

6

Atenção diferenciada e medicalização da gestação, do parto e do pós-parto

Neste capítulo, apresento dados sobre o parto na cidade, compreendendo esses dados em um contexto mais amplo de pluralidade de formas de atenção à saúde. Destaco que as práticas de autoatenção relativas ao parto realizadas pelas famílias Munduruku da TIKL permitem compreender o parto na cidade como parte das estratégias de articulação transacionais entre as diversas formas de atenção disponíveis ao grupo. Deste modo, minha intenção não é apenas ressaltar os antagonismos entre as diferentes formas de atenção indígenas e biomédicas ao parto, mas destacar que se, por um lado, os indígenas têm realizado as articulações entre diferentes formas de atenção à saúde/doença/enfermidade, por outro, cabe confrontar o processo amplo de medicalização da saúde indígena que, paradoxalmente, não acompanha uma eficiência dos serviços de saúde prestados.

A diretriz da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnspi), de 2002, que propõe uma “atenção diferenciada” capaz de respeitar e valorizar os saberes indígenas no trato com a saúde e com a proposta de articulá-los aos serviços biomédicos, encontra alguns desafios que precisam ser mais bem delimitados. Principalmente, quando, no cenário internacional, estudiosos dos sistemas de parto em diferentes culturas e contextos diversificados de disponibilidade de tecnologias biomédicas assinalam a expansão mundial da medicalização do parto, já desde o final da década de 1970 (Sargent & Bascope, 1996). Sendo assim, se a Pnspi, por um lado, propõe uma articulação entre as práticas indígenas de atenção à saúde e às práticas biomédicas,

por outro, convive com a marcada expansão do modelo biomédico, pautado por noções particulares sobre doença, tratamento e eficácia. Ao mesmo tempo em que a Pnasp¹ indica uma atenção diferenciada, há também a tendência dos serviços oficiais de saúde em ignorar e até negar os saberes e práticas de autoatenção utilizados pela população. Isso nos leva a questionar sobre o modo como a expansão e a cobertura da atenção primária, isto é, aquela que é ofertada no interior das terras indígenas, vêm sendo realizadas. Embora a Pnasp¹ indique a capacitação e a formação de recursos humanos para atuar em contextos interculturais, como estratégias para a promoção da atenção diferenciada, por outro lado, a autoridade biomédica tem dominado não só as práticas de atenção ao parto em âmbito mundial, como também definido os processos de validação dos conhecimentos e das práticas indígenas¹.

Ao analisar dificuldades encontradas para uma articulação entre os modelos de atenção à saúde/doença/enfermidade indígenas e biomédicos, Langdon (2013: 27) cita que “a distribuição de conhecimentos e os atributos das categorias de especialistas tradicionais não tem correspondência com os da biomedicina”. Por consequência, os equívocos da busca por uma equivalência de domínios e de atuação podem gerar também a emergência de especialistas, sem que isso implique em reconhecimento e legitimidade perante os demais membros indígenas. No contexto Munduruku, conforme sugiro, a distribuição de saberes e práticas não estão limitados aos especialistas, mesmo entre aqueles socialmente legitimados (Scopel, 2013).

Alguns exemplos permitem concluir que princípios de ordem social e cultural particulares a cada grupo contribuem, de forma direta, na distribuição dos saberes e nas tomadas de decisões sobre quem e

1 Sargent e Bascope (1996) apontaram que mesmo naqueles contextos em que se verificava um acesso restrito à alta tecnologia, isto é, nos hospitais, com profissionais e aparatos biomédicos, era possível identificar a expansão da autoridade biomédica sobre o parto.

quando consultar um especialista durante o parto. O estudo de Sargent e Bascope (1996) sobre sistemas de parto, por exemplo, entre uma comunidade Maia, mexicana, os Yaxuna, apresenta a personalidade, a história de vida, as relações de parentesco e o *status* da família frente aos demais membros da comunidade como os princípios que constituem a legitimidade das especialistas em parto. Outro exemplo é o trabalho de Platt (2002), entre os Macha, um grupo de falantes quíchua, na Bolívia, onde o parto é primeiramente um evento doméstico, de foro íntimo. Lá, a parturiente é auxiliada por seu marido e filhos mais velhos. No primeiro parto, as mulheres podem contar com a ajuda de suas sogras ou outras mulheres mais velhas da vizinhança com experiência de partejar. As “parteiras especializadas” são chamadas apenas em casos de complicações no parto.

Em se tratando das práticas de autoatenção ao parto realizadas pelos Munduruku, podemos sugerir que entre eles também os saberes sobre parto estão horizontalmente distribuídos entre os membros da comunidade, especialmente entre as mulheres mais velhas, embora alguns especialistas como *pajés*, homens ou mulheres, e *parteiras*, possam igualmente ser *chamados* a atuar na hora do parto. Ademais, os relatos de parto das mulheres Munduruku indicam que os saberes e práticas sobre partos, além de não serem limitados aos especialistas socialmente legitimados, também sinalizam a dificuldade de se procurar uma correspondência com categorias profissionais da biomedicina, por exemplo, a obstetrícia. Além das questões de ordem socioculturais, devemos nos perguntar também sobre qual o impacto do acesso aos recursos biomédicos e das interações sociais com os profissionais de saúde, especialmente com aqueles que atuam na atenção primária, nas tomadas de decisões sobre quem consultar durante a gestação e onde realizar o parto.

Segundo Langdon (2013: 31), os sistemas de parto indígenas aparecem como um desafio a políticas públicas de saúde indígena no Brasil quanto aos princípios de articulação com as medicinas indígenas. Em primeiro lugar, porque raramente as práticas de cuidados encontram-

-se limitadas a especialistas, e segundo, porque promovem um conjunto de práticas que dificilmente a biomedicina poderia instrumentalizar. Os exemplos das práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto entre os Munduruku da TIKL incluem práticas e valores relacionados com a cosmografia do grupo, promovem relações afetivas significativas na manutenção das relações sociais familiares e repercutem sobre a saúde e a socialidade da família elementar e extensa, além de articular as relações de aliança políticas.

Portanto, de certo modo, as práticas de autoatenção relativas ao nascimento entre os Munduruku apresentam uma compreensão ampla acerca da concepção, da gestação, do parto e do pós-parto, na qual intervêm elementos socioculturais e cosmográficos pertinentes à reprodução biossocial do grupo, seja a família elementar, e, por consequência, a própria sociedade Munduruku. Além disso, os saberes compartilhados envolvendo o processo de nascimento, como vimos, diferem das concepções anatômicas e fisiológicas praticadas pelo modelo biomédico, restrito a uma abordagem biológica do corpo humano. Nesse sentido, por exemplo, as práticas de autoatenção instauradas pelo *desejo* ou *abalo de criança*, na gestação, de aguentar a dor em silêncio no trabalho de parto, de *puxar a mãe do corpo* ou da reclusão no pós-parto, embora constituam práticas de autoatenção centrais à saúde para os Munduruku, talvez não sejam tratadas como um benefício reconhecido pela biomedicina. Ainda que esta não tenha encontrado uma razão em alguns saberes das medicinas indígenas “[...] isto não diminui a importância [dessas práticas] para o sistema de parto como um sistema de cuidados a saúde” (Langdon, 2013: 31-32).

É do reconhecimento dessas diferenças entre o modelo indígena e o modelo biomédico no trato com a saúde que, em certo sentido, a Pnaspi se pauta para propor a necessidade de uma atenção diferenciada. Todavia, os profissionais de saúde que atuam nos subsistemas de saúde indígena desconhecem como promover uma atenção diferenciada, bem como as estratégias para incrementar uma articulação entre os saberes indígenas e biomédicos relativos aos processos de saúde/

doença/atenção (Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Langdon, 2013).

Por outro lado, ao selecionar determinadas práticas com o objetivo de instrumentalizá-las para incorporá-las em programas de saúde, corre-se o risco de descontextualizá-las de seu entorno social e cultural. Esse pode ser o resultado das tentativas de integração dos especialistas indígenas nos programas de saúde sobre o parto. Talvez um efeito das tentativas de integrar indígenas ao modelo biomédico tenha sido o caso das *parteiras* Munduruku, em que a iniciativa de um curso para *parteiras*, ao buscar identificar especialistas, fomentou a emergência de um papel social, a *parteira* que atua entre diferentes famílias extensas. Então, a questão que se coloca é quais são as refrações dessas iniciativas nas relações sociais do grupo e também nas relações sociais com os demais membros da equipe de saúde dos serviços biomédicos.

Langdon (2013) ao diferenciar as noções de articulação e de integração aponta outro problema como consequência de estratégias equivocadas:

Oposto ao princípio da articulação, a noção de integração implica em instrumentalização das práticas da medicina tradicional percebidas como eficazes pela ciência ocidental. A noção de integração de práticas tradicionais nas ações de saúde realizadas pelas equipes médicas tira a especificidade do outro. A estratégia de integração das práticas tradicionais remete ao problema da hegemonia e dominação da biomedicina em decidir quais práticas são legítimas, quais devem ser cultivadas e quais devem ser eliminadas (Langdon, 2013: 32).

É necessário reconhecer os processos de indigenização, conforme sintetizou Sahlins (2007), para indicar a agência das populações indígenas nos processos de expansão das fronteiras capitalistas, de modo a prover o próprio desenvolvimento. É preciso considerar também que os contextos de pluralidade médica implicam em juízos de valor sobre as diferentes formas de atenção à saúde, doença e tratamento (Menéndez, 2005; Sargent & Bascope, 1996). Conforme assinala Ortner (2006), se, por um lado, os atores sociais, individuais ou coletivos, têm agência capaz de reproduzir, transformar ou resistir a relações

estruturais e sistematizadas, por outro, essas mesmas relações sistêmicas coagem os sujeitos e constituem os instrumentos e elementos que moldam suas subjetividades. Portanto, no processo de expansão biomédica é preciso ter em conta os paradoxos advindos dos confrontos entre diversos regimes de poder e intencionalidades. Isso significa observar em que nível da rede de saúde, na qual o subsistema de atenção à saúde indígena está inserido, há uma promoção e valorização de algumas formas de atenção à saúde e às enfermidades em detrimento e desvalorização de outras. Afinal, o subsistema de saúde indígena integra diferentes níveis de atenção: a atenção primária, ofertada no interior das aldeias indígenas, e as atenções de média e alta complexidade, ofertadas nas redes do SUS.

O PARTO NA CIDADE

Desde a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços de saúde biomédicos, o parto hospitalar também se tornou um recurso opcional utilizado pelas mulheres indígenas. E as mulheres Munduruku o têm utilizado, realizando partos no hospital público de Nova Olinda do Norte, cidade vizinha à TIKL, Amazonas. Sugiro que a expansão crescente da medicalização do parto e o acesso aos serviços de atenção pré-natal são parte dos fatores macrossociais que interveem na escolha do local de parto. Nesta seção, apresentarei dados de observação participante para circunscrever o ponto de vista das mulheres Munduruku sobre a escolha do local de parto. As rodas de conversa ao entardecer foram os locais e momentos privilegiados para aproximar-me dos fatores microssociais envolvidos no processo de decisão sobre onde parir. As conversas com os profissionais da Emsi que atuavam nos polos da TIKL, na época da pesquisa de campo, foram importantes também para compreender as razões que cooperavam no processo de tomada de decisões das gestantes Munduruku. Escrevo sobre isso para que o leitor compreenda os sentidos atribuídos ao parto hospitalar, os quais resultam de uma série de relações sociais entre as gestantes, seus maridos,

familiares, podendo incluir também os especialistas indígenas como *parteiras, pajés* e profissionais da Emsi.

Embora os dados epidemiológicos que obtive durante o trabalho de campo – acerca das ações dos serviços de atenção biomédica à gestação, parto e pós-parto ofertados aos indígenas da TIKL – não permitam avaliar uma tendência nos indicadores de saúde, ao menos servem para indicar que as mulheres Munduruku vêm realizando partos na aldeia bem como partos no hospital e, em alguns casos, cesáreas.

QUADRO 1
DADOS SOBRE NÚMERO DE PARTOS
NA ALDEIA E NA CIDADE (2008-2010)

| Polo base Kwatá | | | | | |
|-----------------|-----------------|------------------|-----|--------------------|-----|
| Ano | Total de partos | Partos na aldeia | | Partos no hospital | |
| 2008 | 28 | 22 | 79% | 6 | 21% |
| 2009 | 49 | 22 | 45% | 17 | 55% |
| 2010 | 66 | 33 | 50% | 33 | 50% |

Fonte: Os dados relativos aos partos das mulheres indígenas Munduruku foram obtidos a partir de duas fontes distintas. Os dados referentes ao ano de 2008 e 2009 foram coletados junto ao DSEI-Manaus, em 2010. E os dados de 2010 foram obtidos diretamente com a enfermeira do polo base Kwatá, na homônima aldeia, em 2011.

QUADRO 2
DADOS SOBRE NÚMERO
DE CESÁREAS (2008-2010)

| Polo base Kwatá | | | |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----|
| Ano | Total de partos | Número de cesáreas | |
| 2008 | 28 | 2 | 7% |
| 2009 | 49 | 10 | 20% |
| 2010 | 66 | 11 | 17% |

Fonte: Os dados relativos aos partos das mulheres indígenas Munduruku foram obtidos a partir de duas fontes distintas. Os dados referentes ao ano de 2008 e 2009 foram coletados junto ao DSEI-Manaus, em 2010. E os dados de 2010 foram obtidos diretamente com a enfermeira do polo base Kwatá, na homônima aldeia, em 2011.

Esses dados indicam que, em 2008, os partos domiciliares corresponderam a 79% do total de partos realizados naquele ano nas aldeias adstritas ao polo base Kwatá. Do total de partos, 21% foram hospitalares. Note-se que 7% do total foram cesáreas. Em 2009, 45% foram feitos na aldeia e 55% no hospital, sendo que as cesarianas representaram 20% do total de partos. Em 2010, 50% foram hospitalares e, destes, 17% foram cesáreas. Nesses dados, chama a atenção a alta porcentagem de partos domiciliares, realizados nas aldeias. Todavia, destaca-se também a porcentagem de cesáreas referente aos partos hospitalares, sobretudo se considerarmos os dados relativos ao ano de 2009, quando mais da metade dos partos em hospitais foi cesariana.

Se a medicalização do parto já tem longa data no contexto urbano brasileiro, ainda é um fato recente para as populações indígenas no Brasil. Entre os Munduruku da aldeia Kwatá, toda mulher acima de 40 anos não tinha dúvida quanto ao local do parto, que seria em sua casa, na aldeia, com o auxílio de uma mulher mais velha ou de uma *parteira* ou *pajé*. Do mesmo modo, os cuidados relativos à gestação eram realizados no interior da família extensa, eventualmente, contando com o recurso de um(a) especialista indígena. Atualmente, a medicalização do parto entre as mulheres Munduruku da TIKL iniciou-se já na gestação, com o programa de acompanhamento pré-natal, uma medida das políticas públicas de saúde, mas também daquelas voltadas à diminuição da desigualdade social no Brasil, que incentivam as mulheres a realizarem o controle mensal durante a gestação junto ao sistema de saúde, apesar do acesso restrito à alta tecnologia obstétrica. Entretanto, parece que as ideologias subjacentes ao modelo médico hegemônico antecedem e persistem independentemente do contexto de baixa ou alta tecnologia obstétrica. Assim, não obstante o acesso ou não ao recurso biomédico, sobretudo aqueles envolvidos na medicalização do parto, é fato que o discurso e a ideologia biomédica da necessidade de parto hospitalar e de *laqueadura* eram temas de conversação e de crítica entre as mulheres Munduruku da TIKL, já à época da pesquisa de campo.

Os dados secundários comprovam que as mulheres Munduruku realizaram partos no hospital. Todavia, os motivos envolvidos no processo de tomada de decisão sobre onde parir ficam mais claros quando analisamos os dados obtidos durante o trabalho de campo. Conforme dito anteriormente, concentrei minhas atividades de observação participante em um segmento residencial. Das sete mulheres gestantes da família extensa que moravam nesse segmento, três delas optaram por parir na cidade. Lana optou pelo parto hospitalar porque estava decidida a fazer a “*laqueadura*”, um procedimento cirúrgico que consiste na esterilização feminina. Por conta dessa decisão, Lana fez cesariana.

A laqueadura era um tema de conversa entre as mulheres Munduruku, especialmente quando o assunto era a escolha pelo parto hospitalar ou por um método permanente e efetivo contra a concepção. Uma professora Munduruku, ao tentar entender porque eu vinha de uma família tão pequena, com somente uma irmã e um irmão, pontuou as razões para a feitura da “*laqueadura*”. Sua última gestação fora a menos de um ano, e contava porque ela tinha uma família numerosa. Seu pai lhe aconselhou a casar e “*a fazer filhos para não acabar a geração*”. A professora se referia à continuação da família ao falar da *geração*. Ela observou minha procedência de uma diminuta família e concluiu que “*a sociedade envolvente pensa diferente*”. Ela exemplificou essa diferença rememorando as recomendações que as mulheres Munduruku escutavam quando faziam o pré-natal: “*dizem que muito filho faz mal para a saúde da mulher, que filho fica criado assim ao vento*”. Cumpre esclarecer que, segundo consta no *Manual técnico do pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada*, cabe aos profissionais da atenção básica promover “ações educativas” (2005: 30-32), dentre as quais aparece a “Importância do planejamento familiar, num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção” (Idem:31). Ao que parece, a ação educativa para o planejamento familiar realizada durante as consultas pré-natal na TIKL sustentaria um número ideal de filhos. Todavia, não posso afirmar que as Emsi tenham incluído a recomendação para fazer laqueadura em suas ações

educativas no pré-natal. Entretanto, a avaliação sobre uma tendência atual de procura pela laqueadura foi uma opinião comum entre muitas mulheres Munduruku. Isso, mesmo num contexto em que as mulheres compartilhavam diversos saberes sobre práticas anticonceptivas por meio do uso de remédios caseiros e de métodos biomédicos, em especial, “*injeção para não engravidar*” (anticoncepcional injetável) obtidos gratuitamente nos postos de saúde de Nova Olinda do Norte. De qualquer forma, qualquer que tenha sido a recomendação feita pelos profissionais da Emsi durante o acompanhamento pré-natal relativo ao planejamento familiar, a *laqueadura* é um procedimento biomédico que vem ganhando espaço nas práticas anticonceptivas das mulheres Munduruku, segundo uma opinião comum, inclusive dos profissionais de saúde. Além disso, cumpre destacar a necessidade do parto hospitalar, construída durante as consultas de acompanhamento do pré-natal.

Segundo uma das técnicas de enfermagem do polo base Laranjal, “*toda primípara mandamos para Nova Olinda do Norte*”, ou seja, encaminham para a rede municipal do SUS para realizar o parto hospitalar. Curiosamente, a idade e a inexperiência em parir também apareceram nas avaliações das mulheres Munduruku com quem conversei nas aldeias Kwatá, Niterói, Caióé e Fronteira, adstritas ao polo base Kwatá, como critérios considerados no processo decisório sobre o local do parto. Esse foi, por exemplo, o caso de Itapema, uma jovem de aproximadamente 17 ou 18 anos, que teve seu primeiro parto no hospital de Nova Olinda do Norte. Ao visitar Itapema, neta de minha anfitriã Ceci, que estava morando com sua mãe, Rita, enquanto cumpria o *resguardo de parto*, foi-me dito que ela havia sido levada para o hospital porque “*era muito nova*”. Foi Rita quem afirmou o motivo da escolha pelo parto hospitalar e foi ela quem acompanhou sua filha durante e após o parto, enquanto permaneceram na Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai). A permanência na Casai após o parto, por um período que variou entre 7 e 15 dias, foi seguido pelas mulheres Munduruku como parte das práticas de autoatenção ao pós-parto. Outras

mulheres realizaram o parto hospitalar pelo mesmo motivo que levou Itapema à escolha desse local para parir durante o período da pesquisa de campo. Gigi, outra jovem de 16 anos de idade, também fez o primeiro parto no hospital. A mãe de Gigi era AIS e a acompanhou durante e após o parto, quando permaneceram na Casai. Novamente, a mãe de Gigi justificou a escolha por conta da idade da filha, “*muito nova*”. Gigi estava morando com os pais porque ficara viúva pouco antes do nascimento do filho.

Quando fiz observação participante na Casai, a maioria das pacientes em trânsito, isto é, que estavam pernoitando ali, era gestante ou estava no pós-parto. Naquele espaço, outro fator foi elencado como critério para a eleição do parto hospitalar pelas mulheres e seus acompanhantes, os quais, na maioria dos casos, eram as mães das gestantes ou seus maridos. A busca por uma segurança diante da virtualidade de um parto complicado motivou tanto gestantes primíparas quanto experientes a buscar o parto hospitalar. A principal razão enunciada por elas foi evitar a morte materna ou a morte do bebê por causa de possíveis complicações na hora do parto. Assim, o parto hospitalar apareceu como alternativa relacionada à expectativa de um parto seguro. A possibilidade de um parto complicado, especialmente na época da seca, quando as dificuldades de deslocamento das aldeias até o polo base, onde a Emsi atuava, ou até a cidade de Nova Olinda do Norte para ser assistida no hospital, motivou muitas famílias de diferentes aldeias a procurarem o parto hospitalar com antecedência, fosse primeiro parto ou não. Esses foram os casos, por exemplo, de Vani e de Laura. Vani e seu esposo, à época da pesquisa de campo, um AIS e conselheiro distrital de saúde, optaram pelo parto hospitalar porque o deslocamento seria mais difícil e demorado, por conta das distâncias que aumentavam na época da seca, caso houvesse alguma complicação. Eles moravam em uma pequena aldeia, adstrita ao polo base Laranjal, no rio Mari-Mari, não muito distante da aldeia onde o polo base ficava sediado. Vani foi acompanhada de seu marido e os dois ficaram por 15 dias após o parto na Casai. Ela tinha mais de 30 anos e era mãe de cinco crianças,

das quais apenas as duas últimas nasceram no hospital. As outras três meninas haviam nascido na aldeia com a ajuda da “*parteira*” da aldeia Mucajá, próxima da que moravam. Laura, por sua vez, morava em uma distante aldeia no rio Canumã, a horas de viagem da aldeia onde a Emsi do polo base ficava sediada. Ela e seu esposo, também um AIS, optaram pelo parto hospitalar da última filha, com cinco meses na época da pesquisa de campo, por receio de um parto complicado e por conta da distância dessa aldeia, inclusive, das demais aldeias naquele rio. Além disso, os pais dela já eram falecidos e os pais dele moravam em Nova Olinda do Norte. Laura também tinha mais de 30 anos e era mãe de sete crianças.

É compreensível o receio dos Munduruku e a preocupação em deslocar uma mulher em trabalho de parto, a qualquer hora do dia ou da noite, como motivação para optar antecipadamente pelo parto hospitalar, à medida que as ações de alguns profissionais da Emsi manifestaram uma rejeição às práticas das “*parteiros*”. Conforme expressou uma técnica de enfermagem do polo base Laranjal: “*diz que as parteiras mandam fazer força antes da hora, já a equipe [Emsi] avalia pela dilatação*”. Por esse motivo, quando a Emsi chegou para fazer o parto “*a mulher já estava toda atirada, cansada*”. Embora ela estivesse falando especificamente de um parto realizado no interior da TIKL, no qual havia participado ativamente, chegando mesmo a realizar uma episiotomia, sugiro que o testemunho dessa técnica de enfermagem possa estar evidenciando um discurso biologicista e medicalizado do parto. Ainda mais, sugiro que esse tipo de discurso torna visível a maneira como profissionais de saúde reforçam uma relação de subordinação da mulher e dos saberes indígenas ao saber biomédico.

Como vimos anteriormente, esses discursos contradizem a narrativa de Araci, por exemplo, sobre a hora correta de fazer força. Essas contradições emergem em um contexto, no qual muitos partos foram realizados com sucesso em casa, com o auxílio das mulheres mais velhas da família extensa ou com a participação dos especialistas indígenas e, ainda, eventualmente, dos profissionais de saúde. Em certo sentido,

a necessidade de parto hospitalar, incentivada pelos profissionais da Emsi – seja de forma direta, ao encaminhar as primíparas à rede do SUS, seja de forma indireta, ao desqualificar as práticas Munduruku relativas ao parto –, contribuiu para a construção do parto como um evento cercado de riscos e, principalmente, para uma medicalização no enfrentamento deles.

Todavia, a ideia de risco de vida, como situação de vulnerabilidade, cujas consequências podem levar à morte da parturiente e do bebê, não é totalmente estranha aos Munduruku. A procura por partos hospitalares foi também uma demanda de algumas mulheres indígenas, cujas motivações tiveram origem nas avaliações que emergiram da prática de *pegar barriga*. Iara estava planejando parir no hospital de Nova Olinda do Norte porque tanto o pajé quanto sua cunhada afirmaram que seu bebê estava *sentado* ao *pegarem a barriga* dela ao longo da gestação. Conforme vimos, Iara fora *pegar barriga* durante todo o período da última etapa da pesquisa de campo para *ajeitar o bebê no nascedouro*, ou seja, para endireitar a posição fetal, e decidira parir no hospital da cidade de Nova Olinda do Norte incentivada pelo pajé que a acompanhou durante a gestação. Essa decisão estava embasada no diálogo com um especialista Munduruku e na avaliação da posição fetal, cuja inadequação resultaria em um parto difícil e representava riscos de vida para mãe e, especialmente, para o bebê, segundo a memória social compartilhada entre os Munduruku acerca de partos seguidos de morte por causa da posição do bebê na hora do nascimento. As mulheres mais velhas contavam casos de óbito neonatal de bebês que nasceram *sentados* ou *de pé* e casos de partos bem sucedidos, apesar da posição inadequada do bebê na hora do nascimento, principalmente por conta da atuação de *pajés* e *parteiras*.

Em contrapartida, nesse cenário, é importante ainda considerar os riscos à saúde materno-infantil por conta das cesáreas desnecessárias. Desde 1998, o Ministério da Saúde vem incentivando a diminuição do número de cesáreas, por reconhecer que esse procedimento tem contribuído para os índices de morbimortalidade neonatal.

Embora essa realidade tenha melhorado progressivamente nos últimos anos, a assistência materno-infantil é ainda um significativo problema de Saúde Pública no País. Em algumas regiões, registram-se, ainda, alarmantes índices de morbimortalidade materna e neonatal. Isso decorre por diversos fatores, como a precariedade ou inexistência da realização de pré-natal, insuficiência nas condições gerais de infraestrutura e de materiais e equipamentos, capacidade instalada e operacional dos hospitais que realizam partos no País. A alta taxa de cesarianas verificada tem contribuído significativamente para a ampliação dessa morbimortalidade. O parto cirúrgico traz cerca de sete vezes mais risco para a mãe e o bebê (Brasil MS, 2002: 81).

No Brasil e mundo afora, há inúmeros fatores que interferem na escolha pelo parto hospitalar (Pérez-Gil, 2007; Sargent & Bascope, 1996). Podemos citar, por exemplo, questões logísticas de deslocamento e proximidade aos centros urbanos; questões de ordem socio-cultural e histórica; e a crescente expansão do modelo biomédico e da medicalização do parto. No contexto da TIKL, de alguma forma, o sistema de saúde tem incentivado e estimulado as mulheres Munduruku a parirem nos hospitais da cidade. E, de alguma forma, ideias de planejamento familiar, orientadas por uma visão particular de desenvolvimento socioeconômico, têm incentivado algumas mulheres Munduruku a realizarem a *laqueadura*, o que tem impactado diretamente sobre a realização de cesarianas. A preferência pelo parto cesariano tem sido um ponto crítico na fala dos Munduruku de Canumã, especialmente quando associado à prática da *laqueadura*. As mulheres Munduruku reconheceram a busca pela *laqueadura* como resultado do diálogo e do contato com os serviços de saúde ofertados pelo governo brasileiro.

Em síntese, a escolha pelo parto hospitalar foi motivada por diferentes expectativas construídas a partir do diálogo com diversos atores sociais, entre eles, mães, maridos, especialistas indígenas (pajé e “parteiros”) e profissionais de saúde. Embora a motivação fosse diferente conforme as relações sociais estabelecidas, podemos inferir que a ideia de risco ou de um parto difícil em determinadas circunstâncias poderia ser um paralelo entre as práticas indígenas e biomédicas relativas

ao nascimento, cujo foco seria o bem estar da mãe e do bebê. Nesse sentido, os profissionais de saúde e as práticas de medicalização do parto encontram um terreno fértil e, portanto, impõem a necessidade de uma atuação crítica a fim de evitar uma medicalização excessiva e desnecessária, cujo embasamento estaria mais em um procedimento padrão do que em uma avaliação caso a caso.



