demarcação de suas terras, as famílias indígenas moravam em acampamentos, nas proximidades da igreja central, nos bairros Palmital e Santo Antônio, no município de Chapecó/SC. Conforme relato dos Kaingang mais velhos da comunidade, o período vivenciado na década de 80 e 90 foi marcado pelo descaso da sociedade para com as famílias indígenas. Relatam situação de precariedade de vida, sem assistência social e de saúde, morando em barracas de lonas, sem transporte e acesso à compra de alimentos, assistência à saúde. “Nós sobreviviam a partir de doações da igreja católica” (indígena conselheiro da liderança). No processo demarcatório no início dos anos 90, através dos laudos antropológicos, foram delimitadas as regiões do município identificadas como territórios tradicionais e aptos para a demarcação da terra indígena. Essas áreas englobavam a área central da cidade e locais de interesse imobiliário. A partir deste cenário, de “danos ao município”, iniciou-se na década de 1990 a articulação



das lideranças políticas e com as lideranças indígenas para efetuar uma permuta de terra para a comunidade. O município de Chapecó disponibilizou uma área rural situada nas localidades de Praia Bonita, Gramadinho e Lajeado Veríssimo, contendo 2.300 hectares de terra (BRASIL, 2016).

**Figura 1 - Localização aproximada das terras indígenas em Santa Catarina**



Fonte: Clovis Antonio Brighenti, 2012.

A Aldeia Kondá, na atualidade, localiza-se a uma distância de 8 km do centro da cidade de Chapecó. A via de transporte é terrestre, há um trecho asfaltado e o restante da via encontra-se não pavimentada em precárias condições, com muitos buracos e irregularidades. Os indígenas utilizam o transporte público, ônibus municipal, como o principal meio de deslocamento para a cidade. Mas observei os indígenas utilizando outras formas de transporte como: carro, moto, bicicleta e até mesmo a pé, para deslocar-se para o centro da cidade de Chapecó.

A Aldeia Kondá divide-se em duas áreas: uma central, localizada na linha Gramadinho, onde estão situadas estruturas públicas de assistência à comunidade como: a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Escola Indígena Sape-ty-kó (significa em português “chapéu de palha”) que atende a crianças do ensino fundamental, e a pré-escola que recebe crianças de quatro meses a seis anos. Também há igrejas evangélicas, campo de futebol, barzinho e um aglomerado de casas dos indígenas. E a outra área, chamada de Praia Bonita, local mais distante da área central,

localiza-se nas proximidades das margens do rio Uruguai. Nesta área existem as moradias dos indígenas e seus pequenos roçados.

**Figura 2 - Linha Gramadinho -Praia Bonita**



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Na comunidade do Kondá, residem 1.278 indígenas Kaingang. Destes, 610 são do sexo feminino e 668 do masculino (SIASI, 2018). Os indígenas são bilíngues, comunicam-se entre si através da língua Kaingang e fazem uso da língua portuguesa quando interagem com os não indígenas. Seu território é preservado com mata nativa da região.

A organização na comunidade está estruturada a partir das lideranças indígenas do cacique, de seus conselheiros e policiais indígenas. Essa equipe é composta exclusivamente de homens. A escolha do cacique é democrática, a cada quatro anos ocorrem eleições internas na comunidade. Os indígenas residentes na comunidade maiores de 16 anos de idade estão aptos a votar.

Na comunidade, os casamentos indígenas respeitam a divisão dual dos Kaingang, *kamé* e *kairú*. Essas marcas originam-se do patriarca, e ficarão presentes pela vida do indígena Kaingang.

**Figura 3 - Exposição na Escola Indígena Sape-ty-kó – Semana Cultural 2018**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2018).

Em relação à subsistência, a principal fonte de renda provém da venda de artesanatos. Poucos indígenas possuem trabalho formal e renda fixa. Estes trabalhadores possuem empregos vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), escola, Funai. Os indígenas com mais de 60 anos (idosos) são aposentados e recebem do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Percorrendo a comunidade, observando a dinâmica diária das famílias, percebe-se o envolvimento, dedicação e engajamento das famílias indígenas na extração dos materiais para a confecção dos artesanatos. A extração dos materiais como taquara e cipós é feita nas áreas de mata da própria comunidade. Os materiais estão presentes na vida da comunidade, materiais como taquara, cipó, panela de tingimento, facas, linhas, agulhas, miçangas e penas coloridas são observados constantemente nas residências. A trama dos artesanatos mais “delicados” é realizada pelas mulheres, as crianças ajudam com a colocação das missangas e sementes para a confecção de pulseiras. Os homens ficam responsáveis pela produção de cestaria, destinada para a agricultura.

Figura 4 - Exposição na Escola Indígena Sape-ty-kó – Semana Cultural 2018



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2018).

A venda dos artesanatos é realizada em diversos municípios da região Oeste. Os indígenas deslocam-se para o centro da cidade de Chapecó e para as cidades turísticas da região como: Itá, Piratuba, Palmitos (Balneário de Ilha Redonda) e algumas famílias deslocam-se no período de verão para o litoral de Santa Catarina para vender seus artesanatos. As cestarias maiores, como balaios, são comercializadas para os agricultores da região.

Um problema presente no deslocamento dos indígenas para o centro de Chapecó é a dificuldade de retorno para a aldeia, visto que o ônibus, que realiza o transporte municipal, parte do terminal para a comunidade às 18h, dificultando o retorno do indígena e de sua família para a aldeia. A solução encontrada para muitas famílias é se alojar na estação rodoviária de Chapecó, como uma forma de abrigo e proteção. Está em discussão no Ministério Público e no município de Chapecó a construção de uma casa de passagens para os indígenas pernovernarem durante o período de venda de artesanato.

Entender a dinâmica econômica, espacial e social de cada grupo étnico é fundamental para conhecer a realidade vivenciada pelos indígenas que estão inseridos nos centros urbanos, comercializando seus artesanatos. E através deste reconhecimento, desenvolver políticas públicas a partir de programas participativos poderia reduzir a vulnerabilidade à qual as mulheres e crianças estão expostas, desconstruindo o estigma e estereótipos indígenas presentes na sociedade atual (FERREIRA, 2013).

Em relação às moradias, em geral são construídas de alvenaria e madeira, poucas possuem banheiros. O tanque para a lavagem de roupa e a máquina de lavar se fazem presentes na área externa de muitas casas na comunidade. Neste período de verão, não observei os puxados de lona ou madeira ao lado das casas, para se proteger no frio rigoroso no inverno, onde os indígenas fazem o fogo de chão para se aquecer e cozinhar alimentos. A distância física das residências que conformam uma comunidade indígena está relacionada com os laços estabelecidos entre eles, e os espaços também estão estabelecidos relativamente ao grau de conflito (ROSA, 2011).

**Figura 5 - Casas na Comunidade Kondá/SC, 2018**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2018).

Algumas residências possuem energia elétrica, responsabilidade individual do residente do domicílio. A água é responsabilidade da Sesai, que custeia para a comunidade esse serviço. Muitos indígenas relatam o problema da falta de água, principalmente no período de verão. Os indígenas utilizam outras fontes para suprir essa necessidade, como nascentes e poços artesianos presentes na comunidade.

O saneamento básico é precário, não há coleta de lixo na comunidade, as indígenas relatam que os lixos produzidos são queimados.

A alimentação é um importante elemento de identidade nas comunidades, e está intrinsecamente relacionada com as questões territoriais, espaciais e econômicas. Na TI Kondá os indígenas produzem alimentos a partir de pequenos roçados, cultivados nas proximidades de suas casas, e para complementar a alimentação os alimentos são adquiridos em mercados da cidade.

### **Atividades especiais para celebrar a Semana do Índio**

Na comunidade do Kondá, a partir do mês de março, iniciam-se as reuniões para organizar a programação da semana cultural. Essa semana é realizada anualmente, no período de abril, no qual comemora-se o Dia do Índio. A comunidade

entende que é um momento de resistência, no qual discute-se os costumes Kaingang através das diversas atividades tradicionais, buscando reafirmar a sua vivência tradicional, visando a aproximar e desmitificar a visão romantizada do ser índio. As atividades são construídas e desenvolvidas com o apoio dos professores indígenas, que promovem o envolvimento dos alunos da escola para a realização do evento. Ainda percebi o comprometimento da comunidade com a exposição de artesanatos, apresentação das comidas típicas, danças Kaingang, armadilhas indígenas, jogos tradicionais Kaingang e escolha da mais bela indígena Kaingang da comunidade do Kondá. No ano de 2019, a comunidade construiu a partir de estudos históricos a Casa Subterrânea Kaingang, no intuito de futuramente realizar atividades, como aulas de história e outras atividades neste espaço.

**Figura 6 - Casa subterrânea**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2019).

### **Espiritualidade e reza no Kondá**

Na comunidade, as práticas tradicionais de cura são realizadas pelo *kuiã* (Pedrinho) e sua esposa, que o auxilia nas práticas de cura. As ervas utilizadas para xaropada, benzeduras e defumação são coletadas na própria comunidade. Temos o

relato da realização do ritual do Kiki em 2010, no qual participaram diversos rezadores e *kuiã* oriundos de outras comunidades Kaingang.

**Figura 7 - Bênção com ervas tradicionais e chá de curas**



Fonte: Arquivo da pesquisadora.

Ainda na rotina dos Kaingang, observa-se a presença dos cultos religiosos, através das igrejas evangélicas presentes na comunidade. A presença da religião evangélica modifica a organização social da comunidade. Os relatos das mulheres Kaingang demonstram que alterações no padrão de vestir-se, da participação dos cultos da igreja, regras internas do casamento, estão vinculadas à vivência religiosa.

**Figura 8 – Igreja Evangélica**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2019).



## **O cenário da assistência da saúde indígena na comunidade e suas redes de atenção**

A atenção à saúde indígena “oficial” é desenvolvida no âmbito da atenção primária e se caracteriza por um conjunto de ações relacionadas com a assistência à saúde prestada aos povos indígenas, que preferencialmente residam nas terras indígenas. Sua organização está vinculada ao Ministério da Saúde, e à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), que é responsável pelo gerenciamento e execução das ações em saúde para os povos indígenas.

O desenvolvimento e implementação das ações em saúde para esses povos ampara-se na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em articulação com o SUS. Baseada em um modelo de atenção à saúde diferenciada, articulando as instâncias interfederativas na implantação de políticas sociais, ambientais e indigenistas para os povos indígenas (BRASIL, 2002).

As ações em saúde realizadas na atenção primária reforçam os avanços obtidos no campo da atenção da saúde indígena, com melhoria de indicadores e coberturas nesta população. Reforçando a hegemonia das práticas médicas, presentes na assistência à saúde indígena. Poucas iniciativas indicam estratégias e ações que foram desenvolvidas que possibilitaram a prática de um modelo diferenciado de atenção, articuladas com as práticas de intermedialidade.

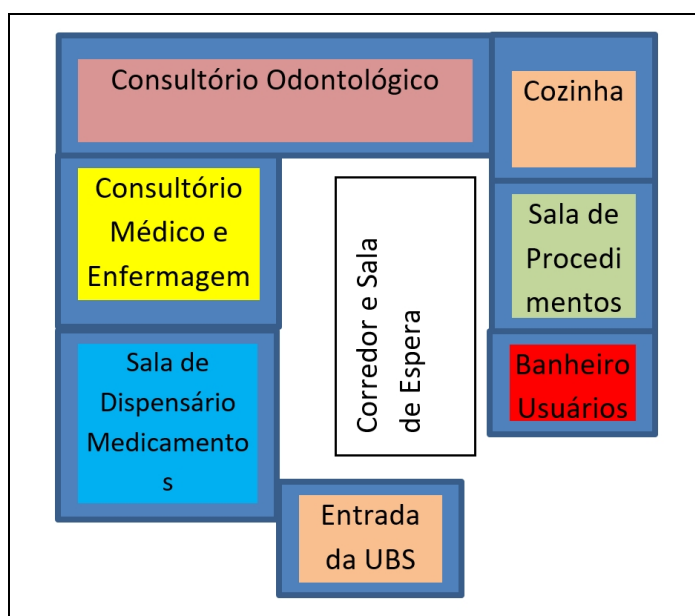
A implementação da UBS na TI permitiu maior agilidade no acesso dos indígenas aos serviços de saúde e utilização dos recursos de saúde oferecidos, como consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, hospitalizações, exames e procedimentos, configurando-se como porta de entrada do indígena nos serviços da rede de referência do SUS (BORGUI, et al., 2015).

Na Aldeia Kondá há uma Unidade Básica de Saúde (UBS), a estrutura física da Unidade de Saúde possui:

- Uma sala (1) pequena, que possui uma janela de acesso aos usuários para atendimento, onde são acondicionados e dispensados os medicamentos pela técnica de enfermagem ou enfermeiro, e também possui um arquivo onde são guardados os prontuários físicos dos pacientes. A UBS não possui computador nem internet, uma dificuldade para os profissionais produzirem seus relatórios mensais.

- A sala (2) é o consultório médico, no qual são realizadas as consultas médicas.
- O consultório odontológico (3) utilizado para realização dos procedimentos bucais nos indígenas.
- Uma sala para consulta e enfermagem, a qual não é utilizada, pois é muito pequena para fazer procedimentos como coleta de preventivo ou exame físico.
- Ainda possui uma sala pequena de procedimentos, e um banheiro.

**Quadro 1 - Estrutura física da UBS**



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2018).

**Figura 9 – Unidade Básica de Saúde, comunidade**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2018).

A edificação pequena apresenta-se inadequada para as práticas de saúde, e em condições precárias. As paredes sujas e com mofo, teto com goteiras e estruturas caindo, falta de equipamentos ou aparelhos e mobiliário inadequados, além da falta de higiene e inadequado armazenamento de resíduos produzidos pelos serviços de saúde. As condições estruturais e de insumos de uma Unidade de Saúde não condizem com as previstas na portaria n.º 340, de 4 de março de 2013.

O horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde é de segunda à sexta-feira das 8h00min às 11h30min e das 13h00min às 16h30min. Após esse horário, os indígenas que necessitarem de atendimento de saúde são deslocados da aldeia pelo motorista indígena no veículo da Sesai para as referências de saúde no município de Chapecó, onde são encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Regional do Oeste (HRO). O motorista e veículo ficam disponíveis 24hs para a comunidade, inclusive nos finais de semana e feriados.

Nestes espaços de referência, conforme relatado para o atendimento dos indígenas, não há nenhum profissional de saúde indígena presente para fazer o acolhimento deste indígena e de seus familiares nestes espaços. Dialogando com os profissionais que atuam nos serviços de referências, principalmente da parte

obstétrica e maternidade, eles relataram que muitos indígenas, quando são internados no HRO, não são identificados como indígenas.

### **Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena e ações em saúde**

A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) que atende a essa comunidade é composta por: um médico (20hs), uma enfermeira (40hs), uma odontóloga (20hs), uma técnica de enfermagem indígena (40hs), quatro agentes indígenas de saúde (40hs) (AIS) e um agente de saneamento indígena (AISAN). Esses profissionais desenvolvem as ações na promoção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade indígena.

Para a EMSI os principais problemas de saúde na comunidade são: hipertensão arterial sistêmica (HAS), com predominância nos homens, obesidade em ambos os sexos, diabetes, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), álcool, violência contra a mulher.

Diante desta problemática, como são desenvolvidas as estratégias de promoção, prevenção à saúde e ações assistenciais de saúde, desenvolvidas na comunidade, pela EMSI?

Através da observação participante, descrevo as principais formas de atenção à saúde, desenvolvidas pela EMSI na comunidade, dando ênfase à saúde da mulher: (I) consultas médicas; (II) consultas de enfermagem; (III) imunização; (IV) acompanhamento do Sisvan; (V) educação em saúde; (VI) visita a domiciliares AIS e Aisan; (VII) consultas odontológicas:

- I. As consultas médicas são direcionadas ao pré-natal, puericultura, saúde da mulher, idosos e consultas gerais. A demanda é livre para as consultas médicas, totalizando um quantitativo médio de 300 consultas médicas ao mês. Para o atendimento do indígena na UBS, percebeu-se o seguinte fluxo: a recepção é o primeiro contato do indígena com o serviço. O acolhimento ocorre pela técnica de enfermagem, no balcão da sala de dispensa de medicamento, para solicitar o atendimento. Depois, o profissional localiza o prontuário físico, nos arquivos, organizados em ordem alfabética, e agrupados por família. Registra a data do atendimento e encaminha-o para a sala de procedimentos, neste espaço são verificados os sinais vitais: pressão arterial e pesagem são registradas no prontuário. Percebi neste

momento de “privacidade” o contato do usuário com o profissional indígena de saúde, o diálogo acontece em Kaingang. Posteriormente, o indígena aguarda no corredor em banco para ser chamado para o atendimento com o médico. Não acompanhei as consultas, mas percebi que o tempo de duração é de 10 minutos. Os registros dos prontuários das consultas desvelam uma situação de grande preocupação, no contexto da saúde indígena. Os registros das anotações médicas são exclusivamente biomédicos, não vão ao encontro da PNSAI, que prevê o atendimento diferenciado à saúde.

- II. As consultas de enfermagem são realizadas por livre demanda, em períodos alternados aos das consultas médicas, por falta de espaço físico na UBS. A principal demanda de atendimento são as mulheres e crianças. As demandas observadas no serviço são consultas de enfermagem de pré-natal, puericultura, planejamento familiar, coleta do Papanicolau (exame preventivo), exame clínico das mamas, esclarecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). São os atendimentos de maior procura pelas mulheres na comunidade. A média de consultas de enfermagem realizadas é de 150 consultas ao mês, isso implica que 15% da população está acessando o serviço mensalmente com a enfermeira. O questionamento consiste em como são conduzidas essas consultas e orientação, estão sendo articuladas com outras formas de atenção e respeitam os espaços de intermedialidade?
- III. As atividades de imunização são realizadas na comunidade (extramuros), pois a UBS da aldeia não dispõe de uma estrutura apropriada para sala de vacinas, pois não cumpre os padrões de estrutura física propostas. A enfermeira, uma vez ao mês, dirige-se ao Centro de Saúde da Família Sul, no município de Chapecó (CSF escolhido pela proximidade com a aldeia), onde são retirados os imunobiológicos e encaminhados para a aldeia. A aplicação dos imunobiológicos na população indígena ocorre na UBS e nos domicílios. A imunização é uma importante estratégia de prevenção em saúde, com relação à imunização, a cobertura vacinal é de 95% das crianças indígenas menores de cinco anos.
- IV. O acompanhamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) é mensal nas crianças até cinco anos e nas gestantes. É uma forma

de acompanhar e controlar as condições nutricionais a fim de promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que influenciam o desenvolvimento da criança. Esse atendimento ocorre de duas formas: individual e coletiva, onde são atendidas crianças e gestantes, para pesagem e orientações nutricionais.

- V. As atividades de educação em saúde são desenvolvidas mensalmente em forma de atividades coletivas. Os grupos de educação em saúde ocorrem mensalmente, atualmente na comunidade está em funcionamento o grupo de HAS, Diabético, Gestantes e Idosos. Outras atividades realizadas foram: Setembro Amarelo (prevenção ao suicídio), Outubro Rosa (ênfase na coleta do preventivo), semana cultural que ocorre em abril. Participei de algumas atividades promovidas pela EMSI, para as gestantes indígenas. Observei que a programação destas atividades é conduzida pela necessidade da equipe de promover atividades de promoção e prevenção em saúde mensalmente. A organização envolve a equipe com os ACS, que são encarregados de convidar as participantes, as técnicas de enfermagem, participam na organização do lanche e durante a atividade verificam a pressão arterial, peso. A condução da atividade é realizada pela enfermeira, que centra suas orientações no saber biomédico. Boas práticas no pré-natal, cuidados com o bebê (higiene, banho, coto umbilical), vacinação, parto, cuidados puerperais, percebi a verticalização frente ao conhecimento da medicina tradicional indígena.
- VI. As visitas domiciliares são importantes atividades desenvolvidas pela EMSI. A enfermeira e médico realizam visitas domiciliares na comunidade. O AIS desempenha sua função, realizando as visitas mensais, nos domicílios dos indígenas, criando um canal de informações com a EMSI. Observei através da minha inserção em uma visita realizada pelo AIS. Para irmos para a visita, o AIS fez uma programação das famílias que iria visitar, depois fomos caminhando até as residências dos indígenas, dialogando sobre o dia a dia do trabalho e da vida na comunidade. Chegando à residência, a abordagem ocorreu na língua Kaingang, respeitando o modo tradicional de viver na comunidade, as singularidades étnicas, e também legitima a assistência diferenciada preconizada pela PNSAI. Esse acompanhamento reflete na efetividade, na busca de resolução dos problemas de saúde.

VII. Consultas odontológicas são realizadas na comunidade, em forma de atendimento individualizado, voltado para a recuperação bucal. E também observei as práticas coletivas de promoção em saúde, realizadas pontualmente na escola da comunidade.

Na rotina do serviço de saúde, não há um cronograma de trabalho, fluxos de serviços de atendimentos na unidade, que guie o usuário sobre as ofertas de serviço disponíveis, informações em português/Kaingang sobre esses serviços ofertados em forma de banner ou AIS, para apoiar e orientar a comunidade quanto aos serviços que podem ser ofertados para ela. Mas também encontramos um dilema, os serviços ofertados como descritos anteriormente são voltados para a prática biomédica, reforçando esse modelo de assistência à saúde indígena.

A comunidade do Kondá possui acesso ao serviço de saúde, não há limitadores geográficos, pois as casas são próximas e a organização na comunidade permite que todos os residentes acessem os serviços.

O acesso sócio-organizacional, que são características e condições que poderiam impedir ou facilitar os indígenas a acessar o serviço (CARREIRO et al., 2015), está presente: horário de funcionamento, forma de marcação de consulta de especialidade, oferta de cobertura após o horário de funcionamento e a explicitação dos serviços a serem utilizados pela população quando a UBS não está disponível, além da aceitabilidade das diferenças culturais.

Na assistência à saúde prestada na comunidade, fica evidente a condução guiada pelo modelo biomédico. Os serviços de saúde são ofertados de maneira protocolar, conforme conduzido pelas orientações do DSEI.

Durante a minha imersão no campo percebi o intenso processo de medicalização, exames e procedimentos na assistência aos indígenas na comunidade.

Com relação ao acesso aos serviços de saúde, os indígenas têm acesso à saúde biomédica, oficial. As ofertas de serviços são fragmentadas, e conduzem os indígenas à medicalização e a consumirem exames e procedimentos.

No acesso sócio-organizacional, há algumas barreiras a serem discutidas, uma sugestão é colocar em pauta nas reuniões do conselho local, um canal importante de organização das ações em saúde em nível local.

As efetividades das ações em saúde realizadas devem ser compartilhadas com a comunidade, buscando um diálogo constante. Esse canal de comunicação é imprescindível para a construção e avaliação da assistência à saúde.

Há potencializadores percebidos na comunidade para a retomada de algumas práticas de atenção à saúde tradicionais na comunidade: sua organização social, que mantém a língua Kaingang viva na rotina da comunidade, os “cuidadores tradicionais” estão presentes na comunidade, são elementos importantes a serem “inseridos” no cenário do cuidado na comunidade.

Enfim, o acesso é um importante avanço na atenção à saúde indígena, mas há muitas fragilidades na inserção das práticas tradicionais, no cuidado com a saúde da comunidade.

### **Compartilhando e ressignificando o cuidado tradicional entre mulheres**

Às práticas de atenção à saúde estão incorporadas as práticas de cuidado das sociedades. A diversidade e a liberdade em utilizar as formas do cuidado traduzem a sacralidade e a divindade de um povo, contribuindo na ressignificação de sua ancestralidade.

Pensando neste conceito do cuidado ampliado e também como base social, realizou-se uma roda de conversa mediada pela parteira da comunidade do Kondá, buscando resgatar a ancestralidade étnica do cuidado, ressignificando as práticas na contemporaneidade.

A roda de conversa foi uma estratégia de interação dialógica entre os atores sociais e interlocutores deste estudo, para que pudessem vivenciar e trocar conhecimento sobre as práticas de atenção, cuidados gestacionais, parto e puerpério com a parteira tradicional da comunidade. Para a realização da roda de conversa, foram convidadas todas as gestantes da comunidade e a parteira. Assim, participaram da roda oito gestantes e uma parteira tradicional. As indígenas dialogaram na língua Kaingang, e nos momentos em que necessitaram dialogar com os *fok* (brancos, pesquisadora), elas utilizaram a língua portuguesa.

Algumas gestantes relataram ser a sua primeira gestação e outras com vivências gestacionais anteriores.



**Figura 10 - Roda de conversa com as gestantes e a parteira, na comunidade Kondá/SC, 2018**



Fonte: Arquivo da pesquisadora (2018).

Neste período conheci algumas palavras e frases na língua Kaingang, utilizada pelos indígenas. Durante minha imersão no campo de pesquisa, percebi algumas dificuldades de compreensão da língua portuguesa pelas indígenas. Diante desta dificuldade em algumas entrevistas, tinha uma mulher indígena da comunidade presente, a fim de facilitar a tradução do português para a língua Kaingang.

Após atividade da roda de conversa, das entrevistas individuais com as mulheres indígenas e das observações de campo, foram realizadas as análises dos conteúdos oriundos dos achados de campo. A partir destes achados etnográficos criamos três eixos para análises: assistência das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, práticas de cuidado e parteira indígena.

Considerando a complexidade para a garantia da atenção diferenciada na saúde indígena, busquei investigar várias dimensões do cuidado, as diversas práticas de atenção à saúde utilizadas pelas mulheres indígenas no período gravídico-puerperal e as redes do cuidado existentes a partir da assistência oficial da saúde indígena. Visando a tecer o cuidado, através das diversas dimensões subjetivas, presentes nas relações socioculturais entre os atores do cuidado, buscando interconectar o cuidado à integralidade, o respeito na diversidade étnica indígena do cuidado.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BORGHI, Ana Carla; CARREIRA, Lígia. Condições de vida e saúde do idoso indígena Kaingang. Esc. Anna Nery, vol.19 no.3 Rio de Janeiro July./Sept. 2015. Disponível [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300511&script=sci\\_arttext&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452015000300511&script=sci_arttext&tIng=pt). Acessado: 12 de abril de 2019.

BRIGHENTI, C. Povos Indígenas em Santa Catarina. In Notzold, A., Rosa, H., Bringmann, S. (org.). *Etnohistória, História Indígena e Educação: contribuições ao debate*. Ed. Palotti, Porto Alegre, p. 38.

FERREIRA, Luciane O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v. 20, n. 1, p. 203-19, 2013.

ROSA, Patricia. “**Para deixar crescer e existir**”: sobre a produção de corpos e pessoas Kaingang. 2011. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Universidade de Brasília, Brasília.

## ARTIGO 1

### **“E QUANDO AMADURECE A FRUTA CAI” : CUIDADOS COM O GESTAR E O NASCER KAINGANG NA PERSPECTIVA DE UMA PARTEIRA**

*Francielli Girardi<sup>1</sup>*

*Laura Cecilia López<sup>2</sup>*

As distinções no modo de cuidar, nascer e parir nas diversas sociedades assentam-se sobre concepções de corpo, parto, nascimento, fases da vida, relação com a natureza, e sobre a forma de ver, conceber e viver. Antropólogos relatam diferenças evidentes sobre a concepção, a gravidez e o parto entre grupos culturais distintos, denominados por Cecil Helman como “culturas do nascimento” (HELMAN, 1994). Nesse sentido, os cuidados com a gestação, o parto e o puerpério, exercidos por parteiras tradicionais, baseiam-se em saberes e práticas plurais, resultantes da diversidade étnico-cultural, geográfica e socioeconômica existente no país (BRASIL, 2012).

Os cuidados tradicionais durante o período gravídico-puerperal são processos complexos, que entrelaçam as relações entre pessoas, território, natureza, espiritualidade, visões de mundo (FERREIRA, 2012; DIAS-SCOPEL, 2014). Além do cuidado e das práticas orientadas às gestantes, as parteiras são conselheiras, orientando as mulheres na sua forma de agir e conduzir sua vida social na comunidade (FLEISCHER, 2007).

As políticas públicas buscam legitimar o trabalho das parteiras tradicionais e indígenas, a partir de cursos de formação e incorporação dessas conhecedoras na hegemonia biomédica, para articulá-las nas equipes de saúde. Muitas vezes, as mulheres indígenas, conhecedoras dos saberes e das práticas de assistência tradicionais na sua etnia, não se identificam na sua comunidade como “parteiras”, mas assumem essa categoria como uma forma de legitimação no sistema de saúde oficial (FERREIRA, 2013).

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. Professora colaboradora da Universidade de Santa Catarina Udesc/Oeste.

<sup>2</sup> Dra. em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Ufrgs) – Professora dos PPGs em Ciências Sociais e em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

A importância da atuação das parteiras tradicionais e indígenas para a saúde e o bem-estar das gestantes vai além do estigma que recai sobre elas de prestarem uma assistência inferior à dos profissionais formados na biomedicina. Porém, a invisibilidade do seu trabalho e a falta de regulamentação da profissão contribui para limitar sua atuação, pois acaba reforçando o questionamento do setor biomédico acerca da adequação dos cuidados prestados às mulheres (PEREIRA, 2016).

Ainda, destaca-se a invisibilidade das parteiras em muitos territórios indígenas, como efeito da inserção das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que conduzem sua assistência através do modelo biomédico, colocando em risco complexos processos de cuidado tradicional, frente às práticas de atenção à saúde legitimadas pela biomedicina, como mostraremos no decorrer do texto.

Nesse cenário, o presente artigo se propõe a analisar, através da narrativa de uma parteira, como se produz o cuidado com o gestar, o parir e o resguardo na perspectiva Kaingang. Consideramos que essa produção do cuidado se dá numa trama intercultural assimétrica, que tensiona e apaga os modos Kaingang de ser no mundo, tal como expressa a narrativa de Dona Marilene. A parteira foi entrevistada no contexto da pesquisa de doutorado da primeira autora, que se debruçou sobre a produção de cuidado em relação ao ciclo gravídico-puerperal das mulheres Kaingang da Aldeia Kondá/SC.

O texto está dividido em quatro tópicos, sendo o próximo dedicado a apresentar o percurso metodológico da pesquisa. Posteriormente, refletiremos sobre a trajetória e as vivências da nossa interlocutora, para depois focar nas práticas de cuidado por ela exercidas e sua relação com o sistema oficial, na tentativa de efetivar uma produção de cuidado intercultural.

### **A comunidade Indígena do Kondá e o percurso metodológico**

O presente estudo é um recorte de pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica realizada para a elaboração da tese de doutorado da primeira autora, que investiga o itinerário de cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres Kaingang da Aldeia Kondá/SC durante o período gravídico-puerperal<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> O projeto de pesquisa que originou este artigo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (Conep) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos.

A Aldeia Kondá localiza-se no oeste no estado de Santa Catarina, no município de Chapecó/SC, e está situada na região rural do município, a cerca de 8 km do centro da cidade. A população que habita a TI é de 1.278 Kaingang, sendo 610 do sexo feminino e 668 do masculino (SESAI, 2018)

Atualmente, a população indígena no Brasil representa 0,4% do total da população, ao passo que a etnia Kaingang corresponde ao grupo mais populoso vivendo em território brasileiro. Estimam-se 30 mil indivíduos pertencentes a esse grupo (IBGE, 2012). Os Kaingang estão espalhados pelos estados do Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Pertencem à família linguística Jê, sendo que as línguas que compõem essa família estão localizadas nas regiões do cerrado do Brasil, em particular ao sul do estado do Pará e do Maranhão, e nos estados do sul do país (DUARTE, 2016).

Estudos da etnologia indígena referem o dualismo cosmológico como uma forma central na organização social Kaingang (HAVERROTH, 1997; ROSA, 2011; 2014; SILVA, 2002). O mundo dual está descrito no estudo de Veiga (1994), sendo que as diferenças entre as metades exogâmicas Kamê e Kanhru são respeitadas nas práticas diárias da comunidade. Essas formas duais são visualizadas nas relações dos Kaingang com a natureza, ou seja, os indígenas observam essa dualidade na pele dos animais, nas cascas, nas folhas ou nas flores das plantas e as estampam em grafias, nos artesanatos.

Os estudos de Tommasino (1995; 2004) mostram que a relação estabelecida pelos Kaingang com os espíritos se dá no mato, sendo espaço importante para as atividades realizadas pelo *kujá* (xamã) e seus *jagré* (espírito guia/auxiliar). Os remédios do mato permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos. Retomaremos, nas categorias de análise, esses modos de organização sociocosmológicos Kaingang para entender o cuidado com o gestar, o parir e o resguardo.

A Aldeia do Kondá divide-se em duas áreas: uma central, localizada na linha Gramadinho, onde estão situadas estruturas públicas de assistência à comunidade como: a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Escola Indígena Sape-ty-kó (significa em português “chapéu de palha”). Também há igrejas evangélicas, campo de futebol, barzinho e um aglomerado de casas dos indígenas. E a outra área, chamada de Praia Bonita, é um local mais distante, e localiza-se nas proximidades

das margens do rio Uruguai. Nesta área, encontra-se moradias dos indígenas e seus pequenos roçados.

A principal fonte de renda da aldeia provém da venda de artesanatos. Poucos indígenas possuem trabalho formal e renda fixa. Estes trabalhadores possuem empregos vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), Escola, Fundação Nacional do Índio (Funai). Os indígenas com mais de 60 anos são aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

A assistência à saúde oficial nesta comunidade está sob a responsabilidade do Distrito Especial de Saúde Indígena (DSEI) Interior Sul. O polo-base Chapecó é responsável pela supervisão e apoio à EMSI e à comunidade na atenção à saúde indígena. Na TI Kondá, a UBS foi construída em 2005, sendo esta a principal porta de entrada aos serviços da rede de referência do Sistema Único de Saúde (SUS).

As técnicas de pesquisa utilizadas para a produção dos dados foram: a) observação participante com registro no diário de campo das atividades de rotina da EMSI e de outras atividades que aconteceram na comunidade que reportaram a relação com as gestantes Kaingang; e b) entrevistas individuais e coletivas abertas (dialogadas) com gestantes e com a parteira, buscando conversar sobre as temáticas do estudo, mas de maneira a nos adequarmos aos seus modos de interação. O período do trabalho de campo foi de junho a dezembro de 2018.

Interessante notar que o conhecimento de que a comunidade contava com uma parteira emergiu na interação com as mulheres em campo, mas a figura da parteira aparecia invisibilizada na fala da EMSI e era em certa medida desvalorizada por muitas mulheres Kaingang, principalmente pelo receio que muitas tinham de realizar o parto “em casa”. Fomos atrás de Dona Marilene para entrevistá-la e nesse percurso elaboramos a ideia de realizar uma roda de conversa com as gestantes, conduzida pela parteira. Esta roda aconteceu na língua Kaingang e participaram oito gestantes. Para a tradução das narrativas em Kaingang, contamos com o auxílio de uma indígena da comunidade, ouvindo junto a ela os trechos das falas e transcrevendo para o português. A entrevista com Dona Marilene aconteceu em português.

A análise ocorreu durante as transcrições, organização e leitura minuciosa das entrevistas e dos diários de campo. Na primeira etapa da análise foram realizadas leituras gerais da produção de campo, objetivando identificar eixos de discussão. No segundo momento ocorreu a seleção dos trechos e das narrativas do

diário de campo mais relevantes para tais eixos. Para este artigo foram construídas três categorias, que serão apresentadas a seguir.

### **Trajetória e vivências de uma parteira**

Ao brilho dos raios de sol, na calma do sacolejar do soprar do vento, fomos agraciadas pela companhia de uma parteira Kaingang e de seu marido, na Aldeia Kondá. No caminho até sua casa de chão batido, fomos refletindo sobre quais seriam as indagações para com essa indígena, sobre os cuidados na gestação, do parir, e como essas tradições resistiam, frente à assistência biomédica produzida pelas políticas públicas, que direcionam a saúde indígena na atualidade.

Dona Marilene, Kaingang nascida na própria aldeia, 64 anos, é uma mulher conhecedora das práticas de cuidado tradicional com a gestação, parto e puerpério. Ela narrou sua vivência e experiência de cuidado nas bases da cosmologia Kaingang.

Iniciamos dialogando sobre sua história de vida. Ela teve sete filhos, seis nasceram “em casa” e um deles nasceu no hospital, através de uma cesariana.

Dentre os partos que ela identificou como acontecidos “em casa”, chamou a nossa atenção a história de um deles que aconteceu na rodoviária:

Eu tive um lá na rodoviária de Erechim, um dos meus. Nós tinha ido vende, né, eu tava, o médico disse para mim que eu tava esperando dia 25 de outubro e que fui te o piá dia 4. E daí nós tinha ido vende pra chegar antes do parto, quando eu vi tive ele lá mesmo [...] Daí a meia-noite... Daí eu tomava o remédio né pra não sentir a dor, porque a dor vem quando é para nascer, daí quando eu me acordei me deu ânsia de vômito e daí quando eu... me deu aquela ânsia de vômito quando levantei pra ir gumitar aquela força eu vi estoro daí e já veio junto.

Podemos entender essa narrativa como o parir fazendo parte dos fluxos da vida, demonstrando uma profunda convicção de que o corpo sabe o que é melhor, além do grande respeito ao tempo necessário para que a natureza siga seu curso. Ela estava numa situação cotidiana de trabalho: uma viagem para vender artesanato, e o filho nasceu... Por isso, talvez, a referência a ter nascido “em casa”, nos tempos do seu corpo e do bebê, e com os cuidados dos remédios do mato. Nesses fluxos da vida, ela narra o nascimento de outro dos filhos:

Quando eu levantei eu vi que estoro também eu tive que eu mesma me esforça daí, não tinha como eu... nós tinha fogo no chão assim. Quando eu levantei, pra mim levanta daí, quando fui, eu vi que estoro, fui pra mim arrumar o fogo porque nós tinha o fogo de chão aquelas época. Daí a minha mãe correu, ela disse por que não me avisou daí eu disse para ela mas não deu tempo nem de avisa, daí ela pegou e, meu pai cortou o imbigio, minha mãe que me ensinou também a corta o imbigio, ela era parteira.

Essa narrativa também refere um nascimento no meio de uma situação cotidiana de trabalho (arrumar o fogo de chão). O cuidado naquela oportunidade se deu no seio da família: da mãe parteira e do pai que colaborou para cortar o umbigo.

Em diversos estudos, como afirma Ferreira (2013), há relatos de parturientes indígenas que ganham seus filhos sozinhas ou com a ajuda de algum parente próximo. Nesse caso, interessante relacionar com a descrição que consta nos primeiros escritos sobre o parir das Kaingang, que estão presentes nos estudos de Mabilde (1983), de meados do século XIX. O autor descreve que reconhecia uma mulher grávida quando as outras indígenas a tratavam com maior rigor, exemplificando que as grávidas carregavam lenhas para o rancho dos homens. Destaca ainda dois sistemas de assistência das mulheres gestantes Kaingang. O primeiro sistema estava vinculado às mulheres do cacique, que eram acompanhadas por assistente de parto, uma mulher mais velha de sua comunidade, que auxiliava com suprimentos, alimentos, lenha, assistindo do início ao final do parto até o restabelecimento da puérpera, e também cuidava do umbigo do recém-nascido e do banho em água corrente e fria, para depois proceder a secagem perto do fogo. As outras indígenas da aldeia não dispunham desse acompanhamento, por isso pariam sozinhas, cuidavam do recém-nascido e só retornavam para o rancho após a saída de toda a limpeza natural do útero da mulher.

Por fim, Dona Marilene narra o nascimento no hospital: “o último fui para o hospital, porque ele está sentado, não consegui virá”. O filho nasceu através de cesárea, que ela avalia:

É ruim porque a gente tem que ficar ali uns tempos deitada né, já com o parto normal não [...] para caminhar é ruim pra fazer alguma coisa que nem né, eu não fazia mais nada aquele dia, porque eu tinha medo de estora. Não podia lava roupa logo, e antes [parto normal] já não, com quatro dias já lavando roupa, fazendo comida, fazendo pão.

Nesse caso, o parir no hospital, principalmente referido à cesárea, é vivenciado como um evento disruptivo no fluxo da vida das mulheres, não



conseguindo continuar com suas atividades cotidianas. Interessante notar que ela passou por uma cesárea porque o bebê estava sentado e “não conseguiu virar”. Pressupomos que na aldeia não tivesse outra pessoa (além dela) que pudesse acomodar o bebê com massagens, nos modos tradicionais como ela mesma relata fazer. Dona Marilene aprendeu da sua mãe como lidar com essas situações:

Eu fiz o parto da minha irmã daí aquela vez, com a minha mãe daí. Eu tinha acho que uns quinze ano, daí a minha mãe veio... dizia pra mim né vê bem pra depois faze porque ela dizia pra mim que era perigo de mata a muié também, ou era perigo da muié morre porque naquela época nós não ia pro hospital, nós não sabia o que que era faze consulta essas coisa né. Daí a minha irmã não tinha nenhuma consulta, nada né, daí a minha mãe... Daí ela empurro né, porque primeiro veio primeiro os pé, daí ela empurro daí, força assim, os pé e daí ela disse que virava bem daí, daí ela começo, ela viu que os pé tava aqui já daí ela começo a virar né. Ela levantou assim pra cima os pé, fazendo massage ne, até que viro. Só que ele veio de bruço o piá, porque daí ele viro dicerto daí ele veio de bruço. Daí ela teve que acudi ele primero porque ela ficou com medo de ele se afogar. E daí tem bastante muié que sofre né. Ela fico ali daí a minha mãe arrumo o bebê, coloco do lado porque ele não chorava mais, tava bem preto, bem roxo parece que ele tava, parecia que ele já tava morto a criança. Daí a mãe ponho ele de bruço e começo, devagar, até que ele choro daí ela ponho ele na coberta. Deixo ele daí começo a conversa com ela né pra vê se ela tinha força... ela tava bem, daí ela disse que tava com medo que o nenê tinha morrido, daí a mãe disse pra ela “não, o bebê tá bem”. Daí que ela começo a falar com ela e a minha irmã mais velha que a mãe fez o parto. E deu pra nascer bem igual, a mãe socorreu ela e o nenê.

Ela refere que os partos “de bebês sentados” são os mais difíceis, os mais desafiadores para uma parteira. Como expresse na sua fala, colocam as parteiras no desafio de cuidar que mãe e bebê não morram:

Minha mãe dizia para mim, vê bem para depois faze porque ela dizia para mim que era perigo de mata a muié também, ou era perigo da mulher morrer, porque naquela época nós não ia pro hospital, nós não sabia o que era faze consulta essas coisas né.

A morte materno-infantil é um estigma que recai sobre as parteiras tradicionais, transformando-se em uma demanda moral por parte de profissionais biomédicos (FLEISCHER, 2011).

Vemos que o partejar é um evento familiar, que envolve várias mulheres próximas, assim como os homens da casa. Dona Marilene aprendeu os cuidados de partejar da sua mãe (“o primeiro parto que eu fiz, foi da minha irmã, com a ajuda de minha mãe, eu tinha uns quinze anos”). Hoje em dia, são duas das suas filhas que participam desses cuidados, com o incentivo da parteira e da escola que desenvolve

suas atividades de aprendizagem com os alunos, na língua Kaingang, visando a valorizar os ensinamentos da cultura Kaingang, no cuidado da comunidade.

Dona Marilene refere que, nos partos assistidos por ela e nos nascimentos dos seus filhos, era usado sabonete para dar banho no bebê logo ao nascer. Mas na época, não tinha sabonete natural, agora é que uma das suas filhas está produzindo:

Agora a minha filha tá fazendo [sabonete] natural. Ela usa a marcela, a massania e daí o resto tudo do mato que daí é um que nem pra cobrero, pra não pegar ferida, pra não pegar bactéria, pra criança não pegar bactéria também, daí ela tá tentando fabricar agora. [...] E daí a gente já tá explicando pra ela também sobre o parto das mulher e também os remédio pro parto né... Que nem várias vezes eu falei ali [chefe do polo-base de Chapecó] fazer uma casa de... só pras ervas.

Os conhecimentos passados pelas mulheres indígenas sobre os cuidados no período gravídico-puerperal perpassam gerações e vão se renovando, são processos dinâmicos:

[...] daí a gente já tá explicando pra ela também sobre o parto das mulher e também os remédio pro parto né... Que nem várias vezes eu falei ali.. fez pomada, fez xarope fez um monte, que daí ela poderia passar também pra conhecer mais daí depois ela pode vender, tá entrando um monte de conhecimento das erva, ela já tá. Creme pra pele, ih, ela tá fazendo, pra fortalecer os cabelo também, ela tá fazendo um monte.

Dona Marilene contabiliza doze partos assistidos por ela, sendo nove na Aldeia Kondá e o resto em Nonoai<sup>3</sup>. Ela refere que na década de 1970 foi morar em Chapecó, e que ela cuidava das gestantes da Kondá “daí nós ia e vinha de Chapecó”. Na época era só ela que cuidava das gestantes. Nos anos 2000 ela voltou a morar na aldeia.

Com a presença da EMSI na aldeia, as mulheres são orientadas a ganhar seus filhos no hospital e os partos “em casa” se fizeram mais esporádicos. O último parto que ela assistiu, na comunidade do Kondá, foi há quatro anos:

Eu fiz o parto dele lá, [em casa], pois é por causa daquele remédio que eu dei pra ela, que ela tava tomando banho, diz que era no tanque né, daí ela tomou banho né, se enrolou com a toalha, quando ela diz que subiu na escada ela viu que estoro [bolsa amniótica], daí ela só entro pra dentro

<sup>3</sup> A Aldeia de Nonoai-RS foi fundada entre 1848 e 1850 no noroeste do Rio Grande do Sul, liderada pelo cacique Nonoai, indígena Kaingang, conjuntamente com os missionários, com objetivo de promover aldeamento e catequização dos indígenas (BECKER, 1976). Atualmente na aldeia residem aproximadamente 2.638 indígenas Kaingang e Guarani (FUNAI, 2010).

assim e sento no assoalho, no canto assim. Quando eu cheguei correndo lá, o bebê tava lá.

Dona Marilene narra diversas práticas de cuidado que vão além da assistência de parto em si, muitas delas são invisibilizadas pela equipe de saúde biomédica. Relataremos essas diversas práticas de cuidado no próximo tópico, retomando no último os anseios e as propostas da parteira no sentido de entrelaçar seus cuidados com os da equipe biomédica.

### **Práticas de cuidado com o gestar, o parir e o resguardo**

Os cuidados com o gestar e o nascimento vão muito além do evento específico do parto. Como analisa Rosa (2008), eles fazem parte da construção do corpo e da pessoa Kaingang. Nessa construção, a autora expressa a relação de *hã*, que constitui o corpo visível, formado durante a gestação, e o *kuprig*, que seria uma parte dada após o nascimento do bebê, “através do nome e formada das relações entre os sujeitos, o cosmos, e especificamente com o domínio da natureza” (ROSA, 2008, p. 22). Nesse sentido, uma série de cuidados específicos e de tratamentos corporais conhecidos como “remédios do mato” contribui para essa construção.

Para os Kaingang, a mulher tem um papel fundamental após o casamento de prover filhos, senão é considerada “fraca/seca”. E essa pode ser uma condição para o marido pedir a separação para a liderança indígena. Para a parteira, a dificuldade de engravidar pode ser solucionada através dos remédios do mato, que irão auxiliar as indígenas que estão com dificuldade de engravidar a ficarem mais fortes e estimular a gravidez. Dona Marilene relata que faz garrafada “com três raiz fervida, para mulheres engravidarem”. Ainda relata um caso em que utilizou o remédio do mato para um homem Kaingang vindo do Rio Grande do Sul: “porque as vez é o home, que nem esse que veio, tinha o sangue fraco, daí dei o remédio do mato”.

Destacam-se essas formas de cuidado que a parteira da comunidade exerce, relacionadas à mudança do corpo, à identificação da gravidez a partir de um mês de gravidez: “através de massagem na parte de baixo da barriga da mulher, daí já sente se tem”. Ainda para verificar a idade gestacional a parteira indígena conta as luas: “o tempo a gente sabe contando pela lua. [...] a mulher que já é, eu pergunto quantos mês já passou né, daí já conta atrás e da bem certinho oito luas [...] quando ela tiver outro ‘bebê’ daí dá nove luas”.

A gestação não é vista como algo limitante para as mulheres Kaingang, mas é um período vivenciado pela rede familiar da gestante, com cuidados para o bem-estar: “faça alguma coisa, bate alguma coisa, lava ropa, bate com força quando tá chegando, também ali pelos seis mês né, sete mês, daí a gente já tinha que tá se mexendo né, caminhando [...] pra não folga e fica parada não pode”.

A parteira também sabe indicar alimentos para mãe, pai e filho (ROSA, 2011). Os cuidados com a alimentação são aconselhados para a gestante: “comer bastante salada, pois têm vitaminas, frutas, mandioca braba, palmito do mato, que faz a criança nascer bem forte”.

Além destas formas de cuidado realizadas em geral na casa da parteira ou da gestante, a parteira recomenda a partir dos sete meses o uso do remédio do mato para diminuir as dores na hora do parto e ganhar mais fácil: “pra ajudar e também na hora do parto não pode tá sentido dor, a mulher pode tomar toda a noite, o chá pode ser uma xícara”.

Os cuidados durante o parto são conduzidos pelas mulheres da comunidade, acionando a rede de parentes (mulheres) para trazer o novo corpo ao mundo e que se fizeram presentes na formação deste corpo (ROSA, 2014). Na atualidade, os partos das indígenas da Aldeia Kondá são todos realizados em ambiente hospitalar. Quando a indígena é encaminhada para o hospital a parteira narra controvérsias e incômodos com a presença de homens no cenário do parto: “incomoda a presença de homens, eu não aceitaria, eu digo para as minhas filhas [...] que nem já em casa assim é mais no meio já é mulher né. E lá é só enfermeiro e enfermeira e dotor”.

Ainda relata uma situação vivenciada por diversas gestantes da comunidade, com relação à “dor falsa” que pode ocorrer antes do trabalho de parto, promovendo violência e práticas desnecessárias para as gestantes:

[...] chegou cedo no hospital, amanheceu lá fazendo força, daí eu disse para ela, se tu tivesse em casa tu tinha tomado o remédio do mato, pra passar essa dor e assim você fica sofrendo aí. E daí no outro dia ainda o médico disse dá tempo para ir para casa, querem ir para casa, trouxemos ela daí eu fiz o remédio pra ela, passo mesmo, ela levou ainda oito dias depois de tomar o remédio, deu as dor daí nasceu. Na ida dela já foi direto pro parto, não precisava ficar na cama.

No contexto de cuidado Kaingang, durante a assistência à parturiente no início do trabalho de parto nas primeiras contrações, é oferecido à gestante um chá,

com o objetivo de garantir força aos músculos pélvicos. O chá é composto de folhas de guaxuma, preparado pela mãe da gestante ou mulher mais sábia (ROSA, 2011).

As práticas hospitalares durante a assistência ao parto das gestantes indígenas, para a parteira Kaingang, é uma violação ao corpo da mulher:

O toque, eu achei muito esquisito, arrebrantar, veio assim e taca dentro da muié e puxa a força até que ele arrebranta [...] Senta lá em cima de uma bola, uma coisa ou outra, e se não dá naquele ponto lá, vai de novo pra ferro senta e daí já não. Eu pra mim vê né, como é que eles fazem, mas lá achei muito difícil, muito difícil porque o bebê não vai nasce sem a hora dele, tem a hora certa do bebê nasce e tem a hora certa de estora a bolsa também né. E daí pra bolsa ser bem macio, pra bolsa estora tem o remédio daí, porque diz que tem umas têm a bolsa mais grossa e daí tem que te remédio também pra fica bem fina.

Ela ressalta em vários momentos os tempos e a corporeidade da mulher e do bebê, que são respeitados no parto “em casa”. Na instituição hospitalar são impostos outros tempos. Os instrumentários e as práticas intervencionistas vivenciadas pelas mulheres no momento de parir são agressivos na percepção da parteira:

A cama de parto deles [do hospital], meu deus do céu, lá sim também é vergonhoso, mas daí não tem o que fazer, lá você tem que fazer o que eles mandam faze. [...] eu não gostei porque sem a hora eles fazem elas se esforça até que a muié tá bem cansada, às vez quase já não tem mais força daí vai pra cama, fica na cama, porque daí lá tem aqueles ferro né e nem tá no ponto de nasce, eles mandam elas se esforça.

As práticas intervencionistas descritas acima como movimentos com a bola, auxílio da barra de ferro, são práticas consideradas “humanizadas” para a assistência ao parto “dos brancos”, mas para a parteira são consideradas desnecessárias e agressivas, até podendo a mulher perder o corpo forte para parir o bebê.

Em relação à posição do parto, a parteira relata que “a posição que elas têm que fazer força, porque que nem em casa a gente já não dá, elas ficam de croque, lá elas fazem muita força, que o nenê vem na hora de nascer”. A parteira aconselha a “parir de croque e a não fazer força, esperar que quando esta pronto vêm”.

Essa evidência revela que a experiência do parir é uma construção social, e quando ela se dá numa trama intercultural assimétrica, são produzidos apagamentos das corporeidades indígenas. No contexto indígena Kaingang, a mudança do lugar de nascimento, da casa para o hospital, remete ao parto sendo tratado como

assunto médico e cercado de um imaginário tecnológico e moderno (CARNEIRO, 2013), impondo uma vivência que viola os corpos das mulheres Kaingang em vários aspectos.

Porém, as práticas das indígenas durante o período gravídico-puerperal são dinâmicas, ou seja, não são imutáveis. O estudo de Sagás (2016) mostra que há variações nas fontes narrativas sobre o cuidado nesse período, sendo que as práticas tradicionais estão vinculadas à inserção das práticas médicas. É necessário compreender que as mulheres indígenas estão inseridas em contextos dinâmicos em determinados espaços e tempos.

Antes da inserção das EMSI, as mulheres indígenas pariam em suas casas na comunidade: “eu cuidava, eu dava os remédios, faço massagem para virar o bebê, após os sete meses, quando não dava tempo de ir para o hospital eu fazia o parto em casa, cortava o umbigo, a placenta eu enterrava”.

Sobre os cuidados com o bebê após o parto, a parteira revela que:

Quando os bebês não choram, eu bato no pezinho, na barriga do pé dele até que chora, e pra modo de respirar mais fácil, porque tem criança com tanta força, ele perde quase a força também, do fôlego, daí para ele se sentir melhor tem que chorar.

Interessante notar a noção de cuidado com o bem-estar do bebê, não levada em consideração nas práticas biomédicas.

O cuidado com o cordão umbilical para as indígenas é ritualístico, pois o umbigo passa “coisas”, faz parte da construção do corpo e da pessoa Kaingang (ROSA, 2011). Para a parteira, o rito do umbigo faz com que o bebê tenha um bom crescimento e desenvolvimento, fazendo-o ficar “forte”: “o imbigo, que nem quando a gente corta né, daí gente cavoca na madeira mais forte né pra criança ser forte, já sai como já digo que nem uma simpatia, né”. Nos estudos sobre os Kaingang, é destacado que o umbigo é feito nas “coisas” do pai, ele fica aqui no mundo dos parentes, e deve ser enterrado na terra onde a criança nasceu (ROSA, 2011).

Os procedimentos de cuidado da parteira e da família com o umbigo remetem às narrativas de outras mulheres, parentes Kaingang de antigamente:

[...] a minha mãe dizia que se uma formiga leva [o umbigo] a criança pode ser bem braba, bem braba se uma formiga leva, que tem que deixar dentro, esconde bem [o umbigo] ou se eles joga fora assim sem nada, daí diz que a criança já não obedece a mãe.

O ato de nomear o bebê também tem características ritualísticas de construção do corpo e pessoa Kaingang. O filho(a) herda a marca tribal do pai, relacionada às metades duais (*kamê e kanhru*), no nome Kaingang. Ainda os pais escolhem um nome não indígena para seu filho (ROSA, 2011).

Dona Marilene narra que:

O nome da criança pode ser escolha dos pais, daí agora o nome indígena sempre tem que ser, a época que meu pai dava o nome indígena, ele pegava aquelas madeiras mais forte né e daí pra fazer pra ponha o nome indígena daí, daí ele raspava e dava banho na criança, tipo assim como batizado né, só que daí é com as árvores, que daí ele dava os nome indígena.

Na cosmologia Kaingang, o ato de nomear está vinculado a um dos rituais mais importantes, que é o culto aos mortos, denominado Kiki. Durante esse ritual, ocorre a liberação dos nomes dos recém-mortos para a comunidade Kaingang, até então mantidos sob tabu. As pessoas podem então nomear seus filhos com o nome de algum antepassado da mesma metade (*kamê e kanhru*), pois cada metade possui um “estoque” de nomes que são transmitidos dos mortos para os vivos (VEIGA, 1994). O ritual do Kiki é um acontecimento cultural importante na comunidade Kaingang, que nomina a escolha do nome do bebê ao nascer. Na Aldeia Kondá o último ritual ocorreu em 2011.

Como reflete Fleischer (2007), a maioria dos estudos sobre parteiras tradicionais foca no momento pontual do parto, alguns deles focam nos cuidados anticoncepcionais e com o aborto, mas poucos estudos refletem sobre um momento importante e delicado como o puerpério, perpassado por vários dramas.

Nas sociedades indígenas, as práticas de resguardo do pós-parto são formas de cuidado utilizadas para evitar os perigos advindos do contato com os seres que habitam o cosmo, dado que o sangue teria uma qualidade volátil capaz de atrair tais seres, com os quais as relações sociais frequentemente resultam em doenças e mortes (SCOPEL, 2013).

O controle do sangramento após o parto é uma prática de cuidado central:

Depois do parto a mulher pode ficar sangrando até quatro, cinco dias, nós toma o remédio antes e daí já parava tudo. Limpava tudo bem, que nem a minha mãe dizia, que ele limpa tudo por dentro, limpa bem o remédio do mato e fica tudo normal, no outro dia, tá normal.

Como analisa Fleischer (2007) em relação às parteiras de Melgaço/PA, o sangue puerperal, gerado depois da gravidez e do parto, é tido como “sujo”, e “precisa não só *sair para fora* do corpo feminino enquanto ele está aberto, mas precisa que isso aconteça num processo de descenso”, já que “há um risco constante e iminente de que esse movimento se inverta” (p. 83), para evitar o estado patológico “quando o sangue sobe pra cabeça” (p. 82).

A alimentação da puérpera necessita ser planejada. Vários alimentos precisam ser evitados para que esta mulher não corra o risco de alterar sua ordem corporal. Pois o corpo está “fraco”, em recuperação após o parto, a alimentação restabelece o corpo à sua normalidade (FLEISCHER, 2007).

As práticas pós-parto das Kaingang descritas por Sagás (2016) relatam o uso de remédio do mato, como o capim de pinhão, para que a parturiente não fique fraca e consiga se alimentar bem. A parteira narra que “eu dava remédio para a mulher não ter recaída”. Também é descrito no estudo de Rosa (2011) que, entre as Kaingang, há a presença de banhos de acentos, quando a mulher fica fraca, inchada ou o leite do peito “seca”. As restrições alimentares estão associadas à não ingestão de carne de porco e a comer comida fria. Após o oitavo dia puerperal, a indígena já retorna às atividades diárias domésticas e na comunidade.

A amamentação é um momento fundamental de alimentação e de vínculo para a transmissão de fluidos. Para que esse momento seja preservado, após o nascimento, a parteira descreve que “a mulher toma um chá do mato, para o leite descer”. Ainda narra que quando a mãe machuca o seio, “ela usa um chá para lavar o seio, que provém de uma casca de madeira seca, de cor alaranjada”.

### **A parteira indígena e o sistema oficial: possibilidades de um cuidado intercultural**

Dona Marilene expressou vários entraves em relação aos profissionais biomédicos, alguns deles foram mencionados no tópico anterior em relação ao parto no hospital. Em relação à EMSI na aldeia, ela expressou:

Faz tempo que eu queria falar com as enfermeira né pra ver se a gente ajudava elas ali né, conversar com as mulher que tão grávida né, pra passar mais sobre o remédio natural né, eu gostava também, eu queria participa.



Diante deste movimento secular de partejar das mulheres indígenas, os órgãos oficiais, antagonicamente, reconhecem as parteiras como mulheres leigas que, por terem entendimento sobre partos, devem ser incorporadas aos serviços de saúde, desde que recebam treinamento para a execução de suas tarefas (OMS, 1992). Isto cria tensões entre as práticas tradicionais e o modelo biomédico de assistência, ao estabelecer o “cargo” de parteira, gerando mudanças sociais e uma série de novos significados e novas práticas relacionadas ao cuidado à gestação, parto e puerpério (FERREIRA, 2013).

Dona Marilene é reconhecida na comunidade e em outras terras indígenas por ter realizado diversos partos nas comunidades, mas essa prática não a habilita para atuar no sistema oficial de saúde, já que ela não participou de cursos de capacitação/aperfeiçoamento. Com esses cursos de capacitação/aperfeiçoamento para parteiras tradicionais e indígenas, as mulheres se tornariam “parteiras profissionais”, habilitadas e reconhecidas não apenas no âmbito das comunidades indígenas, mas também pelos não índios (FERREIRA, 2013). Seus conhecimentos são vistos como “não saberes” ou “saberes” não modernos, sendo isso que sustenta a necessidade de ofertar os cursos de capacitação de parteiras leigas ou tradicionais (TORNQUIST, 2004). Além da falta de regulamentação, as parteiras encontram dificuldades na execução do trabalho, que vai desde a exígua ajuda que recebem dos serviços de saúde local até a forma discriminatória com que são tratadas por grande parte dos profissionais do serviço de saúde (PEREIRA, 2016).

Interessante notar que a parteira indígena da comunidade expressou vários anseios e vários caminhos por onde poderia ser produzido um cuidado intercultural, como o cuidado articulado durante a assistência pré-natal com a EMSI e o parto dentro da comunidade indígena:

[...] que nem na época da [enfermeira chefe do polo-base de Chapecó], ela falou que ia conseguir até, quando fizesse a enfermaria grande, ela falava que ela ia conseguir um quarto e uma cama pra vê né se segura algumas aqui, pra vê se eles consegue fazer o parto. Mas daí que nem em casa já fiz uns quantos, daí pode se que elas esperam né, se tem né um lugar assim... mais preparado pra eles.

Diante do distanciamento das práticas biomédicas desenvolvidas pela EMSI dos cuidados Kaingang, a pesquisadora resolveu promover uma roda de conversa. Visando a restabelecer os laços de confiança entre a parteira indígena e as gestantes, Dona Marilene foi convidada para conduzir essa vivência com as

gestantes. A parteira foi a protagonista desta vivência, ensinando através da língua Kaingang os cuidados nos períodos gestacionais, parto e puerpério como: massagem, os remédios do mato, dentre outros. Foi um momento importante de comunicação entre as gestantes e a parteira, surgindo inclusive narrativas bastante sofridas dos partos no contexto hospitalar. Mas também de vários cuidados a que as mulheres não estão tendo acesso na própria comunidade por não conhecerem a única parteira que existe na aldeia.

Corroborando Ferreira (2012), a invisibilidade das vozes das mulheres indígenas na construção das políticas públicas dificulta a adequação dessas políticas às realidades vivenciadas por elas. Observa-se uma verticalização das políticas de assistência à saúde da mulher e gestantes, as quais interferem e inviabilizam outras práticas de cuidado existentes dentro das comunidades indígenas, desestruturando os sistemas internos de organização social dentro dos contextos dessas populações (FERREIRA, 2012).

Cabe resgatar o propósito da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, de produção de cuidado diferenciado, promovendo uma relação intercultural mais simétrica, que fortaleça saberes e práticas legitimadas no seio das comunidades.

### **Considerações finais**

A diversidade de saberes da parteira indígena frente ao cuidado com as mulheres no período gravídico-puerperal demonstra a complexa rede de cuidado existente em um sistema local indígena. A parteira representa a resistência dos modos Kaingang de ser no mundo.

Com os processos de mudanças ocorridos no cenário de cuidado Kaingang, com a introdução das políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Saúde Indígena (PNSAI, 2002), houve um impacto na forma de cuidado das mulheres no período gravídico-puerperal. Como observado no presente estudo, cada vez é mais legitimada a assistência biomédica, principalmente na imposição do parto em âmbito hospitalar. Isto acarretou a institucionalização do nascimento (que antes ocorria majoritariamente em casa) e a ocorrência de violações de direitos e corpos das mulheres indígenas, narradas pela parteira, no ambiente hospitalar. Mas também pode-se observar essa predominância dos cuidados biomédicos durante

toda a gestação, sendo invisibilizadas as práticas de cuidado Kaingang, como os tratamentos corporais com remédios do mato e massagens.

Diante desse cenário, faz-se imprescindível ampliar os estudos a fim de encontrar estratégias dialógicas com os diversos atores e cenários, buscando articular as diversas práticas de cuidado em saúde presentes na Aldeia Kondá, promovendo relações de interculturalidade mais simétricas.

## Referências

BECKER, Ítala Irene Basile. **O índio Kaingáng no Rio Grande do Sul**. São Leopoldo: Instituto Anchieta de Pesquisas, 1976. (Pesquisas – Antropologia, n. 29.)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais**: O Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto\\_nascimento\\_domiciliar\\_parteiras.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

CARNEIRO, Rosa G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, personalidade e pluralidade. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 49-59, 2013.

DIAS-SCOPEL, Raquel P. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto**: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios mundurucu. 2014. Tese (Doutorado) – PPGAS Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DUARTE, Fábio B. Diversidade linguística no Brasil: a situação das línguas ameríndias. **Caletroscópio**, v. 4, p. 27-62, 2016.

FERREIRA, Luciane O. A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v. 20, n. 1, p. 203-19, 2013.

\_\_\_\_\_. Cursos, partos e parteiras tradicionais: apropriações indígenas dos conhecimentos e das coisas do branco. In: \_\_\_\_\_. **Medicinas indígenas e as políticas da tradição**: entre discursos oficiais e vozes indígenas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 87-108.

\_\_\_\_\_. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá**: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma

política pública. 2012. Tese (Doutorado) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FLEISCHER, Soraya. **Parteiras, buchudas e aperreios**: uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial em Melgaço, Pará. Belém: Paka-Tatu, Edunisc, 2011.

\_\_\_\_\_. Sangue, leite e quarentena: notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. **Campos**, v. 8, n. 2, p. 81-97, 2007.

HAVERROTH, Moacir. **Kaingang, um estudo etnobotânico**: o uso e a classificação das plantas na Área Indígena Xapecó (oeste de SC). 1997. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HELMAN, Cecil. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MABILDE, Pierre. Apontamentos sobre os indígenas selvagens da Nação Coroados dos Matos da Província do Rio Grande do Sul – 1836-1866. São Paulo: Ibrasa/Fundação Nacional do Livro, 1983.

PEREIRA, Marina Santos. Associação das Parteiras Tradicionais do Maranhão: relato da assistência ao parto. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, 2016.

ROSA, Patricia C. A noção de pessoa e a construção de corpos Kaingang na sociedade contemporânea. **Espaço Ameríndio**, v. 2, n. 1, p. 15-43, 2008.

\_\_\_\_\_. **“Para deixar crescer e existir”**: sobre a produção de corpos e pessoas Kaingang. 2011. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Universidade de Brasília, Brasília.

ROSA, Rogerio Reus G. Mitologia, origem e xamanismo Inuit e dos Kaingang. **Espaço Ameríndio**, v. 5, n. 3, p. 98-122, 2011.

\_\_\_\_\_. O xamanismo Kaingang: a relação dos Kujà com os espíritos animais/vegetais da floresta e dos santos do panteão do catolicismo popular. In: FLECK, E.C.D. **Religiões e religiosidades no Rio Grande do Sul**: manifestações da religiosidade indígena. São Paulo: Anpuh, 2014.

SAGÁS, Yasmin dos Santos. Práticas tradicionais Kaingang: gestação, parto e pós-parto. **Revista Santa Catarina em História**, v. 1, n. 10, p. 28-40, 2016.

SILVA, Sergio Baptista. Dualismo e cosmologia: o xamã e o domínio da floresta. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 18, p. 189-209, 2002.

DIAS-SCOPEL. **Uma etnografia sobre a pluralidade de modelos de atenção à saúde entre os índios Munduruku na Terra Indígena Kwatá Laranjal, Borba, Amazonas**: práticas de autoatenção, xamanismo e biomedicina. 2013. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

TOMMASINO, Kimiye. **A História dos Kaingáng da bacia do Tibagi**: uma sociedade Jê Meridional em movimento. 1995. Tese (Doutorado), PPGAS, Universidade de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. Homem e natureza na ecologia dos Kaingang da Bacia do Tibagi. In: TOMMASINO, Kimiye; MOTA, Lúcio T.; NOELLI, Francisco S. (Orgs.). **Novas contribuições aos estudos interdisciplinares dos Kaingang**. Londrina: Eduel, 2004, p. 355-413.

TORNQUIST, Carmen S. **Parto e poder**: o movimento pela humanização do parto no Brasil. 2004. Tese (Doutorado) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VEIGA, Juracilda. **Organização social e cosmovisão Kaingang**: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. 1994. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Unicamp, Campinas.

## ARTIGO 2

### AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES KAINGANG NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL NA ALDEIA KONDÁ/SC.

*Francielli Girardi<sup>1</sup>*

*Laura Cecilia López<sup>2</sup>*

#### **Introdução**

As populações indígenas, na América Latina, vêm estabelecendo lutas políticas de longa data para articular a saúde com um amplo leque de garantia de direitos de cidadania, principalmente com as reivindicações coletivas relacionadas aos territórios e aos patrimônios culturais (SANDES et al, 2018). As questões reprodutivas entram nessas lutas, tendo como protagonistas as mulheres indígenas, e sendo entrelaçadas a noções de justiça social e de enfrentamento às barreiras de acesso aos serviços de saúde, marcadas pelas desigualdades que interseccionam etnicidade e gênero (CONKLIN, 2004).

No Brasil, a assistência à saúde nas comunidades indígenas atualmente é orientada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASI) (BRASIL, 2002), a qual propõe um “modelo complementar e diferenciado” para assistência aos povos indígenas. O modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI’s), é uma forma de organizar os serviços de saúde, a fim de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em “todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações” (BRASIL, 2002, p. 8).

A atenção diferenciada parte do pressuposto do pluralismo assistencial, articulando diversas práticas de cuidado e apresenta-se em conformidade com a proposta antropológica de Menéndez (2003), a qual reconhece as múltiplas práticas de atenção à saúde, utilizadas pelos grupos sociais, a partir das suas particularidades socioculturais, para prevenir, diagnosticar, e tratar os problemas de saúde.

O autor destaca que, nas sociedades latino-americanas, existem diferentes formas de atenção à doença usando várias técnicas de diagnóstico, diferentes

indicadores para a detecção de problemas, bem como várias formas de tratamento e até mesmo diferentes critérios de cura, muitas vezes relacionadas de maneira assimétrica em relação aos modelos hegemônicos pautados na biomedicina (MENÉNDES, 2003).

No contexto da assistência à saúde indígena e às mulheres indígenas no período gravídico-puerperal, a pluralidade dos saberes está interconectada com diversas formas do cuidar. A antropologia das sociedades indígenas no Brasil evidencia a diversidade de experiência do gestar, parir e nascer e das práticas de atenção em saúde, orientadas pelos sistemas locais indígenas (CONKLIN, 2004; DIAS-SCOPEL, 2014; MOLITERNO, 2013; FERREIRA, 2012). Nesse sentido, a diversidade dos sistemas terapêuticos gera a necessidade de conhecer suas formas de organização e as redes sociais que os sustentam, relacionando-se com preceitos religiosos, étnicos, econômicos/políticos, técnicos e científicos (MENÉNDEZ, 2003).

No caso do Brasil, a atenção à saúde diferenciada, mesmo constando nas diretrizes da PNASI, necessita ser reconhecida e efetivada pelos profissionais que executam a assistência nas comunidades. Para participar de forma produtiva dessa articulação, esses profissionais da saúde devem ser capazes de descrever e analisar os modos de existência das pessoas que atendem, reconhecendo as diversas formas de autoatenção praticadas na área de abrangência de seus serviços onde disputam legitimidade com outros prestadores de cuidados, formais e informais, de saúde (GARNELLO; LANGDON, 2005). Essas interações e usos das diferentes formas de atenção permitem uma discussão acerca dos processos de hegemonia da biomedicina, ao mesmo tempo em que, visibilizam a autonomia dos usuários por meio das práticas de autoatenção (MENÉNDEZ, 2003).

A valorização da biomedicina na saúde indígena em território brasileiro vem sendo reforçada nos procedimentos técnico-burocráticos dos DSEI's, que legitimam a hegemonia unilateral do modelo biomédico, como aponta o estudo de Pontes et. al. (2015).

Na perspectiva da saúde indígena, ocorre a assistência à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Porém, a própria PNASI (2002), deixa lacunas sobre a assistência diferenciada às gestantes indígenas, sem traçar diretrizes específicas para a condução das ações assistenciais diferenciadas, dificultando a garantia ao direito da atenção à saúde diferenciada para essas mulheres. Como evidência um estudo sobre os partos entre a população indígena em Santa Catarina, mesmo que

o tipo de parto predominante fosse o vaginal, com 57,40% dos nascimentos e as cesarianas se apresentassem em 45,18% dos casos, o local para a realização do parto predominante foi o ambiente hospitalar, concentrando 100% dos partos ocorridos (BRUSTOLIN et.al. 2017). Isto demonstra o impacto da biomedicina nas práticas de saúde da mulher indígena.

Cabe mencionar que a assistência às mulheres no período gravídico-puerperal está orientada pela Estratégia Rede Cegonha (ERC), desde sua aprovação no ano de 2011. Nesse sentido, deve-se analisar como ocorre a articulação das diversas formas de atenção à saúde e assistência às mulheres indígenas.

Neste artigo, abordamos como ocorrem as práticas de atenção à saúde das kaingang durante a gestação, parto e puerpério na Aldeia Kondá/SC, assim como reconstruímos os itinerários de cuidado dessas mulheres. São apresentados resultados de pesquisa de doutorado da primeira autora, realizada durante o ano 2018.

No percurso de pesquisa, foi observado que as mulheres kaingang têm um papel singular na organização da comunidade. Elas detêm uma teia dinâmica de saberes e práticas singulares sobre cuidado em saúde, auxiliando a coletividade. Essas práticas de cuidado ocorrem paralelamente (e muitas vezes invisíveis para) a equipe de profissionais de saúde que atua na atenção primária no seio da comunidade. Indagamos como e em que medida essa teia está presente nos itinerários de cuidado durante o período gravídico-puerperal e como se articula com os saberes e práticas biomédicas.

### **A Aldeia Kondá e o Percurso Metodológico**

O presente estudo é um recorte de pesquisa qualitativa de abordagem etnográfica, realizada para a elaboração da tese de doutorado da primeira autora, que investiga o itinerário de cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres kaingang da Aldeia Kondá/SC durante o período gravídico-puerperal.

A comunidade do Kondá, localiza-se no Oeste no Estado de Santa Catarina, no município de Chapecó/SC e está situada na região rural do município, há cerca de 8 km do centro da cidade. A população que habita a T.I é de 1278 kaingang, sendo 610 do sexo feminino e 668 do masculino (SIASI, 2018).



A população indígena no Brasil representa 0,4%, do total da população, ao passo que a etnia Kaingang corresponde ao o grupo mais populoso vivendo em território brasileiro. Estimam-se 30 mil indivíduos pertencentes a esse grupo (IBGE, 2012). Os Kaingang estão espalhados pelos estados do Sul: Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Pertencem à família linguística Jê, sendo que as línguas que compõem essa família estão localizadas nas regiões do cerrado do Brasil, em particular ao sul do estado do Pará e do Maranhão, e nos estados do sul do país (DUARTE, 2016).

Estudos da etnologia indígena referem ao dualismo cosmológico como uma forma central na organização social Kaingang (HAVERROTH, 1997; ROSA, 2011; 2014; SILVA, 2002). O mundo dual está descrito no estudo de Veiga (1994), sendo que as diferenças entre as metades exogâmicas *Kamê* e *Kanhru* são respeitadas nas práticas diárias da comunidade. Essas formas duais são visualizadas nas relações dos Kaingang com a natureza, ou seja, os indígenas observam essa dualidade na pele dos animais, nas cascas, nas folhas ou nas flores das plantas e a estampam em grafias, nos artesanatos.

Os estudos de Tommasino (1995; 2004) mostram que a relação estabelecida entre os Kaingang com os espíritos se dá no mato, sendo espaço importante para as atividades realizadas pelo *Kujá* (xamã) e seus *Jagré* (espírito guia/auxiliar). Os remédios do mato permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos. Retomaremos, nas categorias de análise, esses modos de organização sociocosmológicos kaingang para entender o cuidado com o gestar, o parir e o resguardo.

A aldeia do Kondá traz marcas históricas de luta pela demarcação de suas terras, pela garantia de seus direitos, do bem viver conforme seus preceitos culturais. Anterior à demarcação de suas terras, as família indígenas moravam em acampamentos nas proximidades da igreja central, nos bairros Palmital e Santo Antônio, no município de Chapecó/SC. Conforme relato dos Kaingang, o período vivenciado pela comunidade, na década de 1980 e 1990, foi marcado pelo descaso da sociedade para com as famílias indígena. Relatam situação de precariedade, sem assistência social e de saúde, morando em barracas de lonas, sem transporte e acesso à compra de alimentos, assistência à saúde: “nós sobrevivíamos a partir de doações da igreja católica” (Indígena Conselheiro da Liderança). No processo demarcatório no início dos anos de 1990, os relatórios antropológicos delimitaram as

regiões do município, consideradas territórios tradicionais e aptas para a demarcação da Terra Indígena. Essas áreas englobavam a área central da cidade e locais de interesses imobiliários. A partir deste cenário, iniciou-se na década de 1990, a articulação das lideranças políticas com as lideranças indígenas, para efetuar uma permuta de terra, para a comunidade. O município de Chapecó disponibilizou uma área rural situada nas localidades de Praia Bonita, Gramadinho e Lajeado Veríssimo, contendo 2300 hectares de terra (BRASIL, 2016).

A aldeia Kondá divide-se em duas áreas: uma central, localizada na linha Gramadinho, onde estão situadas estruturas públicas de assistência à comunidade como: a Unidade Básica de Saúde (UBS), a Escola Indígena Sape-ty-kó (significa em português Chapéu de Palha) que atende crianças do Ensino Fundamental e a Pré-Escola que recebe crianças de 4 meses a 6 anos. Também há igrejas evangélicas, campo de futebol, barzinho e um aglomerado de casas dos indígenas. E a outra área, chamada de Praia Bonita, é um local mais distante da área central, localiza-se nas proximidades das margens do Rio Uruguai. Nesta área, existem as moradias dos indígenas e seus pequenos roçados.

A principal fonte de renda provém da venda de artesanatos. Poucos indígenas possuem trabalho formal e renda fixa. Estes trabalhadores possuem empregos vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), Escola. Os indígenas com mais de 60 anos são aposentados pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Percorrendo a comunidade, observando a dinâmica diária das famílias, percebe-se o envolvimento, dedicação e engajamento das famílias indígenas na extração dos materiais para a confecção dos artesanatos. A extração dos materiais como taquara e cipós é realizada na própria comunidade. Os materiais estão presentes na vida da comunidade: taquara, cipó, panela de tingimento, facas, linhas, agulhas, miçangas, penas coloridas observam-se constantemente nas residências. A trama dos artesanatos mais “delicados” é executada pelas mulheres, as crianças ajudam com a colocação das missangas e sementes para a confecção de pulseiras. Os homens ficam responsáveis pela produção de cestaria, destinadas para a agricultura.

A venda dos artesanatos é realizada em diversos municípios da região Oeste. Os indígenas deslocam-se para o centro da cidade de Chapecó, para as cidades turísticas da região, como Itá, Piratuba, Palmitos (Balneário de Ilha Redonda), e

algumas famílias viajam no período de verão para o litoral de Santa Catarina. As cestarias maiores, como balaios, são comercializadas para os agricultores da região.

Um problema presente no deslocamento dos indígenas para o centro de Chapecó é a dificuldade de retorno para a aldeia, visto que o ônibus, que realiza o transporte municipal, parte do terminal para a comunidade às 18h, dificultando o retorno para a aldeia. A solução encontrada para muitas famílias é se alojarem na estação rodoviária de Chapecó, como uma forma de abrigo e proteção. Está em discussão no Ministério Público e no município de Chapecó, a construção de uma casa de passagens para os indígenas pernoitarem durante o período de venda de artesanato.

A assistência à saúde nesta comunidade está sob a responsabilidade do DSEI Interior Sul. O polo-Base-Chapecó é responsável pela supervisão e apoio à equipe de profissionais e à comunidade na atenção à saúde indígena.

Na aldeia do Kondá, a unidade básica de saúde (UBS) foi construída em 2005, permitindo o acesso dos indígenas aos serviços de saúde, sendo a UBS a principal porta de entrada nos serviços da rede de referência do SUS. Ela dispõe de uma equipe multidisciplinar de saúde indígena composta por médico, enfermeira, técnicas em enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN).

A edificação é uma casa pequena, adaptada para prestar assistência à saúde na comunidade. Apresenta-se, contudo, inadequada para as práticas de saúde e em condições precárias: as paredes sujas, sem integridade na pintura e com mofo, teto com goteiras. Em relação aos insumos, há falta de equipamentos e mobiliário. Os resíduos produzidos pelos serviços de saúde são armazenados de forma inadequada, trazendo risco para a comunidade e equipe.

O horário de funcionamento da Unidade Básica de Saúde é de segunda a sexta-feira, das 8h às 11h30 e das 13h às 16h30. Após esse horário, os indígenas que necessitarem de atendimento de saúde são deslocados da aldeia, pelo serviço de transporte disponibilizado pela SESAI, no qual o motorista e veículo ficam disponível 24hs para a comunidade, inclusive nos finais de semanas e feriados, para deslocamentos dos indígenas para as referências de saúde no município de Chapecó/SC. Os serviços disponíveis para o atendimento são a Unidade de Pronto Atendimento Centro (UPA) e o Hospital Regional do Oeste (HRO). Nestes espaços

de referência para o atendimento dos indígenas não há nenhum profissional de saúde indígena presente, para fazer o acolhimento do indígena e de seus familiares.

O presente estudo foi conduzido através de metodologia qualitativa de abordagem etnográfica, para a realização da tese de doutorado da primeira autora, que investigou o itinerário de cuidado e as práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. As técnicas de pesquisa utilizadas para a produção dos dados foram: observação participante com registro no diário de campo e entrevistas individuais e coletivas abertas (dialogadas), orientadas por um roteiro guia com questões amplas relacionadas à temática do estudo. A opção pelas entrevistas abertas foi no intuito de flexibilizar o diálogo com as mulheres, buscando preservar formas de comunicação da comunidade. Foi organizada uma roda de conversa com gestantes, coordenada pela primeira autora e conduzida pela parteira da comunidade, que funcionou como uma entrevista coletiva. O período do trabalho de campo ocorreu de junho a dezembro de 2018.

No que diz respeito à observação participante, ela permitiu a ambientação e o reconhecimento do campo pela pesquisadora, buscando observar as dinâmicas da comunidade e a sua relação com a assistência à saúde das gestantes. A observação perdurou por 60 dias. Neste período, foram observadas as atividades de rotina da EMSI, na Unidade de Saúde na comunidade do Kondá, durante as atividades assistenciais, como consultas médicas e de enfermagem, atividades de promoção à saúde (palestras, grupo de gestante, etc.), imunização, testes rápidos e outras atividades que aconteceram na comunidade que reportaram a relação com as gestantes Kaingang da aldeia Kondá.

Quanto às entrevistas individuais e coletivas abertas, participaram mulheres indígenas gestantes, puérperas e a parteira da comunidade e sua família. Foram entrevistadas individualmente quatro gestantes, a parteira foi entrevistada com a sua família e na roda de conversa (que funcionou como uma entrevista coletiva) participaram oito gestantes e a parteira. As mulheres que estavam no período gravídico-puerperal, foram identificadas pela profissional enfermeira da EMSI. Após a identificação das mesmas, foram contatadas com o apoio dos AIS para a realização das entrevistas individuais e coletivas abertas. No período puerperal, no qual ocorre o retorno das mulheres para a comunidade após a alta hospitalar, foram realizadas entrevistas de forma aberta, através de um roteiro-guia e de observação participante, com objetivo de identificar quais as práticas de atenção à saúde estão

sendo utilizadas neste momento. A indicação da parteira da comunidade ocorreu através de um AIS.

Em relação à roda de conversa, foi organizada seguindo o conceito ampliado, dos cuidados de saúde proposta por Lagdon (2015). O intuito foi o de visibilizar saberes e práticas kaingang em relação aos cuidados com a gestação, parto e puerpério. Utilizamos como metodologia a roda de conversa como uma estratégia de interação dialógica entre os atores sociais, interlocutores deste estudo, pudessem vivenciar e trocar conhecimento sobre as práticas de atenção cuidados gestacionais, parto e puerpério, com a parteira tradicional da comunidade. A roda de conversa foi conduzida pela parteira indígena, na qual se comunicou na língua kaingang, com as gestantes da comunidade.

Cabe destacar que muitas das mulheres indígenas são bilíngues, comunicam-se intra-comunidade na língua Kaingang, e nos momento que necessitam dialogar com os *fóg* (brancos), elas utilizam a língua portuguesa. Porém, durante a imersão no campo de pesquisa, perceberam-se algumas barreiras em relação à língua portuguesa para realizar as entrevistas. Diante desta dificuldade, em algumas entrevistas, contamos com a presença de uma kaingang da comunidade presente, a fim de facilitar a tradução do português para a língua Kaingang.

Ainda destaca-se que contato inicial com os indígenas Kaingang da primeira autora ocorreu no ano de 2006, que atuou como enfermeira, em uma aldeia indígena de Iraí/RS, sendo que a imersão nesta comunidade perdurou por sete anos. Neste período conheceu algumas palavras e frases na língua kaingang, utilizadas pelos indígenas, mas não suficientes para se comunicar em kaingang.

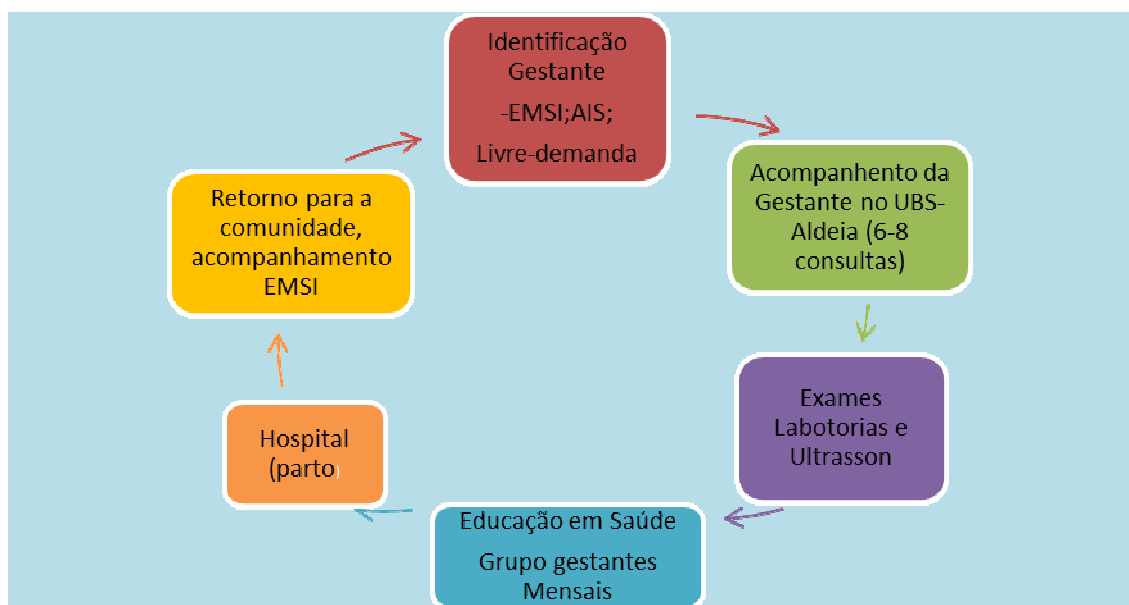
A análise dos dados ocorreu durante as transcrições, organização e leitura minuciosa das entrevistas e das notas de campo. Na primeira etapa da análise foram realizadas leituras gerais da produção de campo, objetivando identificar eixos de discussão. No segundo momento tradução dos diálogos da roda de conversa, em kaingang, contamos com o auxílio de uma indígena da comunidade, ouvindo junto a ela os trechos das falas e transcrevendo para o português. No terceiro momento ocorreu a seleção dos trechos e das narrativas do diário de campo mais relevantes para tais eixos. Para esse artigo foram construídas três categorias: (I) Os tensionamentos nas práticas de cuidado com as gestantes kaingang (II) “E quando amadurece a fruta cai”: os partos das mulheres do Kondá; e (III) itinerários de cuidado: entrelaçando os cuidados indígenas e os cuidados biomédicos.

O projeto de pesquisa que originou esse artigo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS. Para mantermos a privacidade e o anonimato das participantes utilizaremos nomes fantasias, relacionados com o contexto místico kaingang, para nominar as gestantes, puérperas e parteira tradicional, entrevistadas de forma individual ao longo do trabalho de campo. Para as gestantes participantes da roda de conversa, utilizaremos um código geral (GRC), para identificar as narrativas destas participantes, pois não foi possível resgatar suas narrativas individuais.

### 1) Os tensionamentos nas práticas de cuidado com as gestantes kaingang

No decorrer do trabalho de campo, fomos perseguindo as diversas formas, atores e espaços envolvidos nas práticas de atenção à saúde das mulheres indígenas no período gravídico-puerperal. Diante deste contexto iremos primeiramente analisar as práticas, os atores e os espaços envolvidos no cuidado das mulheres, identificados como “oficiais” já que são vinculados à política pública de saúde indígena, para depois entrelaçar as práticas “tradicionais”, que envolvem uma trama comunitária complexa. Reconstruímos no gráfico a seguir o itinerário “oficial” de cuidado.

**Figura 1 : Fluxo de Atendimento das Gestantes Indígenas Baixo Risco, Aldeia Kondá.**



**Fonte:** Elaborado pela pesquisadora, 2019.

Durante a imersão no campo de estudo observou-se a presença diária da EMSI, sendo esta a responsável pela assistência prestada à saúde na comunidade. A equipe é composta pelos seguintes profissionais: um médico, que atua 20 horas na UBS, uma enfermeira, que atua 40 horas, um odontólogo (20hs), duas técnicas de enfermagem indígena (40hs), quatro AIS (40hs) e um AISAN. Esses profissionais desenvolvem as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde na comunidade Indígena. As práticas observadas durante a assistência as gestantes e puérperas indígenas foram: consultas médicas; consultas de enfermagem; imunização; acompanhamento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Práticas de Educação em Saúde; Visitas domiciliares dos AIS e AISAN e Consultas Odontológicas.

O primeiro contato das mulheres kaingang na UBS, na comunidade, acontece através do “acolhimento”, onde as técnicas de enfermagem indígenas recebem-nas comunicando-se através da língua Kaingang. No momento das mulheres chegarem com uma dúvida de gravidez, serão essas técnicas de enfermagem indígenas que as acolherão.

A primeira consulta pré-natal da gestante é realizada pela enfermeira. Foi percebido que as indígenas participam dessa consulta sozinhas, desacompanhadas de seu companheiro ou familiar. Nessa consulta, a profissional solicita o exame de gravidez (BHCG), em alguns casos as indígenas fazem testes vendidos na farmácia. Mas, conforme relatos, as indígenas percebem o atraso menstrual e procuram o atendimento da UBS: “percebi que estava grávida, quando não veio minha menstruação, daí eu descobri que eu tinha engravidado” (Estrela, 20). A enfermeira preenche vários formulários (SIS-PRENATAL), solicita os exames de rotina, realiza os testes rápidos (HIV, Sífilis e HEPT C), dispensa medicamentos (ácido fólico e sulfato ferroso) e orienta as gestantes quando aos cuidados biomédicos durante pré-natal.

Pode-se notar que a gestante é exposta a uma série de práticas protocolarizadas. O foco do pré-natal parece ser o número de consultas realizadas, os achados clínicos, os exames laboratoriais e os testes rápidos, que aparecem como os aspectos de maior relevância durante a consulta.

As consultas de pré-natal são intercaladas mensalmente pela enfermeira e pelo médico. Na atualidade a comunidade é assistida por um profissional médico brasileiro. As indígenas relataram que até o ano de 2017, a comunidade era assistida por um médico cubano, oriundo do Programa Mais Médicos, e esse profissional realizava diversas visitas domiciliares, tinha diminuído a prescrição de medicamentos, conversava mais com os e as indígenas durante as consultas, respeitava as formas de viver e as práticas de atenção à saúde presentes na comunidade. A dificuldade que a comunidade tinha era em relação ao idioma espanhol. Porém, quando elas referem ao atual profissional, parece se descortinar uma conduta biomédica mais fechada, sem abrir-se às práticas indígenas, tensionando a relação com a comunidade, conforme mostraremos mais adiante.

As práticas assistenciais do pré-natal são normatizadas pelos Manuais, protocolos orientadores do Ministério da Saúde (MS). Essas orientações chegam aos profissionais de forma centralizada e verticalizada, ressaltando a hegemonia das práticas biomédicas, na atenção às mulheres indígenas. Porém, dependendo do profissional, estes estão mais ou menos abertos a outras possibilidades de práticas de cuidado.

A atenção diferenciada se faz presente na assistência às mulheres indígenas de maneira circunscrita aos momentos onde elas são assistidas pelos profissionais indígenas de saúde: na composição da EMSI na comunidade observaram-se duas técnicas de enfermagem indígenas, e quatro AIS, que residem na comunidade. Nestes momentos de interação mais fluida percebe-se o interlaço da proximidade sociocultural, destacando-se a língua Kaingang como um diferencial no atendimento no serviço de saúde, visto que a comunidade indígena do Kondá se comunica na língua tradicional. A identificação e a procura pelos profissionais indígenas são evidenciadas durante o acolhimento da UBS e na recepção durante as visitas domiciliares realizadas pelos AIS na comunidade. Cabe notar que os profissionais de saúde não-indígenas (*fóg*) não falam kaingang.

Ao analisar na perspectiva da atenção diferenciada, vemos que existem muitos vazios, já que existe uma trama de saberes e práticas de cuidado kaingang que parece invisível para os profissionais biomédicos.

Na comunidade, as práticas tradicionais de cura são realizadas pelo *Kujá* (Pedrinho) e sua esposa, que o auxilia. Os indígenas buscam tratamento espiritual e físico, na comunidade. O *kujá* e sua auxiliar são conhecedores das práticas de cura,



da medicina tradicional indígena. A partir das plantas existentes na mata da comunidade, fazem as xaropadas, benzeduras e defumação, denominados os “remédios do mato” permitem que os Kaingang continuem vivendo e resistindo ao longo dos anos. Eles estão presentes nos cuidados com o gestar, o parir e o puerpério ou resguardo.

Durante o trabalho de campo, conhecemos uma parteira kaingang de 64 anos que naquele momento fazia quatro anos que não realizava partos na aldeia, em grande medida porque ela não era credenciada no Programa de Parteiras Tradicionais<sup>4</sup>. Existem várias práticas de cuidado que algumas mulheres tem acesso, ou por ser próximas da parteira, ou porque alguma parente mais velha indicou, que passam “despercebidas” para os profissionais biomédicos.

Os cuidados tradicionais com o gestar e o nascimento fazem parte da construção do corpo e da pessoa kaingang. Nessa construção, Rosa (2008) expressa à relação de *hã*, que constitui o corpo visível, formado durante a gestação, e o *kuprig*, que seria uma parte dada após o nascimento do bebê, “através do nome e formada das relações entre os sujeitos, o cosmos, e especificamente com o domínio da natureza” (ROSA, 2008, p. 22). Nesse sentido, uma série de cuidados específicos e de tratamentos corporais conhecidos como “remédios do mato” contribuem para essa construção. A parteira como detentora dos saberes e das práticas de cuidado para as gestantes relata que:

Vai tomando o remédio, eu tava dizendo pra elas que nem quando a fruta amadurece né, ela sai de lá, ela cai [...] com oito, sete mês por já pode tá tomando o remédio [...] E no momento que dá aquelas dor, ele já estora e já vem junto. [...] Eu tava dizendo pra elas que com oito, sete mês já pode tomar, toma até o dia de sentir as dor.

Esses cuidados ocorrem de maneira paralela (mas impercebível) às práticas biomédicas de assistência pré-natal, como relatou uma gestante: “comecei a tomar agora, chá de guabiroba [remédio do mato] fiz os oito mês agora, eu tomo uma xícara de manhã, e outra de noite, é pra não sentir muita dor na hora do parto” (Sol, 29).

---

<sup>4</sup> O Programa busca oficializar a profissão de parteira através da integração dos saberes empíricos das parteiras e saberes técnicos biomédicos, propiciando a aproximação entre o universo das parteiras tradicionais e dos profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

Também os remédios do mato são usados durante as práticas de cuidado puerperal, para evitar a recaída da mulher, como relata uma gestante:

Ela [parteira] prepara um, depois que ganha, depois de sete dia, ela prepara um chá pra mim toma também, pra não pegar recaída. Daí já tomo o remédio pra fazer as coisas né [...] ela dá o remédio pra limpar por dentro, que daí elas dão remédio do mato também. E daí em mulher que fica dentro de casa também, só dentro de casa, daí eles têm medo de pegar recaída (Sol, 29).

As práticas pós-parto das Kaingang descritas por Sagas (2016) relatam o uso de remédio do mato, como o capim de pinhão, para que a parturiente não fique fraca e consiga se alimentar bem. Também é descrito no estudo de Rosa (2011) que, entre as kaingang, há a presença de banhos de acetos, quando a mulher fica fraca, inchada ou o leite do peito “seca”. As restrições alimentares estão associadas à não ingestão de carne de porco e a comer comida fria. Após o oitavo dia puerperal, a indígena já retorna às atividades diárias domésticas e na comunidade.

Foi narrado como auto-cuidado, a realização de uma coreografia no culto evangélico, que ajudaria a aliviar as dores no corpo durante a gravidez “ela faz uma coreografia [...] evangélica, primeiro eles fazem os gestos né, com os pé” (Lua).

As gestantes relataram manter as atividades cotidianas durante o período gestacional “quando a gente vai lavar roupa também, dói um pouco aqui na cintura.(gestantes) [...] porque do mais velho eu não me cuidava assim, eu caminhava pra lá e pra cá, fazia muita coisa e eu ganhei ele bem [...] e agora que eu me cuido mais sinto mais dor” (GRC). As indígenas realizam suas atividades de rotina de cuidado com a casa, crianças, família, e ainda vendem artesanatos na cidade, percorrendo longas distâncias. Diante desta realidade elas relatam algumas dificuldades e desconfortos durante a gravidez, pois em algumas situações os homens “não compreendem” as transformações nos seus corpos neste período. Destaco as histórias narradas na roda de conversa

Foi buscar lenha de manhã e fez muita força e começou a sangrar, as vez a gente sente dor e eles nem acreditam [maridos] (risos), quando a gente faz alguma coisa daí a gente reclama, eles fala que tá com preguiça de fazê, daí quando a gente fica bastante de pé, às vezes dói o pé também né (GRC).

As indígenas indicaram que seria bom que os homens participassem do pré-natal, para entender as condições delas durante a gestação e compreender os

cuidados gestacionais. Conforme narrativa “daí eles vão valorizar mais a gente, nem o meu marido, ele tem medo de ir no hospital, quando ele foi comigo fico tremendo lá fora, subiu até a pressão”(GRC).

Devido ao fato de que todas as mulheres indígenas são encaminhadas para realizar seus partos no hospital (como analisaremos no tópico seguinte), só retornam à atenção primária após receberem a alta, e as indígenas são novamente acompanhadas pela EMSI.

No momento puerperal, as indígenas retornam para a aldeia, e a EMSI, assiste a mulher e o bebê, através das práticas preconizadas no pré-natal. As práticas orientadas pela parteira da comunidade são utilizadas concomitantemente as orientações biomédicas, embora os profissionais da EMSI não visibilizem esse fato. Essas práticas de cuidado tradicional na comunidade ganham destaque: “que nem essa aqui quando ela tá amamentando, até os cinco mês ela [mãe] não come laranja, carne de porco, guaraná, porque o refrigerante, ele em vez de fortalecer os osso, ele deixa mole a criança, não caminha logo daí’ (Lua).

Ainda observaram-se as diferentes formas de cuidado que ocorrem dentro do arranjo familiar kaingang, narrados pelas indígenas:

Que nem o meu [marido], quando eu fui sábado pro hospital, desde que nós chegemo, ele que tá fazendo as coisa, tá lavando ropa” “que nem cuida do bebê, eles [marido] não sabem ainda né, eles não se envolvem muito. O meu tinha medo de pegar o nenê no colo, de machucar o bebê, pequenininho, a cuidar, só pegar mesmo” (GRC).

Percebeu-se que a organização do cuidado no núcleo familiar é diverso, no contexto kaingang. Mas constatou-se uma nova configuração do cuidar após a gestação e na distribuição das tarefas com a inserção do pai da criança neste cenário.

Dentre as práticas kaingang enfatizam-se os cuidados com o umbigo dos bebês indígenas, realizados na comunidade:

Antes de cair? O gazezinho. e o álcool, daí depois que caiu já comecei a usar remédio do mato pra não pegar ar. Tem uns que eles fazem que nem um, eles colocam um remédio do mato que eles botam no fogo pra virar brasa. Daí a mãe começa a passar, saí uns farelinho bem pretinho, daí coloca encima do paninho, dobra o paninho e coloca o paninho encima do umbiguinho, daí enrola outro pano por cim, daí fica mais quentinho (Sol, 29).

O cuidado com o cordão umbilical para as indígenas tem uma dimensão ritual, pois o umbigo passa “coisas”, faz parte da construção do corpo e da pessoa kaingang (ROSA, 2011). Para a parteira da comunidade, o rito do umbigo faz com que o bebê tenha um bom crescimento e desenvolvimento, fazendo-o ficar “forte” “o imbigio, que nem quando a gente corta né, daí gente cavoca na madeira mais forte né pra criança ser forte, já sai como já digo que nem uma simpatia, né”. Nos estudos sobre os Kaingang é destacado que o umbigo é feito nas “coisas” do pai, ele fica aqui no mundo dos parentes, e deve ser enterrado na terra onde a criança nasceu (ROSA, 2011).

No sistema “oficial”, para além das práticas assistenciais temos a dimensão organizacional dos serviços de saúde. A organização da gestão da saúde indígena ocorre a partir do Departamento de Saúde Indígena (DESAI) e dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que compete o desenvolvimento de atividades com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde dos povos indígenas. Mas no decorrer do campo percebeu-se um movimento paralelo na organização da gestão no serviço de saúde, a liderança indígena. A liderança local, da aldeia Kondá é uma forma de organização social dos Kaingang, e tem como objetivo direcionar e organizar internamente a comunidade local. Na comunidade a liderança indígena é composta exclusivamente por homens e esta dividida em: cacique (força da decisão final), os conselheiros (orientam e discutem as situações) e os policiais (executores da decisão). Esse poder social interno das lideranças, mantem a ordem e orienta a vida dos indígenas residentes na comunidade. Diante desta forte liderança, abre-se um canal para os indígenas da comunidade expressar suas opiniões, sugerir e reclamar, para seus líderes sobre os serviços ofertados e desenvolvidos em prol da saúde da comunidade.

Durante o trabalho de campo, ganhou destaque um episódio de descontentamento da comunidade, com o atendimento do profissional médico da equipe de saúde. Segundo relatos dos indígenas, o mesmo não estava cumprindo a carga horária de 20 horas semanais, e os atendimentos, estavam sendo conduzidos de forma “superficial” e muito rápida. Desta forma a liderança reuniu-se em frente à UBS, para conduzir uma “reunião” com o profissional médico, para estabelecer novos acordos frente à situação vivenciada pela comunidade, buscando reorganizar e melhorar a qualidade da assistência de saúde. Este fato nos mostra um

protagonismo das lideranças locais, frente à construção das políticas públicas e da assistência à saúde, baseada na necessidade local da comunidade.

Ainda ressalto a forma mais ampliada de inserção das lideranças indígenas em outras instâncias gestoras da saúde indígena, como o polo-base Chapecó. A enfermeira coordenadora da EMSI, enfatizando o papel da liderança indígena na resolução de problemas da saúde local, ressaltou:

Quando falta carro para o deslocamento dos indígenas para os serviços de referência em saúde, ou diante da precarização e falta insumos básicos nos serviços de saúde, os caciques tomam a frente, para buscar uma solução (Céu).

Na comunidade Kondá a liderança é forte ponto de apoio para a comunidade na coordenação e na fiscalização da assistência da saúde. Para além de mediar à organização social da comunidade, a liderança indígena intervém em prol do direito do acesso das comunidades indígenas aos serviços de saúde de qualidade, propostos pelas políticas públicas de saúde.

Mesmo com vários tensionamentos e com o predomínio da biomedicina como guia dos cuidados com as gestantes e puérperas, a atenção primária parece abarcar melhor as experiências das mulheres, como uma das entrevistadas falou: “aqui eles entendem, mas lá no hospital não” (Sol, 29). A proximidade com suas vidas nas aldeias, com os cuidados de outras mulheres experientes, e as possibilidades de acionar as redes comunitárias para demandar algumas melhoras em relação às EMSI, colocam o cuidado pré-natal numa relação mais acolhedora na experiência das mulheres. Esta diferença será notada em relação ao hospital, narrado pelas mulheres como espaço de desrespeito com o seu corpo.

## **2) “E quando amadurece a fruta cai”: os partos das mulheres do Kondá**

Abrimos esta sessão com a metáfora usada pela parteira da comunidade, para expressar o momento em que o bebê está pronto para nascer. Todas as gestantes da comunidade são encaminhadas para Hospital Regional do Oeste (HRO) para parir. Como já mencionamos, fazia quatro anos que a parteira não assistia partos na aldeia.

As indígenas são conduzidas fora da aldeia pelo serviço de transporte disponibilizado pela SESAI, no qual o motorista e veículo permanecem disponível 24hs para a comunidade, inclusive nos finais de semanas e feriados, para deslocamentos dos indígenas para as referências de saúde no município de Chapecó/SC. Nestes espaços de referência para o atendimento das indígenas, não há nenhum profissional de saúde indígena presente, para fazer o acolhimento do/da paciente indígena e de seus familiares. Este fato dificulta o acesso e o atendimento diferenciado para as mulheres da comunidade. Como destacado no relato de uma gestante Kaingang, que participou da roda de conversa:

Chega lá e eles atenderem a gente bem, mas eles descobre que a gente somos índio [...] quando eu cheguei lá de manhã, daí fiquei lá por altas horas até as oito horas que eu fiquei desde de cedo. Só que eles invés de dar alguma coisa para comer, e eles davam para as outras [...] daí uma hora eu disse para dotora, eu desde de cedo não comi anda. Meu marido também queria entrar lá só que não deixaram” (GRC)

Na chegada ao HRO, as gestantes aguardam para ser avaliadas pelo médico plantonista, esse profissional é um desconhecido para as indígenas, pois elas nunca tiveram contato com ele, desestruturando o elo de confiança e vínculo que deveria ocorrer no acolhimento. Esse contato de estranhamento, desconfiança e medo se estabelece no momento da chegada da gestante. O “desconhecido” expõe e toca seu corpo, respaldado pelas necessidades das práticas biomédicas, produzindo uma invasão da sua intimidade: “às vezes o doutor me xingou também [...] que eu não queria me mostrar para o médico, ele queria fazer o toque”(Estrela, 20).

Após avaliação, se a parturiente estiver clinicamente com os sinais de evolução do trabalho de parto, ela é encaminhada para o setor obstétrico. Este setor é caracterizado como um ambiente inóspito, onde as indígenas não se sentem acolhidas. O primeiro contato da parturiente com o setor obstétrico ocorre na sala de “preparo para o parto”, onde são realizados exames físicos, analisam a carteira de gestante, para verificar como foi realizado o pré-natal e realizar testes rápidos. As parturientes são acomodadas em box pequenos, separados apenas por cortinas, sem privacidade e conforto e separadas de seu companheiro e familiares. A forma de cuidar dos profissionais centra-se sua atenção nas suas intervenções protocolarizadas, rotineiras, que são sentidas como violentas para suas concepções de parir, mesmo algumas práticas que são tidas pelos profissionais como

“humanizadas” (como o uso do chuveiro para aliviar a dor das contrações). Como narra uma gestante, que havia gestado anteriormente, e que participou da roda de conversa:

Uma vez eu lá no hospital eles fazem aqueles exercícios com um ferro, a mulher fica de croque, para fazer força, com outros né, [...] fazem tomar banho no chuveiro, a gente passa muito frio, a gente fica muito tempo sem roupa, é uma vergonha (Lua).

Interessante notar a presença de práticas tradicionais, como os chás para aliviar a dor e facilitar o parto, são totalmente negligenciadas pelos profissionais biomédicos: “eles colocam aquele soro pra gente sentir dor [...] eu prefiro toma o remédio caseiro” (GRC). No contexto de cuidado kaingang, durante a assistência à parturiente, nas primeiras contrações, é oferecido a gestante um chá, com o objetivo de garantir força aos músculos pélvicos. O chá é composto de folhas de Guaxuma, preparado pela mãe da gestante ou mulher mais sábia (ROSA, 2011).

Se tratando das mulheres indígenas, no espaço hospitalar, evidencia-se a supremacia da formação técnica e intervencionista do profissional médico que desconsidera o preparo da indígena e sua escolha para o parto natural. No hospital, as mulheres indígenas perdem a possibilidade de participar ativamente de seus partos, visto que os profissionais são os únicos responsáveis pela decisão dos procedimentos a serem implementados no decorrer da internação (MOLITERNO, 2013).

Ainda durante o trabalho de parto as indígenas ficam desacompanhadas de seu companheiro ou familiares. Relatam que apenas no quarto o companheiro pode ficar junto: “só lá no quarto que eles deixam né, quando a gente ganha” (GRC).

Foram narradas também algumas experiências positivas, dependendo mais do profissional que atendeu as mulheres do que de uma linha de cuidado hospitalar, “o meu [marido] aprendeu rápido porque eu fiz cesária né, daí eu fiquei deitada e ele cuidava assim, troca, limpa, de vez em quando, a dotora, ela falava assim pra ele ajudar, daí ele aprendeu rápido” (GRC).

As indígenas permanecem no hospital em torno de 24 horas após o parto. Neste período ficam alojadas em quarto coletivo no HRO, em alojamento conjunto com o recém-nascido. O recém-nascido recebe nas primeiras doze horas de vida, ainda em ambiente hospitalar, as duas primeiras vacinas que é a Bacilo Camette-

Guérin (BCG) principal proteção das formas graves de tuberculose e a Hepatite B (recombinante).

Cabe mencionar que o HRO possui o certificado e o incentivo de Atenção Especializada aos Povos Indígenas, destinado aos hospitais que adaptaram as regras de atendimento, acesso diferenciado, com alojamento e internação individualizada respeito à assistência dos cuidados tradicionais e valorização às práticas tradicionais de saúde e qualificação dos profissionais para atendimento (BRASIL, 2017). Porém, os relatos das mulheres não vislumbram um atendimento diferenciado. Muito pelo contrário, percebe-se uma dificuldade, por parte dos profissionais, de estabelecer uma relação de respeito à diversidade, assim como um desconhecimento sobre as especificidades kaingang em relação ao corpo, a sexualidade, a reprodução, a intimidade. Esse tensionamento provoca uma dupla discriminação, baseadas no racismo e no sexismo, vivenciada pelas mulheres indígenas (CONKLIN, 2004).

### **3) Itinerários de cuidado: entrelaçando os cuidados indígenas e os cuidados biomédicos**

Através da ideia de itinerários terapêuticos proposto pelo antropólogo Menéndez (2003), seguirei os percursos de assistência de uma indígena kaingang entrevistada para analisar as articulações entre as diversas práticas de cuidado no período gravídico-puerperal, sejam elas do sistema de saúde “oficial”, sejam práticas de cuidado kaingang observadas no cotidiano dessa mulher. Os sistemas pessoais, sociais e culturais interagem com as formas de cuidado e com a nossa saúde (ERDMANN et.al., 2004). Essa rede que se forma de atores sociais, frente ao cuidado de um indivíduo, produz o que podemos chamar de percurso terapêutico, que são os caminhos percorridos durante as práticas de cuidado com o corpo e a saúde (MENÉNDEZ, 2005).

Amora, gestante kaingang de 20 anos, morena de estrutura mediana, cabelos longos e lisos, olhos castanhos escuros, de sorriso tímido e fácil. Mãe de três filhos, narrou as suas experiências em ser mãe em uma comunidade indígena.

Teve a sua primeira gestação solteira, sendo que o pai do bebê era indígena, e residia em outra aldeia Kaingang. Por esse motivo, a jovem relatou que tentou



realizar um aborto, pois não queria ser “mãe solteira”: “minha mãe me deu um chá só que não saiu, eu só sangrei”.

Atualmente a jovem é casada com um indígena da comunidade. A pressão social de casamento na comunidade Kaingang é narrada como uma regra interna, no qual as lideranças acordam com as famílias o casamento, mantendo a tradição entre as duas metades clônicas *Kamê* e *Kanhru*. “A gente se casaram aqui, na comunidade, foi bonito, em Kaingang, aconselharam sobre o Kamê e Kairu, um parente do meu marido que aconselhou ele e o meu parente me aconselhou, que a gente não podem mais anda por aí [...] assim.”

Ainda destacou o envolvimento da liderança na organização da família na comunidade. A possibilidade de separação do casal é desaconselhada pelas lideranças indígenas, apenas aconselhada em casos de violência doméstica: “a gente não pode separar, que a gente que já tem filho, se ele tivesse me surrado assim, ai que a gente ia se separar, só que ele não me batia”.

Após o casamento a jovem foi morar com sua sogra, seu companheiro e dois filhos, do casal. O primeiro filho de Amora, fruto da relação anterior reside com seus pais. A família frequenta a igreja evangélica, e os preceitos religiosos evangélicos passaram a organizar de outra maneira seu modo de viver, conforme relatou:

Mudou a forma de se vestir, cabelo não pode cortar o cabelo, mandamento de Deus, é o nosso véu que ele deu para nós. [...] eu casei no civil, eu aceitei Jesus, daí eles falaram para mim que a gente tem que fazer o civil [...] está escrito na bíblia, daí a gente fez, não pode ser juntado (Amora).

O culto evangélico apareceu de maneira forte no contexto da aldeia Kondá, tanto na presença de igrejas dentro da T.I., quanto nas práticas moldadas nesses preceitos religiosos, que se entrelaçam com práticas kaingang consideradas “tradicionais” formando uma trama cultural complexa. Como mencionamos anteriormente, a realização de uma coreografia evangélica foi destacada como uma prática de cuidado com o corpo grávido.

Para a indígena, morar com a sogra possibilitou ter acesso a vários cuidados, realizados pela sogra, como por exemplo, após os sete meses de gestação foi dado para ela um chá “para a criança virar”. Estes cuidados fizeram com que a gestante se sentisse mais segura para parir o bebê. Como aponta Rosa (2014), o cuidado durante a gestação, parto e puerpério são conduzidos pelas mulheres da

comunidade, acionando a rede de parentes (mulheres) para trazer o novo corpo ao mundo e que se fazem presente na formação deste corpo.

As gestações foram relatadas como “tranquilas”, foram assistidas pela EMSI na comunidade, mas todos os nascimentos ocorreram no hospital, mesmo sendo partos vaginais. O marido a acompanhou-a até o hospital, mas não acompanha a gestante durante o trabalho de parto. A indígena relata sobre as violações à sua intimidade sofridas durante a assistência prestadas pelos profissionais de saúde: “eu tinha vergonha, é a primeira vez que um homem [médico] entre comigo, daí eu tinha vergonha de mostrar também”. A exposição corporal pareceu minimizada no último parto, que ela relata que foi assistido por uma médica.

Após parir a última filha, Amora foi hospitalizada em torno de um dia, retornando depois para a aldeia. Na comunidade reside como sua sogra, que ajuda nos cuidados com o bebê, “o bebê acorda a cada minuto, quando mama não quer mais soltar [...] eu tô colocando a faixinha e o remédio da folha no umbigo, para quebrante e dou um chá para ela tomar daquela folha, depois que caiu o umbigo, meu marido guardou na carteira, para enterrar em algum lugar”.

Outra prática de cuidado durante o período puerperal, orientada pela sogra, foi o uso de um chá para não engravidar “minha sogra sabe bem, eu estava tomando os pouquinhos, para não engravidar, não é para engravidar, só quando a criança cresce de novo”.

Como podemos destacar nesse itinerário, diversas práticas de cuidado acompanharam as gestações de Amora. Porém, as práticas, assim como certos significados e valores que tem a ver com a trama comunitária, parecem não ser visibilizadas pelas equipes de saúde da rede “oficial”.

Corroborando com Ferreira (2012), a invisibilidade das vozes das mulheres indígenas na construção das políticas públicas dificulta a adequação dessas políticas às realidades vivenciadas por elas. Cabe regatar o propósito da Política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, de atenção diferenciada, ao promover uma relação intercultural mais simétrica, que fortaleça saberes e práticas legitimadas no seio das comunidades.

### **Considerações finais**

Nesse estudo analisamos como ocorrem as práticas de atenção à saúde das kaingang durante a gestação, parto e puerpério na Aldeia Kondá/SC. Reconstruímos os itinerários de cuidado dessas mulheres. No campo de pesquisa foi observado o papel das mulheres kaingang na organização da comunidade e nas dinâmicas dos saberes e práticas do cuidado em saúde. Esses cuidados tradicionais ocorrem nas margens da comunidade, e são invisibilizados pela equipe de saúde. O modelo de atenção da saúde indígena, proposto pela PNSAI (2002), pressupõe a atenção diferenciada. Neste contexto, encontramos essas práticas de atenção diferenciada inseridas na assistência dos profissionais de saúde, mas circunscritas aos/às técnico/as indígenas de enfermagem e os/as agentes indígenas de saúde, que desenvolvem sua assistência respeitando a singularidade, língua kaingang e conhecimentos do seu povo, e reconhecendo os diversos atores e as formas práticas de atenção em saúde dentro do cenário do cuidado para com as mulheres indígenas, durante o período gravídico-puerperal. Porém, percebeu-se ainda uma tensionamento entre as práticas de medicina tradicional indígenas com as utilizadas pelo modelo oficial. Destaca-se a assistência ao parto, que ocorre em ambiente hospitalar, produzindo marcas nos corpos parturientes indígenas, mudando a dinâmica e a trama coletiva existente nas práticas de cuidado do parto tradicional indígena. Percebeu-se ainda uma nova força na gestão da saúde indígena, no contexto local, que são as lideranças indígenas, articulando com o sistema oficial, na resolução dos problemas da saúde de sua comunidade.

Concluimos que a construção do cuidado na perspectiva da atenção diferenciada às mulheres no período gravídico-puerperal demanda um olhar ampliado para as questões etnoculturais, sua relação com a família e comunidade, para toda a rede de atenção em saúde que atende a comunidade indígena. Diante disso, faz-se fundamental para reconstruir, de forma coletiva, novos caminhos a serem percorridos por essas mulheres durante a sua atenção à saúde.

## **Referências**

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Funasa, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa trabalhando com parteiras tradicionais**. 2003. Disponível em: <[http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=28&Itemid=32](http://inovacao.enap.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=28&Itemid=32)>. Acesso em: 12 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 2 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto de 29 de abril de 2016**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/dsn/Dsn14377.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/dsn/Dsn14377.htm)>. Acesso em: 14 set. 2019.

BRUSTOLIN, P.X.; GIRARDI, F.; BERNARDELLI, M. Prevalência dos partos na população indígena de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 10., Chapecó, 2017.

CONKLIN, B. O conceito de direitos reprodutivos: na interseção de saúde, gênero e etnicidade indígena. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Orgs.). **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 175-188. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000154&pid=S0104-5970201300010001100010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000154&pid=S0104-5970201300010001100010&lng=en)>. Acesso em: 10 ago. 2019.

DIAS-SCOPEL, R.P. **A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios mundurucu**. 2014. Tese (Doutorado) – PPGAS, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DUARTE, F.B. **Diversidade linguística no Brasil: a situação das línguas ameríndias**. 2016. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/316714176\\_DIVERSIDADE\\_LINGUISTICA\\_NO\\_BRASIL\\_A\\_SITUACAO\\_DAS\\_LINGUAS\\_AMERINDIAS](https://www.researchgate.net/publication/316714176_DIVERSIDADE_LINGUISTICA_NO_BRASIL_A_SITUACAO_DAS_LINGUAS_AMERINDIAS)>. Acesso em: 18 out. 2019.

ERDMANN, A.L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 4, n. 57, p. 467-471, jul. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2019.

FEREIRA, L.O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública**. 2012. 261 f. Tese (Doutorado) – Curso de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/103269/278498.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 4 jun. 2019.

GARNELO, L.; LANGDON, J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: MINAYO, M.C.; COIMBRA JR., C. (Orgs.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 139-150.

LANGDON, E.J.; CARDOSO, M.D. (Orgs.). **Saúde indígena: políticas comparadas na América Latina**. Florianópolis: UFSC, 2015.

MENÉNDEZ, E.L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, 2005.

\_\_\_\_\_. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MOLITERNO, A.C.M. et al. Processo de gestar e parir entre as mulheres Kaingang. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 293-301, abr./jun. 2013.

PONTES, A.L.M.; REGO, S.; GARNELO, L. O modelo de atenção diferenciada nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: reflexões a partir do Alto Rio Negro/AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10, p. 3199-3210, out. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3199.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

ROSA, P.C. “**Para deixar crescer e existir**”: sobre a produção de corpos e pessoas Kaingang. 2011. 186 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Antropologia Social, Universidade de Brasília, Brasília. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/10104>>. Acesso em: 5 out. 2019.

ROSA, R.R.G. O xamanismo Kaingang: a relação dos Kujà com os espíritos animais/vegetais da floresta e dos santos do panteão do catolicismo popular. In: FLECK, E.C.D. **Religiões e religiosidades no Rio Grande do Sul**: manifestações da religiosidade indígena. São Paulo: Anpuh, 2014.

SAGÁS, Y.S. Práticas tradicionais Kaingang: gestação, parto e pós-parto. **Revista Santa Catarina em História**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 28-40, 2016.

SANDES, L.F.F. et al. Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, 2018.

VEIGA, J. **Organização social e cosmovisão Kaingang**: uma introdução ao parentesco, casamento e nomeação em uma sociedade Jê meridional. 1994. Dissertação (Mestrado) – PPGAS, Unicamp, Campinas.