

# Gestação, Parto e Pós-parto entre os Munduruku do Amazonas: confrontos e articulações entre o modelo médico hegemônico e as práticas indígenas de autoatenção

Raquel Dias-Scopel<sup>1</sup>

Fiocruz Mato Grosso do Sul – Fundação Oswaldo Cruz, Campo Grande, Brasil  
*E-mail:* raquel.scopel@gmail.com

Daniel Scopel<sup>2</sup>

Instituto Leônidas e Maria Deane – Fundação Oswaldo Cruz, Manaus, Brasil  
*E-mail:* daniel.amazonia@gmail.com

Esther Jean Langdon<sup>3</sup>

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil  
*E-mail:* estherjeanbr@gmail.com

## Resumo

Este artigo é sobre gestação, parto e pós-parto entre Índios Munduruku, da TI Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. A partir de pesquisa etnográfica no contexto atual de pluralismo médico, evidencia-se algumas articulações e confrontos entre os saberes indígenas e o modelo médico hegemônico, observado nas: percepções sobre a saúde do feto, mulher e família; escolhas dos locais para realizar os partos; intensidades das práticas de reclusão no puerpério; possibilidades de realizar dietas tradicionalmente prescritas; procuras ou imposições do parto hospitalar, cesáreas e esterilizações femininas. Conclui-se que o pluralismo médico entre os Munduruku não é um caso simples de imposição das práticas biomédicas, mas uma situação mais complexa e dinâmica de resistências, apropriações, adesões e sustentação ao modelo médico hegemônico.

**Palavras-chave:** Índios Munduruku. Corpo. Gestação. Parto. Políticas Públicas de saúde Indígena.

## Abstract

*This article is about pregnancy, childbirth and postpartum among the Munduruku Indians of Kwatá-Laranjal Reserve, Amazon, Brazil. Based on ethnographic research in a current medical pluralism context, the research shows some articulations and clashes between indigenous knowledge and hegemonic medical model, observed in: perceptions about health of fetus, woman and families; choices of the places for birth; the intensities of the practices of seclusion in the puerperium; the possibilities of traditionally prescribed diets; demands or impositions for hospital births, cesareans and female sterilizations. We conclude that medical pluralism between Munduruku it is not a simple case of imposing biomedical practices, but a more complex and dynamic situation of resistances, appropriations, adhesions and support to the hegemonic medical model.*

**Keywords:** Munduruku Indians. Body. Pregnancy. Birth. Indigenous Healthcare Public Policies.

## I Introdução

Neste artigo, analisa-se o contexto da atenção à saúde na gestação, parto e pós-parto a partir da descrição das práticas de autoatenção realizadas por mulheres e homens Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal (Amazonas, Brasil). A questão central é evidenciar como, em certos momentos, a construção de corpos e de pessoas Munduruku se confronta ou se articula com o processo de medicalização da gestação e do parto. Para os Munduruku, esses eventos configuram etapas de um processo marcado por momentos liminares em que os atores envolvidos se esforçam para evitar infortúnios e doenças, e para manter o bem-estar do bebê e dos pais frente aos perigos da coexistência entre *gentes e bichos*. As noções de saúde e bem-estar, desde uma perspectiva Munduruku, englobam as relações de aproximação e afastamento com os demais seres que habitam o cosmo. Nessa perspectiva, corpo, território e ambiente constituem elementos que se articulam nas práticas de autoatenção à saúde.

Conforme Menéndez (2009), o conceito de autoatenção abrange duas dimensões: a estrita, que se refere aos saberes que indivíduos e coletividades aplicam intencionalmente aos processos de saúde/doença/atenção, com o objetivo de “[...] diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde” (Menéndez, 2009, p. 48). A dimensão *lato* do conceito, por sua vez,

[...] diz respeito a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos ao nível dos microgrupos, e especialmente, do grupo doméstico – formas que são utilizadas a partir

de objetivos e normas estabelecidos pela própria cultura do grupo. (Menéndez, 2009, p. 48)

Nessa dimensão encontram-se, por exemplo, os saberes e práticas relativos ao manejo da água, do meio ambiente, os cuidados com o corpo, com a alimentação, com a casa, etc.

Ao se observar as práticas de autoatenção à saúde realizadas pelos Munduruku vem à tona um conjunto de saberes que os profissionais de saúde biomédicos dificilmente compreenderiam como eficaz no cuidado, ainda que tais práticas cumprissem um papel inquestionável, do ponto de vista dos indígenas, para o bem-estar entre as pessoas e na manutenção dos laços sociais. Neste artigo, saúde e doença são vistos como processos que exercem funções pragmáticas, sociais e ontológicas, em que a expectativa dos atores sociais, em relação às formas de atenção, pode confirmar ou negar modelos de/para a realidade (Young, 1976). No caso dos Munduruku, o xamanismo é o principal modelo para a ação em processos de saúde e doença, mas se encontra imerso em um contexto de pluralidade de sistemas médicos (Scopel; Dias-Scopel; Wiik, 2012).

Assim, a etnografia do processo de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto Munduruku deve abranger não apenas saberes reconhecidos como tradicionais pelos indígenas, mas também aquilo que se produz no campo das relações interétnicas. Segundo Menéndez (2016), o estudo da diferença tem sido um paradigma na antropologia que, em alguns casos, acaba por obliterar o estudo da semelhança entre “nós/eles”. Para o autor, o processo de autoatenção e a capacidade das pessoas de articular saberes diversos de maneira relativamente autônoma aos especialistas e profissionais de saúde, por exemplo, a maneira como populações indígenas se apropriam de saberes biomédicos, é um dos temas frequentemente ignorados em pesquisas antropológicas de recorte interculturalista. Tais pesquisas estariam interessadas em evidenciar antes as diferenças ontológicas entre os modelos médicos do que as semelhanças pragmáticas entre as atitudes dos sujeitos ao nível dos microgrupos. Em consonância com a crítica de Menéndez, alguns trabalhos recentes têm incorporado o conceito analítico de intermedialidade para evidenciar a produção

de saberes emergentes em contextos de pluralidade médica (Greene, 1998; Follér, 2004; Ghiggi Junior, 2015; Novo, 2011; Scopel; Dias-Scopel; Wiik, 2012; Vieira; Oliveira; Neves, 2013; Scopel; Dias-Scopel; Langdon, 2015). Para Greene (1998, p. 641), a intermedicalidade é definida como “[...] a contextualized space of hybrid medicines and sociomedically conscious agentes”.

Greene (1998) e Follér (2004) propõem o conceito de intermedicalidade para analisar a hegemonia da biomedicina no contexto interétnico da Amazônia, marcado pelas assimetrias de poder geradas no processo colonialista e desenvolvimentista. Estes autores demonstram que o xamanismo e sistemas médicos indígenas não são saberes estáticos, mas se encontram em constante reformulação. A abordagem da intermedicalidade é consoante com o que Wright, Kapfhammer e Wiik (2012) chamam de um confronto de cosmografias, referindo-se aos impactos, impasses e, incluem-se, as articulações, a partir de agências e perspectivas distintas produzidas no contato interétnico.

Entende-se que o conceito de cosmografia ajuda a compreender as relações entre saúde, corpo, pessoa, identidade, território e ambiente, dimensões que na perspectiva Munduruku não estão separadas. Desenvolve-se detalhadamente esse argumento em outro artigo (Scopel *et al.* no prelo). Aqui, retoma-se que a relação entre corpo e ambiente é central nas práticas de autoatenção, as quais contribuem com um conjunto de saberes e práticas necessárias à sobrevivência e reprodução biossocial. Segundo Little cosmografia abrange:

[...] saberes ambientais, ideologias e identidades – coletivamente criados e historicamente situados – que um grupo social utiliza para estabelecer e manter seu território. A cosmografia de um grupo inclui seu regime de propriedade, os vínculos afetivos que mantém com seu território específico, a história da sua ocupação guardada na memória coletiva, o uso social que dá ao território e as formas de defesa dele. (Little, 2002, p. 4)

Little (2002) utiliza o conceito para analisar as disputas territoriais, enquanto Wright, Kapfhammer e Wiik (2012) o aplicam para analisar a efetividade de projetos de desenvolvimento “sustentável”. Considerando

haver uma relação entre desenvolvimentismo e biomedicina, conforme apontam Greene (1998), Follér (2004) e, também, Frankenberg (1980), em nosso artigo, propõe-se utilizar o conceito para compreender o contexto de intermedicalidade no campo da saúde indígena. Assim, a etnografia dos processos de saúde/doença/atenção é produtiva para descrever como se justapõem e se confrontam, não apenas sistemas médicos, mas cosmografias distintas.

Constatou-se que, por meio da demanda por serviços biomédicos, os indígenas acabam por participar da efetivação de dispositivos estruturantes do modelo médico hegemônico<sup>1</sup>, por exemplo, por meio da interação deles com os profissionais de saúde, sobretudo a partir da ampliação da cobertura dos serviços oficiais, em particular, dos programas de atenção à saúde da mulher e da criança nas últimas décadas.

Neste artigo, inicialmente, descreve-se a centralidade das práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto desde uma perspectiva indígena. Em seguida, analisam-se articulações e confrontos que emergem entre as formas indígenas de atenção à saúde e o processo de medicalização impulsionado por programas de saúde da mulher.

## **2 Trabalho de Campo e Metodologia**

O povo Munduruku habita diferentes terras indígenas nos Estados do Pará, Mato Grosso e Amazonas, cada uma delas imersa em uma situação sociocultural e histórica próprias. Conforme dados etnográficos obtidos na Terra Indígena (TI) Kwatá-Laranjal, município de Borba/AM, durante os anos de 2009 e 2011<sup>2</sup>, os Munduruku da TI Kwatá-Laranjal vivem em 33 aldeias com população próxima a 2.500 pessoas. Todos falam o idioma português e apenas alguns idosos são bilíngues.

O trabalho de campo etnográfico totalizou 8 meses, abrangendo participação em atividades cotidianas, de trabalho e lazer, momentos extraordinários, como nascimentos, velórios, festas, reuniões, feriados nacionais, eleições, etc. Com o objetivo de participar da vida cotidiana e de acompanhar os itinerários terapêuticos, os autores fixaram residência junto a uma das famílias extensas da Aldeia Kwatá (496 hab.) e interagiram com outras famílias de aldeias menores, incluindo as

aldeias Jacaré (30 hab.) e Niterói (94 hab.). Outras aldeias foram visitadas, quando se observou o trabalho da equipe de saúde oficial durante a execução de ações da atenção primária e em reuniões dos conselhos locais de saúde e da União dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawé.

Buscou-se observar e participar nas atividades de roça e fabricação de farinha e, aos poucos, seguir o compasso do ritmo da vida na aldeia, auxiliando nas atividades domésticas e compartilhando momentos de lazer. Durante a pesquisa foi importante juntar-se às rodas de conversa que se formavam ao entardecer, momento em que as pessoas narravam experiências, compartilhavam informações sobre o dia a dia e apresentavam diferentes pontos de vista sobre temas variados, inclusive, relacionados à cosmologia e aos processos de saúde/doença/atenção.

A imersão na vida da aldeia possibilitou participar das atividades cotidianas de autoatenção e descrever detalhadamente aquelas relacionadas ao processo de gestação, parto e pós-parto, tais como: massagens, dietas, aconselhamentos, restrições e proibições diversas e inserção no programa oficial de acompanhamento de gestantes, mantido pelo Ministério da Saúde. Houve a oportunidade de conversar com diversas mulheres gestantes e puérperas e familiares em diferentes situações: atividades cotidianas, consultas a especialistas nativos e à equipe oficial de saúde, rituais relacionados ao pós-parto e deslocamentos até a cidade.

Em campo, a primeira autora deste artigo engravidou e a gestação dela deu novo impulso à pesquisa, uma vez que os interlocutores indígenas passaram a fazer diversas recomendações ao casal de antropólogos. Esse evento possibilitou objetivar uma série de práticas de autoatenção não evidenciadas anteriormente pela observação e pelas entrevistas. Nestas, as mulheres e os homens Munduruku frequentemente dizem que a mulher gestante pode comer e fazer quase tudo, demonstrando manejar discurso simplificado sobre casos genéricos em abstrato. Porém, no momento em que a autora revelou a própria gravidez, abundaram as recomendações, prescrições e proibições evocadas na práxis. As práticas de autoatenção recomendadas abrangiam cuidados necessários não só para se evitar doenças, mas também para formar

as características físicas e morais da criança em gestação, segundo os Munduruku. Vivenciar a experiência de gestação entre os Munduruku permitiu aos autores compreender que ambos, mulheres e homens, têm papel central na gestação, no parto e no pós-parto (Dias-Scopel, 2015).

### **3 Autoatenção desde uma Perspectiva Xamânica do Cosmo**

Para os Munduruku, a manutenção da saúde está intimamente relacionada à fabricação dos corpos, tema recorrente na etnologia indígena das terras baixas da América do Sul (Belaunde, 2016; Conklin; Morgan, 1996; Langdon, 2016; Mccallum, 1999; Overing, 1999; Seeger; Da Matta; Viveiros de Castro, 1979; Viegas, 2003; Wiik, 2001). Essa fabricação dos corpos relaciona-se a um regime de alteridade específico, em que a intencionalidade e a subjetividade são atributos coextensivos de *gentes e bichos*, ou seja, a capacidade de agência, motivação, expectativa e desejos caracteriza, segundo o ponto de vista Munduruku, a existência de todos os seres que habitam o Cosmo, humanos ou não. Nesse regime, o corpo é tratado como um produto social e simbólico, fabricado pela intervenção dos pais e parentes da família extensa, que têm um papel ativo na formação da pessoa mediada por rituais, prescrições comportamentais, reclusões, dietas, etc. A relação com o ambiente, a forma de ocupação e o uso do território também suscitam interferências corpóreas, já que a atividade humana pode repercutir na agência de seres não humanos, vistos com o poder de assumir a forma humana, de causar doenças e de curar (Scopel *et al.*, no prelo). Analiticamente, considerou-se a cosmologia xamânica de importância central às práticas de autoatenção Munduruku, como um saber público e compartilhado que não se restringe aos especialistas *curadores(as) pajés*, mas abrange a coletividade, conferindo sentidos às práticas e relações sociais cotidianas. O processo de autoatenção Munduruku abrange um conjunto de práticas que: 1) retomam experiências anteriores com seres cosmológicos e ambientes específicos, consideradas como parte essencial da reprodução de um corpo social; 2) orientam a vida cotidiana individual e coletiva e; 3) instituem um saber constantemente atualizado. Embora públicos e compartilhados, tais saberes não são matéria de consenso e unanimidade. Nesse sentido, cumpre esclarecer



que a descrição etnográfica expressa um modelo da realidade, uma abstração feita pelos autores com base na experiência de campo, ou seja, como bem observa Menéndez, os modelos “[...] non equivalen a ‘la realidad’ que quieren describir y explicar, sino que son construcciones basadas en la realidad” (Menéndez, 2008, p. 18)

A partir das práticas Munduruku é que se pode afirmar que os diferentes lugares têm impacto sobre os corpos Munduruku por meio dos usos e relações que se estabelecem no plano social, territorial, ambiental e cosmológico entre os diferentes seres que habitam esses espaços. Para os Munduruku, o bem-estar individual e coletivo depende das práticas cotidianas de afastamento ou aproximação adequadas aos seres que habitam o Cosmo e seus domínios (Scopel *et al.*, no prelo). Do ponto de vista dos Munduruku, há uma série de enfermidades, interferências e infortúnios que não têm paralelo com a noção de doença conceituada pelo modelo médico hegemônico<sup>3</sup>. Por exemplo, em casos como o *assombro de bicho*, o *mau olhado de bicho*, o *endoidar* e o *abalado de criança*, as causas residem no desajuste das relações sociais e cosmológicas, mais precisamente na aproximação não mediada pelos protocolos morais e sociais que regem as relações entre os Munduruku e destes com os demais seres que habitam o Cosmo.

Os diferentes seres que o habitam sofrem influências mútuas desde que os diferentes planos permitem comunicações e trânsitos. Assim, há circulação de seres entre os planos subterrâneo, subaquático, terrestre e *do ar*, cada um com habilidades e agências distintas. Diversos seres têm a capacidade de efetivar relações harmônicas com os Munduruku, como os espíritos auxiliares dos *curadores(as) pajés*, enquanto outros são essencialmente agressivos e maléficos, como os feiticeiros devoradores de entranhas ou os espíritos maus que sofreram mortes violentas, influenciados por *Ikëržat*<sup>4</sup>. Percebe-se que os Munduruku compartilham uma cosmografia caracterizada pelo esforço diário de manter um distanciamento ideal de outros seres que habitam o Cosmo.

Na cosmografia Munduruku, os saberes de autoatenção implicam a fabricação intencional de corpos individuais saudáveis. Segundo a perspectiva indígena, o foco da promoção da saúde concentra-se na coletividade, tanto que as faltas, as quebras de conduta e os comportamentos inadequados de indivíduos podem implicar danos

a terceiros. Um exemplo etnográfico recorrente entre os Munduruku é o perigo da contaminação do ambiente por sangue humano. Como se descreve abaixo, o sangramento menstrual, do parto e do período pós-parto constitui uma ameaça à coletividade, na medida em que o sangue tem a capacidade de atrair espíritos maus, cuja ação pode atingir a totalidade do grupo doméstico ou de uma aldeia, por meio de infortúnios, epidemias e violência.

O sangue menstrual ou do pós-parto tem qualidade volátil capaz de contaminar outras pessoas e atrair seres do mundo subaquático, em especial, botos e cobras encantadas. Essa qualidade volátil é denominada pelos Munduruku de *pitiú*, palavra de uso genérico que designa mau cheiro, o qual, da perspectiva dos seres subaquáticos, tem “*cheiro doce, como de ananás*”. Assim, a reclusão e o controle da circulação de mulheres menstruadas ou no pós-parto são vistos como práticas necessárias à manutenção da saúde individual e coletiva, uma vez que, atraídos, esses seres podem interagir ou interceptar qualquer pessoa da aldeia que tenha entrado em contato com o sangue e não apenas a mulher que rompe a reclusão<sup>5</sup>.

Durante os dias da menstruação, e até três ou quatro dias após findar o sangramento, as mulheres Munduruku apenas se banham no interior da casa e não à beira de um rio ou cacimba, como fazem usualmente. Elas também deixam de lavar louças, roupas e buscar água à beira do rio, a fim de evitar que seres subaquáticos sejam atraídos, repercutindo nas consequências advindas de uma aproximação indevida dos Munduruku com a alteridade.

A proximidade e a relação com a alteridade radical do mundo subaquático implicam doença e morte, pois, uma vez atraídos para este mundo, os *botos* podem *assombrar* a pessoa para *lhe roubar a sombra*. Por causa disso, aparecem em sonhos em forma de *gente*, com corpo humano, e procuram atrair os cativos com dádivas, alimentos, seduzindo-os, quando adultos, a ter relações sexuais, ou então, raptar as crianças. Seduzidas ou raptadas, as pessoas são levadas para as cidades encantadas ao fundo dos rios, caracterizados pelos Munduruku pela abundância e fartura de alimentos, ouro e outras bem-feitorias (Scopel, 2013).

O *assombro de bicho* é um infortúnio grave, pois os *botos* assediam as pessoas até levá-las para o *fundo*, onde passam a morar com uma nova família de seres subaquáticos. O adoecimento parte de um processo de construção de afinidades entre *gente* e *bicho*, no qual a criação de laços com os habitantes do *fundo* implica o esquecimento dos laços da pessoa *assombrada* com os parentes Munduruku, ou seja, a sedução e a captura dos Munduruku para o mundo subaquático resultam em morte no mundo terrestre. No caso das relações sexuais, estas podem incorrer em *gravidez de bicho*, isto é, na gestação de um ser híbrido que será levado para o fundo logo após o parto.

É possível, entretanto, interromper a continuidade da relação inadequada com a alteridade radical dos *bichos do fundo*. A cura é feita pelo *trabalho* dos *curadores(as) pajés* e, em geral, demanda várias sessões rituais, consistindo em um tratamento prolongado para afastar o ser subaquático e resgatar a *sombra* da pessoa. Implica também diversas restrições e proibições para o resto da vida, como frequentar certos lugares, circular próximo ao rio em horários específicos, reclusão na menstruação, *rezas*, *banhos*, ou mesmo, iniciação no xamanismo, em alguns casos (Scopel, 2013).

#### **4 Práticas de Autoatenção à Gestação, ao Parto e ao Pós-parto**

As práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto iniciam imediatamente após a confirmação da gravidez e incluem massagens, dietas alimentares, prescrições comportamentais, banhos terapêuticos e a realização do *pré-natal* (consultas e acompanhamentos junto à equipe biomédica<sup>6</sup>). Uma parte dessas práticas envolve não apenas as mulheres, mas também os homens e a colaboração da família extensa. Embora tenhamos separado a descrição dessas práticas de autoatenção, por razões de sistematização, elas não constituem etapas distintas, dado que durante a gestação uma série de atividades é realizada para abreviar o tempo do trabalho de parto e, no parto, outras são realizadas visando a recuperação da mulher no pós-parto.

## 4.1 Gestação

*Pegar barriga*   uma técnica de massagem que consiste na manipula o do ventre da gestante feita por uma das mulheres mais velhas da família extensa ou por *parteira*, ou ainda, por *curador(a) pajé*.   por meio dessa técnica que as mulheres Munduruku se certificam da gravidez. A técnica de *pegar barriga* também   usada para avaliar, confirmar ou negar casos em que se suspeita haver gravidez de *bicho*. Ao longo de toda a gesta o, as mulheres procuram *pegar barriga* também na inten o de saber se o bebê está se desenvolvendo bem, se está na posi o correta e se   preciso posicionar o bebê adequadamente. Essa prática abrange, portanto, parte dos cuidados para manter a saúde do beb  e da mulher.

Há expectativas socialmente compartilhadas sobre o comportamento da gestante. Ela não deve conter seu *desejo* por comida e não se lhe deve negar comida, pois o *desejo* não saciado pode causar falhas de caráter na criança gestada. Assim, os membros da família extensa se esforçam para saciar o *desejo* dela para evitar que o novo membro da família venha a nascer, por exemplo, *boca aberta*, isto  , uma pessoa cuja característica moral   marcada pela letargia, falta de concentra o e indisposi o.   importante esclarecer que, caso venha a ocorrer, isso não configura uma condi o definitiva, pois a fabrica o dos corpos e das disposi es morais são atividades contínuas por toda a vida. As características individuais podem mudar ao longo da vida por meio de práticas adequadas   conforma o do corpo físico do indivíduo, de acordo com a situa o vivenciada e com o desenvolvimento esperado de habilidades necessárias   constitui o da pessoa e   reprodu o da vida em sociedade.

Nem todo alimento   comida adequada   gestante. Há uma dieta alimentar que restringe especialmente animais, cuja aparência ou comportamento se quer evitar. Por exemplo, ela não pode comer determinado tipo de peixe, semelhante a uma cobra, para evitar que o filho demore engatinhar e caminhar, deslocando-se como uma cobra que apenas rasteja. Para evitar comportamentos inadequados, como fugir de casa, as mulheres devem evitar comer carne de cutia, assim como não comer de macaco para evitar uma criança com temperamento

arteiro e desobediente. Não é a intenção listar todas as prescrições alimentares, mas sublinhar que as práticas de autoatenção à gestação, relativas à alimentação e ao *desejo*, estão relacionadas com a formação do corpo, caráter e temperamento da criança.

Em síntese, o que está em foco é uma compreensão de corpo que não separa, *a priori*, o cosmológico e o social do biológico. O papel das dietas alimentares na manutenção da saúde, prevenção ou controle de enfermidades associadas a determinados estados corporais é central no processo de saúde/doença/atenção entre os povos ameríndios da Amazônia (Da Matta, 1976; Seeger, 1980; Seeger; Da Matta; Viveiros de Castro, 1979; Tempesta, 2004). Entre os Munduruku, a circulação e o consumo de alimentos durante a gestação também reafirma os laços afetivos no interior do grupo primário por meio da cooperação e apoio mútuo nas práticas de autoatenção.

Outra prática realizada ao longo da gestação é o banho terapêutico, feito com ervas medicinais para preparar o trabalho de parto, visando abreviar o tempo de expulsão e posicionar corretamente o bebê para um parto vaginal seguro e rápido. Esses *banhos* são feitos no interior da casa, após o banho de higiene diária, e consistem em jogar água na direção do pescoço para a barriga. São preparados com uma mistura de ervas, cujas qualidades são lisas e oleosas, e deixados para amornar à luz do sol. Junto com os maridos, as mulheres gestantes também cumprem prescrições sobre atividades cotidianas. Ambos devem evitar, por exemplo, tecer<sup>7</sup> na intenção de que a mulher tenha um bom trabalho de parto, isto é, rápido e sem complicações.

A partir desse conjunto de práticas manejadas ao longo da gestação, pode-se afirmar que os Munduruku compartilham um modelo de fisiologia do parto diferente do modelo biomédico, em que ambos, a mulher/mãe e o homem/pai, têm papel central no gerenciamento do bem-estar da gestante e do bebê, visando garantir um parto seguro. Isto é, ambos cumprem práticas de autoatenção à gestação com a intenção de gerenciar o parto e a própria formação do corpo e caráter da criança. Os homens Munduruku podem atuar diretamente na formação do corpo do feto ao longo da gestação

Por meio da experiência etnográfica de participação na vida cotidiana como um casal, os antropólogos observaram que o futuro

pai também passou a ser alvo de recomendações, prescrições e proibições relativas à gestação da autora. Inclusive, avaliações sobre o estado de ânimo e saúde do futuro pai foram evocadas para avaliar o desenvolvimento da gestação, sendo quase diários os comentários que relacionavam a agência do feto sobre os comportamentos e o corpo do pai como evidência empírica dos saberes indígenas. A partir dessa experiência etnográfica, observou-se o fenômeno do *abalo de criança*, estado em que o homem *sente abalo* ao contribuir diretamente para o crescimento do feto, pois este lhe *puxa a força, a gordura*, em suma, a vitalidade. É preciso que o homem *reaja*, “*não se entregue*” e continue a desempenhar as atividades cotidianas para garantir a saúde do bebê. Ele até pode sentir cansaço, enjoo, fraqueza e perda de peso como resultado da agência do feto sobre o corpo paterno, na medida em que o feto vai crescendo na barriga da mãe.

O *abalo de criança* aponta para a agência do feto sobre o corpo do pai, mas também se estende sobre as demais pessoas do grupo doméstico, como nos casos em que o feto pode *puxar* substâncias corporais de pessoas próximas. Por exemplo, o feto pode *puxar* os cabelos de pessoas próximas para si, assim, futuras semelhanças físicas são explicadas pelo compartilhamento de substâncias corporais ainda na gestação, indicando que esse processo abrange a atividade dinâmica do feto sobre o corpo social, desde um ponto de vista Munduruku. A agência do feto sobre o corpo social compreende um conjunto de noções sobre o desenvolvimento físico que valoriza trocas, relações e compartilhamentos por meio de uma simbologia das substâncias corporais que situa as pessoas como sujeitos de intervenção, modificação, fabricação e transformação dos corpos. Essas noções Munduruku diferem das teorias quase mecânicas e estritamente fisiológicas, nas quais uma “natureza” impessoal é o agente do desenvolvimento corporal, assim como as repercutidas pelo modelo biomédico.

Apesar de os Munduruku compartilharem entre si noções de corpo, de gestação e de parto que diferem das noções de fisiologia e anatomia do modelo médico hegemônico, ressalta-se que as mulheres Munduruku têm participado com frequência do programa de saúde oficial de acompanhamento da gestante promovido pelo subsistema

de atenção à saúde indígena, do Ministério da Saúde (MS), descrito mais adiante.

#### 4.2 Parto

Do ponto de vista Munduruku, o parto é um produto das relações sociais cotidianas e cosmológicas efetivadas durante a gestação e não somente um evento de ordem fisiológica e individual centrado na biologia do corpo feminino, tal qual afirma a ideologia biomédica do modelo de saúde hegemônico. As práticas de autoatenção ao parto se iniciam na gestação com as prescrições sobre atividades cotidianas seguidas por mulheres e homens e uso de banhos terapêuticos já descritos. O momento do nascimento do bebê abrange ainda outras práticas de autoatenção. Uma das práticas usadas para apressar o nascimento do bebê é não avisar sobre o início do trabalho de parto. Essa prática é considerada importante para que a criança não se torne *denqosa e tola*. Assim, as mulheres mantêm o ritmo do trabalho cotidiano sem comentar com os parentes e o marido sobre o início das contrações, ocultando as dores e os desconfortos o maior tempo possível. A partir de então, o homem passa a ter um papel ativo no trabalho de parto. É ele quem chama as mulheres mais velhas da família extensa para partejar, auxilia a esposa a posicionar-se na hora da expulsão e descarta os panos sujos de sangue, que são queimados ou enterrados.

Durante a pesquisa, a grande maioria das mulheres jovens e velhas que tiveram partos na aldeia foi assistida por uma das mulheres mais velhas da família extensa que tinha conhecimento e prática em partejar, isto é, sabia *pegar criança, puxar a mãe do corpo*, cortar umbigo, assear a mulher, preparar chás e rezas para controlar eventuais intercorrências<sup>8</sup>.

*Puxar a mãe do corpo* é uma atividade que ocupa um papel central nas práticas de autoatenção ao parto, sobretudo na saúde da mulher, impactando no resto da vida. A *mãe do corpo* faz parte do corpo feminino. É uma força vital que possui materialidade no ventre feminino, mas não deve ser confundida com o útero ou os ovários. *Puxar a mãe do corpo* consiste em manipular o ventre da mulher com as mãos, na intenção de alojá-la no devido lugar, logo abaixo do umbigo. É uma prática comum sempre quando uma mulher, gestante ou não, sente mal-estar.

Diz-se que o deslocamento dela no corpo feminino pode causar doença e morte. Esse fato pesa sobre as práticas do parto, sendo o motivo pelo qual, logo após a expulsão da placenta, uma mulher mais velha e experiente deve reposicionar a *mãe do corpo* por meio de uma série de massagens sobre o ventre da parturiente.

### 4.3 Pós-parto

No pós-parto, é o casal, e não apenas a mulher, que ingressa em um período liminar cercado de perigos, chamado *resguardo de parto*. Entre as práticas de autoatenção, destacam-se a reclusão feminina e a couvade. As práticas de autoatenção do pós-parto são realizadas com a intenção de garantir a vida e a saúde do recém-nascido e da mãe. O sangue do pós-parto é potencialmente perigoso por ter as mesmas características atrativas do sangue menstrual, o que, para os Munduruku, é extremamente importante, considerando o poder atrativo que o sangue tem sobre seres maléficis, conforme descrito anteriormente. A reclusão das parturientes no interior da casa ocorre até o sangramento cessar. Elas também seguem uma dieta alimentar para evitar hemorragias ou *feridas no útero*, doenças e mal-estar no recém-nascido. Não se pretende aqui fazer uma lista detalhada dessa dieta, apenas demonstrar que o foco das práticas de atenção não se resume apenas ao que se come, mas também no modo como os alimentos são preparados e no estado de convalescência da parturiente. Evoca-se, para tanto, um modelo amplamente difundido na Amazônia que se traduz pela expressão de qualidades “reimosas” dos alimentos, conforme estudo clássico de Motta Maués e Maués (1978), embora o termo “reimoso” não seja evocado com frequência pelas mulheres entrevistadas. Inicialmente, a dieta, no puerpério das mulheres Munduruku, é restrita a certos peixes e carne de galinha de criação doméstica. Aos poucos, outros alimentos são incluídos, como animal de caça pequeno e frutas, preferencialmente cozidos.

O *resguardo* é de 40 dias, sendo que, em média, as mulheres e os recém-nascidos permanecem pelo menos 20 dias após o parto sem sair de casa. Nesse período, o marido assume as atividades de lavar louças, carregar água, cozinhar e limpar a casa, sempre acompanhado pelos



filhos mais velhos, caracterizando uma inversão dos papéis cotidianos, já que tais tarefas não são realizadas pelos homens cotidianamente, estando relacionadas à esfera de atividades exclusivas das mulheres. Com a certeza do fim do sangramento e, portanto, dos perigos advindos com o cheiro do sangue, as mulheres ampliam seus espaços de circulação e dos recém-nascidos, além de retomar as tarefas cotidianas.

Logo após o nascimento, o pai vai até a mata para cortar um tronco da árvore do Taperebá, que será usado em um ritual para proteger o recém-nascido e permitir que o pai flexibilize certas proibições da couvade. Diz-se que o pai não pode “fazer força”, “trançar cordas” ou puxar a corda que dá partida em motor de popa, pois tais movimentos bruscos são potencialmente perigosos ao bebê e resultam no sangramento do umbigo. O ritual consiste em *apresentar* o tronco de Taperebá ao recém-nascido e lhe dizer: “*este é o teu pai*”, passando-o por baixo da rede onde ele se encontra. O tronco ficará dentro da casa próximo ao bebê até o fim do resguardo, como uma espécie de vigia sempre presente, um pai substituto, simbólico. Com o fim do *resguardo de parto*, o pai verdadeiro retoma o lugar do pai simbólico, que não é descartado. O tronco personificado deve ser plantado próximo a casa pelo pai verdadeiro, de modo a continuar, de certa maneira, a observar o crescimento da criança. A árvore crescerá e não restará indistinta, ao contrário, será relacionada à criança e identificada como “*o pai de fulano(a)*”. Ela crescerá e dará frutos no quintal da família<sup>9</sup>.

## 5 A Participação no Programa Biomédico de Pré-natal

Nas seções anteriores deste artigo, descreveu-se a importância central das práticas de autoatenção na gestação, parto e pós-parto na estruturação das famílias, considerando as noções indígenas evocadas pela cosmografia Munduruku. A descrição etnográfica que parte das práticas de autoatenção, contudo, deve evidenciar o caráter relacional dessas atividades com o contexto mais amplo de pluralidade médica. Além de seguir recomendações reconhecidas como tradicionais, incluindo prescrições comportamentais e alimentares, banhos terapêuticos e massagens (*puxar barriga* e *puxar a mãe do corpo*), as mulheres Munduruku também participaram do *pré-natal*.

Para compreender a articulação produzida pelos atores centrais no processo de autoatenção, é necessário descrever como operam os serviços de saúde na atenção às gestantes e ao parto na TI. O programa de Pré-Natal consiste em um conjunto de práticas biomédicas de atenção primária no interior das aldeias e na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (Brasil, 2004). Segundo essa política, 92% das causas de mortalidade materna no Brasil seriam evitáveis por meio da assistência pré-natal de qualidade (Brasil, 2004). Seguindo as recomendações da OMS, o MS brasileiro normatiza as práticas de atenção ao pré-natal visando prevenir e detectar riscos à mulher e ao bebê por meio de uma série de procedimentos que incluem exames clínicos, laboratoriais e imunização.

Não cabe aqui detalhar cada procedimento, segundo consta nos documentos oficiais, mas citar como eram ofertados no interior das aldeias Munduruku pela EMSI. O serviço ocorria por meio da demanda das mulheres indígenas, impulsionado pelo pagamento de subsídios de assistência social às gestantes após iniciar o acompanhamento pela equipe de saúde<sup>10</sup>. Esse ponto merece destaque, uma vez que pode evidenciar formas de submissão ao poder estatal percebida como direito ao exercício coletivo da cidadania. Sugere-se aprofundar esse ponto em pesquisas futuras, por hora, basta considerar que o pagamento do benefício é um motivador e que o tema é amplamente discutido na aldeia, inclusive, por lideranças e profissionais de saúde que se empenham, mensalmente, em manter atualizada a *produção* (relatórios que os profissionais de saúde do polo base devem enviar até a sede municipal para garantir a continuidade dos pagamentos às famílias).

Inicialmente, a enfermeira da equipe encaminhava as mulheres à cidade para fazer o teste sorológico para confirmar ou não uma gestação. Em seguida, a mulher era cadastrada no programa pré-natal e recebia um cartão com todas as informações clínicas, resultados de exames laboratoriais e imunizações. A autora também iniciou seu pré-natal na aldeia, e após receber um cartão, foi imunizada, respondeu a um levantamento sobre sua história clínica pessoal, fez aferição da pressão, medição da altura uterina e controle do peso ao

longo das consultas mensais. Ao mesmo tempo, verificou-se que as mulheres indígenas não realizavam exames sorológicos básicos para a detecção de infecções congênitas (sífilis, hepatites B e C, toxoplasmose e HIV), nem faziam ultrassonografias obstétricas, conforme prevê o MS. A enfermeira da EMSI não soube informar o motivo, na rede de referência do SUS, localizada na cidade de Nova Olinda do Norte, da não realização desses exames sorológicos. Apenas exames de urina e fezes, além das consultas mensais, que incluíam o “aconselhamento”, foram ofertados às gestantes indígenas. Segundo a enfermeira da equipe, as ultrassonografias obstétricas não foram realizadas “porque o aparelho do SUS na cidade estava quebrado”.

Para realizar os exames de urina e fezes, as gestantes indígenas precisavam se deslocar até a cidade em data marcada. Os resultados dos exames eram posteriormente enviados para a equipe do polo-base que, por sua vez, deveria informar os resultados a elas. O deslocamento era feito por meio de lancha do serviço de saúde, sem qualquer conforto. O tempo de deslocamento varia conforme a distância da aldeia de origem e a estação do ano. Algumas aldeias situam-se a um dia de viagem da cidade. Na vazante, os rios diminuem a vazão e as distâncias aumentam. Na estação chuvosa, as tempestades são perigosas. A lama e barrancos íngremes dificultam o embarque das gestantes em lanchas e canoas durante a seca. Nota-se que o investimento de tempo e esforços das gestantes, familiares e AIS em superar essas dificuldades e as expectativas e frustrações em relação a não disponibilidade do exame de ultrassom (Dias-Scopel, 2015) compõem a experiência e o discurso dos indígenas sobre a precariedade e escassez dos recursos biomédicos.

A logística dos serviços de saúde na TI Kwatá-Laranjal é alvo de muitas reclamações, tanto por parte dos indígenas quanto pela própria equipe de saúde. Apesar de as gestantes indígenas serem incentivadas pelas lideranças indígenas e pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) a participarem do pré-natal, a EMSI não conseguia cumprir com a prescrição do MS de realizar seis consultas de acompanhamento em cada gestante. Os serviços ficavam centralizados na aldeia maior e, em raras ocasiões, a EMSI se deslocava para as demais aldeias. Assim, as gestantes que moravam na aldeia Kwatá, que contava com a estrutura

do polo base e com a EMSI, tinha acesso facilitado à atenção primária de modo geral. Nas demais aldeias, o atendimento estava a cargo dos AIS<sup>11</sup>. Na calha do rio Canumã, das 39 gestantes registradas no ano de 2011, apenas 75% recebiam acompanhamento da equipe com, ao menos, uma consulta pré-natal (Dias-Scopel, 2015). Esse número é extremamente baixo, mesmo se comparado aos dados da região Norte, onde 96,1% das mulheres entrevistadas pela PNDS 2006 afirmaram ter realizado o pré-natal (PNDS, 2006). Esse fato por si só caracteriza “precariedade na atenção obstétrica”, em nível idêntico ao cenário encontrado dez anos antes pela PNDS 1996 no Nordeste, região de pior situação naquela pesquisa (Brasil, 2004, p. 28). Assim, no rio Canumã, 25% das gestantes indígenas não eram monitoradas pelo programa pré-natal, enquanto as demais realizavam um número menor de consultas frente àquele idealizado pelo MS.

O caso Munduruku não é exceção, visto que Coimbra *et al.* (2003) e Teixeira (2005) apontam que a cobertura da atenção pré-natal e a qualidade dos serviços ofertados às mulheres indígenas na região Norte do Brasil são insuficientes e precárias. Dada essa precariedade, é compreensível que a EMSI oriente as indígenas para terem filhos no ambiente hospitalar. Contudo, ao submeterem-se ao parto hospitalar na cidade, as mulheres Munduruku passaram a ter dificuldades para cumprir as práticas de autoatenção do pós-parto. As parturientes e os recém-nascidos permanecem na cidade após a alta hospitalar por um período variável, abrigados na Casa de Apoio à Saúde Indígena (CASAI)<sup>12</sup>. Elas, com frequência, são auxiliadas pelas próprias mães, que as acompanham desde o momento do parto. Em geral, permanecem por um período que varia de 7 a 15 dias na CASAI, antes de retornarem às aldeias. É preciso considerar as longas distâncias entre a cidade e as aldeias, o que torna difícil, ou quase impossível, o deslocamento logo após a alta hospitalar. Da perspectiva Munduruku, essas mulheres arriscam a própria vida e a do recém-nascido ao navegarem no rio antes mesmo do fim do sangramento do pós-parto porque ainda estão suscetíveis ao ataque dos *botos*. Entretanto, algumas mulheres relatam que a falta de controle sobre a dieta alimentar, a qualidade, a origem e o modo de preparo das refeições oferecidas na CASAI e, inclusive,

a escassez de alimentos oferecidos, se encontra entre os principais motivos para anteciparem o retorno a casa. Outra razão para antecipá-lo foi o afastamento dos demais filhos. Não é raro que toda a família se desloque para a cidade e fique hospedada na casa de parentes ou amigos durante o período de internação e pós-parto.

## 6 Negociações sobre o Local do Parto

Dados quantitativos secundários, obtidos junto à equipe do polo base da TI Kwatá-Laranjal, sobre o número de partos na aldeia e na cidade, permitem identificar que, entre 2008 e 2010, de um total de 143 partos, 77 (54%) foram realizados na aldeia e 66 (46%) no hospital da cidade mais próxima. Dos partos hospitalares, 23 (16%) foram cesarianos. Esses dados demonstram que os partos na aldeia ainda são comuns entre os Munduruku, apesar de quase metade ter ocorrido no hospital.

Para algumas mulheres, o parto hospitalar nem ao menos foi cogitado durante as entrevistas, porém, desde a ampliação da cobertura e acesso aos serviços de saúde, o parto hospitalar se tornou um recurso e uma opção a ser considerada (Dias-Scopel, 2015). A decisão sobre o lugar onde deve ocorrer o parto emerge de uma série de negociações e avaliações sobre a saúde da mãe e do bebê essencialmente no âmbito da família, podendo abranger outros atores, como *parteiras, curadores(as) pajés* e, mais atualmente, profissionais de saúde.

Diversas informações eram avaliadas pelas mulheres e famílias como, por exemplo, a constituição do corpo do feto e a posição dele no ventre materno, se estava ou não *atravessado*, questões centrais ao processo de autoatenção, como visto anteriormente. A demanda pelo parto hospitalar foi influenciada também por outros fatores apontados tanto pelas mulheres Munduruku quanto pelos profissionais de saúde que atuavam no polo base. Neste caso, verifica-se haver uma construção conjunta de categorias que convergiriam para a realização de parto no hospital, e mesmo, demanda por cesárias. Dessa construção dialógica, que não se pode reduzir a nenhuma das partes isoladamente – ainda que não se configurem necessariamente como consensuais, emergiram avaliações relativas às seguintes categorias, tidas como influentes na

opção pelo parto hospitalar: idade da mulher (se “*muito jovem*” ou “*muito velha*”); estação do ano (“*cheia*” ou “*seca*”); as condições de deslocamento e meios de transporte disponíveis (“*rabeta*” ou “*lancha*”); tempo e distância da aldeia até o hospital (“*horas*” ou “*dias*”); gestante com *pressão alta* ou *diabetes*. Cabe notar que essas categorias emergiram por meio da interação dos indígenas com os profissionais de saúde, de modo que implicam um conjunto amplo de variáveis avaliadas caso a caso. Neste sentido, verifica-se que a tomada de decisão sobre o local e o tipo de parto é, ainda, prerrogativa das mulheres e famílias indígenas, mas essa autonomia é apenas relativa, pois, desde que se realizem os procedimentos pré-natais, existe clara influência dos profissionais de saúde sobre o conjunto de variáveis que se leva em conta na decisão.

Segundo Langdon (1994), processos de saúde e doença devem ser analisados considerando uma dimensão política e de poder onde os atores negociam pontos de vista e interpretações sobre os sinais e os sintomas, indicando como se deve agir. Assim, as decisões sobre o que se deve fazer concentram-se na família e não nos especialistas e profissionais. Entre os Munduruku, a decisão sobre o local do parto – se domiciliar ou hospitalar – resulta da interação com diversos atores sociais, entre eles: as mulheres mais velhas da família extensa, *parteiras*, *curadores(as) pajés* e os profissionais de saúde que participam da atenção biomédica.

Ao optarem pelo parto hospitalar, as mulheres vivenciam uma forma de atenção cujos princípios confrontam a cosmografia Munduruku, pois se deparam com formas distintas de lidar com o parto e o pós-parto. Tem-se aqui a opção de escolha do local de parto, considerando que, no contexto da pesquisa, o parto hospitalar não era uma regra e que as indígenas tinham certa autonomia relativa para escolher. Cumpre lembrar que, entre 2008 e 2010, o parto domiciliar foi a opção mais significativa. Para os Munduruku da TI Kwatá Laranjal, a biomedicina é considerada um recurso e as mulheres têm poder para decidir sobre o local do parto, se na aldeia ou na cidade, ainda que para essa decisão sejam necessárias negociações, influências e imposições. Todavia, há contextos em que a totalidade dos partos ou uma porcentagem muito alta deles, registrados por etnografias entre populações indígenas no

Brasil e na Argentina, ocorrem em ambiente hospitalar (Gigghi, 2015; Sílvia Hirsch, 2015; Remorini; Palermo, 2015). Segundo Hirsh (2015, p. 184), na Argentina, a hospitalização do parto entre indígenas está diretamente relacionada à expansão das ações dos programas de saúde materno-infantil.

## **7 Confrontos com o Modelo Médico Hegemônico**

O encontro entre as gestantes Munduruku e os profissionais de saúde que atuam na atenção primária no interior da aldeia resulta em confrontos, resistências e submissões com o modelo médico hegemônico. Se, por um lado, as práticas biomédicas são justificadas pela intenção de promover a saúde da mulher e do bebê, por outro, avançam na promoção de uma ideologia da planificação familiar e esterilização feminina<sup>13</sup>.

Apesar de as mulheres Munduruku compartilharem noções de concepção, fisiologia e anatomia diferentes daqueles praticadas na biomedicina, elas participam das ações governamentais do programa de saúde materno-infantil como, por exemplo, nas consultas do pré-natal promovidas pelos serviços oficiais de saúde e conduzidas pela EMSI, que atua na atenção primária na terra indígena. Com qualidade questionável, segundo padronizado nacionalmente, o controle do pré-natal prestado às mulheres, durante a pesquisa de campo, restringiu-se às práticas de aferição da pressão, controle do peso, medição da altura uterina, exames de urina e fezes e aconselhamentos, entre os quais, conselhos relativos ao planejamento familiar.

A realização das rotinas do programa de controle do pré-natal foi uma oportunidade para que as mulheres Munduruku recebessem orientações para o controle da fertilidade, basicamente, por meio de aconselhamento e distribuição de preservativos masculinos. Durante as consultas, enfermeiras e técnicas expressavam o que, para elas, seria a conformação de uma família ideal. Segundo elas, a família deveria ser formada pelo casal e três filhos, um padrão ideal que está distante da realidade das famílias Munduruku, as quais, frequentemente, são compostas de mais de sete filhos.

Existe uma clara contradição entre o que se expressa como família ideal para as equipes de saúde e a perspectiva Munduruku sobre o tema, como explicitou com acerto uma das interlocutoras Munduruku, professora e mãe de cinco filhos. No início da pesquisa de campo, realizou-se um levantamento genealógico na aldeia, um método antropológico muito produtivo, quando se quer investigar parentesco. A certa altura da entrevista, a interlocutora tomou a palavra e começou a questionar sobre a família dos antropólogos. A professora indígena não conteve a surpresa e decepção ao saber que a antropóloga tinha apenas dois irmãos e o antropólogo apenas uma irmã: “*Só isso de irmãos! a sociedade envolvente pensa diferente*”, exclamou. Em seguida, ela explicou quais eram essas diferenças, ao evocar as orientações recebidas pelas mulheres durante a consulta pré-natal: “[os profissionais de saúde] *dizem que muito filho faz mal para a saúde da mulher, que filho fica criado assim ao vento*”. Em contraposição, lembrou que havia sido o pai quem a aconselhara a se casar e “*fazer filhos para não acabar a geração*”.

Contra a suposta fragilização do corpo feminino pela maternidade, contrapõe-se o ideal Munduruku da *geração*, que deve ser reproduzido. Destaca-se que a diferença entre o modo de vida Munduruku e a ideologia de planejamento familiar expressa como valor da sociedade envolvente era comumente percebida pelas mulheres Munduruku, inclusive, como um dos atributos de identidade e de diferença étnicas.

Analicamente, pode-se considerar que os Munduruku vivenciam uma economia política voltada à produção de pessoas com a valorização de um corpo social em contraste com a sociedade envolvente, francamente interessada na produção de mercadorias e valorização do corpo individual. Essas diferenças ficam claras a partir de uma série de práticas cotidianas voltadas a garantir a reprodução social da coletividade. O fato de as famílias Munduruku comporem-se de um número maior do que o expresso pelo modelo de família da sociedade de consumo é simbolicamente significativo, pois indica uma diferença positiva dentro da perspectiva de bem-estar e saúde indígenas. Para eles, não se trata uma produção quantitativa, mas sim, do desenvolvimento pleno da pessoa humana. Assim, a habilidade de um casal (e não apenas da mulher) em ter filhos é tida como valor a ser afirmado,



adequado ao modo de vida, um projeto de sociedade, uma prescrição social “*para não acabar a geração*”.

Eis onde reside o confronto entre as cosmografias indígena e globalizada: de um lado, pela habilidade em reproduzir-se, é valorizada como expressão de saúde e bem-estar coletivo; de outro, essa mesma habilidade tende a ser negada pelo modelo médico hegemônico por meio das ideologias de planejamento familiar. O que está em confronto com o modelo de família da sociedade envolvente é a própria noção de pessoa Munduruku, que se diferencia das ideologias da sociedade de consumo: a pessoa é tida como uma construção da coletividade e não um fato dado na natureza individual e biológica. Esse processo não resulta apenas no nascimento de crianças “*ao vento*”, mas na participação de homens e mulheres em toda a “*geração*”, ao longo do curso da vida.

A pessoa Munduruku, portanto, emerge das experiências e convivências sociais por meio do cultivo de habilidades, especialmente aquelas que visam cooperação, verificada nas atividades cotidianas de trabalho e lazer, na *performance* das atividades de produção, circulação e consumo dos alimentos e no apoio mútuo inerente ao processo de autoatenção. No caso dos Munduruku, as diferenças de gênero e etárias são demarcadas por habilidades que não são vistas como dadas *a priori*, como qualidades inatas do indivíduo, mas sim, produzidas por meio do envolvimento nas atividades diárias de trabalho, de autoatenção à saúde e de manipulação do corpo. Essas práticas são capazes de produzir e manter as pessoas saudáveis, ativas, com iniciativa e autonomia, demarcando papéis, por exemplo, vistos nas sessões anteriores, entre homens e mulheres por meio do processo de gestação, parto e pós-parto<sup>14</sup>.

Apesar disso, a pesquisa etnográfica revelou a *laqueadura* como um fator motivador decisivo na realização da cesárea entre as mulheres Munduruku, independentemente de haver ou não a recomendação médica decorrente do risco de vida para a mãe ou o bebê. O número de partos cesarianos entre 2008 e 2010 demonstra que as cirurgias cesarianas são uma realidade presente na vida Munduruku. Dentro dos objetivos desta análise, a constatação da regularidade da prática indica que as ideologias subjacentes ao MMH se inserem, aos poucos, na vida da aldeia, encontrando legitimidade.

## 8 Considerações Finais

A observação das práticas de autoatenção realizadas na gestação, no parto e no pós-parto permite identificar estratégias que contribuem para formação do corpo e caráter da criança e evitam doenças e morte. Essas práticas são passadas ao longo das gerações e fazem parte de um conjunto de atividades que configuram os usos e os manejos diários do corpo e do território e são decisivas para a reprodução biossocial da coletividade.

A noção de que corpos saudáveis são intencionalmente fabricados num cosmo em que circulam diversas qualidades de seres com capacidade de agência, motivação, expectativas e desejos é central para os Munduruku. A relação das pessoas com o ambiente, a forma de ocupação e o uso do território são conduzidos por meio de protocolos que orientam estratégias de aproximação e afastamento para com os seres que habitam o cosmo. A gestação, o parto e o pós-parto são exemplos nos quais os atores sociais envolvidos se esforçam para evitar infortúnios e doenças e manter o bem-estar do bebê e dos pais. Esses esforços abrangem um conjunto de práticas de autoatenção que os profissionais de saúde biomédicos dificilmente compreenderiam como eficazes.

As mulheres gestantes realizam diversas práticas de autoatenção tais como: *pegar barriga, puxar a mãe do corpo, banhos terapêuticos*, dietas alimentares e restrições comportamentais. Estas práticas têm como foco a fabricação do corpo do bebê, do caráter da criança e momento parto, para que seja fácil e rápido. Durante o parto, a atenção se volta para a *mãe do corpo* (força vital que se materializa no ventre feminino, mas não se confunde com o útero), que deve ser reposicionada após o nascimento, e para o sangue que tem o potencial de atrair os *botos* (animais-espíritos malignos). No período de 40 dias, a mulher vai cumprir *resguardo* com reclusão, dieta alimentar e restrições comportamentais para manter a saúde dela e do bebê.

Considerando o contexto de pluralidade médica, a pesquisa evidenciou a participação das mulheres gestantes no programa *pré-natal* do MS. Essa participação aponta para uma articulação entre os diferentes modelos de atenção por parte das mulheres indígenas, ainda

que entre os saberes Munduruku e o paradigma biomédico existam diferenças significativas. A participação no *pré-natal* decorre da demanda das mulheres indígenas, porém, a EMSI não conseguia cumprir com a prescrição do MS de realizar seis consultas de acompanhamento com cada gestante. Os serviços ficavam centralizados na aldeia maior, com frequentes encaminhamentos à cidade para a realização e exames. Observou-se que os esforços de gestantes, familiares e AIS para realizar consultas, exames e procedimentos biomédicos do pré-natal eram cercados por dificuldades relativas aos deslocamentos e à ausência de exames sorológicos básicos. Tais dificuldades são percebidas e expressadas pelos Munduruku como exemplo da escassez do recurso biomédico e relacionam-se com a demanda por cidadania e luta por melhores condições de serviços de saúde.

Ao investigar as motivações para escolher o lugar onde o parto deve ocorrer, constatou-se um processo de negociações e avaliações sobre a saúde da mãe e do bebê essencialmente no âmbito da família. Características da gestante, como idade, e da posição do bebê no ventre, *atravessado*, são exemplos de avaliações que motivavam a escolha. Contudo, a demanda pelo parto hospitalar também foi influenciada por fatores negociados junto aos profissionais de saúde durante as consultas do pré-natal, com destaque para a idade e situação de saúde da gestante. Ao submeterem-se ao parto hospitalar na cidade, as mulheres Munduruku passaram a ter dificuldades para cumprir as práticas de autoatenção do pós-parto como dieta e reclusão. O deslocamento para casa, antes do fim do sangramento, é um risco para a mulher e o recém-nascido, pois estão suscetíveis aos ataques dos *botos malignos*.

O confronto entre cosmografia Munduruku e ideologia biomédica de planificação familiar e esterilização feminina ficou evidente durante as consultas de pré-natal. Os Munduruku vivenciam uma economia política voltada à produção de pessoas com ênfase no corpo social o que contrasta com o consumismo da “*sociedade envolvente*” voltada à produção de mercadorias e valorização do corpo individual. A cosmografia Munduruku tende a ser negada pelo modelo médico hegemônico por meio das ideologias de planejamento familiar.

Para os Munduruku, o desenvolvimento pleno da pessoa humana “*para não acabar a geração*” é valor a ser afirmado e as práticas de autoatenção à gestação, parto e pós-parto objetivam o bem-estar individual e coletivo e evocam, precisamente, o próprio processo de produção e reprodução social. É por meio dessas práticas que se busca produzir e manter as pessoas saudáveis, ativas, com iniciativa e autonomia, ao mesmo tempo em que se demarca papéis entre homens e mulheres, crianças e idosos. É a própria noção de pessoa Munduruku, que se diferencia das ideologias da sociedade de consumo: a pessoa é tida como uma construção da coletividade e não um fato dado na natureza individual e biológica. Esse processo resulta da participação de homens e mulheres em toda a “*geração*”, ao longo da vida. Ainda assim, percebe-se a crescente e paulatina medicalização do parto entre os Munduruku, expressada por eles quando o assunto é a realização de laqueaduras considerado fator motivador decisivo na realização de partos cesáreos.

A medicalização da vida cotidiana avança sobre as aldeias e, aos poucos, vai se tornando parte da paisagem social, como recurso à disposição e também como modelo de e para a ação, transformando sujeitos e possibilitando emergência de novos papéis sociais, inclusive, para novas formas de ser mulher ou homem Munduruku. Por fim, cabe lembrar que processos sociais complexos, como a medicalização, não permitem predizer resultados e nem se configuram como uma realidade dada, fixa, pronta e acabada.

## **Agradecimentos**

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazona/FAPEAM, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPq e ao INCT Brasil Plural.

## Notas

- <sup>1</sup> A noção de Modelo Médico Hegemônico refere-se à forma de atenção biomédica e caracteriza-se, segundo Menéndez (2005, p. 47), pela tendência à: medicalização dos problemas, separação entre teoria e prática, orientação curativa, eficácia pragmática, relação médico-paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissionalização formalizada, biologismo, a-socialidade, a-historicidade, aculturalismo, individualismo, identificação ideológica com a racionalidade científica e tratar saúde/enfermidade como mercadoria.
- <sup>2</sup> Dois dos autores do artigo participam de projetos simultâneos de pesquisa etnográfica sobre práticas de autoatenção, xamanismo e atuação de serviços oficiais de saúde entre os Munduruku desde 2007.
- <sup>3</sup> A noção de doença fundamentada pela biomedicina (em inglês, *disease*) pretende ser categoria universal, independente do contexto cultural, diferenciando-se das categorias “nativas” culturalmente situadas (*illness*) (Frankenberg, 1980; Kleinman, 1978; Young, 1976). Essa diferenciação, contudo, é útil apenas didaticamente, uma vez que a biomedicina não deixa de ser um saber cultural, ainda que se pretenda universal. Segundo Young (1976), todas as categorias de doença são socialmente construídas e a permanência dos saberes relativos a elas se deve às formas empíricas, sociais e ontológicas pelas quais o modelo que as sustenta pode ser testado, particularizado, assimilado, apropriado, negado ou transformado.
- <sup>4</sup> “Espírito feito” ou “espírito mau”, também chamado de “inimigo” ou “maligno”, é muitas vezes identificado com o diabo cristão (Scopel, 2013, p. 124).
- <sup>5</sup> O tema da reclusão (“resguardo”) e do perigo do sangue menstrual é central para a compreensão das cosmografias indígenas, estando fortemente relacionado com a produção de corpos e pessoas saudáveis. A prática qualifica desde a etiologia das doenças, as teorias de concepção, a sexualidade e até mesmo a efetivação de relações interétnicas (Belaunde, 2006; McCallum *et al.*, 2015).
- <sup>6</sup> As equipes de saúde são idealmente compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde e de saneamento, podendo incluir agentes indígenas microscopistas. A Equipe Multiprofissional de Saúde (EMSI) faz parte da estratégia do subsistema de atenção à saúde indígena (SASI), vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), atualmente administrado pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão do Ministério da Saúde. O SASI segue as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que preconiza a “atenção diferenciada” como uma modelo de ação, isto é, uma atenção sensível às especificidades sociais, culturais, geográficas e epidemiológicas dos povos indígenas no Brasil (Brasil, 2002).
- <sup>7</sup> Os Munduruku têm diversas técnicas para tecer fibras vegetais a fim de fabricar utensílios de uso doméstico.
- <sup>8</sup> Na década de 1950, o casal Murphy (Murphy; Murphy, 2004) encontrou situação semelhante entre os Munduruku nas aldeias do rio Cururú, Tapajós, onde a parturiente era auxiliada por uma mulher mais velha da família e, nos casos mais complicados, o xamã também participava.
- <sup>9</sup> Diz-se que o tronco do Taperebá não morre, ou seja, não seca e brota facilmente, sendo que é por essas qualidades que a casca é usada como remédio cicatrizante. Essa qualidade de resistência, alta capacidade de regeneração e brotamento serve de analogia e metáfora em anedotas e histórias míticas. O ritual de personificação do pai da criança evoca a capacidade de agência dos seres vegetais, tema pouco explorado na etnologia indígena amazônica.

- <sup>10</sup> Trata-se de R\$ 85,00 do Bolsa Família, modalidade “Benefício Variável Vinculado à Gestante – pago às famílias com renda mensal de até R\$ 170,00 por pessoa e que tenham grávidas em sua composição. São repassadas nove parcelas mensais. O benefício só é concedido se a gravidez for identificada pela área de saúde para que a informação seja inserida no Sistema Bolsa Família na Saúde” (Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, 2017). A participação no pré-natal, o retorno no pós-parto, junto com o monitoramento do crescimento e vacinação das crianças, são algumas das contrapartidas que as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família têm de cumprir, segundo Portaria Interministerial n. 2.509, de 18/11/2004.
- <sup>11</sup> Para maiores informações sobre a organização dos serviços de saúde na TIKL e sobre a atuação dos AIS, cf.: Scopel, Dias-Scopel e Langdon (2015).
- <sup>12</sup> Trata-se de um alojamento para os indígenas que necessitam de atendimento médico na cidade de Nova Olinda do Norte, Amazonas. Dispõe de equipe de saúde formada por técnicos de enfermagem, AIS, motorista, cozinheira, auxiliar de limpeza e técnico administrativo. A estrutura da CASAI é formada por dois quartos, banheiro, cozinha, refeitório e escritório.
- <sup>13</sup> Menéndez (2016) chama a atenção para a relação entre a redução da mortalidade infantil e materna com a redução da natalidade ao realizar uma crítica à aplicação unilateral de políticas de interculturalidade impulsionadas pelo governo nacional, especificamente no incentivo ao trabalho de parteiras e no papel delas na difusão das ideologias biomédicas de redução da natalidade.
- <sup>14</sup> É certo que o domínio de determinadas técnicas, como saber cortar maniva, carregá-la, plantá-la, caçar, pescar, tecer, abrir cacimbas, carregar baldes cheios de água, limpar peixes ou assá-los, etc., também contribui para a capacidade de se inserir nas atividades diárias. O desenvolvimento de determinadas habilidades sociais é compreendido, sobretudo, como um processo que resulta do engajamento nas atividades diárias no interior de relações afetivas inerentes ao grupo primário, como as que se observam no grupo familiar, por meio de esforços coletivos e individuais de autoatenção e apoio mútuo.

## Referências

BELAUNDE, L. E. Resguardo e sexualidade (s): uma antropologia simétrica das sexualidades amazônicas em transformação. **Cadernos de Campo**, São Paulo, 1991, v. 24, n. 24, p. 538-564, 2016.

BRASIL. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Funasa, 2002.

BRASIL. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil: epidemiology and health of the indigenous peoples in Brazil**. [S.l.]: ABRASCO, 2003.

CONKLIN, B.; MORGAN, L. M. Babies, bodies, and the production of personhood in North America and a native Amazonian society. **Ethos**, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 657-694, 1996.

DAMATTA, R. **Um Mundo Dividido**: a Estrutura Social dos Índios Apinaye. Petrópolis: Editora Vozes, 1976.

DIAS-SCOPEL, R. P. **A Cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto**: práticas de autoatenção e o processo de medicalização entre os índios Munduruku. Brasília: Paralelo 15, 2015.

FOLLÉR, M. L. Intermedicalidade: a zona de contato criada por povos indígenas e profissionais de saúde. In: LANGDON, E. J.; GARNELO, L. (Ed.). **Saúde dos povos indígenas**: reflexões sobre antropologia participativa. Rio de Janeiro: ABA – Associação Brasileira de Antropologia/Contra Capa, 2004.

FRANKENBERG, R. Medical anthropology and development: A theoretical perspective. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 197-207, 1980.

GHIGGI JÚNIOR, A. **Uma abordagem relacional da atenção à saúde a partir da terra indígena Xapecó**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Florianópolis: PPGAS-UFSC, 2015.

GREENE, S. The Shaman's Needle: Development, Shamanic Agency, and Intermediality in Aguaruna Lands, Peru. **American Ethnologist**, [S.l.], v. 25, n. 4, p. 634-658, 1998.

HIRSCH, Silvia. Salud pública y mujeres indígenas del noroeste argentino: las múltiples prácticas de las guaraníes y la atención a la salud reproductiva. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). **Saúde indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 169-192.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 2B, p. 85-95, abr. 1978.

LANGDON, E. J. **A negociação do oculto**: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-etnico. Trabalho apresentado para o concurso público de professor titular na Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1994.

LANGDON, E. J. The Revitalization of Yajé Shamanism among the Siona: Strategies of Survival in Historical Context. **Anthropology of Consciousness**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 180-203, 2016.

LITTLE, P. E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil**: por uma antropologia da territorialidade. 2002.

MAUÉS, R. H.; MOTTA-MAUÉS, M. A. O Modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. **Anuário Antropológico**, [S.l.], p. 120-147, 1978.

MCCALLUM, C. Aquisição de gênero e habilidades produtivas: o caso Kaxinawá. **Estudos Feministas**, [S.l.], p. 157, 1999.

MENÉNDEZ, E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 21, p. 109-118, 2016.

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

MENÉNDEZ, E. L. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. **Région Y Sociedad**, [S.l.], v. XX, n. Especial, p. 5-50, 2008.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, Saberes e Estruturas**: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2009.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO. **Benefícios**. [2017]. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e/beneficios/beneficios>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

MURPHY, Y.; MURPHY, R. F. **Women of the Forest [1974]**. 30th anniversary ed. New York: Columbia University Press, 2004.

NOVO, M. P. Política e intermedialidade no Alto Xingu: do modelo à prática de atenção à saúde indígena Politics and inter-medicality in the Upper Xingu: from model to practice in indigenous health care. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 27, n. 7, p. 1.362-1.370, 2011.

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

REMORINI, C.; PALERMO, M. L. Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios: reflexiones a partir de una investigación etnográfica. In: LANGDON, E. J.; CARDOSO, M. D. (Org.). **Saúde indígena**: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 247-278.

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



SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J. Intermedicalidade e protagonismo: a atuação dos agentes indígenas de saúde Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal, Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 31, n. 12, p. 2.559-2.568, 2015.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J. **A cosmografia Munduruku em movimento**: saúde, território e estratégias de sobrevivência na Amazônia Brasileira. Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas. (no prelo).

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; WIİK, F. B. Cosmologia e Intermedicalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os Índios Munduruku do Amazonas, Brasil. **Tempos Actas de Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 6, n. 1, 2012.

SEEGER, A. **Os índios e nós**: estudos sobre sociedades tribais brasileiras. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A construção da pessoa nas Sociedades Indígenas Brasileiras. **Boletim do Museu Nacional – Antropologia**, [S.l.], v. 32, p. 2-19, 1979.

TEIXEIRA, P. **Sateré-Mawé**: retrato de um povo indígena. Manaus: Fundação Joaquim Nabuco, 2005.

TEMPESTA, G. A. **A produção continuada dos corpos**: práticas de resguardo entre os Wapichana e os Macuxi em Roraima. 2004. Dissertação (Mestrado) – Unicamp. Campinas: IFCH, 2004.

VALEGGIA, C. R.; SNODGRASS, J. J. Health of indigenous peoples. **Annual Review of Anthropology**, [S.l.], v. 44, p. 117-135, 2015.

VIEGAS, S. DE M. Eating with Your Favourite Mother: Time and Sociality in a Brazilian Amerindian Community. **The Journal of the Royal Anthropological Institute**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 21-37, mar. 2003.

VIEIRA, H. T. G.; OLIVEIRA, J. E. DE L.; NEVES, R. DE C. M. A relação de intermedicalidade nos Índios Truká, em Cabrobó - Pernambuco. **Saúde e Sociedade**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 566-574, jun. 2013.

WIİK, F. B. Contato, epidemias e corpo como agentes de transformação: um estudo sobre a AIDS entre os Índios Xoklêng de Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 397-406, 2001.

WRIGHT, R. M.; KAPFFHAMMER, W.; WIİK, F. B.. The clash of cosmographies: indigenous societies and project collaboration-three ethnographic cases (Kaingang, Sateré-Mawé, Baniwa). **Vibrant: Virtual Brazilian Anthropology**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 382-450, 2012.

Raquel Dias-Scopel, Daniel Scopel e Esther Jean Langdon

YOUNG, A. Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. **American Anthropologist**, [S.l.], v. 78, n. 1, p. 5-24, 1976.

Recebido em 25/06/2017

Aceito em 03/06/2017