

A cosmopolítica da gestação,
do parto e do pós-parto:
práticas de autoatenção e processo de
medicalização entre os índios Munduruku

Raquel Paiva Dias-Scopel

ABA PUBLICAÇÕES

A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto:
práticas de autoatenção e processo de medicalização
entre os índios Munduruku

IV PRÊMIO ABA-GIZ

Edição 2014–2015

Comissão de Projeto Editorial:

Coordenador: Antônio Motta (UFPE), Carmen Rial (UFSC),
Cornelia Eckert (UFRGS), Igor José Renó Machado (UFSCAR) e
Peter Fry (UFRJ).

Conselho Editorial:

Alfredo Wagner Berno de Almeida (UEA), Antonio Augusto Arantes
(Unicamp), Bela Feldman-Bianco (Unicamp), Cristiana Bastos
(ICS/Univ.Lisboa), Cynthia Sarti (Unifesp), Gustavo Lins Ribeiro
(UnB), João Pacheco de Oliveira (UFRJ), Julie Cavignac (UFRN),
Laura Graziela Gomes (UFF), Lílian Schwarcz (USP), Luiz Fernando
Dias Duarte (UFRJ), Miriam Grossi (UFSC), Ruben Oliven (UFRGS) e
Wilson Trajano (UnB).

Comissão Julgadora:

Presidente: João Pacheco de Oliveira, Alexandra Silva (UFPB),
Denise Fagundes Jardim (UFRGS), Deise Lucy Montardo (Ufam),
Marcia Maria Gramkow (GIZ) e Rita Segato (UnB).

Raquel Paiva Dias-Scopel

A cosmopolítica da gestação,
do parto e do pós-parto:
práticas de autoatenção e processo de
medicalização entre os índios Munduruku

Direitos para esta edição: ABA-GIZ

Copyright © 2015 by: Raquel Paiva Dias-Scopel

ABA - Associação Brasileira de Antropologia
Universidade de Brasília
Campus Universitário Darcy Ribeiro
Departamento de Antropologia
Instituto de Ciências Sociais (ICS) 0
Caixa Postal 04491
70904-970 Brasília - DF
telefax: 61 3307-3754
www.abant.org.br

GIZ - Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH
SCN Quadra 1 Bloco C Sala 1.501,
Ed. Brasília Trade Center
70711-902 Brasília - DF
www.giz.de

EDIÇÃO: Paralelo 15

Fone: (61) 3478 1816

www.editoraparalelo15.com.br / editor@editoraparalelo15.com.br

PROJETO GRÁFICO DA CAPA: Luciana Facchini

ISBN: 978-85-86315-99-7

Ficha catalográfica

Dias-Scopel, Raquel Paiva

A cosmopolítica da gestação, do parto e do pós-parto: práticas de autoatenção e processo de medicalização entre os índios Munduruku / Brasília : Paralelo 15, 2015.

248 p.

1. Ciências sociais. 2. Etnologia. 3. Antropologia. 4. Cultura. 5. Munduruku. 6. Mulher 7. Parto. I. Raquel Paiva Dias-Scopel. II. Título.

CDU: 305.8
980

Sumário

Apresentação, 9

ABA/GIZ

Prefácio, 11

Esther Jean Langdon

Agradecimentos, 19

Siglas, 22

Introdução, 23

Atenção diferenciada e o índio hiper-real, 34

Capítulo 1

A pesquisa de campo, a metodologia
e a contextualização histórica, 41

Gestação, parto e pós-parto como processos de autoatenção, 49;

O povo Munduruku: breve contextualização histórica, 53

Capítulo 2

O cotidiano dos Munduruku: a vida na aldeia Kwatá, 65

A vida na aldeia, 67; *A roça*, 70; *A fabricação da farinha*, 78; *A pesca*,
85; *A caça*, 87; *A preparação dos alimentos – cozinhar*, 90; *Trabalho
assalariado e trabalho por “diárias”*, 93; *Futebol, missas e rodas de
conversa*, 95; *Viagens à cidade e festas*, 99; *Tempo e cosmo*, 101

Capítulo 3

As práticas de autoatenção à gestação, 105

A importância da menarca no processo de gestação, parto e pós-
parto, 107; *Desejo e admiração*: o perigo na produção coletiva de
corpos, 112; *Abalo de criança*, 121; A agência do feto, 127;
Filho de bicho não mexe: distinções entre gravidez de gente e
gravidez de bicho – misturas indesejáveis, 131; *Pegar barriga*, 140

Capítulo 4

Participação da gestante Munduruku no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 143

Capítulo 5

Práticas de autoatenção relativas ao parto: pluralidade de sistemas médicos, articulação e autonomia relativa, 157

Atividades cotidianas que incidem sobre a qualidade do parto, 159; O parto domiciliar, 163; Atuação das mulheres da família extensa e das *parteiras* no parto domiciliar, 165; A atuação da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena no parto domiciliar em um contexto de pluralidade de formas de atenção, 171; Cosmografia e parto: a importância da *mãe do corpo* nos cuidados com o parto, 173

Capítulo 6

Atenção diferenciada e medicalização da gestação, do parto e do pós-parto, 181

O parto na cidade, 186

Capítulo 7

O cotidiano e o extraordinário: o *resguardo* entre os Munduruku, 197

O *resguardo* do pós-parto Munduruku: o sangue, o corpo e a vida, 199; O sangue do parto – impureza e perigo, 199; A reclusão e a dieta alimentar, 203; O Taperebá e o “*pai da criança*”, 217; A longevidade e a força de uma samaumeira, 224

Considerações finais, 231

Referências, 237

Dedico este trabalho às mulheres e aos homens Munduruku que me ensinaram a viver o dia a dia da aldeia com paciência, alegria e disposição.

Apresentação

O Prêmio ABA-GIZ tem por finalidade estimular a pesquisa antropológica com povos indígenas da Amazônia, contribuindo para a divulgação de trabalhos científicos recentes e de elevada qualidade através da viabilização de sua publicação. Para isso podem inscrever-se e concorrer monografias – teses e dissertações – realizadas em programas de pós-graduação existentes no país que focalizem as temáticas previamente escolhidas nos editais de cada ano.

Tal iniciativa também integra o novo programa editorial da Associação Brasileira de Antropologia (ABA), cujo intuito é propiciar aos seus associados e associadas publicações que focalizem assuntos relevantes e atuais, de grande importância para o avanço da etnografia e das interpretações sobre os povos indígenas que habitam o espaço amazônico, contribuindo assim para a melhor garantia de seus direitos e de seu bem-estar.

Na edição de 2014, o IV Premio ABA-GIZ tomou como tema os Povos indígenas e cenários etnográficos na Amazônia “Gênero e povos indígenas na Amazônia”. Este trabalho, que se constitui em uma tese de doutoramento apresentada por Raquel Paiva Dias-Scopel ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), foi indicado como vencedor por uma comissão integrada por cinco etnólogo/as e coordenada pela Comissão de Assuntos Indígenas da ABA.

Neste livro, intitulado *A cosmopolítica da gestação, parto e pós-parto*, a autora realiza uma rica e competente etnografia, centrada nos indígenas Munduruku, sobre as práticas de autoatenção e o processo de medicalização. Um prefácio da Profa. Dra. Esther Jean Langdon, que

foi a orientadora desta tese, antecede o texto, cuja leitura é extremamente rica e valiosa para uma melhor compreensão das culturas indígenas amazônicas e das formas respeitadas e apropriadas com as quais o Estado brasileiro deve incumbir-se de suas responsabilidades quanto à assistência de saúde aos povos indígenas.

Comissão editorial
ABA-GIZ



Prefácio

É com grande prazer que apresento este livro de Raquel, fruto de sua pesquisa de doutorado entre os Mundurucu e da tese que foi laureada no IV Prêmio ABA-GIZ, sobre a temática de “Gênero e povos indígenas na Amazônia”. Raquel foi minha orientanda na Universidade Federal de Santa Catarina desde a graduação até o doutorado. Sempre teve interesse na antropologia da saúde, e sua pesquisa para o trabalho de conclusão de curso foi sobre a depressão pós-parto entre as mulheres da classe popular em Florianópolis (SC). Desde o mestrado ela vem trabalhando no campo de saúde indígena, tema deste livro, no qual ela nos oferece uma importante contribuição como pesquisadora.

Sua dissertação de mestrado, “O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde”, fez parte de uma pesquisa mais ampla: “O subsistema de atenção à saúde do índio em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul): o papel do Agente Indígena de Saúde” (Projeto 326/2003 – Fapesc/Unesco-MS) (Langdon, Dielh, Wiik & Dias-Scopel, 2006; Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007). Esta pesquisa foi realizada pelos membros do Núcleo de Saberes e Saúde Indígena (Nessi/UFSC) entre 2004 e 2005 e visava o acompanhamento e a análise da formação e do papel do Agente Indígena de Saúde (AIS) na atenção básica dirigida às comunidades indígenas de Santa Catarina. Raquel contribuiu para o desenvolvimento deste projeto, e ainda para o filme que realizamos sobre este grupo (Langdon & Wiik, 2008)¹. Sua primeira viagem para a

1 “Primeira festa do artesanato indígena: Xokleng-Laklãnõ” – coordenadora: E. Jean Langdon; filmagem e edição: Alan Stone Langdon; produção Nessi/UFSC.

TI Laklânô foi durante a filmagem e, subsequentemente, ela morou na terra indígena durante vários meses para realizar a pesquisa qualitativa de sua dissertação do mestrado.

Logo depois da conclusão do mestrado, Raquel entrou como pesquisadora do Instituto de Pesquisa Leônidas e Maria Deane/Fiocruz-AM, mantendo seu vínculo com o Nessi e dando continuidade a nossas pesquisas em saúde indígena, dentre as quais aquelas sobre os AIS (Diehl, Langdon & Dias-Scopel, 2012; Langdon, Diehl & Dias-Scopel, 2014). Raquel foi mesmo a responsável pelo acordo de cooperação técnico-científica estabelecido entre a Fiocruz-AM e a UFSC para a colaboração em pesquisa visando à comparação do modelo de atenção diferenciada entre os Kaingang de Santa Catarina e os Munduruku do Amazonas. Este projeto foi importante para a definição da pesquisa de doutorado que Raquel realizou entre os anos 2009 e 2011.

Relato aqui seu papel nas atividades do Nessi para ressaltar que, desde o início de seus estudos em antropologia, Raquel demonstrava uma capacidade e dedicação não usual para uma pessoa em início da carreira. Como orientadora, foi um grande prazer acompanhar seu desenvolvimento ao longo de todos estes anos. Não cabe relatar todas suas publicações nem as apresentações em congressos de antropologia e saúde coletiva, mas quero destacar que a pesquisa contida neste livro faz parte da trajetória de uma pesquisadora jovem que tem demonstrado duas capacidades especiais – a realização da pesquisa qualitativa de longa duração no modo clássico da antropologia; e a colaboração em grupos e redes de pesquisa que visam desenvolver o campo interdisciplinar de saúde indígena.

O trabalho do doutorado foi apoiado com recursos do INCT: Brasil Plural (MCTI/CNPq/Capes/Fapesc/Fapeam) no âmbito da rede de pesquisa de IBP “Saúde: práticas locais, experiências e políticas públicas”, realizada por pesquisadores da área de antropologia e de outras disciplinas (nutrição, farmácia, sociologia, psiquiatria, medicina e enfermagem). Esta rede interinstitucional parte da colaboração entre os pesquisadores da UFSC e da Fiocruz-AM que vêm contribuindo para a

construção do campo da antropologia da saúde, com particular preocupação para a articulação entre os resultados de pesquisa com as práticas de atenção e as políticas públicas. Esta colaboração teve início há mais de vinte anos, quando os pesquisadores se conheceram através do engajamento na investigação dos processos de saúde e doença a partir de uma perspectiva antropológica para contribuir com a discussão teórico-analítica para a implantação de políticas públicas de saúde indígena.

Os pesquisadores da UFSC e da Fiocruz-Manaus têm sido pioneiros nas pesquisas sobre a compreensão das condições de saúde, os serviços e a política direcionada aos povos indígenas. A colaboração se caracteriza pelo esforço de desenvolver uma abordagem antropológica da saúde capaz de dialogar com as ciências e as políticas de saúde (Garnelo & Langdon, 2005). O enfoque não é exclusivamente limitado à questão indígena e temos uma articulação estreita com a problemática analítico-teórica da rede geral que examina a relação entre saúde, sociedade e políticas públicas.

Junto a pesquisadores da Colômbia e do México exploramos a inovação em conceitos analíticos adequados para o contexto latino-americano, tais como “etnoepidemiologia” (Portela, 2008), “epidemiologia sociocultural” (Haro, 2010) e “práticas de autoatenção” (Menéndez, 2009). Visamos construir um diálogo sobre a antropologia da saúde na América Latina e suas contribuições para as políticas públicas numa perspectiva comparativa (Cardoso & Langdon, no prelo). A metodologia está ancorada na pesquisa qualitativa de longa duração (Menéndez, 2012) e no potencial de seus resultados para a atenção à saúde e o desenvolvimento de políticas públicas num contexto de diversidade de saberes e culturas.

O livro de Raquel demonstra como é frutífero o desenvolvimento dos paradigmas antropológicos para a compreensão de modelos de atenção e sob a perspectiva dos atores nos contextos locais. Relata com profundidade extraordinária como os Munduruku se organizam para garantir que a gravidez proceda normalmente e resulte num parto sem problemas e numa criança saudável. Essas práticas remetem a

uma cosmografia e visão do corpo que vai além da visão de gravidez e seus cuidados pela biomedicina. Demonstra a capacidade das famílias Munduruku no gerenciamento da gravidez, articulando os saberes e os especialistas tradicionais com os serviços oficiais de saúde acessíveis.

A autora explora a agência dos Munduruku nos contextos de gravidez, parto e pós-parto através dos conceitos de “modelos de atenção à saúde” e “práticas de autoatenção” de Eduardo Menéndez (2009), colaborador de nossa rede de pesquisa no México. Assim, as informações apresentadas não partem de uma visão limitada de “etnomedicina” ou “saúde indígena”. Identifica todos os recursos terapêuticos empregados na busca de prevenção, tratamento, controle, alívio e cura acessados no processo de gravidez, parto e pós-parto, incluindo a articulação com os serviços oficiais oferecidos pelo Subsistema de Saúde Indígena.

O conceito central, as práticas de autoatenção, compreende

as representações e práticas que a população utiliza no nível do sujeito e do grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguentar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção direta, central e intencional de curadores profissionais (Menéndez, 2009: 48).

Menéndez sublinha, portanto, o caráter autônomo dessas práticas. Segundo ele, existem dois níveis em que as práticas de autoatenção podem ser pensadas: o primeiro, mais amplo, está ligado a todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial dos sujeitos e grupos no nível dos microgrupos, em especial do grupo doméstico. Assim, a autoatenção neste nível inclui não apenas o cuidado e a prevenção das enfermidades, mas também usos de recursos corporais e ambientais, dietética, normas de higiene pessoal e coletiva, organização social, rituais, e assim por diante. Este conceito remete à relação de saúde como parte da práxis e cosmologia. O segundo nível, mais restrito, refere-se principalmente às estratégias, científicas e não científicas, de representação da doença e de práticas de cura e cuidados.

Menéndez (2012) defende que a pesquisa etnográfica centrada nos sujeitos e grupos sociais revela a forma pela qual esses diferentes modelos de atenção se articulam nos itinerários terapêuticos individuais, nos quais, muitas vezes, aparecem combinadas práticas terapêuticas e noções sobre saúde/doença que em outras instâncias são definidas como antagônicas ou excludentes. Através das mulheres Munduruku, que se inserem em redes de trocas de conhecimentos, constroem-se influências mútuas entre diferentes modelos de atenção à saúde. Desta maneira, as práticas e concepções a respeito da gravidez, do parto e do pós-parto são construídas e reconstruídas num processo contínuo.

Resumindo: o conceito fundamental deste livro – a autoatenção – aponta para o reconhecimento da autonomia e da criatividade da coletividade, principalmente da família, como núcleo que articula os diferentes modelos de atenção ou cuidado da saúde. Diferentemente do conceito médico de “autocuidado”, o conceito de Menéndez adotado como eixo de análise do livro desloca a ação do profissional de saúde para os Munduruku como coletividade. Enquanto o primeiro trata da adequação do paciente para incorporar os valores e as instruções da biomedicina, o segundo, base de análise neste livro, trata de sua autonomia na articulação dos recursos terapêuticos acessíveis, independentemente de sua origem, e na criação de articulações novas.

Como Raquel demonstra claramente neste livro, apesar da expansão da biomedicina através do Subsistema de Saúde Indígena, os serviços de atenção à saúde oferecidos não suplantam outras formas de conhecimento. Pelo contrário, ao mesmo tempo em que a biomedicina se expande, as práticas de saúde populares e alternativas também florescem. Desta maneira, as dinâmicas relacionadas à saúde/doença são caracterizadas por uma negociação entre diferentes práticas e formas de conhecimento, sendo que, muitas vezes, neste processo, formam-se novas sínteses e hibridações.

O livro procura dar conta das diversas formas através das quais os Munduruku acionam os variados sistemas terapêuticos no processo de gravidez e de parto. Procura-se ressaltar aspectos como a interação e a

relacionalidade inerentes às práticas sociais. As práticas, os conceitos e as ações sobre o corpo e a gravidez articulam-se com a ordem socio-cosmológica. A ênfase de Raquel para entender a perspectiva dos Munduruku e reconhecer sua capacidade de agência revela que é a partir dos sujeitos e/ou grupos sociais que são construídas as articulações entre os diferentes conceitos e práticas relacionados ao processo de saúde/doença; muitas vezes essas articulações se dão através de ações que recombina elementos das mais variadas esferas e produzem outros aspectos do social. Assim, este estudo antropológico traz para o campo da saúde coletiva uma visão da coletividade e o reconhecimento dos saberes plurais, a autonomia dos atores e as especificidades das situações locais em paralelo com os processos estruturais de expansão da forma de atenção biomédica.

A abordagem deste livro parte dos paradigmas que analisam o processo de saúde/doença como socialmente construído, contextual e interacionalmente, bem como a premissa de que os diferentes modelos médicos possuem especificidades e estão em constante reconfiguração e interlocução. Ao se concentrar especificamente nas práticas de autoatenção sobre gravidez, parto e pós-parto dos Munduruku, a pesquisa ressalta o caráter dinâmico e processual das práticas ligadas ao cuidado da saúde, bem como as ações de articulação entre diferentes conhecimentos e saberes, com o intuito de descrever e analisar as particularidades, interações, negociações e conflitos existentes nos processos sociais.

Esta pesquisa se caracteriza por sua natureza clássica de etnografia, longos períodos de campo de convivência com o grupo para entender as preocupações e práticas de autoatenção no sentido lato que remete a perspectiva maior de processos corporais, sociocosmológicos e de identidade.

Raquel, junto com seu marido e companheiro em pesquisa, vem realizando uma contribuição importante para a antropologia e a saúde coletiva (Scopel, 2013; Dias-Scopel, 2014; Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012). Para este livro, a metodologia de observação participante

guiou a investigação no sentido literal, dado que Raquel estava grávida durante sua estadia em campo. Isso permitiu e estimulou um diálogo simétrico e profundo com as mulheres e os homens indígenas, e seus saberes e capacidades de ação estão na base das ricas informações contidos neste livro.

*Esther Jean Langdon
Florianópolis, fevereiro de 2015*

REFERÊNCIAS

- DIAS-SCOPEL, R. P. *O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena. *Revista Tellus*, n. 13, p. 51-73, 2007.
- DIEHL, E. E.; LANGDON, E. J.; DIAS-SCOPEL, R. Contribuição dos agentes indígenas de saúde na atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, n. 5, p. 819-831, 2012.
- GARNELO, L.; LANGDON, E. J. A antropologia e a reformulação das práticas sanitárias na atenção básica à saúde. In: SOUZA MINAYO, Maria Cecília de; COIMBRA Jr., Carlos E. A. *Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*, p. 136-164. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005
- HARO, J. A. *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial/Centro de Estudios en Salud y Sociedad, El Colegio de Sonora, 2011
- LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; WIIK, F. B.; DIAS-SCOPEL, R. P. A participação dos Agentes Indígenas de Saúde nos Serviços de Atenção à Saúde: A experiência em Santa Catarina (Distrito Sanitário Especial Indígena Interior Sul). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.
- LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Festa de Inauguração do Centro de Turismo e Lazer: uma análise da performance identitária dos Laklânõ (Xokleng) de Santa Catarina. *Revista Ilha*, v. 10, n. 1, p. 171-199, 2008.

LANGDON, E. J.; DIEHL, E. E.; DIAS-SCOPEL, R. P. O papel e a formação dos Agentes Indígenas de Saúde na atenção diferenciada à saúde aos povos indígenas brasileiros. In: TEIXEIRA, Carla; GARNELO, Luiza (Orgs.). *Saúde indígena em perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas*, p. 213-240. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

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

———. Metodología cualitativa: varios problemas y reiteradas omisiones. *Index de enfermeria/primer-segundo trimestre*. 21(1-2), p. 62-68, 2012

PORTELA GUARIN, H. *La epidemiologia intercultural. Argumentaciones, requerimientos y propuestas*. Popayan: Editorial Universidad del Cauca, 2008.



Agradecimentos

A contribuição de muitas pessoas e instituições foi central para a condução desta pesquisa, desde a concessão da licença para cursar o doutorado, do apoio financeiro para sua realização, do apoio logístico para ingresso e deslocamento na área indígena, até o diálogo diário sobre a pesquisa.

Inicialmente, agradeço aos Munduruku por terem autorizado a realização desta pesquisa e por terem compartilhado comigo suas vidas e seus saberes. Sou grata, especialmente, à Dona Ester, por ter me recebido em sua casa e compartilhado comigo e meu esposo o conhecimento de uma anciã sobre as histórias de seu povo. Sou grata a Nega e a sua família por terem dividido sua farinha, seu peixe, sua caça. Agradeço ao cacique Manoel Cardoso Munduruku e a sua família pelo constante auxílio no deslocamento pelos rios da Terra Indígena Kwatá-Laranjal. Sem a acolhida de Dona Ester, Nega e sua família, e sem o auxílio da família de Manoel, esta pesquisa não seria a mesma.

Na Terra Indígena Kwatá-Laranjal, eu convivi com muitas pessoas que me receberam em suas casas e dividiram suas horas e atividades de trabalho. Na aldeia Kwatá, gostaria de agradecer aos casais: Gelson e Hilda, Daniele e Júnior, Juveca e Tuca, Alexandre e Júlia, Marina e Pelé, Isamara e Ederaldo, Baiaka e Bebé, Messias e Alcirema, Eunice e Izaías, Leomara e Alcimír, Ana Greyce e Valni, Ricardo e Rosa, Keké e esposa, Paulo e Dilza, Manoel e Maria Zuma, Jucinei e Vando, Antônio e esposa, Maria Brasil e Raimundo. Também agradeço a Maria Izabel, Joana, Filuca, Graciete, Rosinete, Rosana, Aila, Maristela, Ana Mara, Lúcia, Matilde, Emiliano e Magrinho. Na aldeia Niterói, agradeço aos casais: Valdenice e Edmilson, Zilda e Manoel e, especialmente, a Lirão

e Clara, pela acolhida em sua casa. Na aldeia Jacaré, sou grata ao casal Levi e Nivânea, também pela acolhida e pelo auxílio para conhecer as demais aldeias do rio Mari-Mari. Sou grata também ao conselheiro distrital Kleuton pela disposição para o diálogo.

Agradeço aos profissionais de saúde do polo base Kwatá por terem compartilhado suas experiências, os dados secundários e consentido com a observação participante. Entre eles, gostaria de lembrar a enfermeira Samia e o médico James. Agradeço também aos profissionais que atuavam na Casa de Apoio à Saúde do Índio em Nova Olinda do Norte pela prontidão na disponibilização dos dados secundários, na pessoa do Administrador Yapunã.

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz, em particular, aos diretores Dr. Roberto Sena Rocha e Dr. Sérgio Luiz Bessa Luz, do Instituto Leônidas e Maria Deane, por apoiarem minha decisão de cursar o doutorado. Aos colegas de trabalho Maximiliano Loiola Ponte de Souza, Evelyne Marie Therese Mainbourg, Jesem Douglas Yamall Orellana, Luiza Garnelo, Antônio Levino, Elsia Nascimento Belo Imbiriba e Suly Sampaio sou grata por me ouvirem falar sobre minha pesquisa, apontarem recortes possíveis e bibliografias. Agradeço ainda à funcionária Marinete Martins por cuidar das questões burocráticas que cercam o trabalho de um pesquisador, atendendo sempre com muita paciência todas as demandas que surgiram.

Agradeço à Dr.^a Raquel Wiggers e a Marivon pela acolhida em sua casa em Manaus e pelas instigantes conversas.

Na Universidade Federal de Santa Catarina, sou grata especialmente à professora Jean Langdon, pela orientação que recebi desde a época da graduação, quando iniciei meu interesse pela abordagem da antropologia da saúde. Jean ensinou-me mais que conteúdos, com sua atitude generosa, amigável e dedicada, ensinou sobre a importância do compromisso ético e da postura dialógica na condução da pesquisa. Sou grata também às colegas da turma de doutorado por tornarem as aulas ainda mais interessantes: Bárbara, Cíntia, Rose, Tatyana, Danielli e Fernanda. Agradeço aos membros do Núcleo de Estudos de Saberes

e Saúde Indígena, em especial, aos professores Dr.^a Eliana Elisabeth Diehl e Dr. Maurício Soares Leite, e aos colegas Carolina, Ari e Valentina pelo diálogo interdisciplinar, disponibilização de textos e troca constante de ideias.

Agradeço aos membros da banca pela leitura e pelos comentários que, ao final, contribuíram para pensar nos futuros desdobramentos desta tese: Prof.^a Dr.^a Antonella Maria Imperatriz Tassinari, Prof.^a Dr.^a Márcia Grisotti, Prof.^a Dr.^a Sônia Weidner Maluf, Prof.^a Dr.^a Luisa Elvira Belaunde e Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Garnelo Pereira. Agradeço também aos membros suplentes: Prof.^a Dr.^a Nádia Heusi Silveira e Prof.^a Dr.^a Carmen Susana Tornquist. Sou grata também à Amanda Ramos Francisco por traduzir para o inglês o resumo.

Aos meus pais, Luiza e Francisco Dias, e aos meus sogros, Soely e Ivo Scopel, serei eternamente grata, especialmente por terem cuidado de mim e de minha família em diversos momentos quando eu estava concentrada na escrita e revisão final da tese. Agradeço também a Ana Luiza, Tati, Aline e Lolo por terem me auxiliado nessa fase final. Ao meu filho Leonardo Scopel, tão pequenino e tão compreensivo, agradeço pelos sorrisos e abraços que amenizaram a solidão da escrita da tese. Ao meu marido Daniel Scopel, eu sou grata por estar ao meu lado durante todo o tempo, apoiando-me indireta e diretamente na execução da pesquisa. O constante diálogo com Daniel foi fonte maior de inspiração na escrita da tese.

Por fim, agradeço ao Instituto Nacional de Pesquisa Brasil Plural pelo apoio financeiro à realização da pesquisa de campo. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, agradeço pela bolsa de estudos.



Siglas

AIS – Agente Indígena de Saúde.

Casai – Casa de Apoio à Saúde do Índio.

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena.

Emsi – Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena.

Funasa – Fundação Nacional de Saúde.

Opims – Organização dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawé.

Pnaspi – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

Sesai – Secretaria Especial de Saúde Indígena.

SUS – Sistema Único de Saúde.

TIKL – Terra Indígena Kwatá-Laranjal.



Introdução

A questão que motivou a escrita deste trabalho foi apresentar ao leitor como os Munduruku vivenciam a gestação, o parto e o pós-parto em tempos que se coloca a difícil tarefa de valorizar, reconhecer e respeitar a diversidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil e a necessidade de minimizar os processos de medicalização da saúde indígena sem, com isso, abrir mão do direito de cidadania de acesso aos serviços de saúde biomédicos. Especialmente porque, do ponto de vista dos Munduruku, a biomedicina não é uma panaceia, e sim um recurso mais entre outras formas de atenção à saúde com o qual pretendem contar para prevenir, solucionar, minimizar ou tratar questões relativas às enfermidades. Gostaria de destacar que, apesar das diferenças entre os saberes biomédicos e os saberes indígenas no trato com a saúde, mulheres e homens Munduruku têm articulado esses saberes no nível das práticas de “autoatenção” relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto (Menéndez, 2003; 2009).

Neste trabalho, práticas de “autoatenção” referem-se, em sentido lato, às atividades realizadas por sujeitos coletivos ou individuais, que implicam na reprodução biossocial do grupo. Em sentido estrito, tais práticas referem-se àquelas manejadas intencionalmente nos processos de saúde/doença/atenção no âmbito familiar de forma relativamente autônoma aos especialistas¹. Cumpre esclarecer desde já que a gesta-

1 O conceito de formas de autoatenção, proposto por Menéndez (2003; 2005; 2009), se insere no debate da antropologia dedicada ao estudo dos processos de saúde/enfermidade/atenção em contextos de pluralidade médica. O autor propõe que as pesquisas deveriam focalizar os saberes de pessoas leigas, uma

ção, o parto e o pós-parto não eram tratados como eventos de doença pelos Munduruku. Ainda assim, ocupavam posição central nas preocupações e nos interesses nativos sobre a saúde, na medida em que constituíam parte de um conhecimento acumulado pelas experiências compartilhadas ao longo de gerações que versavam sobre a vitalidade das relações sociais, afetivas e cosmológicas. Os Munduruku compartilhavam assim uma “cosmografia” mantida pelo esforço em gerenciar um distanciamento ideal entre eles e os outros seres que habitam o cosmo. Neste trabalho utilizo o termo cosmografia de acordo com a definição de Little, a qual abrange

the collective, historically contingent identities, ideologies, and environmental knowledge systems developed by a social group to establish and maintain human territory (Little, 2001: 5).

Para os Munduruku, o cosmo estaria organizado em distintos lugares – entre os quais cito aqueles que ocupam um papel destacado na vida cotidiana: *centro, beira, aldeia, embaixo da terra, fundo do rio e ar* –, de tal forma que cada um desses espaços seria habitado por distintos seres. Assim, a cosmografia praticada pelos Munduruku remeteria à inscrição de significados particulares ao seu território. A construção social desses significados abrangia também um conjunto determinado de práticas e de relações sociais na condução adequada da vida cotidiana e convivência com os demais seres do cosmo, o qual podemos chamar de cosmopolítica. A manutenção de um distanciamento ideal, além de definir espaços e tempos de circulação cotidiana para os Munduruku, estava subsumida em um conjunto de deveres e modos de proceder como formas de garantir e manter a saúde individual e coletiva.

Embora se reconheça, por um lado, nas políticas públicas de saúde voltadas aos povos indígenas no Brasil, que esses produzem e mane-

vez que, em geral, os estudos conduzidos a partir dos saberes de especialistas tendem a destacar muito mais as divergências e os antagonismos do que as articulações entre as diferentes formas de atenção à saúde.

jam saberes relativos à saúde e doença, apontando a estreita relação entre estes saberes e a dimensão sociocultural e geográfica de cada povo e a relevância destes saberes no enfrentamento das enfermidades cotidianas, por outro lado, as políticas de Estado, ainda assim, operam reproduzindo uma imagem caricatural e estereotipada do que identificam como medicina indígena. Conforme apontaram Ferreira (2013) e Scopel (2013), no Brasil, as políticas de Estado acomodam uma definição da medicina indígena sustentada na oposição alegórica entre tradicional e moderno. Esta alegoria colocaria a medicina tradicional no polo de “crenças” do passado, imutável, e os índios como guardiões de um conhecimento “natural” a ser preservado como testemunho do patrimônio da humanidade (Conklin, 2002). No polo oposto, estaria a medicina moderna, convencional, científica, tecnológica, em crescente transformação, baseada em evidências, de abrangência e relevância mundial, devendo estender-se aos cantos mais remotos do mundo em nome da “boa saúde” ou do “bem-estar” (Lock, 2004).

Os efeitos dessa alegoria sobre a “medicina tradicional indígena” repercutem diretamente na concepção das políticas públicas de saúde e na atuação dos profissionais de saúde que tendem a “essencializar” as formas de atenção à saúde e às enfermidades praticadas pelos povos indígenas (Langdon, 2007). Ao focalizar as práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto realizadas por mulheres e homens Munduruku, vem à tona um conjunto de saberes que dificilmente os profissionais de saúde biomédicos compreenderiam como eficaz no cuidado com a saúde, ainda que tais práticas cumprissem um papel inquestionável, do ponto de vista dos indígenas, para o bem-estar na produção de pessoas. E isso, em parte, resulta da imagem caricatural de uma medicina tradicional indígena universal. Imagem que desconhece as especificidades locais porque parte de uma postura cientificista e biológica, que embasa a forma de atenção biomédica à saúde e às enfermidades (Langdon, 2007: 112).

A atribuição de determinadas características à forma de atenção biomédica – como eficácia pragmática, orientação curativa, relação médi-

co-paciente assimétrica e subordinada, exclusão do saber do paciente, profissionalização formalizada, biologismo, associabilidade, a-historicidade, aculturalismo, individualismo, identificação ideológica com a racionalidade científica, saúde/enfermidade como mercadoria, tendência à medicalização dos problemas e à separação entre teoria e prática – permite caracterizar o “modelo médico hegemônico (MMH)” (Menéndez, 2005: 47)².

Se, por um lado, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (Pnaspi) prevê em seu escopo uma atenção diferenciada, sensível às “especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos” (Brasil, 2002: 7), por outro, a biomedicina alopatia está em um processo contínuo de expansão mundial³. Isso resultaria em uma tensão entre princípios e projetos aparentemente contraditórios, mas com efeitos singulares nos contextos de pluralidade médica. Às políticas públicas de Estado de reconhecimento, valorização e integração dos saberes indígenas nos serviços de saúde sobrepõe-se a racionalidade do modelo médico hegemônico em selecionar, avaliar, validar e capacitar, por exemplo, os praticantes indígenas conforme uma

- 2 Cumpro destacar que, conforme assinala o próprio Menéndez, por ser um modelo, isto é, uma abstração feita com intenção heurística, esta caracterização corresponde apenas parcialmente à realidade

[...] *el manejo de modelos como de tipos ideales debe asumir desde el principio que el tipo y el modelo no equivalen a “la realidad” que quieren describir y explicar, sino que son construcciones basadas en la realidad* (Menéndez, 2011: 37).

Entretanto, ainda assim, a definição de modelo médico hegemônico permite identificar alguns elementos norteadores na forma de atenção biomédica alopatia com a qual os indígenas têm contato através dos serviços de atenção primária gerida pela Secretária de Atenção Básica à Saúde Indígena (Sasi) no Brasil, como nas ações de controle e acompanhamento pré-natal ou de planejamento familiar, nos serviços prestados no âmbito da atenção secundária e terciária da rede municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) (Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Garnelo, 2003; 2012; Langdon *et alii*, 2006; Scopel, 2013; Ferreira, 2013).

- 3 A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 254, de 31 de janeiro de 2002.

orientação marcadamente biologista de caráter e pretensão universalista. Isso produz uma relação de subalternização e desvalorização de alguns saberes indígenas e seus praticantes em detrimento de outros saberes, em consequência da identificação via uma aproximação pelas categorias similares àquelas praticadas e reconhecidas pela biomedicina (Langdon, 2013; Sesia, 1996). Em termos práticos, isso significa a promoção de uma imagem genérica e reducionista dos especialistas indígenas, como, por exemplo, pajé ou parteira, em consequência da operação lógica de equivalência errônea entre categorias distintas, mas pensadas como similares pelos gestores de políticas públicas e pelos profissionais de saúde biomédicos. Langdon (2007; 2013) sublinhou que o equívoco em se pensar o pajé como um tipo de médico e a parteira como um tipo de obstetra, frequente nas iniciativas das políticas de Estado, se pautaria em uma concepção limitada da medicina tradicional indígena desconhecidora da pluralidade étnica e cultural dos povos indígenas no Brasil e da diversidade de especialistas indígenas e mesmo das práticas xamânicas e dos pajés. Ao que tudo indica, isso também ocorre em outros países, como no México. Sesia (1996) assinalou que as iniciativas do governo mexicano em capacitar parteiras, ao fim, acabaram por reforçar e promover o modelo de atenção biomédico, pois os cursos oferecidos desconheciam e ignoravam os saberes específicos dessas especialistas.

Entre os Munduruku, identificamos a atuação de uma diversidade de especialistas indígenas cujas práticas, de modo algum, podem ser reduzidas a competências específicas (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012). Notamos mesmo que os saberes relativos a *pegar criança*, isto é, sobre partejar, não estão restritos às práticas das *parteiras*⁴. Como pretendo demonstrar neste trabalho, os partos realizados durante o período de minha pesquisa de campo foram realizados, em geral, por mulheres mais velhas da família extensa. Embora haja atualmente parteiras na Terra Indígena Kwatá-Laranjal (TIKL), seria um equívoco su-

4 Destaco em *itálico* os termos de uso corrente no cotidiano entre os Munduruku.

por que a prática de partejar fosse restrita a essas especialistas. Ao contrário, meus dados apontam que *pegar criança*, *puxar mãe do corpo* e *pegar barriga*, saberes centrais nas formas de atenção indígena à gestação, ao parto, ao pós-parto e à saúde da mulher de modo geral, estavam diluídos na sociedade Munduruku e não limitados à atuação de especialistas. Em síntese, *parteira*, no contexto da TIKL, emerge como categoria social cuja definição genérica e universal não contempla a diversidade de práticas associadas aos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, nem mesmo a heterogeneidade de praticantes indígenas envolvidos no processo de nascimento.

A Pnaspi (Brasil, 2002: 13 e 17-18) reconhece a diversidade social e cultural dos povos indígenas e recomenda a articulação com “sistemas tradicionais de saúde”, mas o modelo médico hegemônico sustenta sua crescente expansão na reprodução de relações sociais de hegemonia e subalternidade. Embora a Pnaspi tenha a noção de “articulação” como diretriz, a qual pressupõe o reconhecimento e o respeito aos saberes indígenas e às iniciativas de ações nos serviços de saúde que se somem a estes saberes, sem sobrepor-se a eles, o que se verificou nas políticas de Estado foram diferentes tentativas de integração. Segundo Langdon (2007; 2013), tais políticas de integração dos saberes indígenas e seus praticantes redundaram em equívocos, reforçando a emergência de categorias sociais e reproduzindo a hegemonia da biomedicina, uma vez que, para integrar, era preciso capacitar ou produzir evidências científicas que fundamentassem a legitimidade e a prática segura dos especialistas e seus saberes a partir do paradigma biomédico (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Ferreira, 2013; Langdon, 2013; Pérez-Gil, 2007). Em síntese, à diretriz da “atenção diferenciada” preconizada na Pnaspi (Brasil, 2002), sobrepõe-se o crescente movimento de expansão mundial da biomedicina alopática e conseqüentemente da medicalização da saúde⁵.

5 Há estudos sobre a expansão do modelo biomédico de atenção ao parto realizados em diferentes países. O estudo de Sargent e Bascope (1996) sobre conheci-

Esse processo de expansão biomédica verifica-se, por exemplo, nas políticas de saúde reprodutiva no Brasil e mundo afora. No Brasil, por exemplo, em 2004, o Ministério da Saúde lançou um plano de ação para a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, para o período de 2004-2007, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, a humanização e melhoria na qualidade desses serviços a “[...] segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades [...]” (Brasil, 2004: 6). A mulher indígena aparece como um desses segmentos, aos quais se propõe melhorar as condições de vida e saúde por meio da ampliação dos serviços de atenção integral à saúde em 100% dos polos base, da capacitação dos profissionais de saúde que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e no treinamento de parteiras indígenas (Brasil, 2004: 43). Outro exemplo seria o plano de ação especial para reduzir a mortalidade infantil e materna e para ampliar as ações de atenção básica junto às populações indígenas, lançado pelo Ministério da Saúde em 2012⁶. Para isso, foi instituído o Comitê de Gestão Integrada das Ações de Atenção à Saúde e Segurança Alimentar dos Povos Indígenas, coordenado pelo Ministério da Saúde, mas que integrava ações de outros ministérios, entre eles, o Ministério da Defesa, o Ministério da Justiça/

mentos relacionados ao parto feito no México, nos Estados Unidos e na Jamaica, cada qual caracterizado pelo acesso ou não à alta tecnologia obstétrica e hospitalar. Fiedler (1996) discutiu as mudanças nos conhecimentos e representações sobre o parto no Japão e a interação entre parteiras e obstetras no contexto hospitalar. No Brasil, há ainda a dissertação de Giberti (2013) sobre o processo de nascimento entre os Pankararu, Pernambuco, na qual a autora destacou uma articulação entre os conhecimentos indígenas e biomédicos sobre gestação e parto. Cito também o trabalho de Tornquist (2004), que analisou a complexidade do processo de medicalização do parto no Brasil e apontou as similaridades com o movimento mundial de expansão da forma biomédica de assistência ao parto e as especificidades nacionais e regionais de institucionalização do parto hospitalar ao estudar as iniciativas do movimento pela humanização do parto e nascimento.

6 Conforme site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/area.cfm?id_area=1862>. Acessado em: 26 Nov. 2013.

Fundação Nacional do Índio (Funai), o Ministério do Desenvolvimento Agrário e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Segundo o Plano, 16 DSEI's seriam selecionados em todo o Brasil para a execução imediata das ações de ampliação de cobertura vacinal, de vigilância nutricional e suplementação alimentar, de incentivo ao aleitamento materno, além da realização de exames sorológicos (HIV, sífilis, hepatites B e C), acompanhamento de pré-natais, identificação e monitoramento dos casos de gravidez de alto risco e articulação com a rede municipal e estadual de saúde para atendimento dos casos de média e alta complexidades. A intenção expressa era que esses serviços, em sua maioria da prática biomédica, fossem promovidos em todos os 34 DSEI's, ao longo do tempo. Ambas as iniciativas previam ações integradas com outros ministérios do governo federal e com secretarias municipais e estaduais para ampliar a cobertura da atenção primária biomédica às populações indígenas.

Infelizmente, no que se refere às ações executadas e aos resultados alcançados, ainda pesam as dificuldades de notificação dos dados. Em novembro de 2013, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), órgão do Ministério da Saúde responsável pela gestão da saúde aos povos indígenas no Brasil desde 2010, promoveu um encontro junto à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) para institucionalizar a vigilância de óbitos maternos e infantis⁷. O encontro teve por objetivo alertar sobre a importância do registro da causa da morte para adequar as estratégias de redução das taxas de mortalidade materna e infantil, que apresentam índices superiores às médias nacionais, segundo os gestores da SVS. Entre as estratégias apontadas foram destacadas as propostas de intensificação da vigilância epidemiológica e de informação, de implantação de sistemas informatizados e de integração da atuação dos setores de saúde indígena, em suma, discutir e aprimorar o processo de registro e fluxo dos dados. Envolve toda política pública de

7 Conforme site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=44217>. Acessado em: 24 Nov. 2013.

saúde a ideia de o maior controle das informações ser central na definição das estratégias de ações locais. Entretanto, apresentamos recentemente um trabalho sobre o fluxo de dados acerca dos programas de controle de hipertensão, diabetes e vigilância alimentar e nutricional em crianças nos polos base da TIKL, no qual se evidenciaram algumas descontinuidades e contradições da medicalização no contexto indígena (Scopel & Dias-Scopel, 2010; Scopel, Dias-Scopel & Diehl, 2010). A produção e o fluxo dos dados, ao invés de gerar informação epidemiológica sobre a situação para repercutir no planejamento das ações, fora reduzida a um controle sobre o trabalhador/indivíduo e sobre as ações dos profissionais de saúde. Além disso, havia uma descontinuidade dos dados entre os níveis locais e o nível da gestão do DSEI, isto é, os profissionais que atuavam nas aldeias reclamavam da falta de retorno das análises epidemiológicas sobre os dados consolidados mensalmente. Este é um fato que transpassa outros contextos indígenas (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Scopel, Dias-Scopel & Diehl, 2010; Scopel & Dias-Scopel, 2010). Os problemas envolvidos no registro e fluxo dos dados pode gerar uma situação difícil para o planejamento das ações, especialmente se levarmos em consideração a grande rotatividade de profissionais de saúde nas equipes multiprofissionais de saúde indígena (Emsi) e o nível de gestão dos DSEI's (Diehl; Dias-Scopel & Langdon, 2012).

Nesse cenário de subnotificação, de falhas nos fluxos de dados e de alta rotatividade dos profissionais da Emsi, extensivo ao contexto da TIKL, os agentes indígenas de saúde (AIS), os agentes de saneamento e os agentes microscopistas Munduruku tiveram uma atuação importante nas ações de atenção básica. Na TIKL, por exemplo, 52% dos AIS que estavam trabalhando durante o período da pesquisa de campo já atuavam há mais de dez anos no cargo. Estes AIS, conseqüentemente, tinham uma longa experiência de trabalho junto à Emsi e acumulado saberes e procedimentos biomédicos, como pesar, aferir pressão, fazer sutura, aplicar injeções (embora essa tarefa tenha sido retirada do conjunto de atividades que realizavam), usar o termômetro, além de

preencher uma série de formulários com dados relativos aos programas controlados por eles nas aldeias (como, por exemplo, controle de hipertensão e diabetes, e pesagem das crianças). E embora os AIS não fossem expertos nos saberes indígenas para enfrentamento dos processos de saúde/enfermidade/atenção, também incluíram em suas práticas cotidianas indicação de *remédios caseiros* e de especialistas indígenas.

Entretanto, verifica-se uma gradativa e contínua expansão da medicalização da saúde indígena e dos cuidados com a gestação, o parto e o pós-parto, como veremos ao longo deste trabalho, no contexto da TIKL. Entendo que é importante considerar os processos de indigenização da biomedicina como forma efetiva de articulação de saberes (Sahlins, 2007: 544), porém, sem minimizar o crescente processo de medicalização da gestação, do parto e do pós-parto no campo da saúde indígena⁸.

Como veremos, os Munduruku têm articulado as formas de atenção indígena e biomédica no nível das práticas de autoatenção relativas à

8 A proposta de Sahlins permite uma explicação alternativa sobre os arranjos culturais em suas especificidades locais frente às análises de processos de hegemonia/subalternidade ou resistência em um mundo cada vez mais globalizado, interconectado, de economia capitalista e expansão biomédica. Conforme Sahlins (1997a; 1997b; 2007), os processos de “indigenização” exemplificam a agência das populações indígenas nos processos de expansão das fronteiras capitalistas de modo a prover o próprio desenvolvimento, otimizando as próprias dinâmicas socioculturais e políticas, em conformidade com um ideal próprio de boa vida e bem-estar. No campo específico da saúde indígena, podemos pensar que esses processos promoveram práticas de “intermedicalidade”. Greene (1998) utiliza a noção de intermedicalidade para apontar a incorporação de recursos biomédicos como penicilina, aspirina e outros elementos não indígenas como gasolina, por exemplo, feita pelos xamãs peruanos em suas práticas xamânicas, que, ao final, cooperavam para inspirar o poder deles. Estudos feitos entre populações indígenas no Brasil também têm utilizado a proposição de Sahlins sobre indigenização para enfatizar o complexo fluxo de bens, informações e trocas entre o nível local, da aldeia, e o nível nacional e internacional, com foco especial nos espaços de produção das políticas públicas de saúde (Garnelo, 2003; Scopel, 2007; Ferreira, 2013).

gestação, ao parto e ao pós-parto. As mulheres indígenas fazem uso de *banhos, pegam barriga, puxam a mãe do corpo*, seguem dietas alimentares e junto com seus maridos cumprem prescrições sobre determinadas atividades físicas, entre outras práticas articuladas ao acompanhamento pré-natal feito no polo base, com a enfermeira, ou exames laboratoriais realizados nas unidades do SUS. Além disso, os partos ocorrem tanto na aldeia como no hospital da cidade mais próxima da TIKL. Esta articulação entre saberes – indígenas e biomédicos – acomoda diferentes conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia da gestação, do parto e do pós-parto, sobre concepção e formação do corpo, sobre prevenção e manutenção da saúde ou tratamento de determinadas enfermidades e sobre reprodução, entre muitos outros aspectos. Além disso, acomoda também paralelos entre a racionalidade terapêutica indígena e a biomédica como, por exemplo, o reconhecimento do efeito iatrogênico dos medicamentos, a importância dada à alimentação e um ideal de minimização de riscos e de estados de vulnerabilidade.

O nascimento de uma criança, para os Munduruku, mobiliza uma diversidade de atores sociais envolvidos em esforços coletivos e individuais na expectativa de garantir e manter o bem-estar da criança e igualmente da mãe e do pai. O nascimento de uma criança é mais bem compreendido como processo que abarca um conjunto de ações e relações sociais orquestradas durante a gestação, o parto e o pós-parto, cujos sentidos visados atravessam motivações estreitamente relacionadas com o bem-estar da família e não apenas do indivíduo, seja este a criança, a mãe ou o pai, com a produção de pessoas hábeis socialmente e com a modelação do corpo desejável, em síntese, com a produção e manutenção da sociabilidade Munduruku. Se, por um lado, as expectativas que orientam os atores sociais mobilizando-os a engajar-se em relações sociais ao longo do processo de nascimento permitem enfatizar alguns elementos que compõem a estrutura social, por outro, inflectem também as estruturas da situação ou do campo de ação em que se movem. Nesse sentido, é importante ter em mente o contexto de pluralidade de formas de atenção à saúde e enfermidades, com o

qual conviviam os Munduruku da TIKL. Havia os serviços de saúde biomédicos, ofertados pela Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) e pelo SUS, que constituíam uma das formas de atenção às enfermidades, juntamente com as formas de autoatenção, as formas de atenção indígena (*pegadores de desmentidura e rasgadura, benzedores, parteiras*), xamânicas (*pajés, espiritistas, remédios caseiros*) e religiosas (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013).

A análise das práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto realizadas por mulheres e homens Munduruku permitiu focalizar o nascimento como um processo de reprodução biossocial tanto de novos membros na família elementar, de laços afetivos entre os membros da família extensa, da sociedade Munduruku, quanto dos próprios saberes sobre concepção, fisiologia, anatomia e comportamentos adequados à gestação, ao parto e ao pós-parto. Ainda mais, a análise das práticas de autoatenção relativas a esse processo apontou que as mulheres Munduruku vêm articulando os saberes indígenas com os saberes biomédicos. Assim, parece razoável problematizar sobre o modo como os Munduruku têm articulado práticas indígenas e práticas biomédicas no trato com a gestação, o parto e o pós-parto, e refletir sobre quais dinâmicas, relações sociais e ideologias, nesse contexto de pluralidade médica, são (re)criadas, mantidas e transformadas a partir da interação interétnica. Cabe perguntar igualmente como a proposta de uma “atenção diferenciada” pode contemplar os saberes indígenas e seus praticantes sem que, para isso, precise validá-los ou capacitá-los segundo uma racionalidade biomédica.

ATENÇÃO DIFERENCIADA E O ÍNDIO HIPER-REAL

No contexto da saúde indígena no Brasil, desde a I Conferência Nacional de Saúde Indígena, em 1986, já se apontava a importância da “atenção diferenciada” para melhorar a qualidade e eficácia dos serviços biomédicos ofertados a essa população. Na época, o Brasil passava por um período de redemocratização e de reforma sanitária em que muitos segmentos da sociedade civil organizada reuniram-se para pro-

por e fazer incorporar suas demandas na Constituição de 1988. Ramos (1995) cita a importância do movimento indígena e a extensiva participação de lideranças indígenas associadas a antropólogos, jornalistas, missionários, indigenistas, entre outros, nesse processo. A Constituição definiu os princípios de acesso universal e igualitário aos serviços do SUS e a descentralização, o atendimento integral e a participação comunitária como diretrizes da organização dos serviços (Brasil, 1988, Seção II, Da Saúde). A Carta garante aos índios o direito à sua organização social, aos costumes, às línguas, crenças, tradições e às terras tradicionalmente ocupadas (Brasil, 1988, Capítulo VIII – Dos Índios). Destaca ainda, no Capítulo II, o direito ao trabalho, lazer, à saúde, educação, alimentação, maternidade e infância, à proteção entre outros direitos sociais. Com a criação do SUS, em 1990, ampliou-se a cobertura dos serviços de saúde à população brasileira, e com a criação do Subsistema de Saúde Indígena, em 1999, foi garantido ao indígena um modelo diferenciado e global de atenção à saúde como parte da rede do SUS⁹.

O Subsistema de Saúde Indígena passou por diversas reformulações quanto à definição dos órgãos competentes e de suas atribuições para a promoção da saúde aos povos indígenas de 1999 até 2010, quando as ações passaram da gestão da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para a Sesai, no interior do Ministério da Saúde¹⁰. Todavia, os princípios aprovados na Pnasp ainda figuram como diretrizes para

9 O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é instituído pela Lei n.º 9.836, de 23 de setembro de 1999, que acrescenta dispositivos à Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e

dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

10 A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) foi criada inicialmente pelo Decreto n.º 7.336, de 19 de outubro de 2010. Este foi revogado pelo decreto n.º 7.530, de 2011, o qual, por sua vez, foi também revogado pelo decreto n.º 7.797, de 2012, sendo novamente revogado pelo decreto n.º 8.065, de 7 de agosto de 2013, atualmente vigente.

a promoção das ações de atenção à saúde, com foco na participação comunitária nas atividades de planejamento, execução e controle dos serviços. No tocante à promoção de uma “atenção diferenciada”, destaca-se:

O reconhecimento da diversidade social e cultural dos povos indígenas, a consideração e o respeito dos seus sistemas tradicionais de saúde são imprescindíveis para a execução de ações e projetos de saúde e para a elaboração de propostas de prevenção/promoção e educação para a saúde adequadas ao contexto local. O princípio que permeia todas as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. A articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas (Brasil, 2002: 17-18).

Após mais de uma década da aprovação da Pnapsi, a demanda por “atenção diferenciada” ainda consta da pauta de reivindicações dos povos indígenas no Brasil. A convocação da V Conferência Nacional de Saúde Indígena, por exemplo, foi aprovada com o seguinte título: “Subsistema de atenção à saúde indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”. No documento que visa orientar as pautas de discussão da V Conferência Nacional, realizada em dezembro de 2013, destacam-se as ações de saúde voltadas à criança e à mulher indígena.

Langdon (2013) citou algumas dificuldades subjacentes à implementação de uma atenção diferenciada à saúde dos povos indígenas no Brasil. A autora apontou as diferenças ideológicas que embasam as noções de integração e de articulação e citou a falta de entendimento por parte dos gestores e profissionais de saúde sobre o que seria e como promover uma “atenção diferenciada”. A noção de articulação supõe diálogo entre os atores envolvidos (Langdon, 2013). Todavia, há algumas dificuldades na construção desse diálogo devido à projeção de imagens holográficas ou hiper-reais dos índios (Ramos, 1995). Ramos analisou a relação interétnica entre índios e indigenistas pro-

fissionais de instituições privadas das ONGs e concluiu que os profissionais brancos projetavam um simulacro da ética branca, ao forjarem a imagem de um índio modelo/modelo de índio, um índio hiper-real com qualidades, valores, padrões éticos e estéticos ao construir seus objetos de política: a defesa dos direitos indígenas. Sugiro que as ideias de imagem holográfica e índio hiper-real podem ventilar as análises no campo da saúde indígena, uma vez que também os gestores e profissionais de saúde parecem atuar a partir da imagem de um índio modelo/modelo de índio e sua “medicina tradicional”. Ao índio hiper-real contrapõe-se o “índio de verdade” e sua alteridade irreduzível às “essencializações” singulares e homogeneizantes.

Assim sendo, a permanência da temática da “atenção diferenciada” nos debates nacionais sobre a questão da saúde indígena bem como as considerações apontadas por Langdon (2013) parecem indicar a importância de tomá-la não como fato social dado *a priori*, mas como noção em processo de construção, com força para produzir e reproduzir um marco social, ideológico, legal e institucional nas políticas públicas de saúde para os povos indígenas com e contra a tendência homogeneizadora do Estado. Por um lado, a noção de “atenção diferenciada” pode ser observada como projeto do movimento indígena e sua implementação como ato político importante para o reconhecimento da diversidade e das especificidades culturais desses povos e para evidenciar as experiências históricas vividas como realidades de exploração econômica e marginalização social. Por outro lado, é possível também identificar as matrizes ideológicas de políticas internacionais, ratificadas pelo Estado brasileiro, na configuração de políticas nacionais de saúde pública como, por exemplo, a Pnasp, conforme apontou Ferreira (2013). Ao mesmo tempo em que há um esforço para lutar contra as imagens que as políticas de Estado se esforçam para impor ao “tradicional”, coexiste a necessidade de lutar contra a invisibilidade cultural, social e sanitária dos povos indígenas, especialmente nos contextos de grande proximidade aos centros urbanos e na Região Norte do Brasil.

Uma invisibilidade que se estende também sobre a falta de dados epidemiológicos e antropológicos sobre a saúde da mulher indígena no Brasil, cuja produção poderia impactar no planejamento de ações de saúde de forma adequada às especificidades locais (Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Pérez-Gil, 2007; Ferreira, 2013). Isso se torna uma questão relevante, uma vez que o SUS e a Sesai definem o levantamento epidemiológico como base para a promoção de estratégias adequadas e ações racionalizadas de intervenção em saúde. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009), a situação de saúde das mulheres e crianças indígenas é pior do que as registradas para a população não indígena, sendo ainda mais críticas nas aldeias localizadas na Região Norte¹¹. Isso apareceu nos dados analisados, por exemplo, referentes ao número de consultas realizadas durante o pré-natal e tipo de exames solicitados, entre eles, o baixo percentual e até a ausência de sorologia das principais infecções, como para detectar sífilis. Além disso, também sugeriram problemas de subnotificação e registro das ações, reconhecendo que isso poderia impactar nas análises feitas. Contudo, com base nos dados obtidos e analisados, verificaram a baixa cobertura dos serviços de saúde, além da baixa qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal para as populações indígenas, e isso incluía a falta de registro das ações e procedimentos realizados. Os autores concluíram que:

Assim, mostra-se necessário investimentos na qualificação profissional para um acompanhamento obstétrico e materno-infantil satisfatório, a fim de se promover a equidade entre indígenas e não indígenas e de perseguir o objetivo primordial da atenção pré-natal: o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 203).

11 Este inquérito foi o primeiro levantamento nacional sobre as condições de saúde e nutrição dos povos indígenas no Brasil, resultado de um projeto da Funasa, financiado pelo Banco Mundial e executado por pesquisadores de diversas instituições sob a coordenação geral do pesquisador Carlos Coimbra Jr., da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

É necessário ressaltar que a efetividade das ações biomédicas não resulta somente da qualificação profissional ou da expansão da cobertura dos serviços de atenção à saúde ou ainda de formas mais competentes de produção e controle das informações e dos dados epidemiológicos.

Neste trabalho, inspirado pelas reflexões de Boccarra (2012), sugiro que a “atenção diferenciada” não seja apenas uma noção, mas um campo social e simbólico orquestrado por diferentes atores com interesses e entendimentos igualmente diversos envolvidos na promoção da saúde dos povos indígenas¹². Pesquisas recentes ainda demonstram que não há um significado fixo, evidente, nem mesmo compartilhado acerca da noção de “atenção diferenciada” (Dias-Scopel, Langdon & Scopel, 2007; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012; Langdon, 2013). Trata-se antes de um campo social em formação, não de um conceito apenas. Nesse processo de construção do campo da “atenção diferenciada”, podemos assumir que

saberes culturais constituem não apenas explicações e significados, mas também ideologias através das quais certas realidades políticas e econômicas são legitimadas (Comaroff, 2013).

Nesse sentido, a abordagem antropológica tem muito a contribuir, pois, há muito, já apontou que os saberes e as práticas relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto são eventos marcados culturalmente,

12 Bocarra (2012) faz uma revisão do conceito de interculturalidade, no Chile. A partir de uma análise histórica dos usos desse conceito, situa os diferentes contextos e atores que têm utilizado a noção de interculturalidade e demonstra um deslocamento de seu sentido original. Utilizado a princípio pelo movimento indígena como forma de luta política, marcadamente subversiva, e posteriormente apropriado pelo Estado chileno em sua “retórica neoindigenista”. O autor conclui que a noção de interculturalidade está em processo de construção e se caracteriza como campo social no qual atores, com diferentes posições de poder e interesses, manejam lutas de classificação “*que desembocan en la definición de lo que es la cultura indígena legítima*”. Minha sugestão é que podemos observar um processo semelhante ao redor da noção de “atenção diferenciada” no Brasil.

carregados por uma dimensão simbólica. Desde o início do século XX, com os trabalhos de Van Gennep (1978) e Mauss (2003a), sabemos que a noção de corpo varia historicamente e de sociedade para sociedade. Esses autores ensinaram que o corpo emerge, na antropologia, como categoria analítica, portanto, socialmente construída. De modo semelhante, os estudos de etnologia indígena das Terras Baixas Sul americanas, desde a década de 1970, advertem o investimento na construção da pessoa e fabricação dos corpos como uma singularidade que transpassa a diversidade linguística, social e cultural das populações indígenas sul-americanas, embora realizados por mecanismos e arranjos sociais que demarcam universos e convenções simbolicamente diversos (Seeger; Da Matta; Viveiros de Castro, 1979). Recentemente, alguns autores têm apontado que as formas de produção de corpos e pessoas entre as populações indígenas amazônicas inscrevem-se nas relações de parentesco e de gênero (Belaunde, 2005, 2006; Conklin, 2001; McCallum, 1999, 2001; Viegas, 2003). Em geral, esses estudos contribuem para o exercício de estranhar as nossas próprias noções de corpo, pessoa, gênero, família, saúde, doença, morte etc. Um estranhamento salutar na busca do diálogo interétnico.

Espero que este livro contribua com uma etnografia sobre a forma como os Munduruku vivenciam atualmente o nascimento de um novo ser, com foco nas práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto e para um debate crítico sobre a “atenção diferenciada” às populações indígenas no Brasil.



A pesquisa de campo, a metodologia e a contextualização histórica

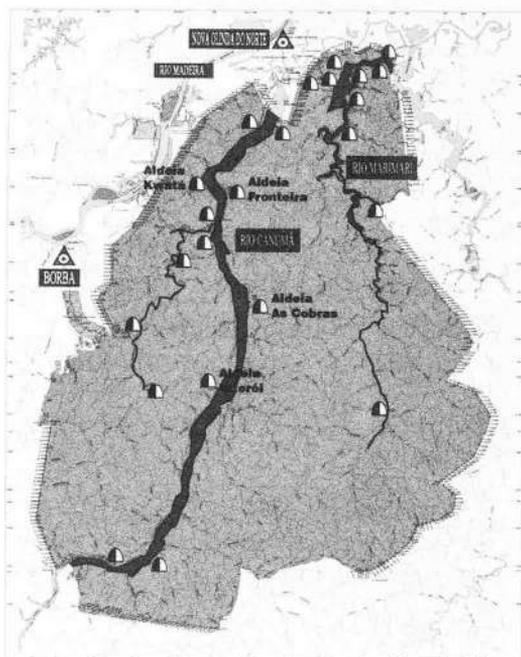
Esta etnografia é resultado do trabalho de campo realizado entre os índios Munduruku que habitam a terra indígena Kwatá-Laranjal (TIKL). A TIKL está localizada na Região Norte do Brasil, no município de Borba, estado do Amazonas, situada a sudoeste da foz do rio Madeira¹. O rio Madeira é um dos maiores tributários do rio Amazonas cuja navegação liga o estado amazonense ao estado de Rondônia. Há um intenso fluxo de pessoas e mercadoria navegando pelo rio.

A TIKL localiza-se nas terras à margem direita do rio Madeira. Abrange dois grandes rios: o Mari-Mari, que nasce na terra indígena e deságua no Abacaxis; e o Canumã, afluente do Madeira, que atravessa de norte a sul a TIKL. Em 2012 eram, ao todo, 33 aldeias na TIKL, das quais 21 estavam situadas às margens do rio Canumã e 12 às margens e afluentes do rio Mari-Mari. Cada aldeia tinha uma liderança local (cacique), em sua maioria ocupada por homens, eleitos pela comunidade. Em cada rio havia uma liderança que representava todas as aldeias.

1 A cidade de Borba resultou da fundação de uma missão por um padre jesuíta que, por volta de 1712, subiu o Madeira catequizando índios e construindo igrejas. A atuação desse padre resultou na fundação, em 1724, da aldeia de Santo Antônio de Araretama (das Cachoeiras) entre o rio Jamari e a primeira Cachoeira do Madeira, onde trabalharam diversos missionários. Segundo Miguel de Menéndez (1992) e Amoroso (1992), essa missão mudou várias vezes de local ao longo do rio Madeira, sendo, por fim, transferida para a localidade de Trocano, por conta dos constantes ataques de índios Mura. A aldeia de Trocano congregou indígenas de diversas etnias, alguns europeus, mestiços e negros (Casal & Caminha, 1817: 326). Essa missão foi elevada à categoria de vila de Borba, em 1756.

Segundo o cacique do rio Canumã, Manoel Cardoso Munduruku, trata-se de posição ocupada exclusivamente por homens e transmitida por herança patrilinear. Os Munduruku da TIKL viviam em aldeias que variavam em tamanho de 26 a 592 indígenas, somando um total de 2.500 indígenas². Todos falavam português e apenas alguns idosos a língua munduruku, do tronco linguístico tupi³. Apresento um mapa da TIKL para que o leitor tenha uma ideia da disposição das aldeias ao longo dos dois rios.

FIGURA 1
MAPA DA TI KWATÁ LARANJAL



A pesquisa de campo etnográfica foi realizada em três etapas. A primeira foi entre janeiro e fevereiro de 2009; a seguinte, de agosto a dezembro de 2010; a última, entre março e junho de 2011. O tempo de permanência na TIKL somou aproximadamente oito meses de pesquisa de campo realizados em três momentos diferentes. Todo o trabalho de campo foi conduzido em companhia de meu marido Daniel Scopel, à época, também doutorando no Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa

- 2 Dados obtidos na Fundação Nacional de Saúde (Funasa) junto ao setor administrativo da Casa de Apoio à Saúde Indígena (Casai) localizada na cidade de Nova Olinda do Norte, no ano de 2009. Todos os dados demográficos que apresento neste capítulo referem-se a esta fonte.
- 3 Entretanto, qualquer índio Munduruku sabia nomear na língua original animais de caça e alguns seres que habitariam o cosmo. Havia também um evidente esforço para não perder o contato com a língua, o que se evidenciava

Catarina, com o tema de pesquisa sobre práticas de atenção à saúde e xamanismo entre os Munduruku da TIKL. Eu estava grávida de três meses quando ingressei na terceira etapa da pesquisa de campo, e a partir daquele momento, aprendi que não apenas a mulher, mas também o homem poderia sentir alguns sintomas relativos à gestação. O fato de eu estar gestante em campo e acompanhada de meu marido contribuiu para que eu pudesse compreender a amplitude e os significados das práticas de autoatenção relativas à gestação, conforme veremos a seguir.

Não é nenhuma novidade na antropologia que a condição social, etária e de gênero afetem a condução da pesquisa, ainda que não seja um ponto de consenso. Não é estranho tampouco ao fazer antropológico que a ocorrência de certos eventos ao longo da pesquisa afete o pesquisador e promova mudanças em seu *status* e na própria pesquisa (Evans-Pritchard, 2005; Favret Saada, 2005; Geertz, 1989). É preciso reconhecer que minha situação e a de meu marido mudou na terceira e última etapa da pesquisa de campo por conta da minha gestação. Ambos ingressamos em um novo *status* social e corporal a partir do ponto de vista dos Munduruku. Eles nos situaram em um novo estado do ser. Para aqueles com quem compartilhávamos a rotina da vida diária, tornamo-nos o foco da atenção em muitos momentos. Para aqueles com quem conversávamos quase diariamente, passamos a compartilhar experiências e sanar dúvidas. Parecia estranho aos Munduruku que um casal, junto há 15 anos, ainda não tivesse filhos.

O fato de eu estar gestante na terceira etapa da pesquisa de campo e trabalhando com um tema relativo à gestação, parto e pós-parto, ao fim acabou por otimizar a observação participante, promovendo um

com as aulas de munduruku ministradas nas escolas por professores indígenas no interior da TIKL. Assim, as crianças sabiam, além dos nomes de animais de caça, algumas frases relacionadas à vida cotidiana, especialmente as atividades de trabalho. Sabiam, por exemplo, em munduruku, falar que estavam indo tomar banho, pescar, caçar, conversar com um amigo, fazer farinha...

ganho qualitativo em minha relação com os Munduruku e com as questões que vinha investigando. Não é exagerado afirmar que essa nova condição dada pela gestação de meu primeiro filho conduziu a novos caminhos para a observação participante, facilitando a compreensão dos significados simbólicos compartilhados e o ingresso no conjunto de práticas relativas à gestação e parto mobilizadas pelos Munduruku da TIKL, dos quais, muito superficialmente, eu vinha me aproximando, fosse pela observação participante junto à rotina de mulheres gestantes, fosse por via das conversas informais. Totalmente diferente da aproximação ao conjunto de práticas relativas ao resguardo do pós-parto que, desde o princípio do campo, haviam sido facilmente observáveis. Esse era um tema frequentemente discutido entre os Munduruku. Cumpre destacar que, conforme aponto no Capítulo 1, os modos de aprender praticados pelas populações indígenas, em particular pelos Munduruku, é um modo corporificado de aprender, isto é, realizado na prática diária. É no fazer que se aprende determinados saberes, os quais incluem, por exemplo, a gestação. Eu fui aprendendo a ser gestante à medida que os Munduruku compartilhavam suas experiências e faziam sugestões, alertas e prescrições.

Na busca por demonstrar a diversidade de culturas humanas, os antropólogos têm lançado mão de categorias conceituais ou de discurso “ético”, como diria Geertz (1997: 87), como ponto de partida de suas análises e descrições. Isso tem o efeito de alargar ou alterar as próprias noções que foram tomadas como ponto de partida para a reflexão antropológica. Muitos autores já apontaram que as categorias ocidentais (de pessoa, corpo, parentesco, entre outras) não podem ser concebidas como naturais, dadas *a priori*, pois ocultariam o fato de serem culturalmente construídas (Hertz, 1980; Leenhardt, 1971; Mauss, 2003a; 2003b; Schneider, 1968; 2004). Sugiro que, do mesmo modo, as categorias de gestação, parto e pós-parto, não devam ser tomadas *a priori* como eventos fisiológicos e etapas de um processo apenas biológico (Van Gennep, 1978), pois isso encobriria a dimensão social, histórica e cultural constituidora daquilo que vem a ser a gestação, o parto e o

pós-parto para os Munduruku. A distinção entre categorias “éticas” e “êmicas” (Geertz, 1997) possibilita, embora de maneira provisória e abstrata, uma aproximação aos conceitos próximos à experiência compartilhados pelos Munduruku e, principalmente, compreender e descrever as práticas manejadas por eles, as quais sublinham as especificidades da vivência local. Este ponto de partida é apenas uma estratégia do empreendimento antropológico que evocaria, assim, formas específicas de descrever a realidade e de atribuir-lhe um sentido que refletiria “práticas ocidentais de conhecimento” (Strathern, 2006: 21). É importante lembrar que um dos efeitos da autocrítica às categorias sociais utilizadas pelos antropólogos (cultura, sociedade, entre outras), em especial ao final da década de 1970, foi assumir que os “outros” são pensados nos termos de nossas categorias analíticas “éticas”, e que isso implicaria em desdobramentos entre os constructos analíticos daqueles que a antropologia estuda, e os constructos analíticos antropológicos, em que oscilariam também as imagens que o Ocidente cria sobre esses “outros” e os reflexos dessas imagens sobre si (Heckendeger, 2003; Keesing, 1994; Marcus & Fischer, 1999; Strathern, 2006; Wagner, 1981). Entretanto, é pertinente ponderar que a “alteridade radical” pode ser um artifício “inventado” pelo procedimento antropológico, que parte de certo “exagero” na comparação entre as categorias do pensamento ocidental e as categorias do pensamento daqueles que o antropólogo estuda. Esse “exagero” é o que Keesing (1994) chamou de invenção de uma “alteridade radical”.

Na primeira etapa da pesquisa de campo, percorri algumas aldeias de ambos os rios que banham a TIKL a fim de assentar uma ideia panorâmica daquele contexto. Naquele momento, realizei as primeiras coletas de dados sobre a demografia, a epidemiologia e a organização dos serviços biomédicos de atenção primária à saúde ofertados no interior da TIKL⁴. Após percorrer algumas aldeias da TIKL, logo

4 Iniciei o trabalho de campo junto aos Munduruku da TIKL por conta de outras duas pesquisas. Em novembro de 2008, iniciei a pesquisa “Avaliação

percebi que não seria possível tratá-la como um todo homogêneo, pois eu pretendia observar as condições de acesso aos serviços biomédicos de atenção primária à saúde ofertados pela Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (Emsi), coordenada pelo Distrito Sanitário Manaus (Dsei-Manaus). Das 33 aldeias na TIKL, apenas duas contavam com um espaço físico para a atuação da Emsi, os dois polos base: o Laranjal, situado às margens do rio Mari-Mari, e o Kwatá, às margens do Canumã. Em cada polo base atuava uma Emsi composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde (AIS), de saneamento (Aisan) e microscopistas (AIM), piloto de lancha e auxiliar de serviços gerais. O médico da Emsi atendia nos dois polos base. Assim, a Emsi de cada polo era responsável pela cobertura da atenção primária e imunização nas aldeias adstritas, conforme a localização ao longo do curso de cada rio, embora as equipes ficassem lotadas nos polos base. Deste modo, as demais aldeias de cada rio sequer tinham um posto de saúde para a atuação da Emsi. Nessas aldeias, apenas os AIS, Aisan e AIM eram os membros da Emsi que atuavam diariamente. Embora fossem previstas incursões da Emsi para as demais aldeias adstritas aos polos base para ofertar atenção primária e imunização, questões de ordem logística impactavam diretamente sobre a organização e a execução dessas entradas nas outras aldeias, como veremos ao longo do estudo, em particular no Capítulo 4.

do modelo de atenção diferenciada aos povos indígenas: os casos Kaingáng (Santa Catarina) e Munduruku (Amazonas)”, coordenada pela professora Esther Jean Langdon, da UFSC. Em fevereiro de 2009, iniciei a pesquisa “Atenção primária e equipe multiprofissional de saúde indígena: uma abordagem da antropologia da saúde sobre o papel social do agente indígena de saúde no subsistema de atenção à saúde ao índio no estado do Amazonas (Distrito Sanitário Especial Indígena de Manaus)”, realizada entre a população Mura e Munduruku. Essa pesquisa foi coordenada por mim, pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz/Instituto Leônidas e Maria Deane, e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado do Amazonas (Fapeam). Por conta dessas duas pesquisas, estou em contato com os Munduruku da TIKL desde meados de 2007, quando participei pela primeira vez da reunião do Conselho Local de Saúde na aldeia As Cobras.

O trabalho de campo mais intensivo foi realizado na aldeia Kwatá, à margem direita do rio Canumã. A população da aldeia Kwatá distribuiu-se em cinco porções: Caióé (105 habitantes), Emprezinha (59 pessoas), Tartaruginha (63 pessoas), Cajoal (67 pessoas) e Kwatá (298), totalizando 592 habitantes⁵. Realizei também trabalhos de campo mais breves na pequena aldeia Jacaré (com 30 pessoas), no rio Mari-Mari, a convite do conselheiro distrital de saúde daquele rio que morava na aldeia Jacaré, e na distante aldeia Niterói (94 pessoas), localizada no rio Canumã.

Durante boa parte da pesquisa de campo, moramos com Ceci, uma senhora de 92 anos, que falava munduruku e português, tornando-se a principal interlocutora sobre os assuntos relativos à história, à língua e aos “costumes” dos Munduruku⁶. Ela vivia com a família de Iara, sua filha de criação. Iara era casada, tinha três filhos e ficou gestante na última etapa da pesquisa de campo. Deste modo, Iara também fora minha anfitriã.

A morfologia da aldeia Kwatá estava de tal forma organizada que um grupo de pessoas ligadas por relações de parentesco compartilhavam um mesmo “segmento residencial” (Melatti, 1978: 52). Por “segmento residencial” refiro-me a uma forma particular de ocupação territorial, na qual um conjunto de “famílias elementares” tinha suas casas dispostas próximas umas das outras, formando um espaço compartilhado pela “família extensa”. Assim, era possível ver uma sobreposição entre “família extensa” e “segmento residencial” entre os Munduruku da TIKL. A “família elementar”, segundo Melatti (1978), é formada por um grupo de pessoas que têm uma roça própria e que formam um grupo

5 Esta subdivisão em porções da aldeia Kwatá correspondia a uma estratégia dos serviços de saúde biomédicos para organizar as atividades de trabalho e o registro de dados. Os residentes indígenas, entretanto, afirmam tratar-se de uma única aldeia, ainda que tivessem nomes distintos e não fosse possível deslocar-se a pé por toda sua extensão.

6 Nesta publicação, utilizo pseudônimos, salvo quando o nome verdadeiro é relevante para o registro etnográfico.

separado dos demais na hora da alimentação⁷. Na TIKL, cada família elementar tinha uma casa distinta e uma roça própria. A partir do levantamento genealógico, junto às famílias elementares, identifiquei a existência de segmentos residenciais formados por famílias extensas, isto é, por um conjunto de famílias elementares relacionadas entre si por laços de parentesco. Sendo assim, Iara, seu marido e três filhos, embora tivessem uma casa separada, formavam com Ceci uma família elementar, pois compartilhavam uma única roça e as refeições diárias. A casa de Ceci, por sua vez, era cercada pela casa de seus filhos e respectivas famílias.

A etnografia partiu, inicialmente, do segmento residencial em que morei na aldeia Kwatá e se estendeu, posteriormente, para outros segmentos residenciais em diferentes aldeias (Niterói e Cajoal) conforme a indicação dos próprios indígenas. A observação participante incluiu desde as atividades diárias até momentos festivos ou cerimoniais, entre eles: trabalhos realizados no âmbito da casa (cozinhar, buscar água, limpar o terreno etc.); práticas de autoatenção à saúde em casos de mal-estar breve ou de enfermidades sérias; práticas de resguardo do pós-parto; práticas relativas à menstruação; práticas relativas à gravidez; trabalho na roça; torras de farinha; rodas de conversas; consultas aos pajés e curadores; trabalhos do pajé; velório; festival do índio; reuniões de saúde; Assembleia da Organização dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré-Mawe (Opims); atendimento básico no polo base e consultas de pré-natal, entre outros momentos. Fiz também observação no polo base Kwatá e na Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai).

Ao longo deste trabalho, detalharei as relações sociais e as práticas cotidianas que permitem focalizar o desempenho dos laços sociais (Carsten, 2001; Viegas, 2003). A partir dessa perspectiva, a noção de

7 Embora Melatti se referisse à organização familiar dos Krahó, um grupo Timbira da família linguística Jê, sugiro a pertinência desses termos para descrever a organização morfológica atual das aldeias na TIKL.

parentesco deixa de ser tratada como um fenômeno dado, de ordem natural/biológica, preexistente e fundamentado nas noções de consanguinidade ou de aliança – um debate já amplamente realizado e criticado no interior dos estudos do parentesco (Carsten, 2004; Schneider, 1984) – para ponderar outros elementos constituidores das relações de parentesco moldados a partir das performances diárias e de engajamentos nas atividades cotidianas de trabalho, alimentação e nas práticas de autoatenção à gestação, parto e pós-parto.

A partir da pesquisa de campo, acompanhei o cotidiano e em especial os casos de gestação, parto e pós-parto. Pude também observar e conversar com famílias elementares de segmentos residenciais de outras aldeias onde realizei uma permanência curta de pesquisa de campo, entre as quais havia mulheres grávidas ou em resguardo de pós-parto.

Em geral, nesses contextos, o objetivo foi conversar sobre o tema da pesquisa e ouvir as experiências passadas daqueles casais dispostos a compartilhar. Foram muitas as pessoas com as quais realizei conversas informais, das quais algumas foram gravadas em áudio e outras apenas registradas no caderno de campo. Deste modo, o levantamento etnográfico, em termos gerais, consistiu em observar práticas sociais e coletar interpretações nativas sobre práticas relativas à gestação, parto e pós-parto.

GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO COMO PROCESSOS DE AUTOATENÇÃO

Após oito meses de trabalho de campo entre os Munduruku da Terra Indígena Kwatá-Laranjal (TIKL), Amazonas, ficou evidente a complexidade sociológica e cosmográfica que emergiram das ações sociais inauguradas em torno do nascimento de um novo membro e de sua inserção na família. Deste modo, reconstruí o processo de nascimento entre os Munduruku a partir das práticas de “autoatenção” (Menéndez, 2009: 48) relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto observadas

durante o trabalho de campo. Esse recorte da observação focalizado nas práticas de “autoatenção” foi uma estratégia metodológica para não cair nas aparentes contradições e incompatibilidades reproduzidas, em geral, nos discursos dos especialistas das diversas formas de atenção à saúde e às enfermidades (Menéndez, 2003). Especialmente porque esse contexto de pluralidade de formas de atenção à saúde era comum também ao Munduruku da TIKL. Porém, como veremos ao longo desta tese, alguns especialistas Munduruku também indicaram o uso dos serviços biomédicos entre suas práticas.

Uma mirada social sobre a gestação, parto e pós-parto, em especial, sobre as práticas de “autoatenção” manejadas pelos Munduruku ao longo desse processo de nascimento, permitiu salientar as relações transacionais operadas entre as diversas formas de atenção à saúde existentes no contexto da TIKL. Permitiu também evidenciar a participação de uma diversidade de especialistas representantes de diferentes formas de atenção à saúde bem como da participação de pessoas que, embora não fossem especialistas, tinham legitimidade social para atuar, conforme veremos no Capítulo 5. Segundo Menéndez, a noção de “autoatenção” compreende um sentido restrito e outro amplo. O sentido restrito refere-se a

representações e práticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, embora eles possam ser os referenciais dessa atividade (Menéndez, 2009: 48).

Embora a gestação, o parto e o pós-parto não fossem tratados pelos Munduruku como eventos de doenças, uma série de práticas inauguradas e manejadas ao longo desses processos estava relacionada, de modo mais ou menos específico, aos processos de saúde/doença/atenção, pois articulava saberes voltados, por exemplo, a manter o bem-estar da mãe, do pai e do feto ou recém-nascido. Ainda segundo Menéndez, o sentido amplo de “autoatenção” abrangia

[...] todas as formas de autoatenção necessárias para assegurar a reprodução biossocial do grupo a nível dos microgrupos, e especialmente do grupo doméstico – formas que são utilizadas a partir dos objetivos e normas estabelecidos pela própria cultura do grupo. A partir desta perspectiva, podemos incluir não só a atenção e prevenção dos padecimentos, mas também as atividades de prevenção dos padecimentos, a higiene do lar, do entorno e do corpo, a obtenção e uso da água, etc. (Menéndez, 2009: 48).

É nesse sentido que podemos incluir as práticas relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto manejadas pelos Munduruku observadas em seu conjunto como práticas de autoatenção ao nascimento de um novo ser. A definição dos sentidos amplos e restritos da noção de “autoatenção” é apresentada por Menéndez (2009: 49) como um recorte metodológico cujo limite entre uma noção e outra é difícil de estabelecer, embora “[...] opere como um mecanismo de ordenamento da realidade [...]”. Entretanto, dada a complexidade do processo de gestação, parto e pós-parto, sugiro que tais sentidos estão muito mais entrelaçados do que qualquer distinção *a priori*. Especialmente se considerarmos o longo processo histórico de contato desse povo com diferentes frentes, atores e agências da sociedade nacional, cujos efeitos contribuíram e continuam contribuindo para os processos de reprodução e transformação das formas de “autoatenção”. Um processo longo e lento, porém inerente ao processo histórico de toda e qualquer sociedade humana, visto que compreendo que a cultura é dinâmica. Cumpre esclarecer que neste trabalho utilizo a noção de cultura como processo simbólico, vivido por sujeitos concretos em realidades empíricas que procedem cotidianamente tomando decisões, refletindo, avaliando, corrigindo, adaptando, questionando e transformando sua realidade próxima. Em outras palavras, é preciso focalizar a práxis individual e coletiva como processo dinâmico por meio do qual se atualiza um “modelo de” e um “modelo para” agir no mundo (Geertz, 1989; Langdon, 1995; Ortner, 2006). Nesse sentido, as práticas de autoatenção são agenciadas pelos sujeitos e estruturadas historicamente, constituindo-se em saberes transmitidos ao longo das gerações, como

também estruturantes das relações sociais cotidianas, em especial, daquelas inerentes aos grupos primários como as relações de troca que se observam no grupo familiar que incluem o compartilhamento de alimentos, fluidos corporais e redes de apoio mútuo.

A partir dessa perspectiva, é importante resgatar um dos pontos salientados por Menéndez sobre a autoatenção, o qual indica que esses saberes são reconstituídos e organizados a partir das experiências pessoais e dos grupos sociais sobre os usos dos diferentes saberes e formas de atendimentos, que, por sua vez, “[...] sintetiza-os, articula-os, mistura-os ou os justapõe [...]” (Menéndez, 2009: 28). Assim, é pertinente pontuar o crescente contato do povo Munduruku com as formas estrangeiras de atenção aos padecimentos, que remontam aos primeiros contatos com os missionários de diversas ordens religiosas e nacionalidades que adentraram a região do Tapajós-Madeira no período colonial a partir do século XVII⁸.

8 Arnaud (1989), Ioris (2005), Collevatti (2009), Miguel de Menéndez (2002) e Amoroso (1992) citam as diversas missões religiosas instaladas na área Tapajós-Madeira ao longo dos séculos XVII, XVIII, XIX e XX. Em geral, um ponto comum nessas missões foi agregar entre seus catecúmenos uma diversidade de etnias indígenas. Às missões que persistiram até a era pombalina, em meados do século XVIII, e que foram elevadas à categoria de vilas, juntaram-se também os colonos. De modo geral, as relações entre a coroa portuguesa e as missões de diversas ordens religiosas sofreram oscilações ao longo da história do período colonial e no Brasil imperial. Fora dada carta aberta ao trabalho dos missionários jesuítas para catequizar e evangelizar na área Tapajós-Madeira, no início do século XVII. Porém, em meados do século XVIII, o marquês de Pombal proibiu a atuação missionária e promoveu uma transformação na relação entre o império e os indígenas descidos. Na era pombalina, as missões foram elevadas à categoria de vilas, sendo administradas pelo poder secular, e a língua portuguesa foi considerada oficial, substituindo o uso da língua-geral, uma derivação do tupi ensinada pelos missionários. Os indígenas foram também considerados livres para trabalhar e comercializar de modo independente, isto é, sem a intermediação e proteção dos missionários. A política pombalina incluía, ainda, o incentivo do casamento entre colonos e mulheres indígenas e tinha um programa para o desenvolvimento da agricultura na região (Amoroso, 1992).

O POVO MUNDURUKU:

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

Atualmente existem índios Munduruku em terras indígenas situadas nos estados do Pará, Mato Grosso e Amazonas. Esta etnografia refere-se ao grupo que habita o Amazonas, na TIKL, especialmente, as aldeias às margens do rio Canumã. Este grupo representa a segunda maior população de índios Munduruku no Brasil.

O povo Munduruku foi historicamente retratado como destemido e brava nação de guerreiros, tendo expandido seu território das áreas de transição entre as savanas e a floresta tropical, localizadas no interior das terras do Alto Tapajós, em direção ao curso do rio do baixo Tapajós, ao vale do Madeira e do baixo Amazonas, reocupando uma vasta região, durante os séculos XVIII e XIX. Os relatos históricos apontam que no auge do movimento expansionista, as incursões guerreiras dos Munduruku alcançaram o Xingu, o Tocantins e as fronteiras do Maranhão (Ribeiro, 2002: 55; Santos, 2002: 134). Aires de Casal (1817: 232), ao descrever a Província do Pará, falou na comarca “Mundrucânea”, limitada ao norte pelo rio Amazonas, ao sul pelo Juruena, a leste pelo Tapajós e a oeste pelo Madeira, para registrar a enorme extensão territorial ocupada por esse povo. Os Munduruku eram o povo, numérica e belicosamente, superior na região durante os séculos XVIII e XIX e disputavam território com outros povos, a exemplo dos Juma, Mauês, Pama, Parintintin, Murá, Andirá e Arara⁹. Não apenas esses grupos indígenas sentiram a feroz pressão dos Munduruku à época, o que levou muitos a procurar abrigo nas missões religiosas e outros a migrarem para lugares cada vez mais distantes, como também os portugueses

9 Muitos autores registraram a diversidade de povos indígenas na área Tapajós-Madeira e discutiram sobre os diversos movimentos migratórios, as sucessivas reordenações das relações interétnicas e o contato com a sociedade nacional (Amoroso, 1992; Casal & Caminha, 817; Collevatti, 2009; Ioris, 2005; 2006; 2011; Melatti, 2010; Menéndez, 1992; Santos, 2009; 1995; Scopel, 2013; Tocantins, 1877; Wawzyniak, 2008).

se viram pressionados pelas incursões de guerra do grupo (Amoroso, 1992; Menéndez, 1992; Santos, 2002). Consta que, em 1795, os Munduruku fizeram uma aliança com a administração colonial portuguesa na localidade hoje conhecida como cidade de Borba, à beira do rio Madeira, no estado do Amazonas (Arnaud, 1974; Ioris, 2005; Menéndez, 1992; Santos, 2002). Isso gerou certo alívio para os administradores e colonos portugueses, sempre temerosos de um levante, e também contribuiu para manter

[...] certa integridade e autonomia tribal e o poder político dos seus chefes [Munduruku], alcançado pelo relevante papel que exerciam na guerra (Ribeiro, 2002: 56).

Esse processo migratório de expansão do território original Munduruku contribuiu para acentuar um reordenamento nas relações interétnicas na região do Tapajós-Madeira durante os séculos XVIII e XIX (Menéndez, 1981; Ramos, 2000; Ioris, 2005; Scopel, 2013). A expansão territorial Munduruku, iniciada por volta de 1770, pode ser entendida, ao menos, com base em três motivos de diferentes ordens: primeiro, o enfraquecimento das nações Tapajós e Tupinambá por conta das sucessivas hostilidades e epidemias resultantes do contato com os brancos, o que teria deixado um “vácuo” naquela área (Menéndez, 1992)¹⁰; segundo, por razões mercenárias, ao menos após o tratado de paz com

10 O registro da presença de uma diversidade linguística, étnica e cultural na área Tapajós-Madeira, ao menos desde o processo de ocupação portuguesa da região, permite compreender que a área Tapajós-Madeira foi palco de diversos processos de ocupação de territórios e de transformações nas relações interétnicas. Segundo Miguel de Menéndez (1992), os índios Tapajós e Tupinambá foram numérica e belicamente superiores aos demais grupos indígenas que habitavam a área Tapajós-Madeira, em meados do século XVII. Trinta anos após a instalação da Missão Tapajós, em 1661, na boca do rio Tapajós, onde hoje é Santarém, a qual congregou indígenas de diversas etnias e tornou-se um polo econômico e religioso central na região do Amazonas, registrou-se uma depopulação no contingente indígena que habitava a área da boca do Tapajós e já não se falava mais na etnia Tupinambá (Menéndez, 1992).

os portugueses (Ribeiro, 2002); terceiro, e não menos importante, por uma motivação dada pelo *ethos* guerreiro dos Munduruku na busca por cabeças de inimigos, mulheres e crianças (Murphy, 1958; 1960). As primeiras eram exibidas como troféus e ocupavam um papel central nas atividades de caça e nas cerimônias rituais de propiciação das mães da mata e dos animais de caça (Tocantins, 1877; Murphy, 1958; Menget, 1996; 1993). As mulheres e crianças cativas seriam integradas plenamente na sociedade Munduruku como esposas e filhos (Murphy, 1958; Tocantins, 1877).

As facilidades médicas encontradas junto às diversas missões religiosas fundadas ao longo do rio Cururu, no Alto Tapajós, principalmente no século XX, foram também citadas entre os motivos para os descimentos de grupos Munduruku (Arnaud, 1974)¹¹. É importante lembrar que, naquele momento, os serviços médicos eram um bem escasso na região, restrito aos missionários, colonos e comerciantes. Somente no início do século XX o governo brasileiro criou uma instituição cujas atribuições, entre outras atividades, incluíam a prestação de serviços médicos aos grupos indígenas contatados. Esse foi o caso do Serviço de Proteção ao Índio e Localização do Trabalhador Nacional, mais conhecido como SPI, criado em 1910. O SPI foi o órgão do Ministério da Justiça responsável pelas primeiras demarcações de terras indígenas no Brasil e pela promoção de atendimento médico, distribuição de medicamentos e vacinações (Arnaud, 1989)¹².

As missões religiosas e o ingresso nos empreendimentos da borracha teriam contribuído para a dispersão dos Munduruku da região das

11 Arnaud (1974) se referia às missões dos frades franciscanos alemães fundadas na bacia do Tapajós por volta de 1911. Murphy e Murphy (2004) também citaram a busca de remédios pelos Munduruku, solicitados amiúde ao casal durante a pesquisa de campo feita entre os anos de 1952 e 1953.

12 Collevatti (2009: 241), ao analisar as cartas dos frades franciscanos sobre as missões estabelecidas no rio Cururu, cita que os Munduruku recorreram às missões para “[...] negociar, participar das festas, utilizar a enfermaria ou enviar seus filhos à escola”.

savanas para as margens dos rios Tapajós, Madeira e de seus afluentes (Arnaud, 1974; Menéndez, 1992; Murphy, 1958; 1960). Em certa medida, a empresa da borracha acabou por colocar os Munduruku num circuito de economia local e global, ao qual se inseriram como parte de uma extensa rede de produção e circulação de mercadorias (Wolf, 1997). Antes da borracha, os Munduruku, notadamente nas aldeias ao longo do rio Canumã, já acalentavam o comércio local ao produzirem grandes quantidades de farinha, que eram vendidas aos portugueses (Spix & Martius, 1976; Wolf, 1997)¹³.

As sucessivas levas de migração teriam acentuado as transformações no modo de vida social e econômico dos povos Munduruku a partir do início do século XIX, influenciados pelo contato com a população não indígena vizinha, com o trabalho na extração da borracha e com as missões religiosas. Além do abandono das práticas de guerra e da caça de cabeças de tribos inimigas, as quais repercutiram no abandono de uma série de cerimônias e ritos, também foram sugeridas mudanças na organização social de alguns agrupamentos Munduruku (Murphy, 1958; Murphy & Murphy, 2004; Tocantins, 1877). As diferenças mais visíveis

- 13 A área do Tapajós-Madeira contribuiu para arrefecer o mercado local, nacional e internacional envolvido no comércio da borracha com os inúmeros seringais no Tapajós e no baixo Amazonas (Arnaud, 1974; Collevatti, 2009; Santos, 2009). E também para um novo reordenamento nas relações interétnicas, pois, conforme frisa Collevatti (2009: 229), com o recrudescimento do comércio da borracha na área Tapajós-Madeira, houve um

[...] aumento expressivo do contingente populacional da região, formado por trabalhadores migrantes do Maranhão, Ceará e Mato Grosso, devido ao estabelecimento de residências e postos de comércio permanentes no Alto Tapajós e nos rios Juruena e São Manoel (Coudreau, 1977).

Arnaud (1989) também cita a migração de paraenses, cuiabanos, negros, além de estrangeiros venezuelanos, peruanos, equatorianos e alguns europeus que vieram trabalhar ou nos seringais ou no comércio da borracha como “patrões”, donos de “regatões” ou comerciantes urbanos. Esse aumento do contingente populacional na área Tapajós-Madeira intensificou a densidade demográfica das vilas e passou a fazer parte da vida dos Munduruku na medida em que estes se envolviam na extração da borracha nos seringais ou no comércio da borracha.

entre os aldeamentos Munduruku localizados nas áreas de savana e aqueles situados às margens do Tapajós e seus afluentes estavam na distribuição e concentração demográfica e no padrão arquitetônico das aldeias, como o abandono da casa dos homens, e na organização social do trabalho, com a emergência da “família nuclear” como unidade de produção e consumo (Murphy & Murphy, 2004: 213). Houve, contudo, mudanças que foram identificadas em ambos os grupos como, por exemplo, no padrão de residência (de virilocal para uxorilocal), nos modos de subsistência (a caça deixara de ser a fonte principal de proteínas e fora substituída pela pesca, especialmente nos aldeamentos às margens do rio), nos mitos (a incorporação de eventos históricos e de temas da religião católica), nas cerimônias religiosas (o fim dos ciclos rituais que eram parte do “complexo da caça de cabeças”), além da depopulação geral e, em específico, do número de xamãs (Murphy, 1958). No entanto, quanto à mudança no padrão de residência após o casamento, de virilocal para uxorilocal, Ramos (1978) fez uma revisão crítica dos dados de Murphy e apontou outra interpretação, sugerindo que não haveria evidências etnográficas para se afirmar um padrão de residência originalmente virilocal¹⁴. Em *Women of the forest* (Murphy & Murphy, 2004), vemos que as mudanças no padrão de residência após o casamento são matéria de grande complexidade, posto que os autores encontraram diferenças e contradições entre os aspectos normativos e a prática cotidiana, esta última muito mais flexível e fluida do que a primeira. Segundo o casal Murphy, com a migração dos aldeamentos nas savanas para as margens do Tapajós, a residência após o casamento havia deixado de ser principalmente uxorilocal, passando a abranger também residências neonatal e virilocal. Já quanto ao fim das expedições de guerra, não restaram dúvidas.

14 Ramos (1978) concluiu que os Munduruku seguiam um padrão uxorilocal de residência com base em uma reflexão teórica e nos dados apresentados pelo próprio autor sobre as memórias Munduruku acerca da residência após o casamento.

O abandono das expedições de guerra repercutiu também na interrupção de uma série de cerimônias realizadas após as expedições (Murphy, 1958). As “cerimônias da guerra” eram compostas de ciclos rituais com diferentes nomações e finalidades, realizadas nas estações de chuva. Após três anos de ritual, o guerreiro que havia retornado da guerra com a cabeça de um inimigo assumia o *status* de “mãe do pecari” (Murphy, 1958: 54). De acordo com Murphy, esses ciclos rituais consistiriam em um rito de passagem em que o dono da cabeça-troféu se tornaria a “mãe do pecari”, adquirindo, ele e sua cabeça-troféu, um *status* religioso e social importante nas expedições de caça e na relação com o espírito da mãe da caça. Eles tinham o poder de incrementar a própria economia da caça, uma vez que a mãe do pecari e sua cabeça-troféu atrairiam a mãe da caça, o que contribuiria para o êxito das caçadas coletivas. Segundo Murphy (1958), a caça de cabeças se inseria no rito masculino de iniciação chamado *Duparip*. As mulheres dos guerreiros que se tornavam “mãe do pecari” também assumiam um *status* e papel diferenciado nas preparações para as expedições de caça. Há mesmo relatos que apontariam para a participação ativa das mulheres Munduruku nos combates realizados durante as expedições de caça, em que elas agarrariam as flechas dos inimigos para munir seus esposos (Spix & Martius, 1976). Segundo Murphy (1958: 57), as “mães do arco” formariam uma “sociedade dos homens” em que todo homem adulto com *status* de guerreiro participaria. No terceiro ano do ciclo ritual, os homens agregados ao grupo de “mães do arco” cantariam durante a noite e sua entrada na aldeia não poderia ser vista pelas mulheres. As mulheres deveriam permanecer em casa, pois avistar a entrada daqueles homens na aldeia seria um presságio de morte: “*would be killed during the next war*” (Murphy, 1958: 57).

Além disso, nem todo guerreiro tornar-se-ia “mãe do pecari”. Apenas o homem que completasse o ciclo cerimonial carregaria esse “título e distinção” por toda sua vida (Murphy, 1958: 58). Segundo Menget (1996), esse ritual envolveria uma questão de transformação (da cabeça do inimigo em “cabeça-troféu” e do guerreiro em “mãe do pecari”) e também refletiria uma relação social de troca (compensação) entre

homens e animais. Todavia, mais interessante é a sugestão de Menget (1996: 137) de que o ciclo ritual relativo à cerimônia da guerra, especialmente em sua fase final, colocaria em jogo expressões

des principales oppositions de la société mundurucu (entre moitiés, entre groupes d'âge, entre sexes, entre ennemis et concitoyens [...]).

A conclusão de Murphy sobre a função da guerra na estrutura social Munduruku parte de uma análise das cerimônias e mitos e aponta para duas dimensões interconectadas, uma relativa ao indivíduo e outra ao grupo. O ciclo ritual expressaria uma função heurística dedicada ao estímulo pessoal, como um “incentivo pessoal” para despertar nos indivíduos o desejo de alcançar o *status* de guerreiros e “mães de pecari”, ao mesmo tempo em que apareceria como “*means of indoctrinating the young into the militarism in with they would one day take part*” (Murphy, 1958: 58)¹⁵. A guerra, a “cabeça troféu”, o *status* do guerreiro e suas cerimônias eram, para Murphy, uma das bases que integravam a sociedade Munduruku, seus diferentes clãs e grupos corporalizados, e representavam o “traço tradicional da cultura Mundurucú”. De acordo com Menget (1996), a guerra e a “caça de cabeças” poderiam ser vistas como formas de reprodução física, busca de cativos (mulheres e crianças), e simbólica da estruturas de poder e prestígio na sociedade Munduruku, cuja organização social seria internamente formada por clãs e fatrias, de descendência patrilinear, que compunham as duas metades exogâmicas. Segundo Murphy (1958), o fim da guerra repercutiu diretamente sobre a coesão social dos Munduruku, pois era através da guerra e dos ritos subsequentes que valores centrais eram repassados e afirmados. Esses valores fundamentavam princípios comuns, o incentivo e o desejo de ser um guerreiro, e seus rituais eram meios institucionalizados de resolver hostilidades internas no grupo.

15 Tocantins (1877: 84) apontou que um dos motivos para as expedições de guerra feitas pelos Munduruku era a captura de mulheres e crianças, além da caça de cabeças de seus inimigos preferenciais, os Parintintin.

Notável para esta tese é o fato de o guerreiro ser considerado “mãe” e que seguiria, podemos dizer, uma prática de resguardo, um conjunto de prescrições e proibições, que seriam demarcadas por performances rituais e papéis sociais importantes para reafirmar e reposicionar o *status* de sujeito. Mais interessante ainda seria observar a cooperação entre as atividades dos homens e das mulheres para alcançarem o sucesso nesse processo. Menget (1996) lembra-nos que o ciclo ritual para obter uma “cabeça-troféu” envolvia a tomada de decisão e o compromisso, pois a mudança de *status* envolveria riscos e implicaria em uma série de prescrições e proibições alimentares e sexuais que incidiriam sobre o oficiante e sua esposa. Assim, podemos enfatizar que os esforços conjuntos do casal – marido e mulher – na prática diária ao longo do ritual implicariam em cooperação, ainda que esse ritual tenha sido descrito por Murphy (1958) como expressão fortemente marcadora do prestígio masculino vinculada às atividades de caça e guerra. Cumpre esclarecer que os relatos sobre esse ritual, bem como aqueles que enfatizavam o prestígio dos homens e de suas atividades, deveriam ser compreendidos a partir de uma perspectiva masculina sobre a ideologia do grupo, conforme o casal Murphy (2004) destacou em outro momento. Ao pontuarem que a perspectiva das mulheres seria diferente, Murphy e Murphy (2004) colocaram em relevo a vida cotidiana dos Munduruku, que pouco refletia as assimetrias expressas nos mitos e códigos normativos do grupo.

Os Munduruku deixaram de caçar cabeças, e isso repercutiu na continuidade de uma série de mitos e cerimônias que também cessaram. Todavia, a cooperação entre homens e mulheres continuou central para a reprodução biossocial do grupo, como veremos no capítulo a seguir.

Neste capítulo quero pontuar que, de certa forma, os registros históricos sobre a área Tapajós-Madeira evidenciaram, inicialmente, uma amplificação das dinâmicas próprias dos grupos indígenas intensificadas a partir dos efeitos do contato com o branco. Entre os efeitos desse contato, devemos destacar a violência e as epidemias (Menéndez, 1992: 290; Scopel, 2013; Tocantins, 1877: 140). Em certa medida,

assim como as epidemias passaram a ter grande importância entre os indígenas a partir do contato colonial, os recursos biomédicos também vieram juntos, ainda que paulatinamente e sempre aquém da primeiras. E, ao que parece, podemos incluí-los como um bem valorizado pelos indígenas desde o início do contato até os dias de hoje¹⁶.

Os relatos sobre a área Tapajós-Madeira sugerem inúmeros, sucessivos e crescentes contatos e relações comerciais entre indígenas e não indígenas. Durante minha pesquisa de campo, observei uma série de contextos nos quais os Munduruku se inseriam em relações interétnicas, sobretudo nas frequentes viagens que realizavam para as cidades próximas e até para a capital do estado, Manaus.

Além da cidade de Borba, conforme apontado anteriormente, frequentavam a cidade de Nova Olinda do Norte, pela proximidade com a TIKL. Lá iam fazer compras, visitar parentes, receber benefícios como o “bolsa família” ou aposentadorias, até realizar exames de saúde, consultas médicas e, em alguns casos, partos, entre outros motivos relacionados à forma de atenção biomédica. Em Nova Olinda do Norte situava-se também o posto da Funai, responsável por emitir a documentação necessária para requisitar auxílio maternidade junto ao Ministério de Previdência Social.

Conforme apontou Scopel (2013), os Munduruku procuravam a cidade de Nova Olinda do Norte até mesmo para realizar consultas com curadores indígenas de outras etnias e também não indígenas, para tratar “*assombração de bicho do fundo*”, “*desmentiduras*”, curar “*feitios*”, entre outras perturbações não suscetíveis de tratamento biomédico. Compravam também materiais e insumos em casas de venda de produtos de umbanda para realizar rituais com os “curadores pajés” da terra indígena.

16 Alguns autores têm destacado o papel dos recursos biomédicos, principalmente dos medicamentos e cargos profissionais, como bens incorporados pelos indígenas em suas vidas diárias e que assumem um papel importante nas relações políticas das aldeias (Garnelo, 2003; Langdon *et alii*, 2006).

Às casas de comércio e supermercados, referiam-se como “meu patrão”, pois ali adquiriam produtos de gêneros variados, desde alimentos, roupas, material escolar, material de limpeza, produtos de higiene, incluindo medicamentos e remédios até artefatos para uso na roça ou pesca, entre outras coisas mais. Muitas vezes, podiam compatibilizar essas viagens de compras no “patrão” com a necessidade de realizar exames ou visitar parentes no hospital. Nesses casos, os Munduruku preferiam viajar nas próprias canoas, abrindo mão da lancha do polo base.

Em Nova Olinda do Norte também estava localizada a Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai), parte do subsistema de saúde indígena. Trata-se de uma edificação com salas de trabalho administrativo e acomodações para pacientes que incluía quartos, banheiros e cozinha. Nela trabalhavam técnicos de enfermagem, agentes indígenas de saúde, motorista, cozinheira e vigia. Não se realizavam consultas ou exames na Casai, uma vez que a estrutura servia de apoio aos indígenas que precisavam permanecer na cidade ou estavam em atendimento no hospital. Dentre esses procedimentos, cabe ressaltar que a Casai foi utilizada pelas mulheres que realizaram partos no hospital. Nesse caso, elas permaneceram ali por alguns dias após o parto, antes de retornar às suas aldeias de origem. Vou descrever a importância da Casai no cumprimento do *resguardo* do pós-parto com mais detalhes no Capítulo 6.

Até aqui, procurei mostrar que a região do Tapajós-Madeira foi palco de uma série de eventos que contribuiu para reordenamentos econômicos, territoriais e populacionais da região em diferentes momentos históricos registrados desde o período colonial, no início do século XVII. Expedições exploratórias e para a captura de índios para mão de obra escrava, missões religiosas, elevação das missões em vilas, revoltas populares e exploração da borracha foram alguns dos eventos que mobilizaram sucessivos fluxos migratórios. Nessa linha do tempo, o efeito que transpassa os diversos momentos de contato e as diferentes políticas de relação com as populações indígenas locais é o realinhamento das relações interétnicas e o contato crescente com a biomedicina. Nesse sentido, a atual inserção dos Munduruku no cenário

regional se caracterizaria por um constante fluxo que não se restringiu aos limites da Terra Indígena Kwatá-Laranjal. É a partir desse contexto mais amplo, da inserção histórica e geográfica dos Munduruku da TIKL, que podemos compreender o processo de medicalização, não como um processo abstrato e desterritorializado, mas articulado com estruturas locais, ainda que em consonância com processos paralelos de expansão colonialista (Greene, 1998) e desenvolvimentista (Frankenberg, 1980).



O cotidiano dos Munduruku: a vida na aldeia Kwatá

Neste capítulo, apresentarei com mais detalhes as atividades que ocupam a vida diária dos índios Munduruku. As descrições aqui apresentadas se concentram em observações realizadas na aldeia Kwatá. Quando for o caso, especificarei as origens das observações feitas em outras aldeias. As descrições apresentadas neste capítulo são certamente reconstruções *a posteriori* estruturadas com o objetivo específico de salientar as práticas Munduruku no âmbito da família, como grupo social, por meio das performances cotidianas das relações sociais e afetivas envolvidas na economia de subsistência. Trata-se assim de fornecer ao leitor um modelo, no qual procurarei destacar algumas atividades de homens, mulheres, crianças, jovens e seniores Munduruku¹.

O foco principal deste capítulo é a atuação de uma família extensa nas atividades de produção, circulação e consumo dos alimentos, incluindo também outras atividades da vida diária na aldeia com o objetivo de sublinhar que a família é um grupo que se estrutura em torno das práticas de autoatenção à saúde, das atividades de trabalho e apoio mútuo. Escrevo sobre isso para explorar a dimensão das relações sociais envolvidas nesse processo, situando-o em um determinado contexto social, o da vida diária, para que o leitor compreenda posteriormente:

1 Um modelo é um esforço analítico incapaz de conter a complexidade e a dinamicidade da vida real, o qual extrai das observações e participações apenas os constructos que contribuem para explorar um determinado tema em específico (Menéndez, 2011: 7).

1. a centralidade das relações sociais instauradas em torno da alimentação na gestação, parto e pós-parto;
2. a importância de a dieta alimentar na produção das características físicas e morais das crianças e na realização de partos e pós-partos em conformidade com as expectativas sociais Munduruku; e
3. as inversões instauradas pelas práticas de autoatenção à saúde relativas ao período do resguardo do pós-parto, em específico, aquelas relacionadas à divisão sexual do trabalho.

Utilizo o termo economia de subsistência inspirada em Gow (1989), como categoria de análise que articula aspectos do meio ambiente físico e fatores sociais e culturais envolvidos na produção, circulação e consumo de determinados alimentos. Ao considerar a dimensão das relações sociais envolvidas nesse processo situando-o em um determinado contexto cultural, Gow (1989: 581) amplia uma acepção de economia de subsistência restrita à satisfação das necessidades humanas básicas. Isso reforça uma perspectiva antropológica preocupada em salientar a dimensão social e cultural da família e do gênero, entre as populações indígenas, já em torno da década de 1980. Desde aquela época, esses conceitos deixaram de ser pensados como fenômenos de ordem natural e biológica para serem observados como construções socioculturais e historicamente situadas. Ao ponderar também sobre o contexto situacional das relações sociais envolvidas nas relações de produção, circulação e consumo dos alimentos, isto é, ao atentar para a contingência marcada pelo processo de nascimento (gestação, parto e pós-parto), por exemplo, podemos entender as práticas de construção social das diferenças entre pessoas Munduruku. Assim, podemos ponderar sobre as particularidades através das quais as atividades humanas, cujas consequências e significados (re)criam e mantêm processos sociais e simbólicos, repercutem na demarcação de interesses e estratégias relativas a uma determinada situação.

A VIDA NA ALDEIA

A vida na aldeia começava cedo. Era possível escutar os passos das pessoas caminhando ou uma *rabeta* navegando antes mesmo do dia clarear². Iara, filha de nossa anfitriã Ceci, costumava levantar nas primeiras horas do dia. Ela trabalhava na cozinha da casa, organizava as louças e panelas da noite anterior, limpava a mesa, varria o chão, passava o café, adoçava-o e despejava-o na garrafa térmica que o conservava quente para o desjejum dos demais membros da família. Os três filhos de Iara acordavam em seguida. Por volta das 6 horas, todos já haviam tomado banho no rio e estavam tomando café, acompanhado de bolacha, pão ou biju. Iara também deixava pronto chá, em geral com folhas de abacate, para sua mãe Ceci beber no desjejum. Após o café, durante o período letivo, Nina e Raoni seguiam para a escola junto com as demais crianças. Raí estudava no período da tarde. Notava-se que todas as crianças que passavam em frente a nossa casa estavam bem arrumadas para frequentar a aula. Fora das salas de aula, em geral, as crianças andavam descalças e devido ao calor, os meninos sem camisa. Os alunos da quinta à oitava série usavam camisetas azuis do uniforme da escola, sendo que calças e saias jeans eram muito comuns. Os mesmos cuidados com a aparência e as vestimentas também apareciam nas missas ou cultos de domingo. De certo modo, os Munduruku faziam uma seleção entre roupas para uso diário e trabalho e roupas para a escola, a missa, o culto ou para a cidade. Ceci, embora já estivesse acordada por volta das 7 horas, esperava a manhã esquentar antes de sair da cama, pois estava se recuperando de um *derrame* que lhe deixara com *frio* nas pernas³. A depender do dia, ela se levantava por volta das 8 ou 9 horas. Em geral, Iara ainda estava em casa e vinha servir Ceci,

2 *Rabeta* é uma canoa de madeira movida por pequeno motor de popa.

3 Scopel (2013: 206) apresenta detalhes do processo de doença de Ceci ao abordar “as relações entre práticas de autoatenção e demais modelos de atenção à saúde e às enfermidades”.

enquanto conversávamos sobre como havia sido a noite, como Ceci estava se sentindo ou o que Iara faria naquele dia.

A mesma movimentação, ainda nas primeiras horas do dia, podia ser observada nas casas vizinhas. Às vezes, eu ia comprar pão na vendinha da aldeia, por volta das 6 horas, e passava por diversas casas. Observava as pessoas voltando do banho no rio, carregando baldes de água, abrindo as janelas e varrendo as casas.

Após o desjejum, Iara ia para a beira do rio. No *porto* da casa, sob a *prancha* (uma tábua de madeira suspensa na água quase na altura do quadril), Iara lavava as roupas, as panelas, os pratos, os talheres e a louça. Na aldeia Kwatá, cada família tinha seu *porto*, um espaço na beira do rio onde armavam a *prancha*, também de uso próprio, e onde aportavam a rabeta. Eu achava muito curioso observar que Iara escolhia lavar roupa nos mesmos dias e horários que as outras mulheres da família extensa. Deste modo, podíamos ver a paisagem à beira do rio, ocupada pelas mulheres lavando roupas, acompanhadas de seus filhos menores, meninos e meninas, cada uma em sua prancha. À beira do rio, onde quatro famílias elementares, pertencentes à mesma família extensa de Ceci, tinham seus portos e pranchas, as mulheres podiam se ver e conversar enquanto lavavam roupa, pois os portos ficavam próximos. As crianças menores, com idade entre quatro e seis anos, se reuniam para juntas brincarem no rio. As crianças com mais de sete anos, quando não estavam auxiliando suas mães a lavar a louça, também iam brincar e nadar. Louças e roupas eram transportadas acima da cabeça em bacias de plástico ou de metal de diversos tamanhos. As crianças com mais de quatro anos, geralmente ajudavam a carregar as bacias, caso houvesse mais de uma. Jamais vi mulher alguma deixar roupa de molho na beira do rio⁴. Elas voltavam para casa com as bacias carregadas de roupas e as estendiam em seguida no varal próximo da casa.

4 Uma prática preventiva para evitar contato com seres subaquáticos capazes de causar doenças e engravidar as mulheres.

Essa sincronia nas atividades de lavar roupas se repetia na execução de outras atividades cotidianas, especialmente nos trabalhos de capina do terreno em volta da casa, de capina da roça ou na produção da farinha. Tais atividades podiam ocupar o restante do dia e, em geral, envolviam a participação de muitos membros da família elementar. Cada família elementar tinha uma roça própria. Embora as mulheres tivessem a responsabilidade sobre as atividades de capinar a roça e o terreno, sempre as faziam acompanhadas de seus filhos.

Em um dia típico, podia-se ver Rita, após o desjejum, a caminho da roça seguida, em fila, por todos seus filhos menores com, idade entre quatro e dez anos e também por seu neto de três anos, filho de Isis. Todos seguravam uma faca ou um terçado, utensílio utilizado também para capinar. Naquele dia, quem cozinhou na casa de Rita foi Lisi, menina de doze anos. Lisi era a filha solteira mais velha de Rita. Aliás, ela frequentemente cozinhava para toda a família, especialmente nos dias de trabalhar na roça ou de torrar farinha. Nesses dias, o filho de onze anos do casal costumava ficar responsável pela pesca. Os homens também costumavam acompanhar suas mulheres durante a capina da roça, caso não estivessem pescando ou envolvidos com outro trabalho.

De fato, os homens e as mulheres Munduruku passavam boa parte do ano envolvidos nas atividades de plantação da roça, do fabrico da farinha, da pesca e da caça. Produziam os alimentos consumidos nas principais refeições através do trabalho na roça, na pesca e na caça. A roça era plantada em época certa, mas os cuidados exigidos, como a capina das ervas daninhas, eram quase semanais. A fabricação da farinha ocupava vários dias, desde a colheita até a torra. E o trabalho de torrar farinha podia ser feito até duas vezes por mês, a depender do consumo e da necessidade. Os cuidados com a casa eram diários, assim como as atividades de cozinhar e pescar.

O produto gerado pelo cultivo e torra da mandioca era a *farinha*, item que servia de acompanhamento nas refeições. Se, por um lado, os Munduruku podiam diversificar o tipo de carne consumida, devido à variedade de peixes no farto rio Canumã, e eventualmente uma

caça bem sucedida, por outro, a *farinha* era um item constante nas refeições. Nunca vi uma refeição ser servida ou consumida sem a farinha para acompanhar. Certamente, a carne, em particular, de algumas espécies de peixe ou de caça, era muito estimada pelos Munduruku. Não se concebia uma refeição sem carne, como veremos com mais detalhes no item sobre “Desejo e admiração” do Capítulo 3. Entretanto, uma boa farinha, torrada no ponto certo e na cor preferida, ao gosto do casal, também era muito apreciada. Ao final, segundo o paladar Munduruku, uma refeição era composta de carne e farinha. A falta de qualquer um dos dois itens não era desejável.

Cumpra lembrar que meu objetivo neste capítulo é fornecer uma descrição das atividades realizadas por homens e mulheres Munduruku ao longo dos dias, especialmente, nos cuidados diários com a casa, com os filhos, enfim, na promoção da vida cotidiana e da vida familiar que sirva, especialmente, como contraponto para o leitor compreender as inversões ocorridas durante as práticas de autoatenção ao pós-parto. Outro objetivo a ser alcançado é apontar que as performances cotidianas de apoio mútuo e de envolvimento nos trabalhos de produção dos alimentos colaboram para constituir o grupo familiar. Essas performances podem ser entendidas como um tipo específico de relações sociais, mobilizadas pelas práticas de autoatenção que proporcionam a reprodução biossocial do grupo familiar. Por esse motivo, passarei a descrever com mais detalhes as principais atividades cotidianas.

A roça

Todo casal possuía uma roça de mandioca⁵. Alguns casais ainda tinham plantio de banana, de macaxeira, de cará e de melancia, entre outros tantos víveres. Todavia, a roça de mandioca ocupava um lugar central na alimentação, pois é dela que se obtém a farinha de mandioca.

5 A mandioca plantada pelos Munduruku para fabricar farinha é a mandioca brava (*Manibot esculenta*). Durante a pesquisa de campo, não observei a venda de excedentes de produção de farinha.

ca, item presente em todas as principais refeições. Ainda mais relevante, a plantação da roça de mandioca consolidava a união entre um homem e uma mulher Munduruku. De maneira geral, o casamento para os Munduruku coincidia com a abertura de uma nova roça de mandioca. Assim, a plantação da roça de mandioca despontava como atividade central na reprodução biossocial do grupo familiar. Além da abertura de novas roças, o envolvimento diário de homens, mulheres e crianças nos cuidados com a roça ou nas etapas de plantio anual permitiu também observar a constituição e a manutenção das relações sociais que agregam os indivíduos em grupos familiares, contribuindo para a reprodução das relações afetivas na família extensa e na família elementar por meio das *performances* de cuidados com a roça e de apoio mútuo.

Na família extensa na qual eu estava inserida, havia dois casais unidos recentemente. Um deles, Itapema e Iberê, havia se formado durante a última etapa da pesquisa de campo em 2011. O outro, Juciara e Roni, estava junto há pouco mais de um ano. Ambos ainda residiam na casa dos pais das moças. Deste modo, no início do casamento, os genros contribuíram para alimentar a família de seus sogros e cunhados com o trabalho na pesca e na caça. Em certa medida, a dedicação e o sucesso do genro na pesca e na caça demonstravam sua habilidade como homem provedor, capaz de formar uma família. Todavia, além de contribuir para a nutrição da família, as ações dos genros também contribuíram para criar e manter os laços afetivos envolvidos no cuidado e apoio mútuo através das performances diárias do trabalho e do compartilhamento dos produtos desse trabalho cotidiano no interior das relações familiares. E o trabalho na roça consolidava esses laços afetivos.

Itapema e Iberê estavam de resguardo do pós-parto enquanto moravam na casa dos pais dela. De fato, o casal havia acabado de ter o primeiro filho e o jovem marido estava terminando de construir a casa deles, na aldeia Kwatá, porém, um pouco distante do segmento residencial no qual seus sogros moravam. A nova residência do casal ficava

ao lado da casa da mãe dele. Todavia, ele pescava e caçava diariamente e os produtos de seu trabalho foram compartilhados por sua sogra entre outros membros da família extensa do sogro. A circulação do alimento, trazido por Iberê, feita em nome da mulher mais velha da casa, a sogra, inseria-os e reforçava uma rede de trocas no interior da família extensa. Enquanto isso, Itapema cumpria rigidamente a reclusão do pós-parto, as dietas alimentares e cuidava da filha recém-nascida. Ainda assim, Iberê colaborou no replantio da mandioca e na construção da casa de farinha de seus sogros.

Juciara e Roni tinham um filho com pouco mais de um ano de idade. O casal estava plantando a primeira roça em novembro de 2011. A roça do casal foi aberta num pedaço de terra que já fora “*roça da minha mãe*”, conforme falou Juciara. Aliás, outras vezes ouvi homens e mulheres Munduruku referirem-se à roça como propriedade da mulher. Assim, fora feito o convite para participar no *puxirum* (mutirão) da “*roça da Iara*” ou da “*roça da Tainá*”, por exemplo. Em geral, os Munduruku da aldeia Kwatá abrem as roças em direção ao centro da mata e em oposição à beira do rio. Juciara e Roni abriram a “*roça da Juciara*” ao lado da “*roça da Araci*”, sua mãe. No dia em que conheci a roça do jovem casal, Juciara havia saído para terminar de plantar algumas *manivas* que já estavam cortadas quando ali chegamos. Ela obteve ajuda de duas irmãs solteiras, uma mais velha e outra mais nova, para plantar. A irmã mais velha cavava buracos na terra com a enxada, a mais nova colocava as *manivas* na cova e Juciara plantava, ou seja, ajeitava as *manivas* e jogava terra por cima, enquanto todas cuidávamos do filho de Juciara. Eu ajudei a plantar e percebi que éramos apenas mulheres trabalhando na roça. Essa observação era totalmente diferente de outra feita durante o *puxirum* da Iara, um evento especial marcado pela participação de muitas pessoas da família extensa na etapa da plantação da roça de uma família elementar. Juciara explicou que seu marido estava pescando. De fato, já havia muito trabalho feito, não estávamos começando uma roça, mas terminando de plantá-la. Pouco tempo depois, chegou Pipira, o segundo irmão mais velho de Juciara.

Ele assumiu a enxada que estava com a irmã mais velha e ela foi até a roça de sua mãe, ao lado, pegar outra enxada. Iniciamos o trabalho por volta das 15 horas e voltamos para casa por volta das 17 horas.

Enquanto estávamos plantando na roça de Juciara, seus pais estavam plantando na roça ao lado, a algumas dezenas de metros de distância. Itamar, esposo da Araci, estava com a enxada nas mãos, ela estava plantando com a ajuda de um filho pequeno. Tratava-se da roça de *replanta*, conforme explicaram. Todo casal possuía mais de uma roça, plantadas em períodos diferentes, de modo que, assim, retiravam mandioca durante o ano todo. A mandioca levava dois anos para amadurecer e o processo do cultivo incluía diferentes etapas, conforme explicaram, nas quais foi possível observar uma divisão social do trabalho, constitutivas das relações de gênero e das relações etárias. Essas divisões tornavam-se observáveis por meio das performances individuais, de acordo com atividades específicas, que preenchiam expectativas sobre cada categoria social: *homens, mulheres, crianças e velhos*.

O trabalho de abertura da roça até a colheita da mandioca era feito em diversas etapas: *derrubada, queima, plantio, capina e colheita*. Ao observar essas atividades, identifiquei etapas em que ora os homens ora as mulheres exerciam um papel específico. Entretanto, ao focalizar o conjunto de atividades na roça, notamos que os homens e as mulheres se revezavam ou cooperavam na realização das diferentes etapas, de tal modo que ambos desempenhavam atividades importantes para a fartura da roça.

Na derrubada, participavam apenas homens, cujo trabalho era a retirada dos troncos e galhos para a abertura de uma clareira delimitada para o plantio da roça. Em geral, os homens da família extensa colaboravam uns com os outros na derrubada e abertura da roça. O envolvimento nessa etapa implicava em uma troca de serviços. Um homem que trabalhava um dia na derrubada da mata na roça de um parente podia contar com um dia de trabalho do parente em sua própria roça. O plantio era realizado após a queima, tanto no sistema de *puxirum*, envolvendo a participação de parentes da família extensa, quanto ape-

nas por membros da família elementar. Depois do plantio, mulheres e crianças se dedicavam ao trabalho de capina das ervas daninhas que eventualmente cresciam na roça.

No trabalho na roça e, como veremos adiante, nas atividades de pesca, caça e na fabricação da farinha, observamos uma divisão sexual do trabalho, na qual se sobressaía o princípio da cooperação entre homens e mulheres, cada um contribuindo com uma atividade específica. Todavia, especialmente na roça, outras formas de divisão social do trabalho também operavam. Deste modo, a divisão sexual do trabalho era apenas mais uma das divisões sociais que organizavam as relações sociais de produção da roça, especialmente no trabalho coletivo do *puxirum*, no qual se destacava uma justaposição entre o trabalho de homens, mulheres, crianças e velhos (Scopel, 2013).

Eu e meu esposo Daniel participamos de um *puxirum*, isto é, de um trabalho coletivo na fase de plantio da roça. Scopel (2013) descreveu a realização desse *puxirum*, no qual analisou o trabalho coletivo como modo de acomodação das expectativas sobre os papéis a serem desempenhados por crianças, mães, pais, avós, avôs etc. Nesse *puxirum*, um homem e uma mulher, mais velhos, cortaram as *manivas*. Essa atividade envolvia um saber e uma prática adquiridos com o tempo, capaz de dimensionar a quantia necessária de *manivas* para o trabalho daquele dia. Os homens, casados e solteiros, seguiram, lado a lado, abrindo buracos na terra com enxadas. As crianças, com idade entre seis e dez anos, se apressavam em carregar as *manivas* nos braços e jogá-las nos buracos abertos pelos homens. As mulheres casadas também seguiram lado a lado, endireitando as *manivas* nos buracos com os “olhos” voltados para a mesma direção, cobrindo-as com terra com as mãos. As mulheres solteiras ficaram na aldeia auxiliando a dona do *puxirum* a preparar o almoço que celebrou o fim daquela jornada de trabalho. O *puxirum* também só iniciou após uma refeição compartilhada ofertada pela dona da roça. Todos os participantes nesse *puxirum* eram membros da mesma família extensa e residiam em um mesmo seguimento residencial.

Segundo Scopel (2013: 135), a observação da performance cotidiana desempenhada nos trabalhos coletivos, por exemplo, no *puxirum*, permite sublinhar os processos através dos quais os indivíduos se inseriam em redes de apoio mútuo, a colaborarem na manutenção das relações de parentesco. Nesse sentido, o autor focou a aquisição de habilidades como etapa no percurso ou ciclo de vida do indivíduo que permite sua inserção em um “sistema de prestações totais”, de trocas de mercadoria, mas também de serviços, nos *puxirum* e de cuidados nos processos de saúde/doença/atenção. A performance diária das habilidades adquiridas, conforme o autor destaca, contribui de forma decisiva para a construção e a manutenção dos laços sociais no âmbito familiar. E como veremos adiante, as performances de homens e mulheres nas práticas de autoatenção relativas à gestação, ao parto e ao pós-parto emergem no interior das famílias extensas e elementares ao mesmo tempo em que conformam e reforçam as relações de parentesco, especialmente entre aqueles que cotidianamente se veem envolvidos nas relações sociais de produção e circulação dos alimentos.

A aquisição de habilidades como um processo aprendido na prática por meio da observação e da participação em atividades específicas demarca o modo de aprendizado constitutivo do corpo e definidor de agência, seja por meio das relações de gênero ou etárias. Embora esta seja uma assertiva teórica construída com base em diversos contextos, desde a Melanésia até entre alguns grupos panos amazônicos (McCallum, 1999; Pérez-Gil, 2006; Strathern, 2006), os dados analisados por Scopel (2013) apontam que a assertiva aplica-se ao contexto da vida e dos processos de aprendizado entre os Munduruku da TIKL. Interessa-me ressaltar novamente a atuação das crianças no contexto do *puxirum* como produtoras ativas de comidas e de relações sociais ao adquirirem determinadas habilidades e inserirem-se no trabalho cotidiano de cuidados com a roça, desde a performance nos *puxirum* até a capina das ervas daninhas e a participação na fabricação da farinha. As habilidades performadas pelas crianças nas atividades relacionadas com a farinha, roça e torra não constituíam distinções

de gênero para com os adultos, mas sim etárias, pois se diferenciavam apenas em contraposição às habilidades performadas pelos adultos. Meninos e meninas se esforçavam em ritmo acelerado como se estivessem competindo para carregar o maior número possível de *manivas* no *puxirum*. Auxiliavam também na capina da roça e peneiravam a massa de mandioca na fabricação da farinha, mas não cavavam buracos na terra, não plantavam, torravam ou cortavam *manivas*, atividades que exigiam habilidades específicas e performadas pelos adultos. Entretanto, os Munduruku costumavam dizer que algumas meninas eram iguais à *mulher velha*, pois exerciam grande parte das atividades relacionadas aos cuidados com a casa e a alimentação. De certo modo, as habilidades adquiridas pelas crianças colocavam-nas em um circuito de responsabilidades, especialmente no interior da família elementar e de troca, na família extensa (Scopel, 2013). Entre os adultos, sim, a *performance* de determinadas habilidades, nos contextos da produção, circulação e consumo de alimentos, engendrava relações de gênero marcadas pela noção de complementaridade e pelo valor social da cooperação entre homens e mulheres⁶. Nesta tese, gostaria de sugerir que as habilidades complementares e a cooperação entre os agentes

6 Embora eu focalize as relações de cooperação como um valor social constitutivo das relações de gênero entre os Munduruku da TIKL, é importante lembrar que houve um debate acerca do antagonismo sexual desde a década de 1970, em que as observações feitas pelo casal Murphy (2004) acerca dos Munduruku apontaram um hiato entre a ideologia expressada em mitos e rituais e as relações cotidianas entre homens e mulheres. O casal sugeriu que a questão da subordinação masculina expressava o ponto de vista dos homens Munduruku, que não seria compatível com o ponto de vista das mulheres. Essa observação contribuiu para o debate acerca do antagonismo sexual entre as populações indígenas amazônicas, no qual se questionou a redução do tema a uma equação de dominação masculina sobre as mulheres, sugerindo que se considerasse a possibilidade de uma visão androcêntrica das pesquisas que se concentravam na descrição do ponto de vista dos homens, em que a ênfase recairia sobre o valor social da guerra, da caça e da atuação na política pública, sem, contudo, ignorar que alguns grupos teriam uma organização social visivelmente antagônica (Belaunde, 2005; Langdon, 1982, 1991; Lasmar, 1999; Murphy & Murphy, 2004; Overing, 1999).

configuram algumas práticas e valores socialmente construídos através dos quais as pessoas criam, ingressam e mantêm as relações de parentesco ao se envolverem nas atividades diárias de produção, circulação e consumo de alimentos (Viegas, 2003)⁷.

Se, por um lado, a roça era a materialização da união de um homem e uma mulher Munduruku, assim como os filhos e a construção da casa, por outro, o trabalho na roça também mobilizava as relações sociais no âmbito da família extensa. A sincronia nos trabalhos de plantio da roça se explica pela sazonalidade ideal para a tarefa. Há a época certa para plantar mandioca, de preferência entre os meses de março, abril e maio. É nesse período que são feitos muitos convites para se participar no *puxirum* de algum parente ou que trocas de dias de trabalho são efetuadas pela participação na abertura de uma clareira para a roça. Nesse sentido, podemos sugerir que a família extensa entre os Munduruku se alicerça também nas relações sociais de “trocas de serviços” envolvidos no curso da vida diária (Scopel, 2013: 125).

7 Ao desenvolver o tema da produção dos laços sociais entre um grupo indígena Tupi, ao sul da Bahia, Viegas (2003) focalizou a sociabilidade de tornar-se um “ser no mundo” através da relação entre pais e filhos engendrada por meio da repetição de uma performance diariamente encenada. A autora conclui que a sociabilidade é resultado de interações diárias, marcadas pela persistência e cuidados cotidianos – “[...] *the power of caring for, attraction, and pleasing* [...]” – que relacionam homens, mulheres e crianças (Viegas, 2003: 33). Sublinha ainda

the enormous significance of daily life relationships to the construction of sociality [...] and it stress the revocable and conditional nature of kin ties (Viegas, 2003: 4).

A abordagem de Viegas parte de uma perspectiva performática do parentesco ao ressaltar as dimensões das relações intersubjetivas diariamente produzidas e reproduzidas como sua base fundadora. Deste modo, a análise do parentesco como um fato dado pela consanguinidade ou adquirido pela aliança abre espaço para outra dimensão, menos “essencializada”, mais dinâmica, pois focaliza as ações diariamente reencenadas [*re-enactment*], por exemplo, de cuidado e alimentação (alimentar e ser alimentado), como maneiras de formar os laços de parentesco.

A fabricação da farinha

Foram necessários ao menos três dias para preparar a *farinha* para ser torrada. Após colher alguns tubérculos e descascá-los, separa-se uma parte para ficar de molho na água por um dia ou mais. Neste dia, aproveita-se para descascar o restante dos tubérculos que serão misturados com aqueles postos de molho após serem ralados. Nas *casas de farinha* ou *rancho*, onde participei dessa atividade, utilizou-se um artefato mecânico, movido a óleo e gasolina para ralar a mandioca. Esta foi, sem dúvida, uma das etapas mais perigosas para torrar a farinha. Era preciso estar completamente atento para não ralar as próprias mãos, visto que o manuseio daquele equipamento não oferecia nenhuma segurança ao trabalho.

Embora eu possa dizer que fabricar farinha é uma atividade realizada, em geral, de forma separada, pelas famílias elementares que se utilizavam do produto de suas roças particulares, houve momentos em que mulheres de diferentes famílias elementares uniram-se para fabricar farinha. Houve também famílias elementares, casais jovens, com filhos pequenos que, sem ter ainda uma roça própria, fizeram todo o trabalho de colher, descascar, ralar e torrar a mandioca de um parente da família extensa para poder usufruir de uma parte desse produto. Os Munduruku chamavam esse sistema de *meia*, isto é, o casal sem roça ficava com metade da farinha torrada por tê-la fabricado.

Ao longo das etapas necessárias para fabricar farinha foi acentuando-se a divisão sexual do trabalho, quando a produção foi realizada pela família elementar. Vi tanto homens como mulheres coletando e descascando mandioca. Aliás, as crianças com mais de seis anos participaram ativamente na etapa de descascar a mandioca. Outras crianças, com idade entre quatro e cinco anos, também ajudavam em algum momento, mas passavam a maior parte do tempo brincando em volta.

Houve um dia em que três famílias utilizaram o mesmo *rancho*, onde havia dois *tachos* para torrar farinha⁸. Já comentei sobre a sin-

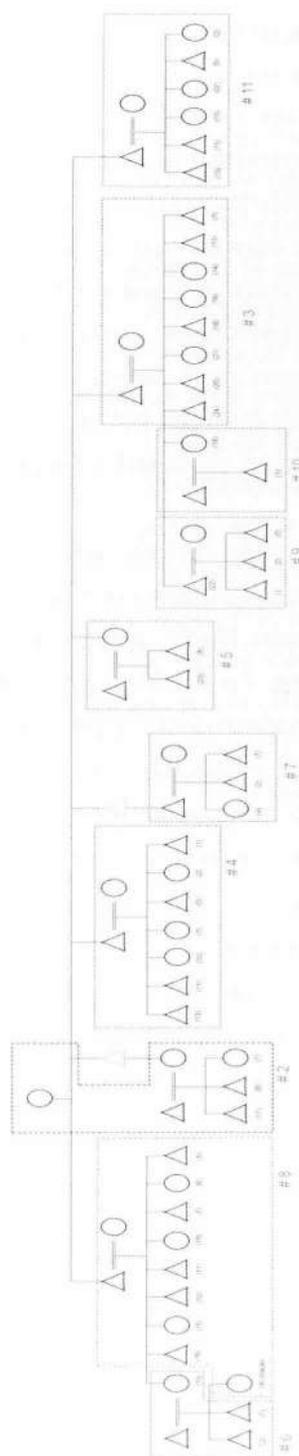
8 *Tacho* é o utensílio onde torram a farinha. Trata-se de uma esfera rasa, aparentemente de ferro ou cobre, disposta sobre o forno de barro.

cronia na realização de atividades cotidianas observáveis no trabalho da pesca, no plantio e nos cuidados com a roça e das atividades no entorno da casa. Naquele dia, estávamos na terceira semana após a *semana dos finados*, quando os Munduruku evitaram passar pela roça e realizar certas atividades de trabalho, como fabricar farinha, sobretudo se tivessem ido ao cemitério para limpar o túmulo ou para acender uma vela no dia da *alumiação*. Os Munduruku *resguardam*, isto é, cumprem uma série de prescrições e restrições caso tenham ido ao cemitério ou a um velório. Mas isso é assunto para outro momento. Por ora, é suficiente salientar que aquelas três famílias haviam seguido o *resguardo* da *semana dos finados* e o estoque de farinha estava chegando ao fim.

A *casa de farinha* era “*da Iara*”. Havia dois tachos, um de Iara, outro de Ceci, sua mãe de criação. Iara havia acordado com seu irmão Zico, também filho de criação de Ceci, e com Dedé, genro de Zico, que eles poderiam utilizar sua casa de farinha. Zico e Rita, sua esposa, embora fossem um casal maduro, estavam construindo a própria casa de farinha e ganharam o tacho de Ceci. Dedé e Isis, sua esposa, eram um casal jovem, com dois filhos pequenos (o mais velho não tinha três anos), e ainda não tinham roça nem casa de farinha, por isso, ambos utilizavam a casa de farinha da Iara. Naquele dia, enquanto Zico, Rita, Dedé e Isis, estavam torrando farinha nos dois tachos disponíveis, Iara e Carlos estavam descascando as mandiocas para torrar no dia seguinte. Na Figura 2, a seguir, apresento a genealogia da família extensa de Ceci, destacando em pontilhado as respectivas famílias elementares. As famílias elementares #2, #6, #8 correspondem às famílias de Iara, Rita e Isis.

Eu acompanhava a família de Iara, uma de minhas anfitriãs, com quem compartilhava as refeições diariamente, notadamente sua farinha. Quando chegamos, por volta das 8 horas, Dedé estava usando o *tacho* de Ceci, torrando a farinha, enquanto Isis jogava sobre o *tacho* a farinha peneirada, além de cuidar de seu filho de apenas quatro meses. O bebê ficava na rede instalada para acomodá-lo, mas também recebia

FIGURA 2
GENEALOGIA DA FAMÍLIA EXTENSA DE CECI*



* As linhas tracejadas indicam uma família elementar.

o colo das meninas mais novas, suas tias de quatro e cinco anos. Rita e Zico estavam terminando de preparar a farinha para começar a torr -la. Rita e sua filha de sete anos estavam misturando a mandioca molhada com a seca e peneirando-as. Zico se dedicava a encher o *tipiti* (uma espécie de espremedor feito de palha trançada) para escorrer a mandioca molhada, ao ser pendurado. Ele também colocava e retirava o *tipiti* do local onde ficava esticado de tal maneira que prensava a mandioca e o *tucupi* (líquido rico em ácido cianídrico) escorria. Alguns casais utilizavam a goma formada do *tucupi*, após alguns dias de descanso, para fazer *tapioca*. Se a farinha era, majoritariamente, torrada pelos homens, a *tapioca*, por sua vez, era pelas mulheres.

Zico também buscou lenha e acendeu o fogo sob o *tacho*. Após uma boa quantidade de farinha pronta para torrar, Rita limpou o *tacho* já quente com um pano e um pouco de óleo e Zico assumiu a função de torr -la. Isso era feito com remos, próprio para a torra. Rita jogava a farinha no *tacho* e Zico a mexia com o remo para torrar na medida certa, isto é, ao gosto do ca-

sal. Alguns gostavam dela bem amarela, outros um pouco mais branca, enfim, a cor da farinha conferia um sabor diferenciado segundo os Munduruku. A granulação da farinha peneirada também era algo particular, dependendo da peneira do casal, fabricada em geral pelo homem. Enquanto Zico torrava a farinha, Rita continuava a peneirar o restante da farinha crua. Rita apenas assumiu o remo, isto é, pôs-se a torrar a farinha enquanto seu marido foi novamente estender e retirar o *tipiti*. Assim que o filho mais velho do casal chegou, após a aula, por volta de 11 e meia, ele assumiu as funções do pai no manuseio do *tipiti* e, em algum momento, do remo. O outro filho do casal, Zeca, de onze anos, estava pescando.

Iara e Carlos estavam descascando os tubérculos, acompanhados de sua filha Nina, de sete anos. O filho mais velho do casal, Raoni, de onze anos, estava na aula e Raí, de dez, pescando, pois sua aula era apenas no período da tarde. Quando Rita terminou de peneirar toda a farinha que haviam separado, passou a auxiliar Iara. Naquele momento, os filhos e as filhas de Rita também se prontificaram e passaram a descascar a mandioca para Iara. Houve um momento em que as crianças de três e quatro anos também se esforçaram para descascar. É importante esclarecer que a participação das crianças foi voluntária. Não vi nenhuma mãe ou pai mandá-las trabalhar, embora as orientassem e advertissem para fazer direito. De fato, as crianças menores, de três a quatro anos, rapidamente deixaram as facas para brincar ao redor da casa de farinha. Por volta das 13 horas, o filho da Iara, que estava na escola, chegou com alguns peixes pescados pelo irmão. Em seguida, chegou Zeca, filho de Zico e Rita, com um grande Tucunaré que ele próprio havia pescado. Aquele momento foi de grande euforia, pois todos ali presentes estavam a ver o almoço chegar. Até aquele momento, só havia água e café para bebermos. Iara parou de descascar mandioca e foi imediatamente limpar os peixes para assá-los. Rita pediu para seu filho retornar até a casa e buscar uma panela, pois decidira fazer uma caldeirada. Carlos, marido de Iara, providenciou os gravetos para o fogo e galhos para a grade onde os peixes seriam assados. As famílias de Rita

e Isis trabalharam naquele dia até aproximadamente às 17 horas. Iara, Carlos e seus filhos retornaram uma hora mais cedo.

O trabalho todo transcorreu envolto em uma aura de diversão, embora todos estivessem concentrados nas atividades. Havia muitas crianças em volta. Eram três famílias elementares trabalhando ao mesmo tempo, em um único espaço. Ora estavam engajados em uma única conversa ora em muitas conversas paralelas. Criança chorando, brigando, rindo, correndo, trabalhando, enfim, um ritmo agitado. Isso ficou ainda mais evidente quando voltei no dia seguinte para torrar a farinha com a família de Iara. Nesse dia, o silêncio marcou a maior parte do tempo de trabalho. Estavam presentes, Iara, Carlos, Nina, Raí e eu. O sistema de trabalho foi muito semelhante ao do dia anterior. Iara peneirando, com o auxílio de seus filhos; Carlos e Raí, buscando lenha para o fogo; Carlos manejando o *tipiti*. A diferença mais marcante foi ver Iara tomar a frente e assumir durante a maior parte do tempo o remo para torrar a farinha, enquanto Carlos jogava e retirava. Talvez isso tenha acontecido porque Carlos não era Munduruku. Ele era da cidade de Maués. Ceci costumava dizer que ele era índio Maués. Carlos nunca negara.

No dia em que estavam as três famílias na mesma *casa de farinha*, houve um tema de conversa entre as mulheres que merece ser destacado, pois remete a uma prática de formação do corpo e do caráter das crianças, o que, como veremos no próximo capítulo, inicia-se desde a gestação. Ainda na parte da manhã, Iara passou a comentar com sua cunhada Rita o que estava projetando para seu filho Raoni quando ele “*mudar de voz*”. Ela falou alto e todas as crianças ouviram, menos Raoni, pois ele estava na aula. Iara disse que ele iria *cortar* um “*babaçuzeiro para não ter preguiça, para ter disposição*”. A palmeira de Babaçu é relativamente grande, de tronco largo e duro. Certamente, Raoni terá de realizar um grande esforço para cortá-la quando chegar o momento. Muitos homens relataram terem cortado uma árvore grande apenas com machado e lembravam-se do esmero necessário para cumprir até o fim aquela prescrição. Note-se que a intervenção sobre o corpo dos meninos parte de um sinal emitido a partir do próprio

corpo e interpretado pelos pais como uma mudança, “*mudar de voz*”. Essa mudança sinaliza a hora de intervir sobre a formação do corpo e do caráter dos meninos⁹.

Perguntei se apenas os meninos cortavam árvores e Iara contou que Ceci a fizera cortar um “*Tucumanzeiro*” quando menstruou pela primeira vez. Aliás, ela lembrou que fez aquilo chorando porque seu irmão “ficava achando graça”, e isso pode ser interpretado como a expressão de um comentário jocoso. Rita, então, falou-me que as mulheres “*costumam mesmo*” é se “*resguardar*”. O interessante é que Iara sempre fora apontada por seus irmãos como uma mulher muito ativa e que “*trabalhava igual a um homem*”. Ao longo do livro veremos que o *resguardo* central direcionado às mulheres abrange práticas prescritivas relativas à menstruação e ao pós-parto. Há, no entanto, outros *resguardos* seguidos tanto por mulheres quanto pelos homens, como após ir ao cemitério ou a um velório, na Semana Santa ou na semana dos Finados, entre outros.

-
- 9 Alguns autores têm focalizado a importância das árvores na vida social de diferentes povos, sugerindo que o conhecimento prático necessário à vida cotidiana seria derivado das experiências concretas de interação e observação com o mundo que os rodeia (Bloch, 1992; Rival, 1993). Block (1992), por exemplo, observou que o povo Zafimaniry, de Madagascar, possuía um conhecimento científico sobre árvores e madeiras, suas diferentes qualidades e os cuidados necessários ao manejo para fins específicos de acordo com os usos desejados. Os Zafimaniry distinguiam algumas árvores nobres e raras cujo crescimento e maturação resultavam no desenvolvimento de uma propriedade (*teza*), entendida como aquilo que lhes permite endireitar-se, firmar-se e tornarem-se duras, “comparadas aos ossos dos humanos e animais” (Block, 1992: 139). O processo de maturação dessas árvores seria similar ao processo de maturação dos humanos para os Zafimaniry, isto é, determinadas qualidades e propriedades seriam desenvolvidas ao longo da vida e não dadas de forma inata, quer fosse para os homens, quer fosse para as árvores. Rival (1993), ao descrever o processo de crescimento dos bebês Huaorani, na Amazônia equatoriana, também apontou que esse grupo conceitualizava o desenvolvimento corporal e as habilidades pessoais a partir da percepção da maturação observada na “vida vegetal”. Entre os Munduruku também podemos sugerir que algumas árvores ocupavam um lugar destacado nas práticas de autoatenção à saúde, voltadas à produção social de pessoas.

Por ora, gostaria de salientar que descrevi a fabricação da farinha para sugerir ao leitor que, apesar da divisão sexual do trabalho, é através de esforços coletivos, cooperação e colaboração que os Munduruku produzem a farinha, isto é, homens, mulheres, jovens e crianças, embora em menor grau, contribuem como provedores de um dos alimentos centrais nas refeições diárias.

É importante destacar que a organização social do trabalho acima descrita é variável e que a cooperação entre homens e mulheres Munduruku é um valor socialmente construído. Por esse motivo, é interessante contrastar meus dados com os obtidos pelo casal Murphy (2004), entre os “índios *Campineiros*” Munduruku das savanas, com o objetivo de não naturalizar essa cooperação. Conforme observaram Murphy e Murphy (2004), entre os *Campineiros* haveria uma segregação entre mulheres e homens, organizados enquanto grupos autônomos com ideais de cooperação e laços de solidariedade próprios a cada grupo. Mulheres e homens Munduruku que viviam nas savanas ocupavam espaços distintos na vida cotidiana e realizavam diferentes tarefas. Os homens habitavam na “casa dos homens”, onde dormiam, e eram responsáveis pela caça e pesca. As mulheres moravam nas habitações de suas mães, pois o padrão de residência era virilocal, tinham responsabilidades sobre a roça e a produção da farinha era exclusivamente realizada por elas. Todavia, seria errôneo supor que essa segregação fosse sinônimo de subordinação, pois, como apontaram Murphy e Murphy (2004), embora a ideologia Munduruku sublinhasse o antagonismo entre homens e mulheres e a superioridade dos homens, haveria um hiato entre a autonomia diária de cada grupo e a subordinação ritual e mitológica. Assim, na vida cotidiana, cada grupo teria uma autonomia e um poder de decisão sobre suas atividades. Além disso, os autores apontaram que, apesar de homens e mulheres conferirem maior prestígio aos produtos do trabalho de seu grupo, ambos eram necessários para pôr a economia em movimento. Ao observarem a vida diária, Murphy e Murphy (2004) notaram uma difração entre as normas coletivas e a prática individual do dia a dia, na qual coexistiam diferentes perspectivas dos homens e das mulheres.

Além disso, conforme sugerimos no capítulo anterior, ao migrarem dos aldeamentos das savanas para as margens do rio Tapajós e seus afluentes, uma série de mudanças na organização social dos Munduruku teria ocorrido. Gostaria de assinalar a emergência da “família nuclear”, nesse período, como uma unidade de produção e de residência e as mudanças na organização social do trabalho, em particular, na divisão sexual do trabalho (Murphy & Murphy, 2004: 213). Ao visitarem as aldeias no rio Cururu, o casal Murphy (2004), observou a ausência da casa dos homens, os quais passaram a residir com suas esposas e a cooperar com as mulheres no trabalho na roça e na produção da farinha, vendida em grandes quantidades à época. A rígida divisão sexual do trabalho observada nos aldeamentos das savanas deu lugar a uma separação de tarefas particulares, que constituíam os esforços conjuntos de homens e mulheres na maioria das fases de produção da farinha. A autonomia dos grupos organizados em torno do eixo de gênero foi acrescida pela autonomia da “família nuclear”, pois homens e mulheres compartilhavam as decisões que afetariam a família conjuntamente (Murphy & Murphy, 2004: 225-226).

Contudo, quando se observam práticas de autoatenção relativas à gestação, parto e pós-parto, nota-se que as atividades de apoio mútuo entre homens e mulheres no interior da família elementar são tão importantes quanto aquelas realizadas dentro da mesma família extensa. E, como veremos a seguir, assim como na roça e fabricação de farinha, as atividades envolvidas na pesca, na caça, na preparação e circulação de alimentos, em certa medida, mobilizavam também as relações sociais de cuidado e apoio mútuo centrais para a manutenção das relações familiares.

A pesca

A pesca diária era uma atividade masculina entre os Munduruku. No cotidiano, os homens e meninos assumiram o trabalho de pescar e alimentar suas famílias. Para isso, utilizavam diversas técnicas para pescar conforme o tipo de peixe. Os utensílios para pesca incluíam desde

rede de pesca e linha de mão até a *zagaia*, um tipo de arpão fabricado pelos Munduruku.

Os homens costumavam armar suas redes de pesca antes mesmo do amanhecer, ainda de madrugada. Saíam de canoa, armavam a rede nos igarapés e retornavam para casa no alvorecer. Passavam ainda madrugadas *facheando*, técnica de pesca com arpão e lanterna. Poucas vezes vi os homens saírem na parte da manhã, após o desjejum, para pescarem. Nesse período, permaneciam por volta da casa e, muitas vezes, dedicando-se ao trabalho na roça ou no fabrico da farinha, junto com suas esposas e filhos.

A pesca diurna era feita pelos meninos com mais de dez anos de idade, por vezes sozinhos, nos igarapés ao redor do *porto* de suas casas, sem ir muito longe. Na época em que Carlos estava trabalhando na construção da escola, houve dias em que seu filho Raí, de dez anos, pescou com *malhadeira* (rede de pesca) uma quantidade suficiente de peixes nos igarapés próximos à sua casa, para alimentar a família.

Os meninos jovens também pescaram para alimentar suas famílias nos dias em que seus pais e irmãos mais velhos estavam envolvidos no trabalho de torrar farinha. Raramente o homem adulto, em geral, o pai na família elementar, não obtinha sucesso na pesca com a rede instalada no alvorecer ou no fachear da noite. Contudo, especialmente na época de cheia dos rios, quando ficava mais difícil pegar algum peixe, a solução era voltar a pescar durante o dia. Em geral, os meninos se dedicavam à pesca nesse período diurno.

A variação do nível das águas conforme a estação de seca ou de cheia tinha repercussão direta sobre a vida dos Munduruku, de modo geral, e nas atividades de pesca e caça, em particular. A estação da seca era época de fartura de peixes. A pescaria resultava em grandes quantidades e variedades de peixes. Nessa época, foi comum ver as mulheres Munduruku assando peixe na beira do rio, nas extensas porções de terra que a vazante das águas do Canumã fizera aparecer, para fazer *piracuí* (farinha de peixe). Dado o volume de peixes pescados pelos homens durante a época de maior fartura da seca, no início da vazante,

o *piracuí* era a modalidade mais apreciada para conservar os peixes por longo período. Na maior parte das vezes, cada família elementar se dedicava a assar os peixes e a fazer *piracuí*. Todavia, houve momentos em que diversas famílias se juntaram para assar uma grande quantidade de peixes. Todos se envolviam nas diferentes etapas de feitura do *piracuí*. Os homens pescavam; as mulheres, as crianças e os homens limpavam os peixes à beira do rio; as mulheres e as crianças juntavam os galhos para a feitura da grelha onde assariam os peixes, bem como coletavam a lenha para fazer fogo. Quanto maior fosse a quantidade de peixe pescado, maior a estrutura construída para assá-los. Assar os peixes foi uma atividade das mulheres.

Isso tudo fora feito à beira do rio, em meados do mês de novembro, quando ainda havia praias nas margens. Depois de assado, alguns peixes eram imediatamente consumidos, outros guardados para as refeições seguintes e outros selecionados para a feitura do *piracuí*. Após o assado, as mulheres Munduruku separaram a carne, da carcaça e das espinhas. A carne do peixe foi torrada no mesmo *tacho* (uma chapa grande de ferro) utilizado para torrar farinha, sobretudo pelos homens, embora algumas mulheres também tenham assumido tal atividade. A torra consiste em mexer continuamente a carne de peixe sobre o *tacho* aquecido no fogo à lenha. Durante o aquecimento, a carne de peixe desfiada recebe pitadas de sal. O produto final resulta em uma textura semelhante a uma farinha de mandioca branca.

A caça

Vi apenas homens adultos voltando de caçadas. Em geral, caçavam à noite e sozinhos. No entanto, os homens Munduruku diziam que os rapazes jovens com mais de 16 anos já sabiam caçar. Em geral, os homens caçavam com arma de fogo.

Segundo Jim, um exímio pescador e também reconhecido caçador, as técnicas de caça variavam conforme o animal de caça. A paca, por exemplo, era caçada à noite. Jim contou que ficava escondido, à espreita, aguardando a paca vir beber água na beira do rio para, então,

dar um tiro certo. A anta também era caçada à noite. Conforme explicou Ney, morador da aldeia Niterói, a anta costuma comer uma tipo específico de *frutinba* que existe na mata e deixa rastro de fezes. Assim, ele identificava a presença do animal durante o dia e voltava à noite para caçá-la. Ele contou que armava sua rede no alto da árvore e ficava lá aguardando o retorno da anta que tem o costume de andar em círculos. Embora seja um animal grande, a escuridão da mata dificulta a precisão do tiro. Ney acertou um tiro na anta, mas como não foi certo, o animal conseguiu correr para a mata. Embora os homens Munduruku façam caçadas à noite, todos consideram muito perigoso por conta da presença constante de onças naquela região. Por esse motivo, Ney não arriscou por muito tempo sua incursão sozinho, pela mata, à noite.

Iberê, um jovem recém-casado, passou o dia na mata e caçou uma cutia. Conforme apontado anteriormente, embora já estivesse finalizando a construção da casa onde iria morar com sua jovem esposa, eles estavam cumprindo o *resguardo* do pós-parto e ainda moravam na casa dos pais da moça. Zico, sogro de Iberê, ao pegar emprestado a espingarda do genro, resolveu caçar nos dias seguintes e também trouxe um macaco prego para a família. Ambos caçaram durante o dia e essa atividade os havia tirado por longas horas da vida na aldeia.

Os homens Munduruku não pescavam juntos, não *facheavam em grupo*, nem caçavam coletivamente. Todavia, pareciam fazer tudo isso ao mesmo tempo. Em conversa com os homens e mulheres Munduruku, aprendi que há *remédio* para tornar-se um *bom caçador*: são banhos preparados com certas plantas especiais utilizadas para *puxar o braço*, para ter mais precisão na mira. Jô falou de *banbos* antes da caça para tirar o “*cheiro do caçador, cheiro de gente*”, com o propósito de evitar que o animal sinta o cheiro de *gente* e se afaste. Nete era uma mulher Munduruku que tinha uma horta próxima a casa com muito “*remédio para caçador*”. Ela me mostrou uma variedade entre cinco e sete plantas especiais para fazer *banbos*. Algumas dessas plantas eram

utilizadas para preparar e formar um *bom caçador*, outras para afastar a *panemice*¹⁰.

Ela cultivava uma horta com remédios para caçador incentivada por seu irmão que, durante a sua primeira gravidez, reclamou ter ficado com *panemice*. Em geral, os Munduruku concordavam que uma mulher grávida pudesse deixar o caçador com *panemice*, assim como a mulher menstruada poderia lhe trazer má sorte. Havia um vasto saber sobre como tratá-la, explicada pela falta de sorte na caça ou pesca, como preguiça e fraqueza. As práticas de autoatenção à *panemice* incluíam desde banhos, *puxações* (massagens), até ações como a mulher grávida morder a ponta da espingarda. Essas práticas de autoatenção eram realizadas com a intenção de eliminar a *panemice*¹¹.

Não observei nem ouvi relatos de práticas atuais de propiciação à mãe dos animais de caça ou à mãe da mata, ainda que estes seres fizessem parte da vida cotidiana dos Munduruku e que homens e mulheres mais velhos se lembrassem da época em que seus avós faziam fileiras com cabeças de animais de caça e lançavam “*leite*” de *manicuera* em direção à mata para agradar o espírito da mãe da mata e atrair muitos animais de caça. Entretanto, homens e mulheres Munduruku tinham o hábito de “*pedir licença*” para entrar na mata, para os *donos* dos lugares, pois diziam que “*todo lugar tem seu dono e todo animal tem sua mãe*”. A relação com esses seres era mediada pela ética do respeito e pela cautela marcada pelo ato de fala ao se “*pedir licença*”. “*Pedir*

10 *Panema* é um conceito nativo que também se refere à má sorte na caça.

11 Roberto Da Matta (1973) fez uma análise estrutural da *panema* a partir dos dados de Wagley e Galvão coletados na região amazônica e concluiu que se tratava de uma forma de pensar e investigar sobre as causas de determinados eventos. O autor sugeriu que expressava o “rompimento de princípios de distribuição dos alimentos” (Da Matta, 1973: 91) ou a mistura e contato de coisas e pessoas que não deveria ocorrer (idem: 96). Assim, a *panema* poderia ser interpretada como “sistema determinístico” capaz de indicar sentimentos e expectativas apropriadas e distintas que regulariam as relações sociais entre parentes próximos e distantes.

licença” para a mãe da mata, da *cacimba*, do olho d’água, por exemplo, era uma forma/fórmula poderosa para evitar-se a *vingança* deles. Embora o respeito e a cautela para com as mães da mata, da roça, dos igarapés etc., não propiciassem maior fartura na caça ou na pesca, “pedir licença” garantia a saúde daquele que estivesse chegando. Desse modo, o sucesso da caçada residia na expertise alcançada por meio da prática, no conhecimento sobre os modos e hábitos dos animais de caça e, principalmente, nas ações intencionais sobre o corpo do caçador com a finalidade de formar um *bom caçador*.

As caçadas bem sucedidas resultavam na partilha do alimento. Houve distribuição de partes do animal caçado mesmo se tratando de um animal pequeno, como no caso de uma cutia ou um macaco. A família de Zico, com treze pessoas, por exemplo, compartilhou parte do animal com os vizinhos da mesma família extensa. Todos os parentes da família extensa que compartilhavam o mesmo núcleo residencial ficaram sabendo quando Zico havia tido sucesso na caçada. Algumas mulheres da família extensa foram até a casa do caçador pedir à mulher dele um pedaço da caça e ganharam. Não foram todas as mulheres da família extensa que pediram, mas aquelas que pediram ganharam um pedaço. O sucesso na caça ou na pesca, embora não fosse sinônimo de quantidade, resultava na partilha de alimento entre membros da família extensa.

A preparação dos alimentos – cozinhar

Um dia Zico chegou da caça com um macaco guariba. Várias pessoas da família extensa foram até a casa dele para ver o macaco morto, inclusive eu. Toda sua família estava na varanda da casa observando o animal com curiosidade. As crianças estavam muito eufóricas e brincavam com o corpo do animal. Zico perguntou se eu poderia fazer uma fotografia dele com a caça. Eu fiz a fotografia e lhe entreguei alguns meses depois. Tão logo fizemos a fotografia, seus filhos mais velhos prepararam o fogo para queimar os pelos do macaco no terreno ao lado da casa. A mãe das crianças auxiliava-os da cozinha da casa, que

ficava na varanda. Depois que retiraram os pelos, Rita, esposa de Zico, limpou as vísceras, retirou as unhas, dentes e o cortou em pedaços. Ela preparou um cozido com a carne e mandou-me uma porção em retribuição à foto tirada.

Muitas vezes, pela manhã, os netos e as netas de Ceci traziam-lhe peixes. Iara era responsável pela limpeza e cozimento dos peixes na casa de Ceci. Tão logo retornava da roça, por volta das 10 horas da manhã, iniciava o trabalho na cozinha. Ela preparava os peixes que Ceci ganhava, assim como aqueles pescados pelo marido e pelos filhos.

Se a pesca e a caça eram atividades masculinas, por sua vez, cozinhar era uma atividade do rol das mulheres. As cozinhas das casas eram equipadas com fogão a gás e algumas panelas de alumínio, arriadas com muito esmero pelas mulheres, que as deixavam com um brilho especial. Tinham também fogão à lenha feito de barro no quintal. No dia a dia, limpavam os peixes, tirando as vísceras e as escamas, caso necessário, e os preparavam para as refeições. Os peixes e as carnes de caça eram preparados de diversas formas.

O modo de preparo mais apreciado era, indubitavelmente, o assado. Esta modalidade, entretanto, era feita exclusivamente fora da casa, em uma grelha construída pela própria mulher para cada assado. Elas eram também as responsáveis por coletar a lenha, tarefa em que as crianças ajudavam. Os Munduruku também apreciavam a caldeirada de peixe, um modo de preparar o peixe cozido com muita água e temperos cultivados no terreno de casa, especialmente, cebolinha verde e coentro, com pouco sal, alho, açafrão e pimenta do reino em pó, comprados nas vendas na cidade.

Outro modo de preparo dos peixes era a fritura no óleo. Nas épocas de fartura de peixe, normalmente, Iara preparava mais de um tipo de prato por refeição: caldeirada, assado e frito. Do mesmo modo que os meninos participavam da atividade de pesca, podendo em algumas situações pescar para alimentar toda a família, especialmente nos dias de fabricação da farinha, também as meninas com mais de doze anos já cozinham para toda a família.

A circulação dos alimentos era uma atividade feita por mulheres, entre os Munduruku. Os homens entregavam o peixe ou a caça para a mulher ao retornarem para casa e ela tratava, limpava, cozinhava e distribuía porções entre alguns parentes. Observei que a circulação de alimentos produzidos pela caça ou pela pesca era feita tanto no estado cru como após o cozimento. E, na maioria das vezes, as crianças levavam o prato com o pedaço de carne ou com a refeição já pronta até a casa dos parentes. A entrega era sempre em nome da mulher do caçador. Lembro, por exemplo, nos dias em que ganhei porções de paca, de macaco, de cutia e de peixes, as crianças chegarem até a casa onde eu estava morando e falarem:

— Oh! Dona Raquel, mamãe mandou para você.

Também era recorrente ouvir ou receber das crianças os alimentos entregues para Ceci, nossa anfitriã; falando:

— Mamãe mandou trazer para a vovó Ceci.

Gostaria de sugerir que a circulação de alimentos é tão importante quanto a produção de alimentos para a manutenção das relações familiares e, nesse caso, as agências masculinas e femininas são complementares. Ao observarmos a circulação dos alimentos, o foco sai da ação individual e de seu impacto na família elementar e repercute nas relações sociais que mantêm os laços de cuidado e apoio mútuo na família extensa. Sobre as relações de parentesco entre os Munduruku da TIKL, é relevante ter em mente ainda a sugestão feita por Scopel de que:

Esse compartilhamento de substâncias, frequentemente observáveis como compartilhamento de alimentos – no qual podemos incluir todo o circuito de trocas desde fluídos corporais até cuidados e serviços – definem relações de parentesco, as quais conectam o corpo individual ao corpo social num ciclo dinâmico de atividades cotidianas (Scopel, 2013: 125).

De certo modo, homens, mulheres e crianças, a partir de certa idade, contribuíam ativamente nas práticas diárias de produção e circulação dos alimentos. As pessoas mais idosas, em geral, não tinham mais

roça e já não trabalhavam mais na produção de alimentos. Todavia, os idosos podiam contribuir de forma ativa ao fazer circular as mercadorias e os gêneros alimentícios adquiridos com a aposentadoria. O engajamento diário nas atividades de produção, circulação e consumo dos alimentos, bem como nas atividades de cuidado com a casa e com as crianças, fazia parte do conjunto de atividades em torno das quais as famílias se estruturavam e por meio das quais mantinham as relações de afeto e reciprocidade (Gow, 1989; Viegas, 2003; Scopel, 2013).

Trabalho assalariado e trabalho por “diárias”

Diversas pessoas tinham trabalhos assalariados na aldeia Kwatá. Eram professores, agentes indígenas de saúde, de saneamento e microscopia. Essas pessoas, em geral, coordenavam as atividades de seu trabalho assalariado com o trabalho de roça, caça ou pesca. Durante a segunda e terceira etapas da pesquisa de campo, outras atividades de trabalho pago com diárias haviam ocupado os homens Munduruku da aldeia Kwatá.

Considero relevante relatar algo sobre o trabalho dos homens remunerados por diárias em obras que aconteceram na aldeia, pois a participação deles acabou impactando na alimentação da família e nas práticas de *resguardo* do pós-parto. Neste caso, ou porque o pai do recém-nascido havia deixado de cumprir o *resguardo* do pós-parto para trabalhar, o que repercutiu diretamente sobre o estado de saúde do bebê, ou porque havia se ausentado do trabalho para cumprir o *resguardo* e auxiliar a esposa em reclusão, como veremos em detalhes no Capítulo 7.

No final do ano de 2010, alguns homens Munduruku trabalharam na finalização da nova instalação da rede elétrica que passou a atender toda a aldeia. Até aquele momento, um gerador a diesel provia energia elétrica aos moradores da aldeia Kwatá, apenas durante poucas horas ao anoitecer. A prefeitura de Borba fornecia uma cota de combustível, sempre insuficiente para o uso mensal dos Munduruku. Isso resultava na mobilização dos moradores para contribuir com algum dinheiro

com o propósito de comprar diesel para reabastecer o gerador até a vinda da cota de combustível do mês seguinte.

Segundo me explicou o cacique Manoel, o programa do governo federal, “Luz para Todos”, havia chegado às aldeias da TIKL no segundo semestre de 2010. Esse fato acabou envolvendo homens Munduruku no trabalho de construção da nova linha elétrica na tarefa de abrir uma picada com cerca de quatro quilômetros na mata, ligando o rio Madeira ao centro da aldeia Kwatá. Essa picada serviu para instalar os postes de concreto com a fiação elétrica até as casas da aldeia.

Quando retornamos ao campo, em março de 2011, já havia energia elétrica intermitente na aldeia Kwatá. Isso incrementou as atividades da vida noturna na aldeia, como, por exemplo, reunir um grande número de adultos e crianças em volta da televisão para assistir o jornal, a novela ou um DVD na casa de algum parente, além de ter facilitado o trânsito das pessoas à noite, fosse para passear ou fazer visita, fosse para frequentar as aulas de educação para jovens e adultos.

A construção da nova escola também ocupou o tempo de alguns homens Munduruku no ano de 2011. Da mesma forma que no trabalho para a instalação da rede elétrica, a construção da escola também exigiu dos homens Munduruku sua dedicação e força de trabalho ao longo do dia. A empresa construtora contratou mão de obra na aldeia através do pagamento de diárias. O trabalho era pesado e incluía tarefas como carregar madeira do rio até o local onde seria a escola, cavar fossas, além de construir paredes, piso e rebocar. Infelizmente, os trabalhadores não dispunham de itens de segurança adequados para executar o serviço e houve quem sofreu acidente de trabalho, ao cair do telhado.

Os homens se ausentavam de casa com frequência, pois caçar e pescar demandava tempo. Em certo sentido, essa ausência se justificava com o retorno para casa com a caça ou o peixe. Mesmo naqueles casos de fracasso nas incursões, por *panemice* ou intempéries, se compreendia sua ausência, afinal nem toda caçada ou pescaria era bem sucedida.

Todavia, aqueles homens, cujo trabalho já lhes havia retirado do convívio da família e que retornavam de mãos vazias, estes compartilhavam certo mal-estar. Ao menos, assim sintetizaram a situação o cacique Manoel e o agente indígena de saúde Ricardo. Manoel referia-se ao trabalho de cacique, que o levava para viagens fora da TIKL, nas quais passava dias longe da família por inúmeras vezes. Todos de sua família compreendiam a importância do trabalho de cacique e o apoiavam, embora Manoel sentisse o peso de chegar a casa de mãos vazias. Da mesma forma, o agente indígena de saúde Ricardo também se queixava de passar os dias trabalhando fora de casa, no polo base Kwatá e retornar sem alimento. Cada um desses homens era membro de uma família extensa diferente. O primeiro não recebia salário e o outro era assalariado. Todavia, ambos avaliaram o próprio envolvimento em um tipo de trabalho, no qual os resultados não contribuía para prover a alimentação diária da família. Essas autoavaliações ponderavam sobre a contribuição masculina na nutrição diária da família, tendo por pano de fundo o modo de vida dos Munduruku. Em termos analíticos, podemos sugerir que, ao retornar para casa sem comida, os homens Munduruku não estariam cumprindo com sua contrapartida na dinâmica das relações de gênero voltadas para a manutenção da família. O mesmo aconteceria nos casos do abuso de bebidas alcoólicas, cujo excesso havia promovido uma desarticulação na reciprocidade entre o casal. A única vez que vi uma mulher se negar a cozinhar para o marido, afirmando que ele não comeria naquela casa, foi quando ele chegou embriagado de uma viagem à cidade, de mãos vazias e sem calçados. Por outro lado, o trabalho assalariado permitia aos homens e às mulheres abastecerem suas famílias com mercadorias.

Futebol, missas e rodas de conversa

A vida cotidiana, é claro, não era apenas trabalho. Ao final do dia, outras atividades de lazer se destacavam na vida diária, como o futebol e as rodas de conversa. Havia times de futebol masculinos e femininos na aldeia Kwatá. As partidas realizadas pelos homens eram diárias, já

os times de mulheres costumavam jogar nos finais de semana. Os Munduruku organizavam campeonatos entre times de aldeias ao longo do ano. Nesses eventos, muito apreciados, reunia-se uma grande torcida.

Os Munduruku também se agrupavam em rodas de conversa em frente às suas casas ao fim do dia. Em geral, algumas mulheres relacionadas por parentesco iniciavam as rodas de conversa. Eram noras, sogras, cunhadas e irmãs que se reuniam para conversar sobre os eventos do dia, enquanto seus filhos e filhas pequenos brincavam ao redor. Conversava-se sobre feitos diários, dúvidas sobre algum assunto, trocas de receitas sobre remédios caseiros e planos para os dias seguintes. Eram momentos descontraídos, muitas vezes cercados por piadas jogosas e risos. Os homens mais velhos, maridos de algumas dessas mulheres, não tardavam a juntar-se a elas e expor também alguns relatos dos eventos diários. As rodas de conversa também eram um momento no qual emergiram narrativas sobre feitos passados do povo Munduruku, sobre as conquistas da terra indígena, sobre mitos e histórias que os antigos contavam. Poderíamos sugerir essas rodas de conversa diárias também como “contextos de performance formais” (Langdon, 1991: 13), propícios à emergência de narrativas, fossem aquelas remetendo a um tempo mítico ou a um tempo histórico. Essas narrativas eram prerrogativas das pessoas mais velhas e ouvidas com atenção pelos demais adultos presentes. As rodas de conversa foram uma fonte preciosa de aprendizado para mim sobre a vida dos Munduruku.

Nos finais de semana, aos domingos pela manhã, a missa na igreja católica da aldeia Kwatá estava sempre cheia. Todas as vezes que participei, havia pessoas de pé, pois já não restavam mais assentos. O sino da igreja era tocado por volta das 7 horas avisando que logo a missa iria começar. Naqueles dias, todos os homens, mulheres, jovens solteiros(as) e crianças arrumavam-se para participar da missa que era conduzida por professores indígenas e por um dos filhos do cacique Manuel. A dinâmica da celebração da missa envolvia também, e principalmente, os jovens solteiros. Eles(as) participavam de algumas leituras, cantavam, tocavam violão e passavam recados.

Entre os anos de 2010 e 2011, havia missionárias não indígenas da Pastoral da Criança que participavam das missas aos domingos, auxiliando nos cantos dos hinos religiosos. As missionárias também organizavam novenas nas casas. Cabe lembrar também outras atividades centrais na atuação daquelas missionárias, como cursos de artesanatos (crochê), cadastramento das crianças de zero a seis anos e gestantes e a capacitação de indígenas para serem líderes locais da Pastoral da Criança. Embora eu reconheça a importância da atuação das missionárias, cumpre destacar que a organização e a condução das missas eram feitas pelos indígenas.

Durante a missa, homens, mulheres, crianças e jovens sentavam-se separados. Até vi alguns casais sentarem-se juntos, mas isso não era o padrão geral da disposição das pessoas durante a celebração da missa. Na parte da frente, nos primeiros bancos, estavam as crianças, entre quatro e dez anos, dispostas ao lado direito do altar. No lado esquerdo, ficavam, os jovens que auxiliavam na execução da missa. Estes, sim, sentavam-se juntos. Nos bancos ao lado direito do altar sentavam-se as mulheres, acompanhadas de seus filhos pequenos e de colo. Ao lado esquerdo ficavam os homens e os meninos com mais de onze ou doze anos. Ao fundo, geralmente de pé, do lado esquerdo, ficavam os rapazes solteiros, e do lado direito, algumas moças. Ao final da missa, muitos permaneciam em frente à igreja conversando, alguns em rodas de homens e mulheres separadamente, outros acompanhados de seus cônjuges.

Entre os poucos casais que se sentaram juntos estavam o cacique e sua esposa, o pajé e sua esposa. Nos acontecimentos públicos, evidenciavam-se com mais força algumas hierarquias da sociedade Munduruku. O cacique era sempre o último a dar a palavra. Muito sábio, Manoel sabia expressar sua opinião utilizando-se das falas anteriores, articulando-as e justapondo-as, para conduzir sua argumentação final. Isso deixava a sensação de que em nenhum momento ele agira de forma impositiva ou autoritária. A autoridade do cacique vinha de sua posição, herdada do pai, e de sua habilidade em falar em público, em

um tom de voz médio, porém, firme e contínuo, capaz de sintetizar as diversas opiniões de forma organizada. É claro, em consonância com o que acreditava ser o correto e o melhor para o seu povo. O prestígio do cacique se confirmava especialmente nos eventos públicos, pois ele era apontado como uma “liderança” a quem as pessoas não indígenas deviam se dirigir e ouvir. Assim foi na reunião de saúde local, nas diversas reuniões com profissionais do cargo administrativo ligados ao DSEI-Manaus, na negociação da autorização de nossas pesquisas de doutorado, na reunião da Associação Indígena, nas reuniões com o prefeito de Nova Olinda do Norte, entre outros eventos ocorridos na TIKL. Além disso, Manoel era chamado para resolver conflitos que emergiram dentro das aldeias e atuava como mediador entre os envolvidos, os quais acatavam suas orientações¹².

- 12 Terence Turner (2003: 11), ao estudar sobre “a natureza da hierarquia nas sociedades indígenas da Amazônia”, apontou que o valor social indígena Kayapó estava na produção não de bens materiais, mas de pessoas e relações sociais. Heckenberger (2003), a partir da análise do ritual funerário – *Egitse* (na língua Kuikuru) ou *Kuarup* (na língua Kamaiurá) –, dos rituais de puberdade (masculinos) e das questões envolvidas na chefatura, afirmou que esses momentos caracterizavam uma “profunda expressão da diferença” (Heckenberger, 2003: 32). Segundo o autor, a análise do poder político no Alto Xingu aponta como elemento-chave a relação intrínseca entre o domínio de recursos materiais e recursos simbólicos. Mais precisamente, para o fato de que as relações de poder político e econômico podem se derivar do acúmulo de capital simbólico. O poder simbólico seria distribuído “[...] *by structures which are inherently hierarchical*” (Heckenberger, 2003: 7), e estas seriam arranjadas no domínio do parentesco e no *status* das linhagens. Em síntese, ambos os autores observam a importância do prestígio social como meio de transformar capital simbólico em capital econômico e, por sua vez, como formas de angariar auxílio necessário para produzir, manter ou transformar *ad hoc*, como sugeriu Terence Turner (2003), os valores sociais que constituem os idiomas privilegiados dessas sociedades do Alto Xingu: a produção de pessoas, os rituais de nomeação e os festivais. Ao mesmo tempo destacam a importância dos meios materiais (produção de excedentes e presentes, por exemplo) necessários para produzir pessoas. Não vou fazer uma análise sobre a liderança nesse trabalho, mas seria interessante investigar futuramente a relação entre prestígio social, autoridade e acúmulo de capital simbólico entre os Munduruku.

Manoel era enfático em afirmar que não sabia como proceder quando assumiu o cargo que fora de seu pai. Segundo o cacique, além das orientações dos mais velhos, o tempo e as diversas situações pelas quais passou dentro e fora da TIKL se acumularam como experiências para atuar em situações futuras. Isto é, o engajamento nas atividades relacionadas ao exercício de cacique foi se sedimentando como aprendizado na prática, junto com os conselhos dos mais velhos¹³.

Viagens à cidade e festas

Por fim, gostaria de mencionar os trânsitos mensalmente realizados por muitos Munduruku às cidades vizinhas. As viagens para Borba eram menos frequentes e, em geral, feitas apenas pelos indígenas assalariados, que trabalhavam como professores ou auxiliar geral nas escolas da TIKL para receberem o salário. Iam também para Borba no festejo da comemoração do santo padroeiro da cidade, Santo Antônio, entre o final de maio e o início de junho. A festa de Santo Antônio de Borba é um dos maiores eventos religiosos do interior do Amazonas, reunindo milhares de peregrinos. Os indígenas atravessam a pé longas distâncias no interior da TIKL até alcançarem as margens do rio Madeira, onde pagam por uma passagem no transporte feito por barcos que navegam no trajeto de Nova Olinda do Norte a Borba e, em alguns casos, até cidades do Pará. A viagem de ida e volta até Borba para receber o salário ocupava dois dias, exigindo o pernoite fora de casa e um custo extra na contabilidade mensal da família.

As viagens para Nova Olinda do Norte eram mais frequentes e, a depender da distância da aldeia até a cidade e do tempo de deslocamento, podiam ser feitas em um único dia. Em geral, os indígenas iam até

13 O leitor encontrará outros exemplos que enfatizam a relação entre memória e experiência prática como processos de aprendizado em Belaunde (2005: 288), Bloch (1992) e Rival (1997). Sobre a prática do aconselhamento na relação entre os Munduruku e os profissionais de saúde na TIKL, ver Scopel (2013).

Nova Olinda do Norte principalmente para fazer compras no comércio local da cidade ou por motivos de doença. Neste caso, o deslocamento se justificava tanto pelo atendimento na rede do SUS, por conta de encaminhamentos feitos pelos profissionais do polo base, quanto pela procura dos curadores urbanos¹⁴. As viagens para Nova Olinda do Norte, feitas por conta própria, eram de *rabeta*. Os Munduruku também iam a Nova Olinda do Norte para receber os benefícios do Bolsa Família ou a aposentadoria. Mesmo para os moradores das aldeias mais distantes, o trânsito pela cidade era rotina e, em alguns casos, envolvia a cooperação entre as famílias elementares que dividiam os custos da viagem ou emprestavam sua canoa.

A preparação das aldeias para as festas envolvia as famílias extensas em trabalhos coletivos, as quais cooperavam entre si para limpar a aldeia, organizar as atividades e preparar a alimentação oferecida gratuitamente a todos os participantes. Em geral, os Munduruku costumavam ir até a aldeia que oferecia a festa. Assim, havia um trânsito de pessoas também entre as aldeias. Aliás, nas maiores festas da TIKL, os chamados *festivais culturais*, comemorados ao longo de uma semana, com inúmeros jogos, competições artísticas e exposição de arte e artesanato, também moradores indígenas e não indígenas da cidade de Nova Olinda e de Manaus vinham participar. Eram as festas em comemoração ao Dia do Índio¹⁵. Numa delas, aprendi que naquela terra indígena não havia “*indígenas*”, havia Munduruku. Um homem olhou para seu cunhado e, sorrindo, falou em tom jocoso e provocativo:

— E aí indígena, aonde vai indígena?

Seu cunhado, sorrindo, respondeu:

— Eu sou Munduruku.

14 Scopel (2013) e Scopel *et alii* (2012) apresentam maiores detalhes sobre os trânsitos em busca de curadores além das fronteiras da TIKL.

15 Scopel (2013) faz descrição e análise dessa comemoração referente ao VI *Festival Cultural* realizado na aldeia Kwatá, que contou com participação massiva de não indígenas.

Em seguida, o primeiro homem que falou, confirmou:

— Eles não gostam de ser chamados de indígenas, nós somos Munduruku.

Qualquer um que não fosse Munduruku era *pariwat*, um termo na língua Munduruku que designa inimigo ou branco.

Tempo e cosmo

Na tentativa de apresentar ao leitor a vida cotidiana dos Munduruku, selecionei aquelas atividades em que homens e mulheres passavam a maior parte do tempo envolvidos, como pesca, caça, roça, cuidar da casa, lavar roupas e louças, fabrico da farinha, cuidar dos filhos, frequentar a escola, jogar futebol aos finais de semana e participar das rodas de conversa ao final das tardes. Certamente, outras atividades poderiam ter sido apresentadas, caso eu estivesse acompanhando, por exemplo, a rotina de trabalho dos agentes indígenas de saúde ou dos pajés ou curadores, dos professores, das lideranças ou dos conselheiros de saúde indígenas. A vida cotidiana tem mais imponderáveis do que a pretensão analítica pode conter. Ademais, ela está diretamente relacionada à conjuntura da situação na qual o ator social, individual ou coletivo, interage. Todavia, as atividades praticadas pelos Munduruku podem ser compreendidas em um ritmo de turnos: manhã, tarde e noite, demarcados por alguns horários-chave que predisõem uma abertura, como uma fenda no tempo, das relações sociais perigosas. Essa fenda no tempo é importante para manter o distanciamento ideal entre os humanos e os seres subaquáticos, especialmente, os *botos encantados*. Deste modo, os Munduruku devem resguardar os seguintes horários: “meio dia” e “seis da tarde”. Cumpre esclarecer que, de fato, não estamos lidando com a precisão cronometrada pelo relógio, mas por uma noção temporal de turnos expressada em horários regulares. Resguardar, nesse caso, tem o sentido amplo, similar ao que encontramos nos dicionários de português, de guardar com cuidado, de agir com cautela e, mais particularmente, de evitar a beira do rio nesses horários. O resguardo também implicava em um período de limina-

ridade. A evitação incluía tomar banho, brincar ou exercer qualquer outra atividade durante essas horas. O motivo era manter distância dos seres *encantados*, *botos*, que estão circulando pelo rio naqueles momentos. A razão para o distanciamento é que tais encontros podem redundar em relações que, ao final, resultarão em doenças graves e risco de morte.

A vida diária dos Munduruku exige uma constante vigília para além dos horários citados. Os Munduruku habitam um cosmo em que outros seres convivem, cada qual inicialmente relacionado a um *habitat*, embora todos configurem parte da cosmografia local. Para os Munduruku, o cosmo é habitado por seres humanos, seres *encantados* com capacidade de *engerar* para humanos, com destaque aos *botos*, e humanos de *engerar* para animais (feiticeiros que se transformam em onça), seres subterrâneos e subaquáticos, animais e plantas de variadas espécies, algumas das quais também se transformavam em homens e animais¹⁶. Os Munduruku habitam as aldeias, navegam os rios e usam suas margens para uma infinidade de atividades, frequentam os centros das matas como passagens para viagens ou mesmo caçadas e abrem suas roças a meio caminho da aldeia e do centro da mata. Os *gentirana* ou *kokeriwat* (na língua munduruku) são seres de estatura pequena, de pele escura, que habitam o subterrâneo, mas saem à superfície terrestre, podendo se relacionar com os Munduruku. Há ainda os espíritos do ar, o *espírito mau* ou *inimigo*, a alma daqueles que morreram por ação do inimigo, os *afogados*, *atirados* e *enforcados*.

Na cosmografia Munduruku, conforme dito anteriormente, cada lugar, seja um acidente geográfico (olho d'água, mata, igarapé, igapó

16 Scopel (2013: 156) sugere que a noção de “*engerar para*” é central para se compreender a perspectiva xamânica do cosmo entre os Munduruku, a qual indicaria a possibilidade de transformação em determinada direção, isto é, não se trataria de uma transformação generalizada nem permanente. Wawyniak (2010) também faz uma análise detalhada da categoria *engerar* entre os ribeirinhos do Baixo Tapajós a partir das ideias do perspectivismo ameríndio de Eduardo Viveiros de Castro.

etc.), seja o produto da atividade humana (roça e cacimba, por exemplo), é *habitat* de *mães* e *donos*. *Mães* e *donos* são os seres responsáveis por tais lugares, são seus donos e seus protetores, e por isso é preciso *pedir licença* para adentrar, pescar, caçar ou plantar no espaço deles. *Pedir licença* para caçar, passar, banhar-se no rio ou na cacimba, entre outros casos, faz parte do código moral entre humanos e *mães* e *donos* dos lugares, como etiqueta de respeito justificando a necessidade da aproximação. Os Munduruku compartilham uma cosmografia mantida pelo esforço em gerenciar diariamente um distanciamento ideal entre eles e os demais seres que habitam o cosmo. Essa distância – ou aproximação mediada pela etiqueta social – garante a manutenção da saúde, seja dos atores diretamente envolvidos, seja daqueles que compartilham um mesmo segmento residencial, especialmente das crianças. Nesse sentido, as práticas de evitação ou a etiqueta social para relacionar-se com os demais seres que habitam o cosmo podem ser entendidas como ação apropriada para criar relação em termos aceitáveis e manter o bem-estar individual e da comunidade. Apenas aos pajés é permitido o trânsito livre entre o mundo dos humanos e o mundo dos *encantados*. Contudo, eles também seguem uma série de práticas de autoatenção para se manterem saudáveis e se relacionarem com os *encantados*, com quem atuam nos *trabalhos* de cura.

Entretanto, não são apenas certas atividades ou os horários e espaços onde tais eventos ocorrem que exigem cautela dos Munduruku, mas também alguns estados relacionados à trajetória da vida, que imprimem a necessidade de um modo de proceder atento e cauteloso. A menstruação foi um caso típico, conforme apresentarei no Capítulo 4. Outro estado em que as pessoas cumprem *resguardo* é durante o período do pós-parto. O pós-parto também desponta como período marcado por tabus, prescrições e proibições, cujas características mais marcantes são algumas inversões relativas às atividades cotidianas. Durante o trabalho de campo, observei que havia outros momentos em que os Munduruku praticam *resguardo*, como já apontei (Dia dos Finados, visita ao cemitério, luto, na convalescença causada por animais

peçonhentos e na menstruação). De todos esses eventos, o *resguardo* do pós-parto é o mais prolongado, sendo também aquele cujas consequências podem estender-se sobre a vida de qualquer outra pessoa próxima, e não apenas àquela que rompe com a regra. Deste modo, a quebra do *resguardo* do pós-parto tem o potencial de desencadear risco de vida para todos os próximos, especialmente, para as crianças, como veremos no Capítulo 7.



3

As práticas de autoatenção à gestação

Conversar com mulheres Munduruku com a intenção de obter alguma informação sobre práticas de “autoatenção” à gestação (Menéndez, 2003) mostrou-se, inicialmente, uma técnica de investigação pouco produtiva. Em geral, destacavam o esforço físico demasiado a ser evitado, assim como o deslocamento de objetos pesados. Nas falas, apontavam como precauções a serem adotadas para uma gravidez segura e saudável: limitar-se a não cometer *extravagâncias* no trabalho cotidiano. De fato, a relação entre mulheres de gerações diferentes era marcada por uma tentativa de controle dos exageros. As mulheres mais velhas eram taxativas em suas advertências às gestantes mais jovens quanto ao esforço físico ou ao trabalho exagerado por longas horas na roça ou à beira do rio. Elas falavam em voz alta com a gestante para que todos escutassem. Segundo as mulheres mais velhas, não era correto trabalhar em excesso, pois a *gestante* ou *mulher buchuda* estava *carregando uma criança*. Tudo levava a crer que as práticas de autoatenção à gestação sintetizavam um controle dos exageros no trabalho cotidiano para evitar os riscos de *queda* e *aborto*. Contudo, no decorrer do trabalho de campo, engravidei, e minha relação com meus interlocutores mudou. Com isso, um conjunto de práticas de autoatenção à gestação passou a ocupar um lugar central em minhas observações e participação na vida cotidiana dos Munduruku.

Ao início da pesquisa, antes de minha gravidez, havia obtido muitos dados sobre as práticas de autoatenção relativas ao pós-parto em contraste com as poucas informações sobre gestação, pois o pós-parto abrangia um período liminar severamente cumprido como *resguardo* e era tema recorrente nas inquietações dos Munduruku. Por esse mo-

tivo, procurei aprender sobre as práticas de autoatenção à gestação a partir da comparação com aquelas realizadas no pós-parto. Nas rodas de conversa ao final das tardes, quando eu perguntava à Lana, que estava grávida de seis meses, sobre seu dia e sobre sua gestação, as informações eram sempre muito genéricas, do tipo, está tudo bem, foi um dia normal. Eu insistia em refazer minhas questões a cada dia, porém, aos poucos, procurei torná-las mais específicas e, ao invés de perguntar para Lana o que podia comer ou o que havia comido naquele dia, passei a questionar se ela estava comendo apenas *comida escolhida*. Dado o fato de que o *resguardo* de pós-parto inclui uma dieta marcada pela restrição de uma série de espécies animais, vegetais e frutíferas contribuindo para uma refeição feita apenas com *comida escolhida*, eu havia pensado que poderia haver um paralelo com o período da gestação. Seguindo a mesma lógica, também perguntei, em um dado momento, se havia algum cuidado especial para a mulher grávida. Apesar de meus esforços, posso dizer que esse tema de conversa não rendia. Tanto Lana como outras mulheres comentavam que a *gestante* podia comer de tudo e não havia com o que se preocupar, apenas era importante cuidar para evitar *queda* e não fazer nenhuma *extravagância*.

Minhas observações quanto à rotina de Lana confirmavam suas afirmações de que a rotina da mulher Munduruku não mudava como gestante. Lana trabalhava como cozinheira no polo base, cuidava de sua casa, de seus três filhos, lavava roupas e louças na beira do rio, trabalhava na roça e continuou com essas atividades durante toda a gestação. Igualmente, Lara, que ao nono mês de gestação ainda executava todas as atividades diárias dos cuidados com a casa e seu entorno, e os cuidados com seus outros cinco filhos. Da mesma forma, outras mulheres Munduruku seguiram exercendo suas atividades diárias até o momento do parto, fosse no interior da casa ou em seu entorno, fosse no trabalho na roça ou na produção da farinha ou, ainda, na escola (no caso de uma professora). Parecia não haver nenhuma restrição quanto às atividades e aos espaços de circulação para as gestan-

tes Munduruku, diferentemente do que acontecia no *resguardo* do pós-parto.

Todavia, esse cenário mudou bastante quando, grávida de três meses, iniciei a terceira etapa do trabalho de campo. Naquela ocasião, havia ainda outras duas mulheres grávidas na família extensa com quem morava. Iara, mãe de três crianças, estava grávida de cinco meses, e Naná, mãe de duas crianças, estava de sete meses. A observação participante foi, a partir desse momento, uma técnica intensamente produtiva. O fato de eu estar gestante contribuiu para ampliar e mesmo reverter as informações anteriormente obtidas. As contribuições de Lana e das outras mulheres gestantes, com as quais conversei durante as primeiras duas etapas do trabalho de campo, foram se detalhando à medida que vinham me fazer perguntas, advertências e compartilhar experiências. Uma das mulheres grávidas, Naná, era neta e vizinha de Ceci. A outra, Iara, era filha de criação de Ceci. Iara cuidava da casa de Ceci, cozinhava para ela e, muitas vezes, dormia junto com seus filhos na casa de Ceci. Desse modo, éramos duas gestantes compartilhando um mesmo teto e a mesma comida. E, de modo geral, eu era mais uma *gestante* a fazer o pré-natal no polo base da aldeia Kwatá, no rio Canumã, na TIKL.

A IMPORTÂNCIA DA MENARCA

NO PROCESSO DE GESTAÇÃO, PARTO E PÓS-PARTO

Antes de iniciar as descrições sobre as práticas de autoatenção relativas à gestação, parto e pós-parto, apontarei a importância simbólica do sangue na cosmografia Munduruku, pois, além de figurar como elemento norteador das práticas de autoatenção a gestação, ao parto e ao pós-parto, as mulheres mais velhas Munduruku tinham lembranças da menarca, as quais delineavam algumas justificativas para a continuidade do *resguardo* da mulher menstruada no momento presente, até mesmo para a manutenção do *resguardo de mulher parida*. Essas experiências pessoais do *resguardo* da primeira menstruação constituíam uma memória social compartilhada entre gerações e evocavam

a importância de seu cumprimento como uma questão de saúde que ultrapassava aqueles momentos específicos do período menstrual e se estendiam sobre a qualidade de vida futura da mulher Munduruku.

Na aldeia Kwatá, dizia-se para uma menina que entrou na menarca que ela “*ficou vovó*”. Muitas mulheres de 30 anos ou mais lembravam o dia em que *ficaram vovó*, isto é, em que menstruaram pela primeira vez. Lúcia tinha mais de 40 anos e fez um paralelo com o *resguardo* do pós-parto ao contar-me sobre como fora sua primeira menstruação. Ela ficou reclusa dentro do quarto até o sangramento parar, sem sequer “*brechar*”, ou seja, não podia espiar por entre as frestas da casa. Ao cessar o sangramento, antes de poder sair do quarto, sua mãe e sua avó materna fizeram defumação nela e prepararam banhos com “*plantas cheirosas*” para ela tomar. Tudo para evitar que o “*boto*” sentisse o “*cheiro*” de seu sangue e se “*agradasse*” dela, o que poderia trazer sérias consequências à sua vida. Ficar dentro do quarto, sem espiar nem sair daquele espaço durante todo o período de sangramento, e por dois a três dias após a cessação da menstruação, era ponto comum nas experiências das mulheres Munduruku mais velhas. Ceci estava com 92 anos durante a última etapa da pesquisa de campo e lembrava ter passado pela reclusão incentivada por sua mãe para não ficar “*triste*”. A mãe de Ceci a teria ensinado a cumprir o *resguardo* com disposição e lhe falara para ficar na “*rede, tecendo alguma coisa, faz alguma atividade, na rede, pra ti ser uma mulber esperta*”. O significado de *esperta* ou de *esperteza* para os Munduruku designava uma pessoa com “*disposição*”. A partir de conversas com homens e mulheres Munduruku, em que expressavam uma avaliação sobre as atitudes de determinadas pessoas, sugiro alguns sinônimos pertinentes para compreendermos a noção de *esperta* como vivaz, hábil, zelosa, cuidadosa, ágil, diligente. Antônimo de *esperta* seria “*mulber mufina*”, segundo Ceci. A noção de *mulber mufina*, que emergiu nas conversas sobre a gestação, está diretamente relacionada com o *resguardo* da menarca. Mais precisamente, o cumprimento do *resguardo* da menarca e dos demais períodos menstruais, contribuiriam para formar o caráter da

mulher Munduruku. Podemos dizer que o ânimo e o estado de espírito da mulher no cumprimento do *resguardo* da menarca concorreriam para definir o caráter da mulher virtuosa bem como da *mulher mufina*. Assim sendo, cumprir o *resguardo* da menarca e fazê-lo sem tristeza seriam maneiras de formar o caráter de uma mulher cujo adjetivo seria *esperta*. O inverso seria deixar de cumprir o *resguardo* ou fazê-lo com má vontade e incorrer aos adjetivos de *mulher mufina*. É certo que estou fazendo uma generalização. De fato, esses adjetivos não qualificam o caráter de uma mulher de modo estático, pois os Munduruku admitiram que, ao longo da vida, e especialmente no decorrer dos demais cumprimentos dos *resguardos* menstruais, as mulheres poderiam estar a cada momento reforçando ou alterando, mudando, seu modo de encará-lo e de proceder.

Além disso, outros fatores e relações sociais concorreriam com os *resguardos* na formação do caráter da pessoa Munduruku. Nas palavras de Ceci,

eu nunca fui *mulher mufina*, desde a minha primeira gravidez sempre trabalhei, tinha disposição para cozinhar, para trabalhar, para ir para a roça. [...] *mulher mufina* que não tem disposição, que só quer ficar dormindo é que o marido fica com *panemice*.

Para a “*panemice*”, falta de sorte na caça e na pesca e preguiça, há remédios como, por exemplo, lavar os braços do marido com a água que escorre da massa no *tipiti* ou banhos com algumas plantas do mato ou pimenta. O curioso é que a *panemice* do homem decorre da falta de disposição da própria mulher. Todavia, há outras formas do homem ficar com *panemice*, dar de comer para uma mulher grávida, provavelmente, identificada como *mufina*, ou ter seus instrumentos de caça e pesca tocados pela gestante. Minha intenção não é discutir a *panemice*, mas sublinhar dentre as diversas causas possíveis o descumprimento do *resguardo* da menarca e da menstruação como necessidade de a gestante manter-se ativa no trabalho durante a gravidez. Isso, juntamente com o risco de *engravidar de bicho* ou de sofrer *assombro de bicho*, são alguns dos efeitos decorrentes do descumprimento do

resguardo, seja da menarca seja da menstruação. Esses efeitos configuram o que podemos identificar como uma dimensão específica envolvida no cumprimento do *resguardo* da menstruação, marcadamente orientada por uma ação pragmática imediata e preventiva. Entretanto, Araci sintetiza em uma frase uma ideia que ouvi muito em campo: “*mulher tem que se resguardar para ter saúde quando for mais velha*”. Assim sendo, o cumprimento dos *resguardos* abarcaria ainda uma dimensão mais ampla diretamente relacionada com a formação da mulher Munduruku e suas virtudes.

A partir da experiência das mulheres mais velhas e seus relatos sobre o *resguardo* da mulher menstruada, evidenciou-se este propósito mais amplo, marcadamente orientado por uma noção de prevenção, como veremos no Capítulo 7. Por ora, gostaria de sugerir que, para uma devida compreensão da importância do cumprimento dos *resguardos*, devemos considerar outro ponto da dimensão que os cerca. O cumprimento dos *resguardos* da menstruação parece estabelecer os meios para se *formar* pessoas mulheres em conformidade com valores socialmente compartilhados entre os Munduruku: *esperta* – vitalidade, força, hábil, zelosa, cuidadosa, ágil, diligente e saudável. As mulheres mais velhas rememoraram ainda que o ritual da menarca tinha como objetivo também evitar que se tornassem “*filbentas*”, “*andarilhas*” ou “*preguiçosas*”. Essa ação intencional de produção das virtudes valorizadas também se aplica ao *resguardo* do pós-parto e ao ritual masculino indicado aos rapazes quando da mudança de voz, como vimos anteriormente. A “*mulher forte e esperta*” constituiu-se mediante o cumprimento dos *resguardos*. O homem é *forte* e *disposto* porque cortou uma árvore grande e dura quando mudou de voz.

Sugiro que o modo como a mulher Munduruku se portaria durante o *resguardo* da menarca implicaria seu modo de encarar as atividades e os afazeres da vida diária de uma mulher adulta e também de se portar e enfrentar outras fases da vida e respectivos os *resguardos*, como a gestação, o parto e o pós-parto. O *resguardo* da menarca Munduruku constituiria, assim, um momento privilegiado, mas não exclusivo,

para o aprendizado de certas habilidades e qualidades necessárias ao longo de toda a vida. Observar o *resguardo* da menarca e da menstruação como um momento para a aquisição de saberes, habilidades e qualidades socialmente valorizadas, e o seu descumprimento como causa de doenças, tem sido destacado por outros autores estudiosos das populações indígenas sul-americanas (Belaunde, 2006; Coimbra Jr. & Garnelo, 2004; Conklin, 2001; McCallum, 1999: 168; Overing, 1999; Tempesta, 2004). Em geral, esses estudos demonstraram uma relação intrínseca entre a constituição da pessoa ameríndia e a aquisição de gênero como processos contínuos de aquisição de habilidades, saberes e qualidades adquiridas ao longo da vida e não como dados *a priori*. Por isso, podemos sugerir a importância desses momentos liminares, entre os quais podemos citar os *resguardos* de menstruação, parto e pós-parto, como um esforço intencional na manutenção da saúde e da condição de pessoa, uma vez que o descumprimento poderia gerar doenças e mesmo a morte. Isso porque o sangue poderia ser um veículo diluidor das fronteiras entre os domínios humanos e não humanos.

A especificidade dos arranjos culturais e cosmográficos praticados entre os Munduruku estaria exatamente na qualidade do sangue, visto como *atrativo* aos seres não humanos. Conforme destacamos anteriormente, entre os Munduruku da TIKL, o cheiro do sangue menstrual tinha essa qualidade de *atrair* os seres que habitavam o cosmo, principalmente, os *botos*. Entre os Munduruku, é preciso estar constantemente atento, pois o sangue e seu caráter volátil, de modo semelhante ao que ocorre entre os Siona (Langdon, 1991), tem a capacidade de *atrair* os seres encantados. Essa *atração*, ao promover uma diluição das fronteiras entre humanos e não humanos, repercutiria sobre a saúde da mulher indígena e também sobre a saúde de todo aquele que passasse sobre o *rastro* da mulher menstruada. Deste modo, romper interdições, restrições e prescrições socialmente elaboradas sobre os *resguardos*, os alimentos, as atividades e as relações sociais eram considerados como fatores a afetarem diretamente o estado do corpo, compreendido em suas dimensões individual, social e política (Lock &

Scheper-Hughes, 1996), podendo resultar em perigo grave de doença para si ou para seus familiares, e até mesmo, em morte.

Nesse cenário de perigo iminente, as práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto emergem como esforços intencionais de preservação da saúde e de prevenção da doença, além de promover a reprodução da ideologia sobre a virtualidade, os riscos e o perigo da relação com os seres que habitam o cosmo juntamente com os Munduruku. Aqui, a saúde da mulher é um eixo central para a manutenção do bem-estar dos demais membros do grupo.

DESEJO E ADMIRAÇÃO:

O PERIGO NA PRODUÇÃO COLETIVA DE CORPOS

Ao saberem que eu estava grávida, muitas mulheres e homens Munduruku vieram compartilhar suas experiências de serem mães e pais e dar-me conselhos, especialmente sobre a alimentação, durante a gestação, e sobre a criação de filhos, além de explicar algumas sensações que eu ou meu esposo poderíamos sentir.

Todo um universo de perigos envolvidos nesse período e um conjunto de práticas de autoatenção foram se descortinando nas experiências e conselhos compartilhados. Em certo sentido, não posso deixar de pensar que essa atitude dos Munduruku era, de alguma forma, uma resposta às questões que eu vinha lhes fazendo. Todavia, os saberes relativos à gestação são de conhecimento público e compartilhados entre gerações no interior de uma família extensa, mas só parecem fazer sentido no contexto da experiência vivida. Assim, remontam a uma forma intencional e ativa de criação e manutenção das relações sociais, tendo como eixo central uma preocupação prática com a saúde dos indivíduos e do grupo, e não um conjunto de regras normativas. Ademais, parece que a experiência vivida gerava um contexto propício para o aprendizado de conhecimentos necessários para sobreviver¹.

1 Um caso exemplar do processo de aprendizado de um conhecimento específico e domínio de determinada técnica por meio da experiência vivida é

Em certa medida, as práticas de autoatenção à gestação também se inserem nesse modelo pedagógico e de aquisição corporal do conhecimento (McCallum, 1999) a partir da experiência vivida. Podemos sugerir que é o corpo social no qual o corpo individual está inserido que ocupa o centro das atenções dos Munduruku. Nesse sentido, o corpo individual, além de ser uma matriz simbólica sobre o qual o corpo social se inscreve, passa a assumir, analiticamente, a dimensão de um instrumento de conhecimento que pode conformar, formar ou transformar o corpo social (Conklin, 1996; Lock & Scheper-Hughes, 1996; Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979; Turner, 2003).

Ao saber que eu estava grávida, Iara alertou-me: caso eu sentisse “*desejo*”, eu deveria procurar saciá-lo. “Mas *desejo* de quê?”, perguntei. “*Desejo* por comida”, respondeu-me. Conforme explicou Iara, eu

a emergência dos curadores pajés Munduruku na TIKL. Conforme analisou Scopel (2013), entre os Munduruku da TIKL, tornar-se pajé envolve um processo de cura de uma doença grave. É através da experiência desse processo de cura feito por outro pajé experiente que se identifica o “dom” da pajelança e se “endireita a linha” do novo pajé. O pajé Munduruku, de modo semelhante aos outros curadores Munduruku (rezadores, benzedores, *pegador de desmentidura*, parteiras, entre outros) afirma que seu conhecimento vem de um “dom”, para enfatizar que não se trata de um saber aprendido em livros. Todavia, o desenvolvimento da habilidade de curador resulta do conhecimento acumulado em sua rotina de “trabalho”, em suas experiências de cura, da troca de saberes com espíritos ou *encantados*. A saúde do pajé Munduruku vem com o exercício de seu “trabalho”, por meio do qual ele aperfeiçoa sua habilidade e conhecimentos. Scopel (2013) faz uma análise detalhada da emergência de curadores pajés entre os Munduruku da TIKL e também uma descrição do conjunto de práticas de autoatenção diárias que um pajé deve realizar para resguardar-se de atentados dos *encantados*, isto é, para manter-se saudável. De modo semelhante, Perez Gil (2006: 59-60) também enfatiza que o aprendizado de determinadas técnicas como caçar, pescar, desenhar, utilizar plantas medicinais, entre outras atividades, entre os Yaminawa, na Amazônia peruana, “acontece sempre na prática”. McCallum (1999: 162-164) também enfatiza a importância da prática na aquisição de conhecimentos e habilidades ao discutir sobre a produção de pessoas “*genderizadas*” entre os Kaxinawá. A autora apresenta o modo como as habilidades sociais e as aptidões de gênero inscrevem-se no corpo, resultantes de um processo de “aquisição corporal de conhecimento”.

não devia sentir *vergonha* de pedir para comer uma porção da fruta ou o que quer que fosse, caso eu *desejasse*, deveria saciar meu desejo dizendo apenas:

— Oh fulano, me dá um pouco...

Ceci, ouvindo nossa conversa matinal, ratificou a recomendação de sua filha dizendo-me que não precisava sentir *vergonha* de pedir um pouco da comida de outra pessoa. Jô, genro de Ceci, fez-me a mesma recomendação ao saber que eu estava grávida e alertou sobre a seriedade de não satisfazer um desejo, cuja consequência poderia resultar na perda do bebê, isto é, em aborto.

Outro fato interessante nesse caso, é que passei a ser utilizada como motivo para toda a família obter certos tipos de comidas, especialmente frutas, de vizinhos e amigos. Uma vez pediram a um casal que plantava banana para trazer algumas para “Raquel que estava com *desejo*”. O casal retribuiu com dúzias de bananas que foram compartilhadas por todos da casa. Outro feito foi uma visita de uma mulher que morava um pouco mais distante da parte central da aldeia. Eu pedi a Iara que me levasse até a casa de Betina para conversar com ela. Iara prontificou-se e comentou que Betina, a quem chamava de comadre, tinha muito tucumã no terreno em volta da casa. Todos sabiam que eu gostava muito de tucumã. Enquanto eu conversava com Betina, Iara, seus filhos e algumas sobrinhas foram colher tucumã para a “Raquel que estava com *desejo*”. De fato, todos os moradores da casa de Ceci beneficiaram-se com a farta quantia de tucumã que ganhei e levei para casa.

Mais tarde, notei que eu devia ter muito cuidado ao expressar gosto por uma fruta, peixe ou carne de caça, pois poderia gerar situações desconfortáveis, visto que os Munduruku se esforçariam por me trazer ao menos uma porção do alimento citado. Dado o fato de eu estar grávida, nenhum comentário sobre comida era interpretado como conversa despreziosa sobre gostos, trocas de receitas ou mesmo sobre o que haveria para se comer naquele dia. Lembro-me da vez em que um caçador da aldeia Niterói passou duas noites na mata do outro

lado do rio porque eu comentara que nunca havia comido carne de anta². Certamente, ele não estava caçando apenas para mim. Todavia, tenho dúvidas se meu comentário não forneceu um motivo a mais para ele voltar uma segunda vez na noite seguinte. No terceiro dia, ele me procurou para comentar que não tivera sucesso na caçada, apesar de seu esforço, e isso, sem eu sequer ter perguntado algo. Aliás, na aldeia Niterói, eu sempre retornei para casa onde estávamos dormindo com muita comida. As pessoas perguntavam se eu gostava de mamão, por exemplo, e me davam para levar para casa. Ganhei um pedaço de uma ave (nambu) e de uma paca, pois nas duas ocasiões as mulheres estavam limpando a caça para preparar o almoço durante nossa conversa. A ave me foi dada porque eu nunca comera, mas a paca porque eu já havia comido e respondera à pergunta se havia gostado. Enfim, embora eu tenha respondido que não sentia *desejo* toda vez que me perguntavam diretamente: “sente *desejo*?”, qualquer comentário sobre comida ou minha presença e observação durante a preparação de um alimento, isto é, o fato de eu ficar olhando como se depena uma ave ou como se escalda uma paca, enquanto conversava, por exemplo, parecia ser o suficiente para os Munduruku me oferecerem uma porção. Em parte, isso poderia ser interpretado como uma característica da hospitalidade Munduruku, cujo costume era presentear os visitantes com alimentos. Porém, isso contrasta com minhas experiências anteriores em visita às casas, pois, sem estar gestante, nem sempre eu recebia alimentos como presente, ao passo que isso se tornou muito significativo durante minha gravidez.

Note-se que o *desejo* é uma espécie de apetite, uma vontade de comer estimulada pelo olhar/ver um objeto, alimento, que outra pessoa produz (plantação de bananas, tucumã, caça etc.) ou está preparando

2 A aldeia Niterói fica ao sul da TIKL, subindo o rio Canumã. Segundo o agente indígena de saúde, ali moram aproximadamente 94 indígenas. Nossa estadia na aldeia Niterói foi de apenas seis dias, conforme havíamos acordado com nosso anfitrião, o curador Guaraciaba.

(limpando a caça) ou consumindo. Observei também que havia uma intensa rede de trocas, e a partir da circulação de alimentos conduzida no cotidiano pelas mulheres Munduruku, muitas vezes feita por crianças, podemos deduzir os contornos da rede de relações que limitam a expressão e a satisfação do *desejo*. Na vida diária é comum a troca de comida, especialmente na refeição principal, o almoço. Essa troca de comidas inclui, exclusivamente, itens de carne (caça, pesca ou frango comprado). A farinha de mandioca, item central ao lado da carne para compor uma refeição completa, não costuma ser trocada, nem é algo bem visto não dispor dela. A troca de alimentos é feita no interior da família extensa, principalmente entre aqueles parentes cujas habitações são contíguas, isto é, que compartilham um mesmo segmento residencial, mas pode incluir também trocas feitas entre outros vizinhos, comadres e amigos. Enfim, a troca é feita no interior da rede de apoio mútuo, a qual se (re)cria e se mantém principalmente através do envolvimento nas atividades de produção, circulação e consumo dos alimentos e também da participação nas práticas de autoatenção em eventos sérios de doenças de algum parente (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013).

Nunca perguntei por que eu poderia perder o bebê caso não saciasse meu desejo. Alimentar-se bem, certamente, é uma forma de manter-se saudável ou de recuperar a saúde, pois tanto a escassez de comida pode gerar enfermidades como uma dieta mal balanceada pode agravar doenças, também do ponto de vista dos Munduruku. Scopel (2013) analisa casos de doenças (“*derrame*”, “*doido*”, “*assombro de bicho*”) entre os Munduruku da aldeia Kwatá, para as quais a alimentação e o modo de preparo dos mantimentos são de grande importância, ao lado de outras técnicas (banhos, massagens, benzimentos etc.), nas práticas de autoatenção para reabilitar a saúde. Entre as populações indígenas amazônicas, a equação entre alimentação e saúde compõe um vasto saber sobre dietas específicas para determinadas situações nas quais a pessoa se encontra em estados liminares como doenças, rituais de iniciação, luto, menstruação, gravidez ou pós-parto, entre outros (Da Matta, 1976; Maués & Motta-Maués, 1978; Seeger, Da Matta & Viveiros

de Castro, 1979; Seeger, 1980; Tempesta, 2004). Deste modo, podemos pensar que todo o esforço na tentativa de saciar o *desejo* trata-se de um conjunto de práticas diretamente relacionadas à saúde do feto e uma forma de zelar sobre sua vida, visto que ignorar o *desejo* pode resultar na morte do bebê, em aborto.

O desejo não saciado pode ter outras consequências. Para alguns, provocaria na criança um comportamento desvalorizado entre eles, a saber, permanecer de *boca aberta*. A imagem de uma criança de *boca aberta* é associada à falta de concentração e disposição e à letargia, em síntese, remete ao estado contrário da criança alerta e cuidadosa, o que pode afetar sua integridade física e social. Estar alerta enquanto executa qualquer atividade rotineira, proceder de forma cuidadosa, diligente e zelosa demonstra uma atitude de atenção e de disposição muito valorizadas na vida adulta Munduruku e necessárias ao desenvolvimento pleno de certas habilidades relativas ao trabalho cotidiano (caça, pesca, roça e cuidados com a casa e seu entorno), e à sobrevivência no ambiente onde a vida diária transcorre. Com exceção do horário da aula, as crianças estão sempre próximas aos adultos e, a depender da idade, se envolvem nas atividades rotineiras, especialmente de cuidados com a casa, a roça e a produção da farinha. Nos caminhos que levam à roça e nas trilhas no interior da aldeia é preciso estar atento à presença de cobras e onças que podem tirar a vida de um Munduruku ou deixá-lo com sérias sequelas, mas também é bom estar atento às oportunidades de animais de caça que circundam as roças, como veados, pacas e cutias. É preciso também estar atento aos perigos do contato com outros seres que habitam o cosmo Munduruku, como os *seres do mundo subaquático, subterrâneo, espíritos do ar, espírito maligno*, entre outros, os quais podem assaltar a saúde e a vida de crianças, jovens, velhos, homens e mulheres Munduruku (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012)³.

3 É interessante notar que também para os Wari' (Pakaa Nova), de Rondônia, em ambos os sexos, a letargia e a preguiça (a qual implica no desengajamento da produção de comida e reciprocidade) acredita-se que enfraquecem o sangue e causam doença (Conkli & Morgan, 1996: 676).

As duas consequências – seja o aborto, seja a *boca aberta* – são indesejáveis e incidem sobre o corpo da criança. Conforme a professora Munduruku Rosinete Brasil Cardoso (2011: 1) apresentou em trabalho para o curso de Licenciatura Indígena, “certas admirações” da mãe durante a gestação podem afetar a “formação física da criança”. *Desejo* e “admiração” assumem, neste contexto, um lastro simbólico semelhante, pois ambos são sentimentos e comportamentos que instauram uma relação social entre o admirador e aquele – ou aquilo – que é admirado, entre aquele que deseja e o que sacia o desejo, isto é, colocam pessoas em relações diferentes ao objeto de desejo ou de admiração que, ao final, colaboram para a “formação física da criança”, isto é, em uma etapa da *produção* de seus corpos⁴.

Para os Munduruku é plausível que nem toda mulher sinta *desejo* ou “certas admirações”, como também admitem que o objeto de *desejo*, o tipo de alimento, varia conforme a pessoa. O que não é admitido é ignorar tais sensações e deixar de esforçar-se para sanar tais vontades, essas “certas admirações”. Poderíamos ponderar sobre o que constitui

4 Estou trabalhando com a noção de relação social definida por Max Weber:

Por “relação” social entendemos o comportamento reciprocamente referido quanto a seu conteúdo de sentido por uma pluralidade de agentes e que se orienta por essa referência. A relação social consiste, portanto, completa e exclusivamente na probabilidade de que se aja socialmente numa forma indicável (pelo sentido), não importando, por quanto, em que se baseia essa probabilidade (Weber, 2009: 16).

Destaco dessa definição a ideia de que a relação social não é algo em si, mas um comportamento, uma ação realizada por agentes e orientada por um sentido “visado” (Weber, 2009: 16). O autor utiliza a noção de sentido “visado” para distinguir do sentido “normativamente ‘correto’ ou metafisicamente ‘verdadeiro’”, a fim de pontuar que os agentes agem orientados pelas ações de outros agentes e que todos estão reciprocamente referidos a um sentido subjetivamente visado. O que não significa que, necessariamente, o sentido que perfaz a relação social seja o mesmo para os agentes em ação. Segundo o conceito de relação social weberiano, outro ponto a destacar é o caráter probabilístico da relação social, o que nos ajuda a entender a magnitude do “abalo de criança”, conforme vemos no próximo capítulo. Isto é, podemos admitir, assim como fazem os Munduruku, que um homem pode sentir “abalo de criança” durante a gestação.

comida para os Munduruku, isto é, o que é apreciado como alimento, tal como o fez Gow (1989) para os nativos do baixo Urubamba, no Peru, e analisar as relações de gênero na economia de subsistência e seus desdobramentos na organização social da vida cotidiana. Lembrou-me do dia em que cheguei à casa de minhas anfitriãs e elas falavam que não tinham feito almoço porque não havia comida. Apenas Ceci, pessoa idosa, havia comido um pedaço de frango dado por sua nora. Apesar de haver na dispensa da cozinha feijão, macarrão, arroz, molho de tomate, abóbora, repolho, alho, cebola e outros temperos que eu havia comprado na cidade e deixado aos cuidados de Iara, afirmaram que não havia nada para comer. Isto é, não havia carne, fosse de peixe, caça ou frango, apesar de haver farinha de mandioca. Podemos assumir que uma refeição completa para os Munduruku inclui proteína animal (peixe, caça ou frango) e farinha de mandioca. A falta de qualquer um desses itens é o mesmo que falta de comida. A classificação dos alimentos ocupa um papel central na gestação quando o foco é a dieta da mulher gestante. Ao selecionar o tipo de alimento ingerido, a mulher gestante está intencionalmente tentando controlar a *produção* do corpo e do temperamento/caráter de seu futuro filho. Os alimentos, assim, deixam de ter apenas uma função nutricional para assumir uma dimensão simbólica e prática.

Cabe sublinhar aqui que a satisfação do *desejo* inaugura uma prática de autoatenção à gestação, que essa prática incide sobre a formação do corpo do feto a partir da circulação e do consumo de alimentos que, por sua vez, (re)criam e mantêm ativas as redes de apoio mútuo e as relações de cuidado entre parentes. Assim, a satisfação do *desejo* constitui uma das práticas de autoatenção à gestação, a qual motiva, instaura e mantém as pessoas em relações afetivas orientadas por práticas de cuidado. A satisfação do *desejo* promove ações e relações sociais que, ao fim, afetam o corpo do feto e podem estender-se sobre o corpo da criança após o nascimento.

Se a satisfação do *desejo* por comida contribui para a formação do corpo da criança, esse processo de *produção* também está sujeito a

falhas, pois nem sempre se tem sucesso na satisfação do *desejo*. Deste modo, o *desejo* não saciado pode afetar a integridade física e social da criança, pois além de permanecer fisicamente com a *boca aberta*, isso pode afetar também o desenvolvimento de determinadas habilidades desejadas à condução plena da sociabilidade e necessárias à produção da vida na sociedade Munduruku.

O exemplo das práticas relacionadas ao *desejo* demonstra que é a ideia de processo social que está em destaque no desenvolvimento do corpo do feto, ao invés de ser um processo exclusivamente fisiológico e autônomo. Não é um processo de desenvolvimento marcado exclusivamente por eventos morfogênicos, explicáveis pela biomedicina, que está em foco, mas uma compreensão do corpo peculiar aos Munduruku que não separa, *a priori*, o social do biológico. Do ponto de vista da análise antropológica, o corpo do feto se desenvolve pela relação social que mãe, pai e parentes estabelecem para satisfazer o *desejo* por determinada comida. Através do movimento para satisfazer o *desejo* é possível especular sobre quais relações sociais são privilegiadas. Nota-se que não são as relações de gênero que têm um destaque nesse momento, mas as relações entre os membros da família elementar e os membros da família extensa.

Vergonha/respeito são modos esperados para se relacionar com determinadas pessoas. Há uma gradação nas relações de vergonha/respeito. Nas relações maritais, entre casais maduros, é a jocosidade que dá o tom da interação. Pude escutar uma mulher Munduruku falando, em tom de brincadeira, ao seu marido que recém havia aportado a canoa na beira do rio, que ele “*não vai entrar em casa se não trouxer comida*”. Ouvi também uma mulher Munduruku falando para seu marido, filhos e sobrinhos que “*para comer tem que trabalhar*”.

Entre sogras e noras, genros e sogros, cunhados de sexo oposto e entre mulheres e homens casáveis, o tom da relação é o da vergonha/respeito, e muitas vezes, o da evitação. Esse ideal de etiqueta social, seja da vergonha/respeito seja da jocosidade, tem seus matizes, variando conforme a maturidade das relações sedimentadas ao longo do

tempo. Esse é o caso das relações entre sogras e noras, genros e sogros e cunhados de sexo oposto, cujo tempo de convívio pode amenizar a seriedade da vergonha/respeito. O *desejo* parece ser um meio legítimo de suspender as relações de vergonha/respeito a qualquer tempo, pois, lembremos que fui advertida da seguinte maneira:

— Dona Raquel, você não tenha vergonha de pedir.

Contudo, ainda que nenhum Munduruku cogitasse negar comida a uma mulher grávida, não podemos afirmar que a mulher grávida não sentiria vergonha em pedir comida, o que a colocaria na situação de ter um *desejo* insaciado, conseqüentemente, implicando em perigos tanto ao desenvolvimento do feto quanto à rede de relações sociais em que a mãe estaria inserida⁵.

Em termos analíticos, podemos pensar que o desejo por comida pode ser entendido como uma experiência intersubjetiva que marca o período da gestação legitimado socialmente. Nas experiências de desejo, as pessoas envolvidas colocam em ação uma série de práticas de autoatenção através de esforços coletivos e individuais de cuidado e apoio mútuo que, ao fim, afetam o corpo da criança.

ABALO DE CRIANÇA

Na gestação também se pode sentir *abalo de criança*. Tal qual o *desejo*, o *abalo de criança* pode ser entendido como uma experiência intersubjetiva que marca o período da gestação e se caracteriza por um conjunto de sensações culturalmente elaborado. Ambas as experiências têm em comum

5 Esta análise dos sentimentos e comportamentos apropriados à determinada categoria de pessoa foi inspirada em textos de Roberto Da Matta e Peter Gow. Ao analisar a etiqueta das relações sociais na vida cotidiana entre os Apinayé, Da Matta (1976: 77-80), encontrou também relações marcadas pelo sentimento de "vergonha". Por sua vez, Gow (1989: 57), ao analisar o modo de produção de comida e as relações maritais entre os nativos do Baixo Urubamba, também se referiu às relações de respeito e demanda como constituidoras de comportamentos ideais entre parentes.

o fato de terem seu sentido negociado entre o casal e os parentes mais próximos, isto é, a confirmação de uma ou de outra é construída e legitimada coletivamente. Da mesma forma que nas experiências de *desejo*, nas experiências de *abalo de criança* as pessoas envolvidas também colocam em ação uma série de práticas de autoatenção através de esforços coletivos e individuais de cuidado e apoio mútuo. Todavia, chega a ser redundante afirmar que os sentidos negociados e as sensações experimentadas são o que conferem especificidade a uma ou outra experiência. É a partir das práticas de autoatenção, observadas e narradas, que reflito a seguir sobre o *abalo de criança*.

Certa vez, descobrimos que não apenas eu poderia sentir *desejo*, meu esposo também ficaria sensível a alguns sinais da gestação. Ao responder que eu não sentia *desejo* ou enjojo, um homem Munduruku perguntou ao meu esposo se ele sentia *desejo*, enjojo ou cansaço. Ele nos explicou que o pai pode sentir o “*abalo de criança*”. Meu interesse por essa sensação despertou quando nossos anfitriões e amigos mais próximos, com os quais compartilhávamos diariamente momentos nas rodas de conversa ao final do dia, concluíram que meu esposo Daniel – o pai – estava sofrendo “*abalo de criança*”.

Entre risos e conversas, Araci, que teve 13 filhos e sabe *pegar barriga, partejar e puxar a mãe do corpo*, comentou que Daniel demonstrava sinais de cansaço e que estava “magro”. Era início da tarde, havíamos almoçado há poucas horas e estávamos sentados na varanda da casa de Ceci fazendo a digestão, esperando o sol baixar um pouco. Ceci complementou a avaliação de Araci e afirmou que Daniel estava mais falante na primeira vez em que ficamos na casa dela, durante a primeira etapa de trabalho de campo, e agora mais calado e sonolento. Coincidentemente, naquele momento, Daniel estava realmente com sono e acabara de bocejar, foi quando Jô e Itamar, cunhado e filho de Ceci, respectivamente, avaliaram que a “*criança estava puxando mais pelo lado do Daniel*”, isto é, ele estava sofrendo “*abalo de criança*”. Daquele dia em diante, o pai Daniel passou a ser o foco de atenção dos Munduruku e de suas perguntas sobre *desejo*, enjojo,

cansaço, entre outras questões, como perda de peso, por exemplo, e eu passei de personagem principal a coadjuvante, ainda no terceiro mês da gestação⁶.

Na aldeia, as atenções dos Munduruku se voltaram para o meu esposo até o quinto mês de gestação, quando, então, o motivo para o abalo de criança foi revelado. Jô era conselheiro local de saúde da aldeia Kwatá e tornou-se um informante-chave para temas sobre a saúde indígena e sobre “*abalo de criança*”, pois ele mesmo sentira isso durante a gravidez de sua esposa. Certa noite, Jô e sua esposa Ivana vieram nos fazer uma visita e perguntaram se já sabíamos o sexo do bebê. Daniel contou que era menino e Jô disse:

— É assim mesmo, quando é filho homem puxa mais pro pai.

Em seguida, relatou sua experiência e lembrou que também sofrera “*abalo de criança*”, e quase morreu de tão magro que havia ficado. Enquanto sua esposa engordava, ele emagrecia e sentia muito sono. Durante uma pescaria, Jô caíra no sono ali mesmo na canoa no meio do igarapé. Naquele dia, voltou para casa sem peixes. A situação dele passou a melhorar com o desenvolvimento da “*criança*” (ainda um feto), isto é, quando a criança já estava “*madura*”, o que ocorreu por volta do quinto mês. Aliás, o perigo de morte causada pelo *desejo* não saciado, conforme Jô lembrou naquela mesma noite, varia de mulher para mulher e vai depender se a “*criança*” já está “*madura*” ou não, pois se estiver “*madura*”, estará mais segura, sendo que o quinto mês é início da fase “*madura*”.

6 Uma situação inusitada, pois, apesar de ter conhecimento do ideário do “casal grávido” (Salem, 1989) comum entre a camada média urbana brasileira que compartilha uma visão psicologizada da gestação, do feto, do parto, na qual se valoriza a igualdade dos gêneros masculino e feminino nas experiências de gestar e parir um filho, de modo geral, a mulher gestante continua sendo o foco de direitos (atendimento prioritário, com vigor de lei federal de 2000) e de deveres (as consultas de pré-natal) no cenário nacional. E, de maneira geral, fora da aldeia, amigos, colegas de trabalho e mesmo desconhecidos na rua fixavam seus olhares, comentários e questões sobre a minha barriga e não sobre o estado do meu esposo, pai da criança.

Os Munduruku entendem a gestação e o desenvolvimento do corpo da criança de modo processual, no qual intervém uma série de elementos. Utilizavam a metáfora do amadurecimento, *criança madura* que, de certa forma, explicitava a ideia de sazonalidade e de processo em analogia às frutas. Através das práticas de autoatenção para satisfazer o *desejo*, sublinhamos a interveniência das relações afetivas no interior da família extensa e, principalmente, da família elementar. Agora proponho determo-nos sobre a relação social entre pai e feto a partir das ações referidas ao *abalo de criança*.

De certo modo, a identificação do *abalo de criança* é uma forma de pensar sobre o sexo do bebê a partir da relação social entre o feto e seu genitor. Igualmente, nesse assunto, não há consenso entre os Munduruku. Para alguns, suas experiências demonstram que o filho homem “*puxa*” mais pelo pai, por isso, o pai sentiria o *abalo de criança*. Para outros homens Munduruku, havia sido sua filha mulher que lhes abatera com o *abalo de criança*. Apesar de a experiência vivida contribuir com o debate sobre o sexo do bebê e a quem ele mais “*puxaria*” durante gestação, o sentido visado do *abalo de criança* parece referir-se a duas ações complementares: de um lado, à construção social da paternidade e, de outro lado, à construção social do corpo do feto.

No caso específico do *abalo de criança*, é a relação entre feto e pai que está em foco. Foram os homens Munduruku que compartilharam suas experiências de *abalo de criança*, fosse o filho homem ou a filha mulher que tivesse “*puxado mais pelo pai*”. Não vi nem ouvi mulher alguma sofrer *abalo de criança*. Ao contrário, vi mulheres gestantes trabalhando normalmente, engordando e, em alguns casos, sendo advertidas para minimizar, desacelerar o ritmo e o peso das atividades. Em contrapartida, os homens Munduruku mostraram-se mais vulneráveis ao *abalo de criança* e eram incitados a reagir, a “*não se entregar*”. Lembremo-nos que, para a família extensa em que Daniel e eu estávamos inseridos, ele estava com “*abalo de criança*”.

Os sinais mais comuns de *abalo de criança* são magreza, fraqueza, abatimento, prostração, enjoo e desejo. O conjunto desses sinais afeta

diretamente a condição de saúde do pai, podendo levá-lo a permanecer prostrado na rede por longo período, além de apresentar uma perda acentuada de peso. Embora tais sinais possam indicar que a pessoa está doente, o *abalo de criança* não chega a ser entendido como doença. Os homens Munduruku podem fazer uso de remédios caseiros para amenizar o enjoo, como beber chá ao longo do dia, ou para se fortalecer, através da ingestão de uma bebida fortificante e estimulante tomada pela manhã seguida do banho no rio⁷. Ainda assim, é preciso operar uma mudança de comportamento para reverter o estado geral do *abalo*. A “cura” vem com uma reversão de atitude, com o esforço do pai para driblar a fraqueza, o abatimento e a prostração. O pai é exortado a *não se entregar* para a criança. Ou seja, ele é incitado, encorajado e advertido pelos parentes próximos, especialmente, por sua mulher, para reagir e trabalhar, isto é, para caçar, pescar e *não se entregar*.

O esforço para *não se entregar* é central nesses casos. Enquanto o pai sente *abalo de criança*, os Munduruku entendem que ele está contribuindo com o desenvolvimento do corpo do feto e *não se entregar* é uma maneira produtiva de continuar a contribuir. O pai que sofre *abalo de criança* deve esforçar-se para não se entregar, pois é seu filho que lhe “*puxa*” a força, deixando-o fraco, “*puxa*” sua gordura, deixando-o magro, “*puxa*” sua vitalidade e seu ânimo, deixando-o abatido e sem vontade. Embora o pai possa alcançar estágios críticos de saúde, como magreza excessiva, nenhum caso de morte por *abalo de criança*

7 Esta bebida fortificante pode ser utilizada em qualquer momento da vida de um homem Munduruku. Trata-se de um elixir feito a partir da raspa da raiz de saracura misturada com água e batida até formar uma espuma que faz lembrar a “cerveja”, como eles mesmos afirmam. No entanto, não é uma bebida alcoólica. É contudo considerada uma bebida forte, com efeitos colaterais imediatos que precisam ser contidos pelo banho frio que, por sua vez, reverte-os em benefícios energéticos e fortificantes. Diz-se que a bebida dá ânimo para o trabalho, fortifica a imunidade, deixa o homem forte e ágil. A dosagem correta da raiz irá determinar seus efeitos benéficos, ao contrário da alta dosagem que tem efeitos tóxicos, segundo os Munduruku. A saracura também é utilizada como prevenção para malária. Ver Scopel (2013: 198) sobre o uso de remédios caseiros como prática de autoatenção.

foi relatado. Aliás, não é sobre morte que se está falando, mas sim, sobre nascimento. Nesse processo de nascimento e desenvolvimento do corpo do feto, podemos especular que a agência⁸, em síntese, a capacidade criativa de ação e intervenção nas relações sociais, é negociada na relação entre pai e feto. Ao mesmo tempo em que o feto “*puxa*” do pai aquilo que irá contribuir para o desenvolvimento de seu próprio corpo, o pai reage para manter-se forte e ativo, especialmente, para continuar executando suas atividades cotidianas de subsistência, de pesca e caça. Do ponto de vista Munduruku, tudo se passa como se o pai estivesse a cooperar com o desenvolvimento do corpo do feto até ele estar *maduro*. O pai emagrece e a mãe engorda porque seu filho está crescendo, está engordando.

- 8 Compartilho da concepção de Ortner (2006: 134) sobre *agency*, para quem [...] *agency is never a thing in itself but is always part of process of what Giddens calls structurations, the making and remaking of large social and cultural formations.*

Nesse sentido, compartilho com a autora a ideia de que a noção de agência implica em processo, em intencionalidade e regimes de poder. Mais precisamente, a noção de agência pressupõe uma relação dialética entre três pontos:

- a. a sociedade é estruturada e tem práticas e relações sociais sistemáticas;
- b. essas estruturas e relações sistemáticas coagem os sujeitos e constituem os instrumentos e elementos que moldam suas subjetividades;
- c. contudo, os sujeitos não são passivos, eles têm agência nessas relações sistemáticas, eles agem, reproduzem, resistem e transformam tais relações sociais e as estruturas.

Deste modo, agência pode ser entendida como ação criativa e intencional exercida sempre em contexto, marcado por redes de solidariedade e/ou conflito. E a intencionalidade, bem como os regimes de poder, por sua vez, remete a relações que emergem em espaços sociais predicados por princípios de diferenciação e valorização histórica e culturalmente engendrados. Assim, se por uma perspectiva, as práticas sociais tendem a reproduzir estruturas públicas resultando em reprodução social, por outra, há também elementos que engendram mudança na estrutura social. A ênfase no pressuposto de que o mundo social é feito pela atividade humana, pela prática social, desse modo, não pode prescindir da suposição de que o mundo pode ser desfeito e refeito também através das práticas sociais.

A AGÊNCIA DO FETO

As práticas relativas ao *abalo de criança* permitem inferir que a contribuição do pai no desenvolvimento do corpo do feto continua após a sua participação na formação inicial do novo ser. Todavia, não se trata de salientar a exclusividade do pai e de suas ações na formação das “crianças”. Para os Munduruku do Canumã, homem e mulher contribuem igualmente para a formação de um novo ser. O homem contribui com o sêmen e a mulher com o sangue menstrual. Ao falarem sobre como os bebês são gerados, eles destacam uma relação de complementaridade entre o sangue menstrual e o sêmen. Assim, uma das formas de contracepção é evitar ter relação sexual nos dois ou três primeiros dias que se seguem à menstruação quando ainda é possível haver algum vestígio de sangue menstrual. As mulheres Munduruku conhecem uma série de *remédios caseiros* para diminuir o fluxo menstrual e o tempo de sangramento, bem como para aumentar os intervalos entre uma gravidez e outra e para evitar a concepção.

Minha intenção não é apresentar uma teoria nativa sobre concepção e dela derivar consequências sociais. Isso porque não considero pertinente derivar das experiências de *abalo de criança* uma teoria nativa sobre concepção, na qual se especificaria a centralidade do pai na formação do feto ou no desenvolvimento de seu corpo, como acontece em outras sociedades indígenas⁹. O ponto que merece destaque é

9 Ver Seeger (1980: 129) sobre as teorias de concepção entre os Suyá, para os quais apenas o sêmen do homem contribuiria para a formação da criança. Entre os Apinayé também haveria a noção da necessidade de “copular muito para formar um novo ser humano” (Da Matta, 1976: 84). Todavia, entre os Apinayé, homem e mulher contribuiriam com substâncias para formar o corpo do feto, sêmen e sangue menstrual, respectivamente (Da Matta, 1976: 83). Entre os Krahó, a criança pode ser gerada por mais de um homem e todo homem que contribui com seu sêmen é responsável pela “formação do corpo da criança” (Melatti, 1978: 55). Entre os Yaminawa também haveria a ideia de paternidade múltipla, isto é, de que todos os homens que tiveram relação sexual com a mulher durante a gravidez contribuiriam para a formação do corpo da criança (Pérez-Gil, 2006: 64). Murphy e Murphy (2004: 187) sugere

a compreensão de que a formação de crianças e o desenvolvimento de seus corpos não se limitam somente ao contato fisiológico direto. Não basta haver relação sexual e a união entre sêmen e sangue menstrual. É preciso que pai e mãe se devotem ao bem estar do feto. As experiências de *abalo de criança* e de *desejo*, precisamente as práticas de autoatenção que elas instauram, permitem salientar a dimensão processual da construção social do corpo do feto no interior das relações afetivas inerentes ao grupo primário, como as que se observam no grupo familiar. Essas relações afetivas são marcadas por esforços coletivos e individuais de cuidado e apoio mútuo durante o período da gestação, no qual pai e mãe formam uma unidade dedicada ao bem estar do feto.

Todavia, há outras maneiras de encarar a gravidez e o desenvolvimento do corpo do feto entre os Munduruku do Canumã. Além do contato fisiológico direto, da união de substâncias masculinas (sêmen) e femininas (sangue menstrual), e das práticas de autoatenção dos pais que, ao final, interferem diretamente na formação do corpo do feto (instauradas pelo *desejo* e *abalo de criança*), há também a atuação de um ser sobrenatural, o *Karusakaibu*. Murphy e Murphy (2004: 188) também encontraram essa explicação nas teorias de concepção para os Munduruku do alto Tapajós que, além de reconhecerem o sêmen como a matéria-prima formadora do feto, ainda citavam a atuação do “herói cultural *Karusakaibu*”. *Karusakaibu* é citado nos mitos como criador dos Munduruku, dos animais de caça e dos artefatos culturais. Desde Murphy (1958) sabemos que *Karusakaibu* foi identificado pelos mis-

rem que para os Munduruku do alto Tapajós a matéria-prima que formaria o feto seria o sêmen. Segundo o casal Murphy, o feto seria formado por meio da acumulação de sêmen no útero da mulher através da repetição de intercursos sexuais num período de vários dias. Certamente uma revisão bibliográfica mais extensa sobre o tema citaria muitos outros exemplos. Porém, a intenção aqui não é fazer uma lista de exemplos, apenas chamar a atenção do leitor para o fato de que os estudos antropológicos apresentaram uma diversidade de teorias de concepção alternativas àquelas divulgadas pela abordagem biomédica praticada nos serviços de saúde.

sionários católicos com Deus ou Jesus, cuja tradução foi reconhecida e aceita pelos Munduruku. Nos dias de hoje, os Munduruku do Canumã falam de *Karusakaibu* e podem, muitas vezes, traduzir o termo por Deus. Conforme Ceci explicou-me, *Karusakaibu* é quem forma a criança no formato que ela terá, isto é, dá forma ao corpo humano com todos os seus membros e órgãos internos e externos. Murphy e Murphy (2004: 188) encontraram exatamente a mesma correspondência acerca do papel de *Karusakaibu* na formação das crianças durante a gestação, além de salientar que não se tratava de uma versão unânime.

A preocupação com o *abalo de criança* no período da gestação pode ser uma prática chave para compreendermos a capacidade de ação do feto para além da vida intrauterina, cuja agência intervém na vida dos genitores e reflete nas relações conjugais. Em síntese, permite sublinhar que o feto em formação apresenta a capacidade de ação criativa de estabelecer, manter e intervir nas relações sociais. Essa capacidade de ação se estende sobre outras áreas da vida social de seus pais, em específico sobre a economia de subsistência, podendo afetar as relações no interior da família elementar. Deste modo, é possível supor um entrelaçamento entre as práticas do *abalo de criança* com a cosmologia.

Em termos cosmológicos, a capacidade de ação, sentimento e reflexão não é exclusividade dos humanos, mas de todos os seres que habitam o cosmo Munduruku. É nesse sentido que podemos compreender a capacidade de ação do feto, até mesmo para atrapalhar a caçada do pai e os afazeres diários da mãe. É preciso que o pai dispare uma flecha (pode ser em miniatura) em direção à mata para evitar que a *criança* vá à frente do pai e espante sua caça e para afastar a preguiça. Em síntese, o pai deve precaver-se da *panema* causada pela capacidade de agência do feto. Do mesmo modo, a mãe também precisa construir um “*paneiro*” (cesta) e deixá-lo pela mata para não ficar preguiçosa durante a gestação, um mal que pode acompanhá-la após o parto. Nesse sentido, a capacidade de ação do feto pode ser considerada como ação direcionada aos genitores que acabam por constituir as relações de

parentesco, embasadas, nesse momento, numa relação ambígua, pois, na medida em que o pai, ao sofrer o *abalo de criança*, e a mãe, ao satisfazer o *desejo*, cooperam para o desenvolvimento do corpo do feto, este também pode intervir na economia de subsistência da família¹⁰.

Em termos sociológicos, as práticas do *abalo de criança*, além de sublinharem a dimensão processual da formação do corpo do feto, expõem também a dimensão relacional/social envolvida nessa formação. É a mãe, é o pai que contribuíram ativamente para a formação e o desenvolvimento do corpo do feto durante a gestação. Mais do que o sangue da mãe e o esperma do pai para dar início à vida, as ações de autoatenção dos genitores Munduruku impactaram sobre a formação e o desenvolvimento do corpo e do caráter da criança.

De certo modo, trata-se de um corpo formado no interior de uma rede de parentesco, isto é, um corpo aparentado (*relatedness*). Isso poderia sugerir a dimensão processual e social também das relações afetivas entre mãe-pai-criança, na qual a criança, desde cedo, é inserida em um circuito de interdependência mútua. Não é apenas o corpo do feto ou o sentimento de maternidade e de paternidade que se está construindo, mas uma relação de pertencimento e dependência marcada pela capacidade de ação da criança ainda no ventre da mãe, pela doação de forças vitais dos pais e pela interação entre todos (mãe-pai-criança). Desde já, adianto que isso apenas se inicia na gestação, pois se estende, com mais intensidade, durante o período do *resguardo* do pós-parto¹¹.

10 Utilizo o termo economia de subsistência inspirada em Gow (1989), conforme definido anteriormente no Capítulo 2.

11 Conklin e Morgan (1996: 171) também sugeriram que entre os Wari' “[...] o feto encapsula relações entre sua mãe e seu pai e, por extensão, entre seus respectivos grupos de parentesco”, ao pontuar que a gestação é um processo social que repercute na geração do corpo e da pessoa Wari, para os quais o feto também já tem características como consciência e capacidade relacional, produzidas por meio das relações sociais.

FILHO DE BICHO NÃO MEXE:

DISTINÇÕES ENTRE GRAVIDEZ DE GENTE E
GRAVIDEZ DE BICHO — MISTURAS INDESEJÁVEIS

Houve outra pergunta que me fora feita muitas vezes por diferentes mulheres Munduruku ao saberem que eu estava grávida. Diferentemente das outras perguntas, essa se enunciava em um tom mais sério, expondo mesmo certa apreensão. A pergunta era: *Já mexe?* Ao perguntarem se eu sentia mexer, as mulheres Munduruku estavam operando uma série de reconhecimentos sobre a fecundação, a gestação e o feto e, ao mesmo tempo, indicando-me uma prática específica de autoatenção à saúde da mulher e do bebê nesse período da gestação, que eu fosse *pegar barriga*. Em certa medida, a existência dos movimentos fetais indicava uma gravidez saudável. Essa avaliação era feita a partir de uma imagem cultural sobre o feto, seu corpo, seus movimentos e seu sexo. A ausência de movimentos fetais, por sua vez, revelava uma gravidez de risco. Assim sendo, a anatomia e a fisiologia da gestação e do feto compartilhadas pelos Munduruku conduziram suas avaliações sobre risco ou não para a saúde da mulher gestante. A partir das práticas de autoatenção, observadas e narradas, reflito a seguir sobre a saúde reprodutiva da mulher Munduruku.

Iara, uma de minhas anfitriãs, havia sido a primeira mulher Munduruku a me perguntar “já mexe” e também a mais insistente. Houve uma manhã em que minha resposta negativa gerou uma evidente preocupação e tornou explícito que aquela questão envolvia algo mais do que mera curiosidade sobre os movimentos fetais. Quando eu disse que não sentia mexer, Iara franziu a testa e falou: “*mas tu já tá de quatro meses!*”. Eu lhe expliquei que não, pois, de fato, havia acabado de entrar no terceiro mês de gestação. Iara ficou em silêncio. Ceci, ouvindo nossa conversa, falou que logo mexeria. Então, Iara me perguntou: “*teu filho é para nascer quando?*”. Eu respondi que era para o mês de setembro, talvez início de outubro. Ela fez os cálculos e se convenceu que eu estava no primeiro trimestre da gestação e mudou de assunto.

Voltou a falar sobre uma conversa que tivemos dois dias antes sobre *filho de bicho*.

Engravidar de bicho não era história mítica nem folclore popular para as mulheres Munduruku. Muitas delas contavam histórias de gravidez de *bicho*, *filho de bicho*, algumas sobre a experiência própria, para o seu desespero e o da família, outras sobre experiências de vizinhas ou parentes. Iara fora apenas mais uma das mulheres que compartilhou comigo a angústia de ter vivido uma gravidez de *bicho*. Ela já era mãe de dois meninos quando teve uma “*gravidez de bicho*”. Isso foi há mais de oito anos, na época da pesquisa de campo. Ela só havia descoberto que estava grávida após um evento específico. Iara contou que foi jogar bola (futebol) na quadra com outras mulheres ao final do dia. Estava de goleira quando levou uma bolada na barriga. Aquele “golpe” lhe causou muita dor e sangramento. Foi para casa e o sangramento continuou. Um agente indígena de saneamento (Aisan), conhecedor de muitos remédios caseiros, lhe indicou para beber “*sumo de algodão*”, pois se fosse menstruação, pararia de sangrar. Sua mãe estava desconfiada que era bicho porque ela tinha “*emagrecido*” ao invés de “*engordar*”, “estava triste” e não “*sentia desejo*”. Então, ela tomou o “*sumo de algodão*” indicado. À noite sentiu uma “*agonia forte*” e, com o auxílio de sua mãe, foi ao penico e “*saiu*”. A mãe de Iara não a deixou olhar. Depois lhe contou que “*parecia uma boca, tipo arraia, mas só boca que mexia*”. Iara avaliou que tinha engravidado de “bicho” porque fora tomar banho na “*cacimba*” quando ainda “não estava muito boa da menstruação”¹². Ela reconheceu que ter tomado banho menstruada na *cacimba* fora um “descuido”. Desde aquele dia em que fora na *cacimba*, sua menstruação desceu muito pouco e, por isso, não desconfiou que estivesse grávida. Depois de “*botar o bicho para fora*”, não fez “*curetagem*”, apenas tomou um “*remédio purgante*” preparado por sua mãe. Iara finalizou a

12 Cacimba é um poço raso, cavado na areia da praia no período de seca, de onde verte água fresca. É usada somente nesse período, já que a água do rio está muito quente e suja.

narrativa com um longo suspiro e seu sorriso contido anunciava o alívio por ter saído com saúde desse triste episódio de sua vida.

Entre os Munduruku era explícito que a mulher menstruada devia se “guardar”. Esperava-se que a mulher menstruada ficasse reclusa no interior da casa como prática de autoatenção de sua própria saúde, e do grupo em geral, especialmente das crianças. O *resguardo* da menstruação instaurava uma dimensão espaço-tempo distinta do cotidiano, designava uma série de ações voltadas para fins específicos e articulava valores da cosmografia Munduruku sobre a relação entre homens e mulheres, entre eles e os *seres encantados*, os *donos* e os *espíritos* que habitam o cosmo.

Iara e Ceci perguntaram-me, em diversas ocasiões, se eu havia menstruado e pediram-me que eu as avisasse caso isso ocorresse. De fato, eu estava na cidade de Nova Olinda do Norte para fazer um breve levantamento de dados na Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai), quando menstruei pela primeira vez em trabalho de campo, de modo que, ao retornar para a aldeia, levei mais um ciclo para menstruar novamente. Minha menstruação não estava muito regular, por vezes, eu completara um ciclo de 30 ou mais dias para menstruar novamente. Assim, ao início de meu trabalho de campo, se passou um longo período até que eu menstruasse pela primeira vez na aldeia, o que parece ter gerado ansiedade nas minhas anfitriãs. Certa vez, Ceci perguntou-me se eu estava menstruada e após minha resposta negativa, contou-me um fato que ocorrera com sua nora. Estávamos somente Ceci e eu, tomando café após o almoço. Havia um calendário de festas na TIKL dedicado a comemorar o dia do padroeiro da aldeia. Nessas festas, os moradores da aldeia anfitriã esperavam uma grande participação de parentes e moradores de outras aldeias e até mesmo daqueles que moravam na cidade. Em uma delas, a do dia das crianças, os moradores da aldeia Kwatá se organizaram para subir até a aldeia Malocão, a mais distante no rio Canumã. Parentes de Ceci vieram da cidade de Nova Olinda do Norte para a aldeia Kwatá para subir o rio até a aldeia Malocão. A mãe da nora de Ceci, que era da cidade, jogou “*panos sujos de sangue*”

menstrual na beira do rio. No mesmo dia, a nora de Ceci começou a sentir dor de cabeça. Trouxeram-na para Kwatá. Os dias se passaram e ela não melhorava. A situação se agravou quando ela falou que tinha um homem querendo levá-la. No início, ela via o próprio marido, mas não era ele, porque ele ainda estava na festa. Assim, concluíram que se tratava de um “*boto*”. Ceci mandou um de seus filhos buscar a curadora Nair na aldeia Fronteira. Ele foi até o polo base e junto com o piloto da lancha foram em busca da curadora. A curadora chegou, fez defumação e benzeu a mulher até levar o *boto* à exaustão, fazendo com que abandonasse a mulher. A curadora explicou que o pano sujo de sangue fez o *boto* “*se agradar*” da nora. O *boto* queria levá-la embora para o “*Encante*”. Ao final, a curadora mandou fazer um remédio de “*banho de planta cheirosa*”, que deveria ser usado por três dias, e recomendou que a mulher não voltasse mais ao Malocão¹³. A narrativa de Ceci tinha claramente um propósito pedagógico. A mãe não cumpriu o *resguardo* e a filha sofreu as consequências da quebra das prescrições e restrições relativas às práticas de autoatenção à menstruação. Com essa narrativa, Ceci me alertava para os riscos que não apenas eu poderia correr, ao não cumprir as práticas de autoatenção relativas à menstruação, mas que eu também estaria colocando em risco as pessoas próximas, caso não cumprisse o *resguardo*. Esse era o motivo pelo qual Ceci e Iara estavam solicitando para que eu as avisasse ao menstruar. Procurei tranquilizá-las, comprometendo-me a comunicá-las quando ocorresse.

Naquele momento, recordei que Iara estava menstruada. Talvez por isso ela e Ceci estivessem me questionando uma vez mais. De fato, Iara me comunicara, dias antes, que estava menstruada ao falar sobre suas “*dores nas cadeira*”, enquanto passava as mãos na cintura e no

13 Scopel (2013: 183-191) analisou diversos itinerários na busca por curadores, os diagnósticos e os tratamentos entre os Munduruku da TIKL, incluindo aqueles que tratam das enfermidades advindas do contato com os *botos*. Em um caso, um rapaz sofrera de “*assombração* por causa de uma *bôta*” (idem: 188, grifos do original), e parte do tratamento incluía a prescrição para não retornar ao local onde o contato fora realizado.

quadril. Nos dias seguintes, Iara não desceu para a *beira*, como costumava fazer rotineiramente para buscar água, banhar-se, lavar louças ou roupas. Iara tomou banho dentro de sua casa, no quarto, durante todos os dias da menstruação. Seu marido ou seus filhos traziam água em baldes de vinte litros na quantidade suficiente para Iara banhar-se. As louças também foram lavadas no *jirau* construído na sacada da casa de Ceci e isso exigiu que os homens trouxessem mais água da *beira*. As roupas acumularam até o dia em que já não havia mais impedimento algum para Iara descer à *beira*, certamente porque sua filha mulher ainda não tinha habilidade nem idade para lavá-las. Iara contou-me que ficava menstruada por cinco a sete dias, e que nesse período não ia para a *beira*, evitando passear pela aldeia. Durante sua menstruação, observei que ela também não foi trabalhar na roça nem na casa de farinha. Passava os dias em casa, cozinhava e limitava-se a circular no terreno entre sua casa e a de Ceci. Quando as aulas iniciaram, Iara abriu uma exceção para não perder as aulas. Ela estava cursando o ensino para jovens e adultos à noite e não deixou de ir às aulas na escola que ficava bem próxima de sua casa¹⁴. Notei que Iara tomava alguns chás, naqueles períodos, os quais me foram oferecidos mais tarde. Tratava-se de chá para diminuir o fluxo e o tempo de duração da menstruação. Outras mulheres ainda revelaram utilizar “*remédio para curar*” durante a menstruação. Esses *remédios para curar* foram utilizados com o propósito anticoncepcional, “*para não engravidar*” ou para controlar os intervalos entre uma e outra gravidez, conforme falou uma indígena da aldeia Niterói, que fora “*curada para ter filhos de dois em dois anos*”. Independentemente da intenção específica, se para diminuir o fluxo e o tempo das regras ou como anticoncepcional, os *remédios para curar* ou os chás deviam ser ingeridos durante a menstruação. Alguns desses chás utilizados durante a menstruação também foram

14 A educação de jovens e adultos era uma iniciativa da Prefeitura de Borba, que contratava professores indígenas para ministrar as aulas, que aconteciam no período noturno.

ingeridos ao longo do pós-parto como prática de autoatenção para sarar a “*infecção no útero*”, como veremos mais detalhadamente ao longo do Capítulo 7.

No dia em que menstruei, avisei Iara e Ceci, que me recomendaram tomar banho dentro de casa e não na *beira*. Era época de seca e estávamos tomando banho com a água da *cacimba*. Foi meu marido quem trouxe água para eu me banhar dentro de casa, o que foi um aprendizado para ambos. Meu esposo Daniel precisou desenvolver a habilidade necessária para carregar as vasilhas de água. Eu, por minha vez, tive que aprender a tomar banho dentro de casa, pois estava acostumada a tomar banho no rio, onde mergulhávamos e despejávamos água sobre o corpo com o auxílio de uma cuia, ou na água da *cacimba*, de onde retirávamos a água para encher uma grande bacia, localizada a uma distância adequada para não escorrer água de volta para a *cacimba*, e com a cuia jogá-la em abundância sobre o corpo. Ceci explicou-me que para tomar banho dentro de casa bastava fechar as janelas e se posicionar de cócoras ou de joelhos para despejar a água sobre o corpo que escorreria por entre as frestas do assoalho para o lado de fora da casa. E foi assim que se passaram todos os dias da menstruação.

Naquele momento, aprendi que uma mulher menstruada deveria evitar ir para a *beira* fosse para tomar banho ou para fazer qualquer outra atividade como buscar água potável, lavar louças ou roupas no rio em período de cheia. As mesmas proibições se aplicavam à mulher menstruada no período da seca, quando todas essas atividades eram realizadas na *cacimba*. No seguimento residencial onde morei durante a maior parte do trabalho de campo, havia em média dez mulheres em período fértil, das quais cinco estavam ou de *resguardo do parto* ou grávidas. Observei que na casa de Araci e Itamar, que viviam com seus doze filhos e um genro, havia uma construção na parte externa, logo atrás da casa. Tratava-se de um cercado onde, por vezes, eu via as filhas do casal tomarem banho. Araci e Itamar tinham uma família numerosa e aquele cercado fora construído para as mulheres tomarem seus banhos no período da menstruação, já que havia muitas pessoas na casa.

Quando não estavam menstruadas, as filhas de Araci e Itamar banhavam-se, a depender da época do ano, na *beira* ou nas proximidades da *cacimba*, como todos os demais.

Os Munduruku reconheciam que homens e mulheres eram diferentes e a diferença central era que as mulheres menstruavam. Nas palavras de um Munduruku, “*mulher nunca foi igual ao homem porque sempre tem aqueles dias no mês que fica menstruada e fica presa*”. Esse índio estava contando sobre a noite em que atirou em um *boto* que passeava entre sua casa e a de seus parentes. Era noite, e ao escutar barulhos ao redor da casa, pensou que fosse seu cunhado, mas desconfiou e foi olhar. Viu um homem branco e tratou de pegar sua arma. Chamou os cachorros e pôs-se em direção à beira do rio. Chegando mais perto viu que aquele homem branco estava de pé “*na prancha de frente para o rio e de costas para a terra*”. A *prancha* é a tábua de madeira que os Munduruku fixam no rio, utilizada para lavar louças e roupas. Seu tiro foi certo apesar da noite escura. Quando se aproximou do rio, sentiu um “*pitiú*” (cheiro forte, desagradável), mas não viu nada. No dia seguinte, contou que viu, junto com outros homens, a caminho do jogo de futebol, um “*bicho*”, um “*boto*” morto na água. Ceci finalizou aquela conversa de fim de tarde dizendo que a mulher na menstruação cheira como um “*ananás*”. Ananás é um abacaxi muito doce e com um cheiro agradável. Ceci concluiu dizendo que o sangue menstrual é “*pitiú para gente, mas para eles é que nem ananás*”. Eles, eram os *botos* ou os *seres encantados* ou os *donos* que habitavam espaços específicos no cosmos, fosse no rio, nos igarapés ou em algum olho d’água de *cacimba*.

Os esforços das mulheres Munduruku em cumprirem o *resguardo* da menstruação adquirem significado ao compreendermos que os Munduruku coabitavam um cosmo junto com diversos outros seres (*espíritos, mães, donos, encantados, botos, cobras e kakerewat*), cujo contato, possivelmente, resultava em enfermidades, infortúnios e até em morte para todos. Sob a perspectiva Munduruku, há o risco de morte para suas mulheres, seus homens e suas crianças devido à po-

tencialidade das interações com esses demais seres. Na vida da aldeia, as fronteiras entre os domínios humanos e dos demais seres se diluí. Entre as muitas formas de diluição das fronteiras está o cheiro do sangue menstrual. Da perspectiva Munduruku, o cheiro de sangue menstrual era *pitiú*, cuja palavra é utilizada para designar cheiros fortes e desagradáveis como, por exemplo, o cheiro de peixe nas mãos após limpá-los ou comê-los. Entretanto, da perspectiva dos *botos*, era doce “*que nem ananás*”. Homens e mulheres Munduruku eram unânimes ao afirmar que os *botos* eram atraídos pelo cheiro do sangue menstrual. Os *botos* poderiam se agradar tanto da mulher menstruada quanto de qualquer outra pessoa próxima. Isso era, de fato, um saber compartilhado há muitas gerações entre os Munduruku. Experiências pessoais, contadas por suas avós ou observadas pessoalmente pelos Munduruku permitem sublinhar a característica volátil do sangue menstrual, isto é, sua capacidade de se propagar e de deixar um *rastro*. Os Munduruku sabiam que a circulação sobre o *rastro* deixado pela mulher menstruada representava fonte de perigo e contaminação. Nesse sentido, as práticas de autoatenção relativas à menstruação como, por exemplo, banhar-se dentro de casa, evitar ir à *beira* ou à *cacimba*, tinham o propósito de manter a saúde da mulher menstruada e dos demais membros do grupo, especialmente das crianças.

Em minha experiência de campo junto aos Munduruku, eles frequentemente evocaram o descumprimento das interdições, prescrições e restrições pertinentes à menstruação como causa da irrupção de doenças, infortúnios e mortes (“*mau olhado de boto*”, “*ser levado para o encante*”, “*assombro de bicho*”, “*filho de bicho*”). O cheiro do sangue deixado no *rastro* por onde a mulher menstruada passou, especialmente pela *beira*, atrairia o *boto* do *encante*. O risco instalado do não cumprimento do *resguardo* recaía especialmente sobre as crianças e as mulheres. As crianças que circulassem sobre o *rastro* da mulher menstruada sofreriam ataques dos encantados e correriam o risco de serem levadas para o *encante*. Os sintomas relatados sobre *mau olhado de bicho* foram medo, tremores no corpo, febre e visões.

Nesses casos, somente o pajé poderia curar o enfermo através de rezas e da prescrição de banhos. O tratamento era longo e consistia de três a sete rezas e banhos toda sexta-feira. O risco por não cumprir o *resguardo* da menstruação para a mulher, que no dia de suas regras fosse ao rio ou à *cacimba*, era engravidar de *bicho*, isto é, gestar e parir um *filho de bicho*. A mulher menstruada que se banha na *beira* ou na *cacimba* pode ser fecundada tanto por *boto* quanto por *peixes* ou pela *mãe da cacimba*, que é o *dono da cacimba*, e isso ocorre durante o *sonbo*. Há relatos de mulheres que tiveram filhos de *botos* e de outros seres *encantados*, como cobras. Esses casos de gravidez de bicho tiveram os seguintes desfechos: aborto, a morte da criança (o mais comum é o “*filho de bicho*” nascer morto ou ser “*levado para o fundo*” por seu pai encantado, logo após o nascimento) e a morte da mulher, uma vez que a relação contínua com os *encantados* leva a doenças graves, nem sempre curadas pelos pajés¹⁵.

-
- 15 O leitor encontrará em Belaunde (2005) uma revisão de várias etnografias feitas entre os povos indígenas amazônicos, cujo eixo de análise foi a importância do sangue e dos manejos relacionados a ele na condução da vida social, na construção dos gêneros, na fabricação dos corpos e das pessoas. A autora sugeriu que o sangue deveria ser entendido como operador que “reúne o biológico, o mental e o espiritual”, posto que o

[...] manejo do fluxo de sangue [...] é um processo constitutivo não somente da fertilidade, mas da saúde, do trabalho, da criatividade, do bem estar, da religiosidade, da identidade pessoal e das relações interétnicas (Belaunde, 2005: 18-19).

De modo semelhante, as análises de Conklin e Morgan (1996) e Conklin (2001) também apontaram o sangue e as relações de sangue entre os Wari’ como produtos sociais, expandindo assim o sentido da noção de sangue para fronteiras além da matéria biológica. Os autores sugeriram que as “relações de sangue” entre os Wari’ compreenderia

[...] os laços entre os membros de uma união marital (entre marido e esposa), uma família nuclear, uma rede de parentesco, um subgrupo territorial, um grupo étnico e entre o xamã e o espírito do seu animal companheiro (Conklin & Morgan, 1996: 669).

Em certa medida, esses textos contribuem para iluminar nossa compreensão sobre a noção de sangue entre os Munduruku, posto que as qualidades dessa substância têm o poder de diluir fronteiras entre humanos e não humanos,

Optei por descrever as práticas de autoatenção relativas à menstruação para assinalar os riscos à saúde da mulher e do grupo como um todo, advindos do não cumprimento dessas práticas específicas ao *resguardo* da mulher menstruada. Cumpre notar que o sangue do parto também é perigoso, pois tem as mesmas características do sangue menstrual. Ambos possuem significados simbólicos que permitem aos atores estabelecer relações sociais específicas, por meio das quais podemos compreender os saberes relacionados às práticas de autoatenção à saúde entre os Munduruku, especialmente às mulheres durante a gestação. Interessa-me destacar sobretudo uma preocupação constante na vida das mulheres Munduruku relativa à virtual gravidez e gestação de um *filho de bicho*, para abordar, principalmente, os saberes sobre a anatomia e a fisiologia relativos à gestação. Ao mesmo tempo em que o sangue menstrual é fonte de vida e contribui para consolidar a união de um casal, pois de sua junção com o sêmen formam-se *crianças*, também é fonte de perigo, dado que pode formar *filho de bicho*. Da relação sexual entre uma mulher menstruada e um bicho, realizada em sonho, podem nascer seres cujo corpo seria meio forma humana e meio forma de *bicho*, por exemplo, “*corpo de cobra e cabeça de criança*” ou “*corpo de gente e tronco e cabeça de boto*”.

PEGAR BARRIGA

Embora Iara não tenha deixado de cumprir o *resguardo* da menstruação, ela estava novamente temerosa de uma possível *gravidez de bicho*, dados os sinais que vinha avaliando durante a gestação, como não “*sentir desejo*”, não sentir mexer e “*sentir uma agonia no estômago*”. A partir das avaliações sobre as sensações corporais que sentia ou não e a partir das experiências anteriores de gestação, ela decidiu ir

além de emergir como elemento formador de novos seres Munduruku, os quais encapsulam um feixe de relações construídas pela partilha de sangue, sêmen, alimento, gordura, vitalidade, apoio mútuo e trabalho.

pegar barriga com sua cunhada Araci. Iara e Araci compartilharam comigo o que vinha acontecendo naqueles dias em distintos momentos. Esse caso serve como exemplo para sublinhar os saberes sobre anatomia e fisiologia relativos à gestação, compartilhados pelos Munduruku a partir da prática de *pegar barriga*.

Araci *pegou a barriga* da Iara e concluiu que não era filho de bicho. Araci tinha experiência em partejar, em *puxar a mãe do corpo* e em *pegar barriga*. Araci explicou-me que quando “*pega barriga já dá pra saber se é bicho ou não*”. Esse saber reside na anatomia do feto, isto é, em um modelo cultural do corpo humano. Ao *apalpar* a barriga seria possível identificar que a forma do *filho de bicho* não tem a mesma consistência de uma *criança*. A consistência do feto humano, diferentemente da consistência do *filho de bicho*, seria firme, semelhante a um objeto sólido, contido e uno. Ao contrário, o *filho de bicho* teria uma consistência flácida, instável e desmembrável, o qual, ao ser apalpado, se “*espalha entre os dedos*”, “*espalha na barriga*”, “*como se ele desmanchasse*” entre os dedos e para os lados. Além da anatomia do feto, as mulheres Munduruku também compartilham um saber acerca de um conjunto de sinais e sintomas indicativos da gestação de um *filho de bicho*. Se a mulher está *grávida de bicho*, então, ela *emagrece*, *fica fraca*, *sente dores no pente*. Araci me explicou que o “*pente da mulher*” fica abaixo do umbigo e nas laterais.

As mulheres Munduruku afirmavam ir *pegar barriga* a partir do momento em que descobrissem estar grávidas, isto é, a partir da cessação da menstruação. Iara foi *pegar barriga* ao final do terceiro mês de gestação. E a principal motivação, naquela fase inicial, foi porque seu bebê não mexia. Os movimentos fetais, além de sinalizarem uma gravidez saudável, forneciam também indícios do sexo da criança. Segundo homens e mulheres Munduruku, o filho homem *se forma* logo no primeiro mês e pode, a partir desse momento, se movimentar. Quando pedi para explicarem melhor o que queriam dizer com *se formar*, eles falaram que o corpo do filho homem já teria todos os membros formados corretamente desde o primeiro mês de gestação, como se fosse

uma dessas “bonequinhas” de brinquedo “bem pequenas”. Já a filha mulher levaria até o quinto mês para *se formar*, para *amadurecer*, podendo movimentar-se a partir do terceiro mês de gestação. Até *amadurecer*, a filha mulher teria a consistência de uma *bola*, já *durinha*, portanto, ainda sem a forma do corpo humano, com tronco, braços, dedos, pés etc.

As mulheres Munduruku ainda costumavam *pegar barriga* para verificar se o feto estava na posição correta e, se necessário, para posicioná-lo no *nascedouro*. Durante toda a terceira etapa da pesquisa de campo, Iara foi *pegar barriga*. Inicialmente, *pegou* porque estava desconfiada da gestação de *bicho*, depois porque a criança não estava na posição correta, pois estava *atravessada*. Ela foi *pegar barriga* com sua cunhada Araci e também com o curador Porã. Ele lhe comunicou a posição do bebê, recomendando-a a fazer o parto no hospital da cidade. Durante os três meses da última etapa de pesquisa de campo, Iara foi *pegar barriga* com o curador Porã a cada mês e estava convencida de que faria o parto hospitalar, na cidade de Nova Olinda do Norte, pois a criança não voltava para a posição correta no *nascedouro*. Além disso, as experiências anteriores de parto, de seus quatro filhos, também reforçavam sua decisão de parir na cidade. Ela contou que tinha dificuldades para parir, sentia muita dor e que seus partos eram demorados. Dois filhos nasceram no hospital e dois na aldeia. Para Iara, os partos na cidade foram mais tranquilos.



Participação da gestante Munduruku no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

As práticas de autoatenção relativas à gestação manejadas pelos Munduruku da TIKL até aqui apresentadas sintetizam o saber local sobre concepção, gestação e parto, permitindo afirmar que diferem das noções de fisiologia e anatomia da biomedicina. Entretanto, isso não foi um impeditivo para as mulheres Munduruku participarem dos programas voltados à saúde da gestante, como o acompanhamento do pré-natal, promovidos pelo serviço de saúde via subsistema de atenção à saúde indígena, sob a gestão da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), do Ministério da Saúde. Desde a ampliação da cobertura da atenção primária no interior das terras indígenas brasileiras, inclusive na TIKL, uma das lacunas na execução das ações programáticas foi a questão logística, além da rotatividade dos profissionais de saúde, suas eventuais ausências e a falta de capacitação para atuar num contexto interétnico (Dias-Scopel, 2005; Silva, 2011; Diehl, Dias-Scopel & Langdon, 2012). Neste capítulo apresentarei dados de observação participante realizada junto às mulheres da TIKL, às gestantes na Casa de Apoio à Saúde do Índio (Casai) e às Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (Emsi) que atuavam no polo base Kwatá e no polo base Laranjal, para que o leitor conheça os obstáculos para a oferta e o uso dos serviços de pré-natal às mulheres indígenas.

Antes, porém, convém assinalar minimamente do que se trata o programa “pré-natal”. Assim procedendo, desnaturalizamos uma prática cuja especificidade caracteriza-se por abranger um determinado cam-

po de saber-poder, permeada por tecnologias e histórias específicas, intervenções e formas de controles reguladores, micropoderes nas interações cotidianas e marcada pela racionalidade burocrática e capitalista. O pré-natal é um conjunto de práticas biomédicas voltadas para a redução da mortalidade materno-infantil, iniciadas durante a gestação e finalizadas com consultas no pós-parto. No Brasil, trata-se de um programa gerido pela Área Técnica de Saúde da Mulher, sob coordenação do Ministério de Saúde, responsável por formular a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. As diretrizes e os princípios dessa política foram consolidados pelo Ministério da Saúde no ano de 2004. A atenção à saúde da mulher e adolescente indígena é mencionada no documento como um dos objetivos específicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no Brasil (Brasil, 2004: 72).

Nele foram apontados a insuficiência de dados epidemiológicos sobre as condições de saúde da mulher indígena e os princípios de humanização e qualidade da atenção como elementos indispensáveis para uma maior resolução das ações de cobertura, assistência e promoção da saúde e dos problemas de maior incidência, entre os quais, a mortalidade materna, cujas principais causas eram “[...] a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas evitáveis” (Brasil, 2004: 27). Acredita-se que 92% das causas de mortalidade materna seriam evitáveis e a atenção ao pré-natal teria um papel importante nesse cenário (Brasil, 2004: 26-30).

O Brasil segue as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a normatização das práticas de saúde da atenção ao pré-natal (Brasil MS, 2005). Em termos gerais, a atenção ao pré-natal consiste na promoção de ações para a prevenção e detecção de riscos possíveis no período da gestação à saúde tanto da mulher gestante quanto do feto, bem como no período do pós-parto, na atenção à puérpera e ao recém-nascido, incluindo o tratamento de eventuais intercorrências. Isso é feito através de uma série de procedimentos que incluem desde consultas médicas para a verificação do estado de saúde da gestante e para o acompanhamento do desenvolvimento do feto por meio de exa-

mes clínicos, laboratoriais e imunização. A organização desses serviços é responsabilidade dos três níveis de gestão: federal, estadual e municipal. As ações da atenção ao pré-natal, segundo o *Manual Técnico do MS* (Brasil MS, 2005), incluem, prioritariamente: história clínica da gestante, exame físico e exames complementares. A história clínica se fundamenta na anamnese e pretende identificar desde dados socioeconômicos até a investigação de histórico de doenças familiares ou pessoais, entre outras questões (Brasil MS, 2005). Segundo esse manual técnico, o exame físico incluiria: determinação do peso e da altura; medida da pressão arterial; inspeção da pele e das mucosas; palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); ausculta cardiopulmonar; determinação da frequência cardíaca; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros); exame de mamas; palpação obstétrica e identificação da situação e apresentação fetal; medida da altura uterina; ausculta dos batimentos cardíacos fetais; inspeção dos genitais externos; inspeção das paredes vaginais; inspeção do conteúdo vaginal; inspeção do colo uterino; coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), toque vaginal. Os exames complementares, ainda de acordo com o *Manual*, deveriam ser solicitados na primeira consulta e abrangeriam: dosagem de hemoglobina e hematócrito; grupo sanguíneo e fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL); glicemia em jejum; exame sumário de urina; sorologia anti-HIV; sorologia para hepatite B; sorologia para toxoplasmose. São indicados também a solicitação de exames complementares ainda na primeira consulta do pré-natal, conforme avaliação específica de cada caso. Gostaria de citar, por exemplo, o exame protoparasitológico, indicado “sobretudo para mulheres de baixa renda”, e a ultrassonografia obstétrica. Entretanto, ainda que se admita o potencial da ultrassonografia obstétrica para “[...] melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e más formações fetais clinicamente não suspeitas”, destaca-se que “a sua não realização não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal” (Brasil MS, 2005: 27). Isso não se aplica-

ria aos casos em que se pretendia investigar alguma suspeita sobre o desenvolvimento da gestação e do feto no período tardio da gestação. Esses procedimentos relativos ao pré-natal pretendem ser uma referência para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e para a normatização das práticas de saúde segundo princípios e diretrizes apresentados pelo MS brasileiro, inclusive para o atendimento das populações indígenas. Ainda segundo o documento normatizador, indica-se a realização de, ao menos, seis consultas nas ações de acompanhamento do pré-natal e o registro das gestantes no cadastro nacional do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SispreNatal).

Na TIKL, as ações do pré-natal iniciavam nos polos base localizados no interior das aldeias e se estendiam a unidades do Sistema Único de Saúde/SUS na cidade de Nova Olinda do Norte para a realização de determinados exames, por exemplo, de sangue, de fezes e de urina. Iara estava grávida de cinco meses quando foi encaminhada para Nova Olinda do Norte para realizar exames. Foi levada pelo motorista da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena, junto com outras gestantes, também agendadas para a realização de exames. As gestantes Munduruku que acompanhei realizaram exames de urina e sangue coletados na cidade de Nova Olinda do Norte. O transporte foi realizado pelos serviços do polo base que agendou dias específicos para levar todas as gestantes das aldeias. Note-se que o transporte foi feito pelo rio, com a lancha da Emsi, a partir da aldeia em que o polo base estava localizado. O transporte das gestantes das demais aldeias até o polo base foi feito com o auxílio do agente indígena de saúde (AIS), em geral, com sua *rabeta* (canoa) de uso particular¹. O tempo de viagem até a aldeia onde se localizava o polo base Kwatá podia chegar a dez horas, a depender da distância da aldeia, se o transporte fosse feito de *rabeta*. Assim sendo, o transporte era difícil e envolvia riscos, fosse de

1 Todavia, o transporte foi feito com a cota de combustível que o AIS recebia do DSEI para fazer tal serviço. Cota que foi citada sempre como insuficiente.

rabeta ou de lancha, pois podia levar muitas horas de deslocamento, sem coletes salva-vidas e com exposição às intempéries, sobretudo sol intenso e chuva.

As gestantes foram para Nova Olinda do Norte e voltaram para a aldeia Kwatá no mesmo dia. Ao chegar em casa, Iara compartilhou comigo e com Ceci sua frustração com os exames realizados, pois “*pensava que ia fazer ultrassom*”. Quando encerrei a pesquisa de campo, Iara estava com sete meses de gestação e não havia feito nenhuma ultrassonografia obstétrica. Embora tenha ficado frustrada com a não realização da ultrassonografia obstétrica, vimos que esse exame não figura como prioridade nas ações básicas mínimas nos serviços de acompanhamento do pré-natal, segundo recomendações do MS. Todavia, ela e as demais gestantes Munduruku não deixaram de fazer o exame por tal motivo, e sim porque o único aparelho de ultrassonografia na cidade de Nova Olinda do Norte estava quebrado durante o período de minha pesquisa de campo.

Dado o fato de eu estar gestante de três meses, quando retornei para a última etapa da pesquisa de campo, eu também participei das ações do pré-natal no polo base Kwatá. Embora já tivesse realizado duas consultas na cidade de Florianópolis, com um médico ginecologista e obstetra particular, e feito uma bateria de exames físicos e complementares, além de uma ultrassonografia obstétrica, eu apenas fui inscrita no SispreNatal ao realizar a consulta no polo base Kwatá. Lá ganhei um Cartão da Gestante, no qual foram registrados os resultados dos meus exames complementares previamente feitos e as informações sobre os exames físicos realizados nas demais consultas, bem como a orientação para cumprir ao menos seis consultas de “pré-natal”. As ações do pré-natal realizadas no polo base foram feitas pela enfermeira da Emsi e incluíam o controle do peso, aferição da pressão, medição da altura uterina e palpação obstétrica. Além disso, na primeira consulta, fiz também a imunização para influenza, a última dose da vacina para hepatite e a dose de reforço para tétano. Esses foram os procedimentos-padrão que toda gestante Munduruku recebeu ao aceder

com os serviços de acompanhamento do pré-natal no polo base Kwatá, incluindo ainda a suplementação com sulfato ferroso e, caso necessário, a disponibilização de antiácidos. A enfermeira da Emsi lamentava o fato de que alguns exames recomendados pelo MS brasileiro, cujo potencial inegavelmente contribui para prevenir ou diminuir os riscos de uma complicação na gestação e no parto e para garantir o bem-estar da mãe e do bebê, não fossem realizados na cidade de Nova Olinda do Norte, por conta da infraestrutura do SUS local. Na época da pesquisa de campo, por exemplo, as mulheres indígenas, e provavelmente toda a população usuária do SUS daquela cidade, passaram a gestação sem realizar a sorologia para as principais infecções congênicas (por exemplo, sífilis, HIV e hepatites B e C). A não realização desses exames é um indicador da baixa qualidade das ações de pré-natal (Brasil, 2004: 28). Assim, evidencia-se uma oferta deficitária às mulheres indígenas, não por conta da inadequação dos serviços prestados pela Emsi e pelo DSEI-Manaus, mas por causa da precarização dos serviços prestados nas demais redes do SUS em nível municipal. Vale lembrar que o MS brasileiro firmou um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, no qual a ampliação da oferta de exames laboratoriais e de tratamento para sífilis na gestação e sífilis congênita apareceram entre as ações a serem realizadas para a redução da mortalidade materna e neonatal e que o estado do Amazonas é uma das unidades federadas que aderiu ao Pacto (Brasil MS, 2004).

A maior dificuldade dos profissionais da Emsi, durante a pesquisa de campo, para a promoção das ações do pré-natal, foi garantir a realização de seis consultas às gestantes indígenas. No polo base Laranjal, por exemplo, houve, no ano de 2010, o ingresso de três gestantes no SispreNatal com sete meses de gestação. Isso significa que a primeira consulta delas nos serviços do pré-natal foi somente no sétimo mês de gestação. E essas gestantes apenas acederam aos serviços do pré-natal porque a Emsi estava em campanha de vacinação na aldeia onde moravam. Aliás, as campanhas de vacinação, segundo os membros das Emsi, eram a oportunidade de eles se deslocarem do polo base até as aldeias

realizando então a atenção primária. Isso porque o deslocamento da Emsi para a atenção primária, incluindo o acompanhamento das gestantes no pré-natal, para as aldeias adstritas ao controle de cada polo base, no interior da TIKL, envolvia recursos e logísticas cuja demanda não era suprida. Cito, ainda, a falta de uma infraestrutura adequada para a realização dos serviços de saúde e, principalmente, para acomodar os profissionais da Emsi nas demais aldeias. Esses eram pontos considerados relevantes pelos profissionais da Emsi e pelas lideranças indígenas que haviam incluído no plano de saúde local a demanda pela reforma dos polos base já no ano de 2007. Os profissionais da Emsi até promoveram ações de atenção primária em condições improvisadas nos espaços de escolas e centros sociais da comunidade de cada aldeia, durante o período da pesquisa de campo. Todavia, exigir-lhes pernoitar por longo período, em média 20 dias, em condições adversas àquelas em que se sentiam preparados, seguros e acostumados, não era uma questão que figurava no horizonte moral ou mesmo contratual, pois foram contratados para atuar nos polos base. Nesse contexto, a atuação dos agentes indígenas de saúde (AIS) foi central em alguns momentos. Houve um dia em que a AIS da aldeia Tartaruginha trouxe uma gestante até o polo base Kwatá para fazer a primeira consulta do pré-natal. Da mesma forma, os AIS das aldeias Niterói, Fronteira e Malocão trouxeram também gestantes para fazer o acompanhamento do pré-natal no polo base Kwatá.

Não disponho de dados secundários que permitam afirmar quantas consultas de pré-natal foram realizadas durante o período do trabalho de campo ou mesmo quantas consultas cada gestante fez. No entanto, minha intenção não era avaliar a qualidade dos serviços de atenção ao pré-natal, o que exigiria uma metodologia específica para conduzir tal avaliação, seja por meio da comparação entre indicadores de ações programadas e ações realizadas, seja considerando a avaliação do usuário.

A partir da observação participante, podemos afirmar que as articulações entre as formas de atenção biomédica e as formas de aten-

ção indígenas, sejam xamânicas, de autoatenção, religiosas ou outras, foram realizadas pelos próprios indígenas no interior das práticas de autoatenção (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013). Esse foi o caso das mulheres gestantes Munduruku que realizaram o pré-natal junto ao polo base da aldeia Kwatá e à rede do SUS municipal, que também consultaram os especialistas indígenas, os pajés e as parteiras, para *pegar barriga*. Ou, então, as mulheres mais velhas da família extensa com reconhecida expertise sobre *banhos*, *pegar barriga*, *puxar a mãe do corpo* e outros saberes centrais à condução de uma gestação e parto saudáveis, como uma dieta alimentar adequada, esforços para saciar o *desejo* ou para não se entregar ao *abalamento de criança*. Ou ainda, a fabricação de dádivas ao feto para garantir disposição e sucesso nas atividades diárias. Enfim, as mulheres indígenas articularam uma diversidade de formas de atenção indígenas à saúde e, especialmente aquelas que moravam nas aldeias onde os polos base estavam localizados, também recorreram à diversidade de práticas biomédicas que constituem o acompanhamento do pré-natal. Isso, mesmo diante das dificuldades encontradas pela Emsi para promover as ações de cobertura do pré-natal na TIKL e apesar da precarização da rede do SUS na cidade de Nova Olinda do Norte.

A participação das mulheres Munduruku nas ações biomédicas de acompanhamento pré-natal era estimulada por diversos atores, entre eles a equipe de saúde, os AIS e as lideranças indígenas. Esses diversos atores sociais estavam a todo o momento em reuniões da associação indígena ou da equipe de saúde, em campanhas de vacinação ou em dias de consulta médica, lembrando às mulheres indígenas as diversas exigências do MS para que a família mantivesse o recurso do Bolsa Família. O estímulo vinha como contrapartida obrigatória das famílias beneficiárias do programa. O Programa Bolsa Família é “[...] um programa federal de transferência direta de renda a famílias em situação de pobreza e vulnerabilidade social (Brasil, 2012)”. Esses mesmos atores destacavam, sobretudo, a importância do comparecimento nas consultas de acompanhamento e da realização dos exames de pré-na-

tal, caso atestada a gravidez, e o monitoramento do crescimento e vacinação das crianças. Além dessas ações, cumpre destacar que as famílias inscritas no programa ainda deveriam cumprir a exigência de retorno de consulta após o parto². De fato, a enfermeira do polo base Kwatá relatara na reunião da Organização dos Povos Indígenas Munduruku e Sateré, realizada nos dias 28 e 29 de maio de 2011, um aumento de 100% na realização do exame de prevenção do câncer do colo do útero (PCCU). Ela atribuiu a realização de 100 exames coletados em 20 dias a uma nova exigência feita pelo Programa Bolsa Família. Ainda afirmou em público que antes ninguém se dirigia a ela para realizar o exame. Outro dado apresentado naquela reunião pela enfermeira, sobre o trabalho da Emsi, foi o acompanhamento de 30 gestantes no programa de atenção ao pré-natal das 39 gestantes cadastradas no SispreNatal pelo polo base Kwatá. Segundo ela, as dificuldades de deslocamento ou a ausência das mulheres na aldeia em dia de consulta médica ou em campanha de vacinação contribuíram para que nove gestantes ficassem sem qualquer acompanhamento ao pré-natal.

Embora o MS tenha apontado, em 2004, alguns obstáculos para o alcance de uma qualidade mínima nos serviços de atenção ao pré-natal prestados na rede do SUS, foi identificada também uma queda na taxa de mortalidade materna entre os anos de 1999-2001 (Brasil, 2004: 27). O MS atribui esta queda, bem como a da mortalidade infantil, ao aumento de consultas do pré-natal, incluindo a realização dos exames e da imunização recomendados, a partir do ano de 1997 (Brasil, 2004: 28). Infelizmente, ainda não existe uma avaliação semelhante que considere a população indígena no Brasil. No entanto, encontramos, no relatório final do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos

2 Para maiores informações, ver a Portaria Interministerial n.º 2.509, de 18 Nov. 2004, a qual “dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa”. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2509.htm>>. Acessado em 20 Dez. 2013.

Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009), informações relevantes sobre as condições de saúde das mulheres e crianças indígenas no país e alguns dados sobre o acompanhamento do pré-natal, levantados entre os anos de 2008 e 2009. No relatório consta que:

88,6% das mulheres referiram ter realizado pelo menos uma consulta de pré-natal com médico ou enfermeiro durante a gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses [...]. Porém, há importantes diferenças entre as macrorregiões. Enquanto no Norte e no Nordeste, 72,4% e 86,4% das mulheres realizaram pelo menos uma consulta, respectivamente, no Centro-Oeste (94,3%) e Sul/Sudeste (97,5%) essas proporções foram superiores a 94%, sendo essa superioridade estatisticamente significativa em relação ao Norte e Nordeste (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 179).

Consta também no relatório a média do número de consultas ao pré-natal realizadas pelas mulheres indígenas, a qual não atende ao número mínimo de seis consultas, conforme estabelecido pelo Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (Brasil MS, 2005: 30):

A média do número de consultas pré-natais relativas à gravidez do filho vivo mais novo com idade inferior a 60 meses foi de 4,7 consultas por mulher (IC95%: 4,4 - 5,0) para o conjunto das macrorregiões, inferior o número de consultas preconizado por mulher pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2005). Essa média foi mais baixa no Norte (3,1; IC95%: 4,4 - 5,0) e mais elevada no Centro-Oeste (4,7; IC95%: 4,2 - 5,2), Nordeste (5,3; IC95%: 5,0 - 5,6) e Sul/Sudeste (5,3; IC95%: 4,7 - 5,8), com diferença estatisticamente significativa entre essas macrorregiões e o Norte (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 182).

Outra fonte de dados relevantes sobre a atenção biomédica ao pré-natal é o trabalho “Sateré-Mawé – retrato de um povo indígena” (2005), cujos dados apresentam um diagnóstico sociodemográfico das condições de vida dessa população no estado do Amazonas³. Isso

3 Este trabalho é resultado da parceria de diversas instituições sediadas no Amazonas, entre elas a Universidade Federal do Amazonas (Ufam), a Funda-

porque, na TIKL há uma aldeia habitada por índios Sateré-Mawé contemplados no levantamento realizado por esse trabalho, adstrita ao polo base Laranjal. Interessa-me destacar aqui os dados relativos à percepção das indígenas sobre o programa de atenção ao pré-natal. Das 381 indígenas residentes nas diversas aldeias Sateré-Mawé que haviam tido filho nos últimos doze meses, 240 delas relataram não ter recebido qualquer atendimento biomédico referente à gestação no ano de 2003. Isso dá um total de 63% de residentes em áreas indígenas que passaram a gestação sem atenção prestada pelos serviços de atenção primária ao pré-natal. Das 141 mulheres Sateré-Mawé que realizaram o acompanhamento do pré-natal,

[...] apenas nove (6,3 % do total) receberam um número de consultas próximo àquele recomendado [...] pelas normas do programa de saúde da mulher (Teixeira *et alii*, 2005: 81).

Os autores concluem: “[...] os resultados obtidos indicam uma insuficiente cobertura pré-natal [...]” (Teixeira *et alii*, 2005: 82). Essa mesma conclusão se repetiu, como veremos a seguir, no relatório do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009).

Entre os dados do relatório do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009) ainda cabe sublinhar a elevada prevalência de anemia nas mulheres grávidas da macrorregião Norte, em torno de 44,8%, de uma amostragem de 142 mulheres, conforme apresentado no relatório do mesmo Inquérito (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 145). Recapitulo esses dados porque informam, de modo geral, sobre as condições de saúde das mulheres indígenas no Brasil e, principalmente, porque na macrorregião Norte, onde se encontram

ção Estadual de Política Indigenista do Amazonas, a Fundação Joaquim Nabuco, a Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira e a Secretaria de Educação do Estado do Amazonas, financiado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Fundo de População das Nações Unidas, sob a coordenação de Pery Teixeira, da Ufam.

os Munduruku da TIKL, foram encontrados os piores índices seja de condições de saúde, seja de cobertura e qualidade dos serviços biomédicos ofertados, referentes ao Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (Brasil MS, 2005).

Embora eu não tenha realizado um levantamento estatístico nem epidemiológico, meus dados obtidos a partir da observação participante apontam para a mesma direção das conclusões do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (Coimbra Jr. *et alii*, 2009). Em especial, no que se refere à baixa qualidade do serviço de atenção ao pré-natal ofertada às gestantes Munduruku. Isso, de certa forma, corrobora os resultados apresentados no relatório final daquele inquérito, no qual a macrorregião Norte apresentou as menores proporções de “[...] pedidos de exames, variando de 2,2% para sorologia para rubéola a 32,6%, para teste sorológico para sífilis (VDRL)”. Todavia, como vimos anteriormente, as gestantes Munduruku não estavam realizando tais exames à época da pesquisa de campo porque a rede municipal do SUS não os estaria realizando. Em síntese, os dados da pesquisa de campo na TIKL corroboram as conclusões apresentadas naquele inquérito:

Tendo em vista as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para uma atenção pré-natal qualificada (Ministério da Saúde, 2005), os resultados ora apresentados evidenciam condições menos satisfatórias do pré-natal na macrorregião Norte [...] (Coimbra Jr. *et alii*, 2009: 188).

Entretanto, os desafios para ampliar a cobertura e a qualidade do Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (Brasil MS, 2005), no contexto em que os Munduruku da TIKL fazem parte, não se limitavam às ações promovidas pela Emsi, no âmbito da atenção primária, ofertada pelo DSEI-Manaus. Naquele contexto, a rede do SUS na cidade de Nova Olinda do Norte, no nível secundário, também apresentava sua parcela de responsabilidade pela baixa qualidade das ações relativas ao acompanhamento do pré-natal.

Por fim, gostaria de salientar outra razão da expectativa das gestantes Munduruku para realizar o pré-natal junto ao polo base Kwatá. O

programa de acompanhamento pré-natal foi destacado pelos indígenas e por profissionais de saúde da Emsi como um pré-requisito para garantir o recurso ao auxílio maternidade. Em certo sentido, compreendendo os motivos pelos quais essa ideia se sustentava, pois, para requerer o auxílio maternidade, é preciso apresentar algumas documentações, como o atestado médico original ou a certidão de nascimento da criança. Tendo em vista que muitos partos foram domiciliares, sem a presença de um profissional biomédico, parece plausível supor que a posse do “cartão da gestante” serviria como prova, ao menos, da gestação. Todavia, essa é uma questão que merecerá uma futura investigação, capaz de contemplar os meios pelos quais as mulheres Munduruku têm usufruído do auxílio maternidade e quais as dificuldades para requerê-lo. De antemão, sei apenas que era preciso deslocar-se até a cidade de Itacoatiara, situada à margem esquerda do rio Solimões, de posse de um documento fornecido pela Funai.

Eu apresentei esses dados para alunos do curso de Licenciatura Intercultural Indígena, realizado na Universidade Federal de Santa Catarina, em 2013. Essa experiência é relevante porque os alunos do curso ajudaram-me a refletir sobre minha pesquisa. Um dos participantes, que era AIS, comentou que as mulheres Xokleng não realizavam mais o parto domiciliar, todas estariam fazendo apenas o parto hospitalar, pois assim obteriam o documento, atestado médico, para requererem o auxílio maternidade com maior agilidade. Ele estava nos dizendo que uma questão de ordem legal, de escopo jurídico, estava condicionando a escolha do local do parto.

Entre os Munduruku da TIKL, como veremos a seguir, essa questão não apareceu como um fator importante na tomada de decisão para realizar o parto hospitalar. Entretanto, cumpre esclarecer que foi durante o período do acompanhamento do pré-natal que os profissionais de saúde observaram a necessidade do parto hospitalar. Dessa forma, o sistema de saúde tem incentivado e estimulado as mulheres Munduruku a parirem nos hospitais da cidade. Isso resultou em uma situação controversa, na qual a ideologia da medicalização do parto e

uma crescente demanda, por parte dos profissionais de saúde e dos indígenas pelo parto hospitalar em determinadas situações, coexistia com um contexto de acesso restrito a tecnologias obstétricas, que não cobria sequer um simples exame de sorologia para detecção da sífilis. Nesse contexto de baixa qualidade e cobertura das ações de acompanhamento do pré-natal, conforme preconizado pelo Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (Brasil MS, 2005), a questão da cidadania desponta como um desafio continuamente vivenciado pelas mulheres indígenas no acesso aos serviços de saúde.



Práticas de autoatenção relativas ao parto: pluralidade de sistemas médicos, articulação e autonomia relativa

Entre os Munduruku, as práticas de autoatenção ao parto permitem enfatizar diferentes abordagens médicas sobre o ato de parir e também identificar diferentes formas de atenção às mães e aos pais gestantes. De modo semelhante ao que ocorre em outras partes do mundo, os saberes compartilhados entre os Munduruku sobre a fisiologia e a anatomia do parto diferem daqueles praticados pelo modelo biomédico (Belaunde, 2005; Conklin & Morgan, 1996; Newman, 1972; Platt, 2002; Sesia, 1996). Apesar das diferenças de abordagens entre as formas de atenção biomédica e de atenção indígenas à gestação e ao parto, como vimos no capítulo anterior, as mulheres Munduruku têm articulado ambas as formas em suas práticas de autoatenção realizadas ao longo da gestação, que incluem desde o uso de *remédios caseiros*, *banhos*, dietas alimentares e comportamentais, *pegar barriga*, entre outros, até os serviços de atenção primária para controle do pré-natal.

Desde a ampliação da cobertura e do acesso aos serviços de saúde biomédicos, o parto hospitalar também se tornou um recurso considerado como opção pelas mulheres indígenas no Brasil. No contexto da TIKL, em certa medida, a escolha do local apropriado para o parto – em casa, na aldeia, ou no hospital, na cidade – refletiu decisões feitas a partir das interações com os diversos atores sociais intencionalmente contatados ao longo da gestação. Entre os Munduruku, as mulheres

gestantes procuraram desde profissionais da equipe biomédica até pajés, *parteiras* e, principalmente, as mulheres mais velhas da família extensa.

Apesar de o parto hospitalar ser um recurso biomédico recente no contexto da TIKL, seguramente já figura como um direito conquistado sobre o qual não se quer abrir mão, ainda que repleto de controvérsias devido às especificidades das formas de atenção Munduruku ao parto e ao pós-parto, as quais se defrontam com o contexto hospitalar e biomédico também de atenção ao parto e ao pós-parto. Todavia, muitas mulheres Munduruku optaram por parir em casa, na aldeia Kwatá, durante o período do trabalho de campo. Para as mulheres e os homens Munduruku, os cuidados com o parto antecedem o momento do trabalho de parto, do ato de parir. Assim, as causas de um parto bem sucedido englobam o cumprimento das ações prescritas ou proibidas aos pais ao longo da gestação. Daí decorre que os riscos envolvidos em um trabalho de parto incluem os efeitos advindos com o descumprimento dessas ações. Podemos citar, ainda, outras causas consideradas como variáveis de risco para o parto, como, por exemplo, faixa etária, pressão alta, infecções de malária e a posição do feto, as quais emergiram a partir do uso dos serviços biomédicos e implicaram mesmo na escolha do local do parto.

Se por um lado, é inquestionável que o parto hospitalar constitui um recurso biomédico, por outro, cumpre questionar quais fatores interagem na escolha do local e do tipo de parto. Como veremos, no contexto de uma pluralidade de formas de atenção ao nascimento, as tomadas de decisão ocorreram no interior de relações sociais marcadas por poder. Isto é, a coexistência de diferentes saberes, infelizmente, não está isenta de relações assimétricas, ao contrário, os sujeitos, coletivos e individuais, justapõem os saberes, valorizando alguns em detrimento de outros. Sendo assim, o casal Munduruku possui uma autonomia relativa quanto ao processo de tomada de decisão sobre o local e o tipo de parto, à interação com os profissionais de saúde da biomedicina e, ainda, em relação à interação com outros indígenas contata-

dos ao longo da gestação. A partir das práticas de autoatenção relativas ao parto realizadas pelas mulheres Munduruku é possível destacar que os indígenas promovem a complementaridade e a articulação entre os diferentes saberes, indígenas e biomédicos, quando disponíveis.

ATIVIDADES COTIDIANAS

QUE INCIDEM SOBRE A QUALIDADE DO PARTO

Em capítulo anterior, apontei exemplos de práticas de autoatenção à gestação, realizadas por mulheres e homens Munduruku, para sintetizar a construção social do corpo do bebê, em que sobressaíram as relações afetivas no interior da família extensa e, principalmente, as interações maritais e dos pais com o bebê. Agora, quero destacar as práticas de autoatenção à gestação diretamente relacionadas ao parto. Do ponto de vista dos Munduruku, podemos inferir que tanto a gestante como o pai da criança são responsáveis por facilitar ou dificultar o trabalho de parto. As atividades exercidas pelos pais ao longo da gestação, conforme apresento a seguir, foram orientadas visando ao momento do parto. O tempo e a dor envolvidos no ato de parir constituíram as expectativas que orientaram as motivações das práticas de autoatenção ao parto.

Era uma quarta-feira ensolarada de setembro de 2010 e o jovem casal Naná e Moacir se preparava para torrar farinha quando cheguei por volta das oito horas da manhã. Naná lavava a goma para tirar a “*fortidão do tucupi*” que estava em uma grande bacia verde de plástico no chão da *casa de farinha* ou *rancho*, enquanto seu marido Moacir saiu em busca de mais água à beira do rio, agora um pouco mais distante, pois a estação da vazante dos rios já mostrava longas faixas de terra, antes cobertas pelas águas do Canumã. Já havia mandioca umedecida e ralada colocada no *tipiti* para escorrer e logo ser misturada com a mandioca seca ralada para ser peneirada e, então, ir ao forno torrar. Moacir, um homem jovem, de aproximadamente 25 anos, foi quem tirou o *tipiti* da vara onde estava pendurado e despejou a massa de

mandioca úmida e ralada na canoa, suspensa ao chão, de uso próprio para o fabrico da farinha. Naná, com cerca de 25 anos também, passou a misturar e peneirar as mandiocas raladas. Moacir, assim que tirou a massa de mandioca do *tipiti*, imediatamente o encheu com uma nova leva de massa e foi auxiliar Naná a peneirar. Ela me explicou que é nessa etapa que se separa a *crueira*, um amontoado de mandioca que não passa na peneira e que serve para fazer mingau, depois de misturada com água ou leite, e para fazer *fritinbo*, se misturada com um pouco de farinha e água, e frita. Moacir já havia coletado e arrumado a lenha para fazer fogo no forno antes que eu chegasse. Pouco antes de terem uma quantidade suficiente de farinha peneirada para fazer a primeira fornada, ele acendeu o fogo, enquanto Naná continuou a atividade de peneirar. Com o fogo no ponto para torrar a farinha, ela preparou o *tacho* para iniciar a torra. Jogou um pouco de óleo e o espalhou com um pano por toda a superfície do *tacho*. Explicou-me que nesse momento era preciso ter cuidado e jogar somente um pouco de óleo, para evitar que pegasse fogo com o calor do *tacho*. Feito isso, Naná começou a jogar a farinha no *tacho* quente enquanto Moacir mexia de um lado para outro com um remo, também utilizado apenas para torrar a farinha. Depois disso, foram ainda quase três horas jogando farinha no *tacho* para torrar e retirar aquelas que já estavam bem amarelas, ao gosto do casal. Naquele dia eles torraram uma quantidade de quase “50 litros”. Durante todo o tempo é preciso ficar mexendo a farinha para ela torrar uniforme e não queimar. Embora Moacir fosse o responsável por mexê-la, houve um momento em que Naná assumiu essa posição para que seu esposo fosse buscar mais água e lenha. Ela assumiu a atividade de jogar e retirar a farinha do *tacho*, contando, em alguns momentos, com a ajuda do marido para retirar a farinha e colocá-la na *saca*. Durante todo o trabalho, o casal esteve acompanhado de seu filho mais novo, Bimbo, com pouco mais de um ano de idade. Ele ficou por ali, distraído-se com gravetos, comendo um pouco da farinha já torrada e tucumã com o auxílio de sua mãe, chegando a dormir. A filha mais velha, com três anos de idade, estava na casa dos tios de Moacir, que era

próxima, aparecendo algumas vezes na casa de farinha para brincar.

De fato, Moacir e Naná estavam torrando farinha no rancho dos tios dele, que ficava, naquela época, a poucos metros da casa em direção à beira do rio. Naquele dia, a refeição foi um peixe frito que Naná havia trazido de casa, acompanhado com a farinha ainda quentinha, recém-saída do *tacho*. Naná também levou uma garrafa térmica de café preto já adoçado.

Seis meses depois, na última semana de março de 2011, Naná e Moacir estavam terminando de construir sua própria *casa de farinha/rancho*, ao lado da roça que haviam plantado há poucos meses, no início do ano. E Naná estava grávida de sete meses. Em certa medida, a construção do primeiro *rancho* dessa família elementar consolidava a maturidade da relação marital do jovem casal, agora à espera do terceiro filho. Outras duas famílias elementares, de casais já maduros dessa família extensa e segmento residencial – uma delas com dez filhos – também estavam (re)construindo seus ranchos/casas de farinha. Todos contavam com incentivos do governo estadual, desde financeiros a insumos (inclusive o *tacho*), para a construção do novo rancho. Todavia, esse incentivo não era condição suficiente para um jovem casal construir seu próprio rancho. Outros casais jovens dessa família extensa permaneciam utilizando o rancho dos pais da esposa. Até aquele momento, Naná e Moacir utilizavam o rancho da tia dele, já que os pais de ambos não moravam na aldeia. No entanto, em 2011, ao construir seu próprio rancho para torrar a farinha, a posição social do jovem casal mudaria perante os demais membros da família extensa.

De fato, Moacir estava finalizando a cobertura de palha da casa de farinha e contou com a ajuda de Jô, marido de sua tia Ivana, para tecer o *jacaré* posto na base do telhado. Naquele momento não dei a devida importância ao fato de Moacir solicitar ao tio que tecesse o *jacaré*. Ingenuamente, interpretei o fato como consequência da falta de habilidade do jovem rapaz. Apenas dois meses depois fui compreender o motivo para isso. Ivana, tia de Moacir, comentou que não prestava mulher tecer ou fazer crochê durante a gestação porque o cordão um-

bilical poderia enrolar no pescoço do bebê, o que dificultaria o parto. Ela contou isso durante uma conversa com Ceci, avó de Moacir, denunciando a atitude da irmã Iara, filha de criação de Ceci, que mesmo grávida de sete meses teceu o novo *jacaré* para colocar no telhado de casa naquela semana. Ivana afirmou que Iara deveria ter pedido ao cunhado, Jô, tio de Moacir, para tecer o *jacaré*.

Quando Jô teceu o *jacaré* para Moacir, Naná estava grávida de sete meses. Não posso afirmar que o motivo pelo qual seu tio tecera o *jacaré* tenha sido o mesmo comentado por Ivana ao recriminar sua irmã Iara. Todavia, não há razão para desconsiderar a possibilidade de que as ações do pai possam afetar diretamente as características físicas e morais de seus futuros filhos, conforme sugerido em capítulo anterior. E, ao que parece, podemos considerar também as interferências decorrentes das atividades exercidas pelo marido/pai no momento do trabalho de parto. Logo, podemos inferir que Moacir não tenha tecido o *jacaré* para evitar que o cordão umbilical enrolasse no pescoço do bebê, criando dificuldades ao parto da esposa. Assim, a motivação do marido/pai para não tecer estaria orientada pela expectativa da qualidade do parto de sua esposa. Aliás, Moacir e Naná já haviam passado pela experiência de ver a filha mais velha sofrer as consequências da quebra de um tabu por parte do pai durante a gestação. Moacir matara uma cobra na roça e Jacy nasceu com o corpo muito mole, tanto que aprendera a engatinhar de barriga, como se rastejasse. Somente após “baterem” com a ponta do *tipiti* novo na nuca da menina é que seu corpo passou a ter força, ser mais firme, passando, então, a engatinhar de quatro. A ação do pai afetou a formação do bebê ainda no ventre da mãe, cujas consequências fizeram-se sentir após o nascimento e somente foram revertidas com a terapêutica adequada, pois, caso contrário, talvez Jacy sequer tivesse aprendido a andar. Em termos pragmáticos, não havia motivos para arriscar. Embora o parto seja interpretado como um processo saudável, existem alguns riscos que os Munduruku intencionam controlar, visando garantir um parto eficaz, isto é, que resulte de forma rápida, sem prejuízos para a mãe e o bebê.

O PARTO DOMICILIAR

Além da construção da casa de farinha, Moacir e Naná também estavam trabalhando na roça durante aquela semana de março de 2011. Naná, ao final do sétimo mês de gestação, estava replantando algumas *manivas*. Apenas um dia observei que ela contava com o auxílio da tia e do primo de Moacir para replantar. De fato, eu a vi seguir com as atividades diárias de trabalho até dois dias antes do parto. Ela trabalhou na roça, capinando; carregou sobre a cabeça baldes com roupas para lavar no rio, trazendo-as de volta para estender no terreno da casa; deu banho no filho mais novo, com pouco mais de dois anos, o qual ainda não sabia banhar-se e que recém estava aprendendo a nadar; auxiliava também sua filha mais velha, à época com quatro anos, na hora do banho; carregava sobre a cabeça baldes com louças e panelas da casa para lavá-las também no rio, além de cozinhar e cuidar da casa.

Naná pariu em casa no dia 4 de maio, uma quarta-feira, às sete horas da manhã. Onze dias após o parto, ela ainda permanecia a maior parte do tempo dentro de casa, e seus afazeres diários eram cuidar do bebê recém-nascido, amamentá-lo, banhá-lo e cuidar dos outros filhos. Ela raramente saía de casa, e quando o fazia, permanecia no terreno ao redor da casa. Eu fui visitá-la onze dias após o parto e pedi para que me contasse como havia sido. Estávamos na sala da casa, sentadas no chão. O bebê estava dormindo na rede, no quarto da família, e sua filha mais velha nos acompanhava. O marido havia ido pescar, levando consigo o menino. Ela me contou que:

Estava sentindo dor desde domingo de madrugada, desde segunda-feira, ainda fomos arrancar mandioca, só que *eu não falei nada pro Moacir [marido] não, só eu mesmo. Diz que quando a gente sente dor, logo a gente avisar o pai, diz que a gente sofre mais, diz que o filbo fica ...* [breve pausa], *diz que fica dengoso, fica tolo, diz que custa a nascer. Aí demora mais. Avisei já quando não aguentei mais.* Passou segunda, terça. Terça à noite foi que apertou a dor, lá pra madrugada já, eu não estava mais aguentando a dor. Se tivesse nascido à noite, tinha tido ele aí só eu e o Moacir [risos]. Eu falei

pra ele de madrugada. Ele ficou aí, foi ver o pessoal, Araci, estavam tudo dormindo. Foi seis horas da manhã *eu mandei chamar* a Araci, mandei chamar a Araci pra pegar minha barriga que estava muito doído. Ele foi pegar a parteira lá pro Cajual. Aí a dona Araci mandou a Mari chamar o José [técnico de enfermagem que estava no polo base]. Só o José chegar, ele nasceu. Ele nasceu às sete horas da manhã, na quarta. Nasceu rapidinho, agora a placenta custou. O resto dele nasceu só às nove horas, já estava preocupada. O Moacir que enterrou a placenta, não sei nem pra onde. Quando tá direito não custa a nascer, não. Nasceu com 3,300 kg [é provável que o técnico de enfermagem o tenha pesado]. (Naná, falando sobre seu parto, narrativa gravada no dia 14 de maio de 2011)¹.

A dor é uma sensação muito presente na fala das mulheres Munduruku sobre o ato de parir. Não é tanto à intensidade da dor que dão foco, mas à atitude da mulher frente à dor do parto. Araci, esposa de Itamar, mãe de 13 filhos, que sabia *pegar barriga e puxar a mãe do corpo*, isto é, dominava os saberes relativos à gestação e ao parto, com experiência em partejar, também assinalou o comportamento da mulher frente à dor do parto como um fator que podia facilitar ou dificultar o tempo que o bebê levaria para nascer. As mulheres Munduruku que narraram suas experiências enfatizaram a importância de aguentar a dor, sozinhas. De certo modo, não falar que estivessem sentindo dor e aguentarem em silêncio até o momento do trabalho de parto, era um valor e uma prática para aquelas mulheres. Um valor que demonstrava sua força e que constituía uma prática de autoatenção ao parto, diretamente voltada ao fim pragmático do nascimento, da expulsão do bebê. Conforme explicou Lara, outra indígena que pariu todos os seis filhos na aldeia, é importante a mulher esperar o momento certo de avisar o marido sobre a dor *porque diz que isso pode dificultar tudo na hora do parto*².

1 Esta fala foi editada para dar fluência à leitura.

2 Murphy e Murphy (2004: 189) mencionam que o trabalho de parto e a intensidade das dores entre as mulheres Munduruku do rio Cururú, afluente do

Entre os Munduruku, o parto é, primeiramente, um acontecimento no âmbito familiar, do foro íntimo da família elementar, ao qual participam as mulheres mais velhas da família extensa que têm experiência de *pegar barriga*, isto é, de partejar. Conforme os relatos de jovens e velhas mulheres Munduruku sobre experiências de parto, os maridos, quando presentes, participavam ativamente na hora do parto, seja ao chamar as mulheres expertas em partejar ou buscar aquelas identificadas como *parteiras*, seja ao segurar a esposa no momento da expulsão, buscar água ou cortar lenha.

Na família extensa e no segmento residencial em que morei, das sete mulheres que pariram durante o período do trabalho de campo, quatro fizeram o parto em casa, na aldeia. Todas *mandaram chamar* Araci para auxiliar no parto. Em alguns casos também chamaram uma *parteira*. Araci era uma das mulheres mais velhas daquela família extensa e tinha o *dom* de *puxar a mãe do corpo* e de *pegar barriga*, práticas centrais nas formas de atenção indígena Munduruku ao parto. À continuação, detalharei essas práticas. Por ora, pretendo esclarecer as dificuldades que encontrei em campo para situar a categoria *parteira*, um dos recursos utilizados pelas mulheres Munduruku nas práticas de autoatenção ao parto feito em casa, na aldeia.

ATUAÇÃO DAS MULHERES

DA FAMÍLIA EXTENSA E DAS *PARTEIRAS* NO PARTO DOMICILIAR

Quando perguntei aos agentes indígenas de saúde (AIS) e aos homens e mulheres da aldeia Kwatá quem eram as *parteiras*, Araci não foi identificada como tal. Aliás, ela própria sequer se identificou como *parteira*, apesar de ser uma interlocutora com quem conversei todos os

rio Tapajós, pareciam ser mais rápidos e menos intensos do que entre as mulheres europeias. Poderíamos pensar que talvez a percepção do casal Murphy fosse resultante da prática de autoatenção ao parto, tal como encontrei entre as mulheres Munduruku da TIKL, no Amazonas.

dias durante o trabalho de campo e com quem participei em inúmeras atividades de lazer e trabalho. O resultado que obtive com minha pergunta foi o nome de cinco mulheres apontadas como *parteiras* e que trabalhavam na aldeia Kwatá. Duas delas confirmaram que eram *parteiras* e que haviam feito um curso pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa) para parteiras há muitos anos. As outras três também foram apontadas como *parteiras* e fizeram o mesmo curso³.

Nas visitas a outras aldeias da TIKL, encontrei também *parteiras* que haviam participado desse curso na *época da Funasa*, as quais se lembravam de temas centrais como a questão da higiene na hora do parto, os cuidados com o material para cortar o cordão umbilical e para *assear* a mãe. Não obtive informações mais precisas sobre onde ou quando o curso fora realizado, quem ministrara e se fora exclusivo ou não para os indígenas da TIKL. Todavia, o tema do curso foi lembrado pelas *parteiras* com quem conversei. Aliás, algumas delas pareciam fazer uma analogia entre as instruções de assepsia biomédica e as práticas de cuidado com os panos de sangue do parto, lembrando a importância de não lavá-los à beira do rio, como uma prática de higiene relativa ao parto, pois isso poderia atrair os *botos malignos*. Adiante, veremos outra justificativa pragmática dessa prática em que o sangue aparece como mediador da perigosa relação entre humanos e não humanos, segundo a cosmografia Munduruku.

A *parteira* Gioconda morava na parte central da aldeia Kwatá e era popular, mesmo afirmando que já não fazia mais partos, pois estava velha demais para isso. Segundo ela, já lhe faltavam a agilidade e a força

3 Dado o fato de eu estar interessada nas práticas de autoatenção à gestação, parto e pós-parto, isto é, nas práticas que os sujeitos intencionalmente realizam de maneira relativamente autônoma aos especialistas, não fiz esforços para contatar os especialistas Munduruku, como, por exemplo, as *parteiras*, para promover uma investigação sobre suas práticas, entrevistas ou histórias de vida, como fizeram Sargent e Bascope (1996), Tornquist (2004) e Ferreira (2013). No entanto, ao longo da pesquisa de campo, encontrei algumas *parteiras* de diferentes aldeias e conversamos sobre partos.

necessárias para pegar a criança, além de se queixar de problemas de visão, pois tinha catarata, o que dificultava seu trabalho⁴. Todavia, lembrou que havia partejado *um bocado até entrar o polo base*. Apesar do ingresso dos profissionais de saúde no interior da aldeia para prestar atenção primária, lembrou que há poucos dias, naquele ano de 2011, a enfermeira a havia chamado para fazer um parto. Gioconda alertou-a que não fazia parto há muito tempo, mas que, ao se sentir *encorajada* pela própria enfermeira, o fez, cortando o umbigo e cuidando da criança. A enfermeira cuidou da parturiente que teve bebê em março de 2011. Gioconda é popular como *parteira* não porque fez um curso para tal, mas porque é reconhecida por ter o *dom*. As outras quatro *parteiros* citadas pelos indígenas também eram reconhecidas por terem o *dom* de partejar.

Ao conversar com Araci, que tem mais de 60 anos de idade, e com outras sete mulheres de diferentes famílias extensas, todas com mais de 40 anos, cujos partos foram feitos em casa, na aldeia, ficou evidente a participação das mulheres mais velhas da família extensa, às vezes mães, avós, sogras ou cunhadas da parturiente na hora do parto. Embora essas mulheres pudessem ter suas práticas legitimadas pelo *dom*, suas falas evidenciavam que seus espaços de atuação eram limitados ao interior da família extensa. Exatamente o oposto da atuação das *parteiros* nomeadas por diferentes indígenas da aldeia Kwatá e que fizeram um curso para *parteiros* na *época da Funasa*. Essas *parteiros* atuavam transitando entre diferentes famílias extensas. Esse foi o caso do parto feito por Gioconda junto com a enfermeira do polo base, mencionado acima, no início de 2011. Vemos também o trânsito das *parteiros* no

4 Wakanã e Pérez-Gil (2007) encontraram também entre as *parteiros* Kairiri-Xukuru, Gerinpakó e Karuazu, dos estados de Alagoas e Pernambuco, queixas semelhantes àquelas dadas pelas *parteiros* Munduruku quanto à idade avançada como motivação para não realizar partos. Contudo, as autoras propõem que a negativa das *parteiros* resultava não somente das dificuldades advindas com a idade, mas também da relação com o sistema biomédico e os profissionais de saúde que incentivavam o parto hospitalar e desestimulavam o trabalho das *parteiros*.

parto relatado por Naná, que mandou chamar além de Araci, uma parreira, que por morar em uma parte distante da aldeia Kwatá, chamada Cajual, não chegou a tempo para fazer o parto.

Araci contou-me em detalhes como fora o parto de Naná três dias após o ocorrido, enquanto estávamos na cozinha de Ceci, junto com Iara, que também auxiliou na hora do parto. Ceci é a avó de Moacir e Iara sua tia. Eu perguntei quem havia ajudado a Naná:

Eu, a Iara, Rita e o José, o rapaz, o técnico de enfermagem do polo base. Aí, quando ela tava agoniada, né, nós ajudando ela, né. Aí a gente viu que não ia descer a criança, assim, de cócoras como ela queria ter, né. Aí, mesmo, acho que ela tava nervosa também, atacou um nervoso nas pernas dela, que ela ficou assim [Araci balança as pernas como se estivesse tremendo]. Não sei se é porque ela não tinha se alimentado bem antes, né. Aí, nós fizemos a cama e colocamos ela. Aí, ela se deitou. Aí, veio logo depois. Até que a criança veio rapidinho, não custou não. Agora, como eu tô dizendo, o que custou foi a placenta que ela teve sete horas [o bebê], foi ter nove horas [a placenta]. Aí, a gente ajeitou, ajeitou, ajeitou [talvez estivesse fazendo referência a massagens abdominais]. Aí, tem uma planta aqui que a senhora conhece, *Cubiu*, né? Uma planta assim que dá uma fruta que a gente faz doce. Ali em casa tem! – com uma folha larga [complementa Ceci]. Aí, essa folha aí, a gente pega a folha, a gente pila ela, tira assim dois dedos de sumo, do sumo dela, a gente pega põe uma pitadinha de sal e amônia e dá pra pessoa beber. Aí, eu peguei e dei pra ela, né. Dei duas vezes pra ela, né. Aí, eu olhava no relógio e dizia: ai, ai, ai, senhor, nada de descer! Aí, eu lembrei a oração da Santa Margarida. Aí, eu fiquei atrás das costas dela. Aí eu fui falando: vou falar uma oração e quero que tu fale comigo, eu disse pra ela. Aí eu falava: Santa Margária, Santa Margária... daí, eu ia dizendo, daí, ela ia falando. Eu rezei três vezes atrás das costas dela. Foi terminando a oração e aquilo foi arriando. Ela teve rapidinho.

Ceci interveio e disse para Araci:

— Fala as palavras!

Eu perguntei se ela podia falar. Araci respondeu que sim, riu e pronunciou a oração de Santa Margária:

Santa Margaria, Santa Margarida, não tô prenha nem parida. Tirai essa carne podre de dentro da minha barriga. Santa Margaria, Santa Margarida, não tô prenha nem parida. Tirai essa carne podre de dentro da minha barriga.

Araci contou que após arriar a placenta, foi José, o técnico de enfermagem, que “*asseou ela, né tudo direitinbo*”. Depois disso, Naná foi para a rede, o técnico pediu que preparassem um copo de leite para ela e foi embora. Eu perguntei se haviam feito mais alguma coisa para a Naná e Araci falou que *puxou a mãe do corpo* dela:

Eu puxei, eu puxei porque quando nasce, a mãe do corpo tá fora do lugar. Aí, a gente tem que ajuntar, ajeitar. Puxa dos braços, das costas, tudinho. Dos braços puxa pra cima. Puxa, balança a barriga, faz assim com a mão [demonstra nela mesma, como se estivesse fazendo uma massagem e ajeitando algo logo abaixo do umbigo] e sente a palpitação. Tem que fazer isso pra mulher não ficar assim com aquela cólica.

Na hora do parto da Naná, uma mulher ficou por trás, com os braços ao redor da cintura dela. Maria disse que ela tinha um *puxo comprido*. Perguntei o que era isso e Araci e Ceci explicaram:

Araci: isso é a *dor pra descer a criança*. Quando vinha a dor, né, ela botava a roupa do filhinho dela na boca e ela mordida, né. Quando dá a dor pra nascer a criança, a gente ajuda também, ajuda pouco, mas ajuda a criança.

Ceci: a dor dá, passa e depois volta e demora mais e dói mais, assim vai até dar aquela dor de nascer a criança. Aí, desce aquela secreção, já é da criança, aí, quando vem o puxo, a gente faz força junto. Aí para aquela dor. Aí, quando vem de novo aquela dor, a gente faz força. Porque tem pausa, né. Aí, quando vem de novo, que a criança já tá perto de nascer, aí que vem mesmo, toda hora aquela dor. Aí, a gente ajuda, aí, quando ele para, a gente para também.

Apresentei essas falas porque sintetizam elementos presentes em diversos relatos que obtive sobre experiências de parto em casa, na aldeia, e que permitem delinear um modelo de atenção Munduruku ao parto em casa. Segundo Menéndez (2009) propõe, o modelo é sempre

uma abstração construída pelo pesquisador. Nesse sentido, o modelo de atenção ao parto que apresento deve ser lido como um esforço analítico produzido a partir da fala das mulheres indígenas sobre suas experiências de parto ou em partejar. Ao todo, foram 22 mulheres que relataram suas experiências, sendo que algumas falaram sobre mais de um parto.

Entre os Munduruku, o parto é feito a partir da interação entre a parturiente e as mulheres que a auxiliam. Não houve nenhum caso relatado de mulheres parindo sozinhas, como descrito em outros grupos indígenas (Langdon, 2013; Pérez-Gil, 2007). As experiências relatadas indicam uma diversidade de posições no ato: de joelhos, com as mãos apoiadas na rede; parcialmente deitada ou sentada no chão, com alguém segurando pelas costas com os braços ao redor da parturiente; ou “sentada” em um *banquinbo* (um banco de altura pequena, talvez, uns 10 cm do chão), usado especialmente para o parto, com alguém apoiando pelas costas (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012). Essa última postura – sentada em um *banquinbo*, quase de cócoras –, dada a pequena distância que a mulher fica do chão, era a preferida entre as mulheres Munduruku.

Entre os Munduruku, o parto não aparece como um evento cercado por cerimônias, implicando apenas na quebra da rotina cotidiana para a família elementar, sem impactar sobre o andamento diário dos demais membros da família extensa, embora algumas pessoas sejam mobilizadas durante o trabalho de parto. Como vimos acima, mulheres com mais de 40 anos e que pariram na aldeia, contaram com o auxílio das mulheres mais velhas da família extensa. Eventualmente, em casos de complicações, algumas mulheres relataram a participação do pajé⁵.

5 O casal Murphy (2004: 189-190) também encontrou uma situação semelhante entre as mulheres Munduruku em trabalho de parto nas aldeias do rio Cururú, Tapajós. Segundo os autores, o parto reunia as mulheres da família, a parturiente era auxiliada por uma mulher mais velha, preferencialmente sua mãe, e nos casos mais complicados, o pajé também participava.

Cumpre esclarecer que entre os Munduruku da TIKL, encontramos tanto homens quanto mulheres, ainda em idade fértil, atuando como pajés (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013). As parteiras que transitam por entre diversas famílias extensas, podemos dizer, são um recurso recente, resultado talvez da interação com os serviços biomédicos⁶.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE INDÍGENA NO PARTO DOMICILIAR EM UM CONTEXTO DE PLURALIDADE DE FORMAS DE ATENÇÃO

Não posso deixar de mencionar a participação dos técnicos de enfermagem, da enfermeira e do médico que, em determinados momentos, participaram na realização de partos na aldeia, sempre junto com outras mulheres, isso durante o tempo de minha pesquisa de campo.

Nesse modelo de atenção ao parto, quero sublinhar a participação de diversos atores de diferentes formas de atenção à saúde e às enfermidades a partir das decisões tomadas pela própria mulher parturiente e pelo marido. Além das mulheres mais velhas da família extensa, as *parteiras*, as profissionais de saúde e os pajés também podem ser *chamados* pelo casal. Todavia, estamos falando do contexto de uma aldeia que dispõe de um polo base, uma unidade de atendimento primário à

6 Pérez-Gil (2007: 34), ao analisar os dados obtidos em três reuniões realizadas com parteiras, pajé, agentes indígenas de saúde, lideranças indígenas e mulheres do movimento indígena, que congregavam 17 populações indígenas do Acre, pertencentes a três troncos linguísticos diferentes (Pano, Arawak e Arawá), também sugere que o “conceito de parteira [...] se trata de uma noção alheia [às populações indígenas] e que foi introduzida através do contato com a sociedade envolvente”. Tornquist (2004) apontou que a atuação médica e as iniciativas profissionalizantes de formação de parteiras, a partir dos séculos XIX e XX, caracterizaram-se por um processo que apresentava resistências internas e externas ao campo médico. Apesar dessas resistências, a assistência hospitalar ao parto e o aumento do parto cirúrgico no Brasil, em proporções criticadas pela OMS, convergem para um cenário de medicalização crescente da gestação, parto e pós-parto, até mesmo entre as populações indígenas.

saúde e que conta com a presença de profissionais que estão sempre se revezando em escalas de trabalho. Por esse motivo, Lara contou com a participação do marido que a segurou pelas costas, da *parteira* Gioconda e do médico no nascimento do sexto filho, na noite de 15 de novembro de 2011, em casa, na aldeia Kwatá. No terceiro dia após o parto, Lara permanecia dentro de casa e decidi visitá-la, após notar que outras mulheres da família extensa estavam fazendo o mesmo. Lara contou que a *parteira*, além de preparar o *banquinho* para o trabalho com muitos panos em volta e por cima, o fez com a ajuda do médico. Após o parto, o médico a *asseou* e foi embora. A *parteira puxou a mãe do corpo* e permaneceu na casa de Lara até domingo, auxiliando-a nos afazeres da casa. Lara sentiu-se reconfortada com a presença do médico justamente porque o bebê havia nascido com o cordão umbilical enrolado no pescoço e na cabeça.

Nas demais aldeias, a presença da equipe biomédica é esporádica e, em geral, são os indígenas que se deslocam até o polo base e não a equipe de saúde até a aldeia. Embora façam visitas periódicas para campanhas de vacinação e atendimento médico, na maior parte do tempo os agentes indígenas de saúde (AIS) são os únicos membros da equipe de saúde presentes nas aldeias (Scopel, 2013). Nelas, as mulheres que decidem parir em casa são auxiliadas por outras mulheres mais velhas de sua família extensa, podendo ou não contar com uma *parteira* ou pajé. Aliás, a participação de *parteiras*, até mesmo na aldeia Kwatá, embora requisitada, nem sempre ocorria, dada a distância da casa da parturiente e da *parteira*. Mas isso não foi um problema para os Munduruku, pois, conforme dito anteriormente, o parto é, antes de tudo, um acontecimento no âmbito familiar, de foro íntimo da família elementar, ao qual as mulheres mais velhas da família extensa são chamadas a participar. No caso apresentado, inclusive, a mulher *chamada* para auxiliar no parto das jovens de sua família extensa era experiente na realização de partos e em determinadas práticas xamânicas, como rezas e ervas, específicas para facilitar o trabalho de parto. As *parteiras* e os *pajés* apareceram nos relatos das mulheres Munduruku

como coadjuvantes dessas mulheres mais velhas somente nos casos de complicação na hora do trabalho de parto.

COSMOGRAFIA E PARTO:

A IMPORTÂNCIA DA *MÃE DO CORPO* NOS CUIDADOS COM O PARTO

De certo modo, podemos sugerir que saber *pegar barriga* e *puxar a mãe do corpo*, práticas centrais nas formas de atenção Munduruku ao parto, são conhecimentos que não se concentram nas mãos de especialistas. Embora entre os Munduruku, os *pajés* possam prestar auxílio à mulher gestante, assim como as *parteiras*, outras muitas mulheres, com idade acima de 50 anos, sabiam *pegar barriga* para identificar a situação do feto, a sua posição e ajeitá-lo no *nascedouro* da mulher. Como vimos no capítulo anterior, a identificação do sexo do bebê é feita a partir das interpretações que as mães fazem sobre os movimentos fetais, mas também a partir das intervenções executadas por uma mulher que sabe *pegar barriga*. Semelhante ao que Platt (2002: 127) encontrou entre os Macha, um grupo falante de quéchuá, na Bolívia, podemos dizer que, entre os Munduruku, as mulheres que também sabem *pegar barriga*, as quais podem ou não ser parteiras, têm habilidades de apalpar e manusear o ventre materno, reposicionando uma imagem cultural do feto dentro do corpo da mãe⁷.

Do mesmo modo, os saberes relativos à *mãe do corpo* estão horizontalmente distribuídos entre homens e mulheres Munduruku. Durante a segunda etapa da pesquisa de campo, quando Naná ainda não estava grávida, conversamos sobre a *mãe do corpo*. No dia 1º de novembro de 2010, após o almoço, vi que Naná estava na casa de Rita e

7 É preciso pontuar que as semelhanças terminam por aqui, pois podemos dizer que, a partir dos relatos das mulheres Munduruku, a imagem cultural do parto não é a de luta entre mãe e bebê, como ocorria entre os Macha. Ao contrário, entre os Munduruku, essa imagem parece estar mais para uma cooperação entre mãe e bebê na hora do trabalho de parto, que juntos se esforçariam para dar cabo ao nascimento.

decidi ir lá passar aquelas horas de muito calor à sombra da varanda da casa. Naná comentou que havia ido “*pegar a mãe do corpo*”. Ela tocou seu umbigo e mostrou-me que a “*mãe do corpo*” ficava bem abaixo dele. Afirmou que a mulher fica doente quando a “*mãe do corpo*” se espalha pelo corpo. Ivana já havia me falado que somente as mulheres tem *mãe do corpo*.

Foi muito comum ouvir as mulheres falarem sobre a *mãe do corpo*, pois saber se ela estava ou não no lugar constituiu uma das primeiras práticas de autoatenção feitas pelas mulheres Munduruku na vida adulta (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012: 180-181). Ao sinal de qualquer mal-estar – dor de cabeça, febre, enjoo, dor abdominal ou cólica – a primeira ação realizada pelas mulheres Munduruku é *puxar a mãe do corpo*. Em geral, fazem também uso de *remédio caseiro*, como chás. Todavia, o deslocamento da *mãe do corpo* é nitidamente uma preocupação na vida das mulheres adultas Munduruku, e as medidas necessárias para o realojamento, uma das primeiras práticas de autoatenção.

Certa vez, durante a segunda etapa da pesquisa de campo, comentei que estava com mal-estar, enjoada e com a sensação de estômago pesado, como se não estivesse conseguindo fazer a digestão. Iara me recomendou que fosse ver Araci para ela *puxar a minha mãe do corpo*, pois o que eu estava sentindo poderia ser causa de seu deslocamento. Fui então até a casa de Araci, contei-lhe o que sentia e disse que Iara sugeriu que eu a procurasse para examinar a minha *mãe do corpo*. Araci me levou até o seu quarto, orientou-me para deitar na cama e solicitou que eu abaixasse um pouco minha bermuda e levantasse minha blusa. Pediu à sua filha, que estava ali observando tudo, para alcançar um óleo. Ela trouxe um óleo corporal, desses produtos estéticos comprados no supermercado ou na farmácia. Araci passou o óleo nas mãos, pingou algumas gotas sobre minha barriga e passou a massagear com seus dedos toda essa área, fazendo uma leve pressão na região entre o umbigo e a pélvis. Massageou e apalpou por alguns minutos, não mais que dez minutos, e concluiu que minha *mãe do corpo* estava no lugar. Indicou-me um chá para ajudar na digestão.

A *mãe do corpo* era uma *força* importante para a saúde da mulher Munduruku no dia a dia, e foram especialmente as práticas de autoatenção ao parto que me fizeram notar sua centralidade na vida dessas mulheres. *Puxar a mãe do corpo* é fundamental para realizar um bom parto. Na hora do parto é preciso estar atenta para fatos não previstos, mas que têm influência para alterar uma situação inicialmente normal e saudável, como, por exemplo, a *mãe do corpo nascer antes da criança*, ou seja, sair do corpo da mulher. Conforme explicou Araci, que já havia visto isso acontecer: “*é perigoso, a mulher pode morrer*”. Ela estava costurando enquanto me relatava sobre as experiências de parto dos seus 13 filhos e sobre “*outros partos que vi*”, como ela própria disse. Naquele momento seu marido Itamar chegou e participou da conversa, tentando fazer-me entender o que era a *mãe do corpo*. Eu perguntava se era o útero, ou a placenta, e a resposta, nos dois casos, era negativa. Itamar explicou que: “*a mãe do corpo é uma espécie de saúde da mulher. Se sai antes da criança, a mãe pode morrer*”. Araci explicou que durante a gravidez, conforme a criança vai crescendo, *a mãe do corpo vai descendo*. É parte das práticas de autoatenção ao parto *agasalhar a mãe do corpo*, isto é, colocá-la de volta no lugar após o parto. Do contrário, a mulher sofrerá problemas de saúde, desde mal-estares leves, como cólicas, até casos mais sérios, como vir a falecer.

Em outro momento, Araci compartilhou com mais detalhes seus saberes sobre a *mãe do corpo*. Confirmou que a *mãe do corpo* se localiza abaixo do umbigo. Afirmou que toda mulher tem e que febre e dor são sinais de que a “*mãe do corpo saiu do lugar*”. Quando a *mãe do corpo* sai do lugar, “*entra embaixo da costela, do estômago*”, e isso causa “*diarreia, febre, dor de cabeça, dor no corpo*”. A *mãe do corpo* costuma deslocar-se mais quando a mulher não se alimenta bem e quando “*entra vento embaixo da gente*”. Para saber se a *mãe do corpo* está no lugar é preciso puxar todo o corpo, inclusive os dedos, até estalar. Se não estalar, é sinal de que está fora do lugar. É através de massagens que se coloca a *mãe do corpo* novamente em seu lugar

e também se confirma sua localização. Filó, matriarca de outra família extensa na aldeia Kwatá, explicou que a mãe do corpo era a força da mulher⁸.

Outras práticas de autoatenção relativas ao parto foram os *banhos*. Eu mesma tomei *banhos* preparados por Araci para facilitar o meu trabalho de parto. O propósito dos *banhos* é abreviar o tempo do trabalho de parto, ou como Araci falou, “*para não custar a ter filho, para nascer logo*”. O *banho* consistia num preparado de folhas classificadas como lisas e oleosas, entre as quais, graviola, *ariticum* e cacau. Essas folhas foram maceradas, quebradas em alguns pedaços, misturadas com água e deixadas ao sol para esquentar. Araci aconselhou-me a tomar o *banho* dentro de casa após banhar-me no rio, dizendo que eu poderia beber um pouco daquela água. Note-se que o *banho* não se confunde com a limpeza higiênica diária do banho no rio ou na cacimba. Eu fiz exatamente como ela me havia aconselhado: após me lavar no rio, ainda na parte da manhã, subi para casa, peguei a bacia de metal onde estava meu *banho*, levei para o quarto e, com o auxílio de um caneco, joguei a água do *banho* sobre minha cabeça e meu peito, deixando que escorresse sobre minha barriga. Eu fiz apenas dois *banhos*.

No entanto, as mulheres Munduruku relataram fazer muitos *banhos* ao longo da gestação, de três a quatro vezes, sobretudo no últi-

8 Uma pesquisa sobre os cuidados ao pós-parto, feita a partir de entrevistas semi-estruturadas com parturiente e familiares em Ribeirão Preto (SP), também menciona a centralidade da “mãe do corpo” para a saúde da mulher (Stefanello, Nakano & Gomes, 2008). Todavia, cumpre esclarecer que encontrei diferenças significativas na leitura do texto quanto à compreensão Munduruku sobre a *mãe do corpo*. Apesar de, em ambos os contextos, a mãe do corpo ter a característica de deslocar-se no interior do corpo da mulher, podendo sair do corpo, para as mulheres de Ribeirão Preto a “mãe do corpo”, às vezes, aparece associada ao útero e seu deslocamento após o parto é motivado pela falta de calor da ausência do bebê nascido. Isto é, a mãe do corpo é dotada de uma agência que não aparece na vida Munduruku. Para as mulheres Munduruku, o deslocamento da *mãe do corpo* provocava sofrimentos e doenças. Mas, como vimos, a causa estaria nas ações da própria mulher, ainda que ela não tenha o controle direto sobre as razões, que a levaram a não se alimentar direito ou a não se cuidar para evitar pegar frio etc.

mo trimestre. Os *banhos* feitos para os partos atendiam ainda a outros objetivos com vistas a contribuir para o posicionamento correto das crianças, isto é, com a cabeça encaixada no “*nascედო*” da mulher. Ceci, uma senhora de 92 anos, lembrou que seu primeiro parto foi muito difícil e que foi preciso chamar o pajé, pois a criança custou a nascer porque “*estava de pé*”. O pajé a benzeu e a criança nasceu pelo braço. Após o parto, ele a ensinou um *banho* para fazer durante as próximas gestações para prevenir que seus futuros filhos nascessem de pé e assim facilitar o parto e sentir menos dor. Nesse caso, a água do *banho* devia ser jogada sobre a barriga com a ponta de uma flecha virada para baixo, a qual deveria ser jogada na direção “*onde nasce o sol*”, após o último banho. Ceci conta que fez três vezes o *banho* e todos os seus outros onze filhos nasceram “*pela cabeça*”. Foi citado também o *banho com tipiti novo* “*pra não custar a ter filho*”, conforme relatou Iza, uma senhora experiente em partejar mulheres jovens de sua família extensa. Araci também disse que *banho de tipiti novo* ajuda na hora do parto, pois “*nada segura ele [o bebê]*” na hora de nascer e também “*para não sentir muita dor, pra nascer logo*”. Embora os *banhos* possam ser feitos a partir de diversas folhas ou apenas água jogada sobre o corpo com objetos específicos (*tipiti* ou flecha), o que constitui sua unidade é o uso de modo preventivo com o objetivo de facilitar o trabalho de parto, em que se destaca a busca pela brevidade e pela diminuição da dor.

Conforme dito anteriormente, *pegar barriga, puxar a mãe do corpo* e preparar *banhos* não são saberes que se concentravam nas mãos de especialistas entre os Munduruku da TIKL (Scopel, Dias-Scopel & Wiik, 2012; Scopel, 2013). Além das *parteiras* e *pajés*, as mulheres mais velhas da família extensa também realizavam partos na aldeia Kwatá. Aliás, a participação das mulheres mais velhas da família extensa, fossem mães, sogras ou cunhadas da parturiente, emergiram com mais frequência não só no período do trabalho de campo mas também nos relatos sobre experiências passadas. A atuação dos pajés apareceu exclusivamente em situações de complicação na hora do parto ou du-

rante a gestação, quando eram procurados para *pegar barriga*. Portanto, muitas mulheres já *partejaram* e, em alguns casos, o fizeram sem ter o saber adquirido pelo *dom* e, muito menos, por um curso de capacitação. A partir dos relatos, podemos dizer que a parteira é aquela que preparava o local adequado para o trabalho de parto, *pegava criança*, cortava o cordão umbilical e *puxava a mãe do corpo*. E que sua área de atuação restringia-se ao interior da família extensa. Não ignoro, contudo, que algumas mulheres fossem reconhecidas por terem o *dom de partejar* e, por isso, pudessem circular entre as famílias extensas, auxiliando-as. Todavia, seria um equívoco supor que os saberes necessários para *partejar* constituíssem categorias de mulheres ou homens especializados. Por esse motivo, apenas parcialmente, e muito superficialmente, podemos caracterizar a *parteira* Munduruku como especialista ou pessoa detentora de saberes esotéricos, mesmo que algumas mulheres tenham legitimidade social para atuar em casos complicados fora do âmbito da própria família extensa⁹.

Há muito, as categorias pajé, cacique e parteira indígenas foram apontadas como um efeito da relação com a sociedade ocidental (Gow, 1996; Oliveira Filho, 1998; Pérez-Gil, 2004; Pérez-Gil, 2007)¹⁰. Todavia,

9 Outros autores também apontaram as dificuldades para se situar as pessoas (mulheres ou homens) que auxiliavam no parto como especialistas indígenas, mesmo nos contextos onde era possível identificar a legitimação de alguns para atuar nos partos difíceis (Langdon, 2013; Pérez-Gil, 2007; Platt, 2002; Sargent & Bascope, 1996).

10 Quanto à figura do xamã, por exemplo, Peter Gow (1996) sugeriu que o xamanismo curativo ayahuasqueiro seria o resultado do contato entre os povos indígenas e a população mestiça na região do Peru. Laura Pérez-Gil (2004) também sugeriu que, entre os Yaminawa e Yawanawa (Pano), a emergência do papel de xamã como especialista em cura é resultado de um processo histórico de contato. Segundo a autora, a prática do xamanismo, antes do contato, não seria exclusividade de especialistas em cura, mas sim realizado por todos os homens em fase adulta. A autora apoia seu argumento nas narrativas indígenas sobre o processo de aprendizado que seria comum a todo jovem ou homem, em fase de puberdade, ou seja, todos tinham algum conhecimento sobre práticas xamânicas. De modo diferente, entre os Munduruku, do Tapajós, Murphy (1958) observou que o aprendizado do xamanis-

se a emergência de tais categorias pode ser entendida como uma reinvenção cultural em função do contato interétnico, por outro lado, ela não se explica pela simples oposição entre conceitos de hegemonia/subalternidade (Sahlins, 1997a; 1997b).

Scopel (2013: 142-182), ao descrever as formas de atenção aos processos de saúde/doença/enfermidade entre os Munduruku da TIKL, destacou a importância de se considerar a pluralidade de atores sociais atuando como especialistas nesses processos, nos quais se destacavam indígenas Munduruku, de outras etnias, curadores ribeirinhos, curadores citadinos, além dos profissionais de saúde biomédicos e religiosos de diversas ordens (católicos, protestantes, espíritas, candomblé e umbanda). Ao situar a pluralidade de especialistas indígenas Munduruku (pegadores de desmentidura e rasgadura, benzedores, pessoas que sabem como *pegar barriga* e “curadores pajés”), o autor sublinhou que as práticas e diversidades de técnicas observadas, de modo algum poderiam ser restritas a competências específicas. Os pegadores de *desmentidura* sabiam benzer. Os *benzedores* sabiam *pegar desmentidura* e *rasgadura*. Como vimos, as mulheres que sabiam *pegar barriga* também benziam e preparavam *banhos*. A única exceção, neste caso, foi a atuação dos “curadores pajés”, cujas práticas incluíam o *dom* para receber *caboclos* e transitar no mundo subaquático. Entretanto, conforme assinala Scopel (2013: 143), embora somente os curadores pajés trabalhassem com *espíritos do fundo* e com *caboclos*, as práticas xamânicas eram parte dos saberes cotidianos dos indígenas na vida da aldeia. Homens e mulheres Munduruku conheciam as plantas

mo era restrito aos filhos de homens xamãs. Entre os Munduruku, segundo o autor, a iniciação ao xamanismo envolvia uma questão de filiação paterna e não era aberta a todo indígena. Murphy comenta que, embora toda criança fosse capaz de imitar a atuação do xamã, apenas por observação, a prática do xamanismo era exclusiva dos descendentes de xamãs, tal como o conhecimento esotérico. Scopel (2013) encontrou uma situação diferente para os Munduruku da TIKL, onde a prerrogativa para ser um “pajé curador” era o reconhecimento de um *dom* nato, e não uma questão de herança familiar, e a habilidade para o *trabalho* como resultado de um longo processo de cura.

que afastavam os bichos do fundo, os *encantados*, sabiam preparar remédios caseiros para uma diversidade de enfermidades e infortúnios, entre tantos outros saberes de uso pragmático, fosse para tratar doenças, infortúnios ou mal-estares, fosse para prevenção, manter a saúde e o bem-estar individual ou familiar.

Deste modo, podemos afirmar que, embora possamos identificar uma diversidade de especialistas Munduruku, seus saberes não constituem algo similar às categorias profissionais biomédicas nem suas práticas se limitam a competências específicas. Isso é central para evitar equívocos nas estratégias de articulação de seus saberes aos serviços de saúde biomédicos, de modo a evitar uma medicalização desnecessária da saúde indígena, em especial, do parto domiciliar, feito na aldeia.



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 Pnspi 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.



O cotidiano e o extraordinário: o *resguardo* entre os Munduruku

Neste capítulo, trato das práticas relacionadas ao *resguardo*. Em termos gerais, o *resguardo* pode ser entendido como um conjunto de práticas manejadas com a intenção de prevenir ou minimizar enfermidades e infortúnios que, em última instância, implicam em risco de morte. Meu foco é sobre o *resguardo* do pós-parto, contudo essa categoria pode ser aplicada em outros contextos. Segundo os Munduruku, o descumprimento do *resguardo* pode causar a morte tanto daquele que violou as práticas de autoatenção ao *resguardo* como de qualquer outra pessoa próxima, principalmente as crianças. A palavra *resguardo*, de sentido genérico, indica um conjunto de prescrições e restrições alimentares referentes a atividades físicas, aos espaços de circulação, abrangendo um tempo socialmente marcado, em que a pessoa deve se dedicar a cumpri-lo. As causas que deflagram a necessidade de cumprir o *resguardo* são várias, desde a ida ao cemitério, no dia dos Finados, o luto, na Semana Santa, na convalescença causada por animais peçonhentos (cobra e arraia), na menstruação e durante o pós-parto.

De todos esses eventos, interessa-me apresentar as práticas de autoatenção manejadas no *resguardo* do pós-parto, devido ao interesse e aos esforços nativos para o cumprimento das prescrições e restrições associadas, uma vez que as consequências podem se estender sobre seus filhos recém-nascidos e se perpetuar ao longo de suas vidas, repercutindo diretamente sobre a qualidade de vida na velhice. Se pensarmos em termos de processo, o *resguardo* do pós-parto pode ser

compreendido como etapa final do processo de nascimento, no qual mãe e pai se esforçam e cooperam mutuamente para garantir o bem-estar do recém-nascido e para manter sua própria saúde. Se bem que, cumpre esclarecer, os pais ainda agirão em momentos específicos na vida dos filhos de modo incisivo na intenção de assegurar-lhes o desenvolvimento pleno das características físicas e morais coerentes com os valores éticos e estéticos Munduruku relacionados com a manutenção do bem-estar e da saúde ao longo da vida.

Neste capítulo serão apresentados principalmente os dados de observação participante sobre o *resguardo* do pós-parto dos casais que acompanhei. A descrição das práticas de autoatenção ao pós-parto foi enriquecida com relatos de casais sobre suas experiências anteriores.

A partir da descrição e análise dos dados etnográficos apresentados, podemos contribuir para a compreensão da construção social do corpo feminino saudável para os Munduruku, seu lugar na cosmografia e os limites para a manutenção desse corpo/pessoa saudável. Na antropologia, o corpo pode abranger três dimensões: individual, social e política (Lock & Scheper-Hughes, 1996: 51). Essas dimensões são extremamente importantes para se produzir dados contextualizados sobre a saúde, pois frequentemente os estudos não antropológicos focalizam apenas o corpo como unidade biológica, sem enfatizar a dimensão social dos corpos. Na antropologia, a constituição do corpo é vista como um processo contínuo, marcado por complexas elaborações práticas (rituais, manipulação, pinturas, perfurações, massagens, dietas alimentares, reclusão etc.) repletas de significados compositores das identidades individuais e coletivas (Mauss, 2003; Turner, 1980; Seeger *et alii*, 1979). Em um trabalho clássico para a antropologia, Marcel Mauss (2003) destacou que não apenas a pessoa – como categoria jurídica e moral – é construída social e historicamente, mas o corpo e seus usos também o são. Mauss indicou que a “arte de utilizar o corpo” é aprendida através de diferentes processos educativos, os quais criam e incorporam um *habitus* particular de um povo e de uma época. Entre os Munduruku, as práticas de *resguardo* constituem

práticas de autoatenção cujos efeitos se fazem sentir para toda a vida, especialmente, no caso das mulheres.

O RESGUARDO DO PÓS-PARTO MUNDURUKU:

O SANGUE, O CORPO E A VIDA

Após o nascimento de um bebê, os Munduruku ingressam em um período de liminaridade (Turner, 1974) em que o corpo, o sangue e a saúde estão no centro de suas preocupações. Os Munduruku vivenciam o período do pós-parto atentos ao conjunto de práticas prescritivas que incidem sobre seus corpos e atividades cotidianas, o qual denominam de *resguardo de parto*, *resguardo de mulher parida* ou, simplesmente, *resguardo*. Essas práticas incluem dietas alimentares, proibição de certas atividades e reclusão. Entre os Munduruku, não somente a mãe, mas também o pai e o recém-nascido, devem cumprir o *resguardo*. O *resguardo* do pós-parto abrange um tempo socialmente marcado e se caracteriza pela orquestração de um conjunto de práticas intencionalmente realizado pelos Munduruku com o objetivo pragmático de manter a saúde, de prevenir doenças e evitar a morte do recém-nascido e da mãe.

O SANGUE DO PARTO – IMPUREZA E PERIGO

Um evento propiciado pelo desencontro entre práticas culturais relativas ao pós-parto auxiliará o leitor a compreender o significado do sangue no *resguardo do parto* para os Munduruku.

Estávamos na aldeia Niterói, onde fomos recebidos pelo curador Guaraciaba e sua esposa, quando seu vizinho, um índio da etnia Tukano, apareceu para conversar. Ele havia se mudado do Alto Rio Negro para a aldeia Niterói, com o consentimento das lideranças Munduruku, há alguns anos, junto com a esposa e os filhos. Havia acabado de construir uma casa para si a poucos metros de distância da casa de Guaraciaba. Certa vez, eu estava conversando com Guaraciaba e Mia sobre o *assombro de bicho*, uma doença cuja causa pode advir do cheiro do

sangue menstrual, conforme apontei no Capítulo 3. O índio Tukano ouviu nossa conversa e contou o drama que vivenciou no primeiro parto de sua mulher, quando ainda morava na aldeia Kwatá. Ela pariu em casa com a ajuda dele. Depois que o bebê nasceu, ele pegou os panos e roupas sujas de sangue e foi até à *beira* para lavar, com a intenção de ajudar sua esposa. Fazia pouco tempo que moravam na TIKL e eles não estavam a par das restrições Munduruku sobre pós-parto. Os vizinhos Munduruku, ao ver que ele lavava os panos sujos de sangue à beira do rio, reagiram efusivamente e muito irritados: “*eles só faltavam me bater, dizendo que eu ia matar meu filho!*” Fizeram com que ele interrompesse a lavagem e que a mulher cumprisse rigorosamente a reclusão de 40 dias após o parto. O Tukano e sua família passaram por uma situação de estranhamento e constrangimento frente às práticas profiláticas de *resguardo* Munduruku quando cometeram uma falta considerada grave pelos vizinhos. Eles desconheciam as práticas de autoatenção ao *resguardo* manejadas pelos Munduruku, sobretudo aquelas resultantes do contato com o sangue do parto.

Para os Munduruku, os panos e as roupas utilizados no parto e com vestígios de sangue são perigosos. Do ponto de vista deles, panos sujos de sangue do parto estão contaminados com uma substância poderosa capaz de deflagrar relações indesejáveis com os *seres encantados* que habitam o mundo subaquático, principalmente os *botos*. Por isso, não haveria lugar mais inapropriado para livrar-se do sangue de parto do que a beira do rio. Assim, os panos sujos ou foram enterrados ou queimados pelo pai, segundo os relatos dos Munduruku.

“*O sangue da gente é muito forte*”, explicou-me uma parteira da aldeia Kwatá, ao dizer por que não se banhava no rio durante oito dias após o parto. O sangue do parto tem a mesma propriedade que o sangue menstrual, o cheiro forte capaz de atrair os *botos*. Todavia, se o sangue menstrual tem um estatuto ambíguo – ao mesmo tempo em que é fonte de perigo é também fonte de vida, é substância necessária para a procriação, para a *produção* de crianças –, o sangue de parto é exclusivamente fonte de impureza e perigo. Ao *pegar criança*, a “par-

teira” entra em contato direto com o sangue do parto, cumprindo, assim, determinadas práticas de *resguardo*, como evitar banhar-se à beira do rio¹. Há, entretanto, estratégias para *tirar o pitiú* do sangue feita pelas *parteiras* Munduruku, como lavar-se com *plantas cheirosas*, isto é, plantas cujo odor forte espanta os *botos encantados*. Outra *parteira*, que morava na Emprezinha (parte distante da aldeia Kwatá), relatou cumprir uma dieta alimentar como parte do *resguardo* pós-parto.

A mulher que pariu, a mãe, também deve se resguardar. O *resguardo de mulher parida* dura cerca de 40 a 45 dias, nunca menos, podendo ser até mais, entre 90 a 120 dias. A maioria das mulheres que acompanhei durante o *resguardo* cumpriram entre 40 e 45 dias de práticas de autoatenção relativas ao pós-parto. Somente aquelas que eram também pajés, isto é, curadoras que trabalhavam com *espíritos do fundo, encantados e caboclos* cumpriram o *resguardo* de três ou quatro meses. Embora as práticas de autoatenção ao pós-parto fossem as mesmas, as curadoras eram proibidas de realizar seu *trabalho* com os seres *encantados* ou *caboclos*. Contudo, podiam benzer, fazer fricções, costurar, entre outras técnicas de tratamento que dominavam (Scopel, 2013: 174).

As práticas de autoatenção relativas ao *resguardo* variavam ao longo dos 40 dias e também havia restrições específicas para a mulher, o homem e o bebê. Ao longo do trabalho de campo, pude acompanhar oito casais em diferentes momentos do *resguardo*. Todas as mulheres *paridas* cumpriram um *resguardo* semelhante ao da menstruação. Enquanto estavam com sangramento, não foram banhar-se no rio ou na cacimba, conforme a época específica do ano. Nesse período, a participação dos homens, maridos e pais foi central para auxiliá-las no cumprimento dessa prescrição, ao levarem água até a casa. As mulheres mais velhas me explicaram que o sangramento era por causa do *útero ferido* ou *ferida no útero*, e todos, homens e mulheres, eram

1 Paul (1975) citou a centralidade do sangue do parto como fonte de risco, motivando as parteiras Maias a cumprirem *resguardo* após o parto.

unânicos em afirmar que esse sangue tinha um odor que atraía os *botos encantados*. As consequências da aproximação dos *botos* eram as mesmas que decorriam da quebra do *resguardo* da menstruação. Os *botos* poderiam se agradar da *mulher parida* ou de qualquer outra pessoa que passasse no *rastro* deixado pela mulher com sangramento. Seguindo o cheiro do sangue, igualmente ao da menstruação, cheiro de *ananás*, o *boto* poderia se aproximar também do recém-nascido, agradar-se dele e levá-lo para o *encante*. Isso significaria um processo de doença sucedido de morte. Já a *mulher parida* ficaria seriamente doente, podendo ficar doida, *engravidar de bicho* e morrer. Assim sendo, a noção de *rastro* define a característica volátil do sangue, sua capacidade de se propagar no ar, embora fosse temporário, isto é, com tempo para acabar.

Insisto que a gestação, o parto e o pós-parto não eram percebidos como eventos de doença. Embora a expressão *ferida no útero* possa evocar em nossas mentes uma associação com doença, só seria correto afirmá-lo se essa noção também fosse compreendida de forma ampla. Do mesmo modo que a noção de saúde engloba uma ideia de harmonia nas relações sociais, as quais abarcam dimensões políticas, territoriais, cosmológicas e interétnicas, além de processos corporais, também a noção de doença é mais ampla que aquela praticada pelo modelo biomédico. No caso específico, o *resguardo da mulher parida* sinaliza um estado liminar e não uma disfunção orgânica, químico-física ou psicológica. Esse estado liminar coloca a mãe e o bebê em uma situação de maior vulnerabilidade frente à complexa cosmografia Munduruku. Nesse caso, a reclusão da mãe e do bebê significa uma forma de se *resguardar*, o que, em termos analíticos, parece explicitar uma prática de autoatenção.

A RECLUSÃO E A DIETA ALIMENTAR

As mulheres da família extensa na qual morei comentaram que Lara havia tido outro menino na noite anterior. Estávamos sentadas em frente à casa de Ceci para mais um final de tarde nas “rodas de conversa”, em novembro de 2010. O tema não fora o parto, mas o fato de ter nascido mais um menino, o sexto filho homem de Lara. Eu fiquei entusiasmada em saber que o parto já havia acontecido, pois frequentava quase diariamente a casa dela, e isso nos aproximou. Lara tornara-se uma amiga e interlocutora-chave com quem eu passava horas conversando e brincando com os filhos. Senti-me motivada em fazer-lhe uma visita imediatamente e expressei em voz alta meu anseio. Porém, nenhuma mulher ali demonstrou o mesmo interesse. Lara não era membro daquela família extensa, embora tanto ela quanto Ceci reconhecessem que eram parentes. Todavia, Lara frequentemente participava das rodas de conversa em frente à casa de Ceci, a quem se referia como vovó. Ao analisar as genealogias, identifiquei que o marido de Lara era neto de uma cunhada de Ceci.

Portanto, Lara estava inserida em uma família extensa que reconhecia um grau de parentesco próximo à família extensa de Ceci. Então, antes de sair, perguntei como ficaram sabendo do parto de Lara. Araci conversou com o médico da Emsi e ele lhe contara. Ceci, então, sugeriu gentilmente que eu esperasse para fazer a visita no dia seguinte, pois já estava anoitecendo. Segui o conselho de minha anfitriã, pois naquele momento lembrei que fazia parte do *resguardo de ferroadada de arraia* evitar visitas. Jô, que já havia sido *ferroadado por arraia* três vezes em sua vida, explicou-me como era o *resguardo de ferroadada de arraia*: “*igualmente ao resguardo de parto*”. Ele ficou oito dias sem sair de casa, fez uma dieta alimentar e passou a evitar visitas, após cruzar com a sobrinha de sua esposa. A sobrinha estava grávida e perguntou o que havia acontecido ao vê-lo voltando mancando do rio. Jô disse que naquele momento toda a dor voltou com muito mais intensidade, se comparada ao momento em que havia pisado na arraia. Eu

não estava grávida naquele momento, nem Lara havia sido ferroadada por arraia, embora estivesse em um estado liminar de maior vulnerabilidade. Entretanto, lembrei-me que as mulheres daquela família extensa não ficavam visitando o casal Nora e Batista, neto de minha anfitriã Ceci, os quais moravam no mesmo segmento residencial, quando estavam no *resguardo de parto*, em fevereiro de 2010. Todavia, três dias após o parto, ainda pela manhã, fui até a casa de Lara, pois da mesma forma que, na primeira etapa de trabalho de campo havia frequentado a casa de Nora e Batista desde o terceiro dia após o parto, sem que isso tivesse gerado qualquer constrangimento, resolvi visitá-la. Afinal, eu tinha um interesse especial.

Ao me aproximar da casa de Lara notei que as janelas e a porta da casa estavam fechadas, apesar do dia de sol e calor. Por um instante hesitei, pois foi a primeira vez que vi a casa de Lara assim fechada. Respirei fundo e bati na porta. Em alguns segundos, seu filho mais velho, à época com onze anos, abriu a porta e anunciou: “mamãe, é a Dona Raquel”. Ela pediu-me que entrasse e pela primeira vez recebeu-me em seu quarto. Dentro da casa, percebi que havia duas janelas abertas, uma nos fundos, na cozinha, e outra na sala. Lara estava deitada em uma rede ao lado da rede em que seu bebê recém-nascido dormia. Ela estava bem, sorridente, e comentou, “*mais um menino*”. Abriu um pouco a janela do quarto, uma pequena fresta e colocou uma toalha como cortina, que filtrava a luz direta do sol e qualquer vento ou olhar vindo de fora. Na casa estavam apenas Lara, seu filho mais velho e o mais novo, com dois anos de idade. O marido havia ido pescar e os outros três filhos, com quatro, seis e oito anos, estavam brincando na casa da vizinha. Sentei-me no canto do quarto e ali conversamos sobre seu parto, como ela estava naquele dia, o futuro nome do bebê e o *resguardo de parto*.

Lara contou que estava tomando banho “*ali*” em um canto do quarto. Ao responder por que não ia banhar-se no rio, ela disse: “*porque o sangue é muito pitiú e o corpo diz que está aberto*”. Conforme já vimos, *pitiú* é uma palavra que indica cheiros fortes e desagradáveis.

Embora o sangramento do pós-parto seja *pitiú* para os Munduruku, para os *botos*, cheira doce. Seu marido, Isaque, e seu filho mais velho lhe traziam água até em casa. Os dois cuidavam da casa, da louça e das roupas, e apenas o marido cozinhava. As irmãs de Lara moravam em outra aldeia e sua mãe já era falecida. Sua sogra não morava na aldeia Kwatá. Embora eu tenha observado casos em que as mães, as cunhadas e as sogras da parturiente tivessem prestado auxílio, isso ocorria de maneira muito pontual, no auxílio à cozinha e por pouco tempo. De fato, apenas em dois casos as mães ou irmãs auxiliaram durante todo o período do *resguardo*, lavando até mesmo as roupas da *mulher parida* e do bebê. Num caso, o marido da parturiente havia falecido pouco antes da criança nascer. Noutro, o jovem casal Itapema e Iberê moravam na casa dos pais dela. Nos demais casos, os maridos e os filhos mais velhos é que auxiliavam, lavando louças e roupas, cozinhando, trazendo água, varrendo a casa e cuidando das crianças menores.

No quarto dia após o parto, Lara permanecia dentro de casa, com poucas janelas abertas, tendo almoçado um peixe cozido, cará, preparado por seu marido. Antes de ir visitá-la novamente, pensei em presentear-lá com castanhas. Quando comentei com Ceci e Araci que levaria castanhas para Lara, ambas me alertaram que *mulher parida* não podia comer castanha. Então, levei mangas. Ao entregar as mangas para Lara, ela sorriu, agradeceu e explicou que não comeria porque eram azedas e poderiam causar diarreia no bebê. Seus filhos aceitaram as mangas. Então, ela disse que *mulher parida* só podia comer “*comida escolhida mesmo*”. Em seguida, passamos a falar sobre esse conhecimento Munduruku acerca da alimentação da mulher puérpera. A lista de alimentos que organizei com Lara incluía aqueles permitidos e aqueles proibidos. A dieta de *mulher parida* era marcada pela restrição de uma série de espécies animais, vegetais e frutíferas. As mulheres que acompanhei cumpriram as restrições alimentares, pois ao procederem assim, preveniam enfermidades na criança e garantiam sua própria saúde. Conforme explicou Lara, evitam-se determinadas comidas porque “*fazem mal para a mulher e para a criança porque vai para o leite*”.

Um dia antes de visitar Nora e Batista, também no terceiro dia após o parto, vimos Batista descendo em direção ao rio com uma bacia cheia de roupas, no início da manhã. Ele apoiou a bacia exatamente como as mulheres costumavam fazer, sobre a cabeça. Na volta de nossa caminhada, as roupas estavam estendidas no varal. No dia seguinte, fomos fazer uma visita ao casal, que havia tido o terceiro filho. Os outros dois ainda eram crianças pequenas, o mais novo com pouco mais de um ano e o outro com três. Nora estava deitada na rede, na sala, e o recém-nascido estava na rede do quarto do casal quando chegamos. Batista estava cozinhando *galinha do terreiro*, doada pela mãe de Nora. Eles nos receberam na sala e conversamos sobre muitos assuntos, desde o trabalho de Batista na Igreja Católica até o *resguardo*. Estávamos na época de manga e havia muitas mangueiras na aldeia Kwatá, então, perguntei se ela podia comê-la. Nora respondeu que não podia comer nenhuma fruta, que a “*dieta da mãe é só galinha mesmo*”. Do mesmo modo que Lara, Nora também estava se banhando dentro de casa. Ela explicou-me que a mãe e o bebê não saíam de casa por oito dias para evitar pegar “*vento*”. Note-se que as doenças do ar vêm com o vento, segundo o que me explicara Araci, sogra de Nora, em outro momento.

Dentre todas as consequências da ingestão de um alimento inadequado, a pior para a saúde da mulher era o risco de hemorragias, de “*arriar o sangue*”. Por exemplo, não podia comer porco criado em casa, pois “*pode dar sangramento e até matar a mulher*”. Ao longo de nossa listagem, Lara insistiu que a mulher parida “*só pode comer comida fina mesmo*”. Assim como o porco doméstico, a carne de caça de veado também podia provocar hemorragia na mulher. Derivados da farinha como, por exemplo, tapioca e biju, causavam *frio no útero*, conforme outras mulheres haviam comentado. “*Peixe liso não presta*”, sintetizou Lara. Além disso, a alimentação da mãe também repercutia diretamente sobre o bem-estar da criança que mamava no peito, pois, como salientou Lara, “*vai para o leite*”. Por esse motivo, frutas consideradas azedas como manga, laranja, tangerina, abacaxi, jambu, entre outras, podiam causar diarreia no bebê. Os alimentos considerados

gordurosos como a castanha e algumas espécies de peixe também podiam provocar diarreia e o bebê “*cagar verde*”. Os Munduruku já viram bebês e crianças com diarreia perderem muito peso em pouco tempo e sabiam que, em estado grave, podiam vir a falecer. Embora a diarreia fosse também sintoma de outras doenças sérias como o “*quebranto*”, que podia ser causado por qualquer pessoa, inclusive os pais, e cujo tratamento consistia em benzer, aqui me interessa destacar a restrição alimentar seguida pela mãe com o objetivo de manter a saúde de seu filho recém-nascido, além da própria saúde. Isto é, sublinhar que, do ponto de vista dos Munduruku, a dieta da mãe interfere diretamente na saúde do recém-nascido.

A seguir, na próxima página, apresento a lista dos alimentos permitidos e proibidos e os motivos da proibição. Essa lista foi iniciada a partir das conversas com Lara, durante seu *resguardo*, e complementada por mim através da observação e da conversa com outras *mulheres paridas*.

Ao apresentar essa lista, não pretendo investigar a lógica simbólica por trás da classificação dos alimentos, pois considero que as distintas classificações de alimentos são operadas conforme a situação de quem consome, o contexto do consumo, o modo de preparo, ainda de acordo com as características e as qualidades dos alimentos em si (Maués & Motta-Maués, 1978). É notável que nas avaliações feitas pelos Munduruku sobre os alimentos proibidos na dieta de *mulher parida*, eles ponderassem além das características do alimento em si. Por exemplo, peixe de escama fina, ou do comportamento do animal, fosse peixe (piranha “come de tudo”) ou caça (paca “acorda cedo”), a origem do alimento (doméstico ou selvagem), e também, evidentemente, o estado de quem consome: a mulher de *resguardo*. Fora do período do *resguardo*, não estando em convalescença ou em tratamento para alguma enfermidade específica, qualquer alimento pode ser apreciado ao gosto particular de cada pessoa, sendo, assim, permitido. Ademais, a lista acima não é exaustiva e pode ser alterada com o passar dos dias de *resguardo*. O que é considerado proibido varia de acordo com a pessoa

QUADRO 3
LISTA DE ALIMENTOS DAS PUÉRPERAS

Pode comer	Não pode comer	Motivo da restrição
Cará Branco	Piranha – até o quinto mês	Come de tudo
Jaraqui de escama grossa	Pirarucu	
Tucunaré	Tambaqui	
Cará Manduca	Sulamba	
Traíra	Jaraqui de escama fina	
Pescada	Peixe liso	Não presta
Galinha do terreiro	Jacundá	
Galinha comprada	Porco doméstico	Pode dar hemorragia
Boi	Porco queixada	Faz mal
Jabá	Paca	Criança não dorme
Porco do mato caititu	Anta	
Galinha do mato – nambu	Veado	Pode dar hemorragia
Paca	Patás de cutia	O filho fica fujão
Veado vermelho grande	Castanha – por causa do óleo	Hemorragia na mulher, diarreia na criança
Cutia (menos patas)	Manga	Pode provocar diarreia no bebê
Melancia	Laranja	Idem
Tucumã	Tangerina	Idem
Banana Grande	Abacaxi	Idem
Banana Comum	Jambu	Idem
Caju	Frutas azedas	Idem
Macaxeira	Melancia	Fria
Cará	Tapioca	Dá frio no útero
Macarrão	Biju	Idem
Chá de Sucuuba – para desinflamar	Jabuti	
Chá de Taperebá – para desinflamar	Tracajá	

entrevistada. Lara, por exemplo, relatou que sua mãe não comia peixe nos primeiros dias após o parto, apenas carne de caça trazida pelo pai. Araci, que partejou muitas outras mulheres de sua família extensa, *pegava barriga, puxava a mãe do corpo*, ensinava que a alimentação no *resguardo* do primeiro filho era muito importante porque definiria o

que a mulher poderia comer nos próximos *resguardos*. Segundo Araci, “*se comer outra coisa diferente, dá hemorragia*”. Além disso, ouvi diferentes avaliações: enquanto uma mulher afirmou que “*cutia era comida preferida de mulher parida*”, em outra aldeia, uma mulher disse-me que “*cutia não presta*”. Enfim, é mais apropriado alegar o caráter dinâmico, diverso e até idiossincrático do sistema alimentar da *mulher parida*. Isso posto, é também oportuno salientar o investimento coletivo na manutenção e propagação desse sistema alimentar ao longo das gerações como saberes Munduruku acerca das práticas de autoatenção à saúde.

É importante destacar que as restrições implicam sentimentos de impotência e falta de controle sobre a alimentação ideal, compartilhados pelas mulheres entrevistadas na Casai, cumprindo o *resguardo* antes de retornarem às respectivas aldeias.

Itapema teve seu parto na cidade, acompanhada de sua mãe, em março de 2011. Comentou que “*na Casai é ruim de comida*”, por isso, “*tem que levar dinheiro de casa*”. Todavia, o dinheiro não foi suficiente, pois sua mãe teve que “*pedir pra outros doar um pouco de galinha*”. Além disso, “*não tinha farinha*”. Todas as *mulheres paridas* com as quais conversei na Casai reclamavam da comida. Não só da qualidade, mas da rotineira falta de comida adequada, pois, conforme desabafou o administrador da Casai, em uma reunião da associação indígena Opims, realizada na aldeia Aru, em maio de 2011, “*alimentação vem, mas não é suficiente, dura só 20 dias*”. Os sentimentos de impotência e descontrole sobre a alimentação são compreensíveis, uma vez que na aldeia se conhecia a origem do alimento, “*galinha do terreiro*”, e a fonte provedora, que era o marido da *mulher parida*, o qual também se responsabilizava por seu cozimento. Então, podemos inferir que havia um controle de qualidade Munduruku sobre a produção e o consumo de alimentos. Por outro lado, na cidade, na Casai, desconhecia-se a origem do alimento. Sem falar na adequação do cardápio ao estado vulnerável do *resguardo de parto*. Na Casai, “*não se sabe o que se está comendo*”.

Após voltar para a aldeia Kwatá, Itapema, seu esposo e o recém-nascido foram morar com os pais dela, na casa ao lado onde eu estava morando. Embora as mulheres e os homens Munduruku tenham me dito que a *mulher parida* e a criança deviam ficar “oito dias” dentro de casa, de fato, observei que elas permaneciam muito mais tempo que isso. As janelas da casa de Lara foram reabertas somente no décimo primeiro dia após o parto. Além de seguir sua dieta de *mulher parida*, “só cará branco e tucunaré cozido”, ela e seu bebê ainda se banhavam dentro de casa, enquanto seu marido continuava a fazer todos os serviços domésticos, como lavar louças, roupas e cozinhar. Passados 13 dias do parto, Lara passou a lavar as louças, porém, ainda dentro de casa, com água trazida do rio, carregada por seu marido. Itapema saiu de dentro de casa, pela primeira vez, dez dias após o parto. Embora ela e seu bebê passassem boa parte do dia na cozinha, um espaço coberto, mas aberto nas laterais, Itapema não pôs o pés fora de casa antes disso. No décimo dia, ela saiu de casa à noite junto com seu marido e uma vizinha e sentaram-se em um banco construído na lateral da casa. O bebê estava dormindo. Ela ficou ali alguns minutos e voltou para dentro da cozinha, de onde continuou a conversar. Alguns dias depois, Rita, mãe de Itapema, apareceu na casa de Ceci e aproveitou para perguntar para Ceci se Itapema já podia “ir para a beira”, isto é, até o rio. Estávamos na cozinha preparando o almoço e Ceci perguntou há quanto tempo Itapema estava de *resguardo* e Rita respondeu que fazia 20 dias. Em seguida, Ceci disse: “sim, ela pode ir para a beira, mas deve ser rápido, não é pra ela ficar lá pela beira porque ela ainda tá ferida por dentro”.

Após Rita ir embora, perguntei para Ceci por que Itapema não podia se demorar na *beira*? Ceci respondeu de forma muito direta: “porque o boto pode se agradar dela e também tem a cobra d’água, Morecúb, que se vinga da mulher menstruada e de resguardo”. Perguntei, então, como a cobra se vingava? E ela respondeu: “emprenhando a mulher”. Perguntei o que nascia caso a mulher fosse emprenhada pela *Morecúb*? Ceci disse que nascia com cabeça de criança e corpo de cobra. Perguntei, então, se isso já havia acontecido? Ceci lembrou que sim e contou

um caso de filha de Munduruku com *Kakerewat*. A finada Cecília, certa vez, começou a sonhar e a conversar muito no sonho. Seu marido até estranhou e lhe perguntou por que e com quem ela conversava tanto enquanto dormia. Cecília disse que era um homem. O tempo passou e ela continuou a sonhar com aquele “*homem que perseguiu ela*”, até que “*ela se agradou dele*”. Desse agrado nasceu Tereza. O homem que perseguiu Cecília era um *Kakerewat*. Os *Kakerewat* moram na “*terra preta*”, no mundo subterrâneo, são seres pequenos e de pele escura. Ceci disse que Tereza teve uma filha muito bonita, uma mulata com cabelos enrolados. Ceci contou, em seguida, que sua sobrinha Margarida foi morar com o marido perto de onde tinha terra preta. Todo dia, ao entardecer, seu marido saía para *facbear* e Margarida ficava sozinha. Uma vez, ela estava menstruada e escutou um “*assopro de mão*”, disse Ceci, “*igualzinho ao que a gente faz para assobiar*”. Todo dia ela passou a escutar esse assopro quando seu marido ia *facbear*. Até que, certa vez, ela escutou bem próximo da casa. Quando seu marido retornou, Margarida contou para ele e disse que não iria mais morar lá. Eles acabaram se mudando para a aldeia Kwatá. Nos dias seguintes à pergunta de Rita, não vi Itapema descer até a *beira*, mas a vi estendendo as roupas que sua irmã havia lavado no terreno ao redor da casa.

A reclusão no *resguardo do parto* é uma prática de autoatenção que incide sobre a mãe e o bebê, delimitando um conjunto de atividades e os espaços de circulação a partir dos saberes cosmográficos que sintetizam a possibilidade e a existência de relações entre humanos e seres *encantados*, que resultam em prejuízos para os humanos. Assim sendo, a reclusão do *resguardo* constrói uma distinção entre pessoas em um estado específico, mãe e bebê, caracterizado por uma condição de maior vulnerabilidade, e pessoas saudáveis, o pai, os demais filhos, a sogra, a mãe, a irmã etc. Essa distinção, por sua vez, se replica através da tênue linha que separa os humanos dos demais seres que habitam o cosmo.

No caso da reclusão do bebê, vimos que se pretendia evitar doenças vindas pelo ar ou ainda por *quebranto*. Os Munduruku identificaram

dois tipos de *quebranto*, aquele resultante de *agrado* ou *admiração*, quando uma pessoa fica olhando e admirando uma criança, e o *quebranto de fome*, quando o pai volta para casa, após suas atividades, e pega a criança no colo sem ter se alimentado antes. Em ambos os casos, os sintomas são diarreia, febre e vômito, e o tratamento consiste em *benzer* a criança e fazer *defumação*. Os Munduruku conheciam medidas preventivas para evitar o *quebranto*. Algumas famílias fabricavam pulseiras com uma pequena bolsa para colocar um pedaço de alho, colares com dente de macaco prego, colares com dente de capivara, ou ainda ao chegar em casa, o pai deveria retirar a camisa suada, virá-la do avesso e jogá-la sobre a criança.

A reclusão da *mulher parida*, por sua vez, além da restrição relativa aos espaços de circulação, abrangia uma restrição sobre as atividades diárias. No pós-parto, as mulheres Munduruku permaneciam dentro de casa, onde tomavam banho, dedicando seu tempo aos cuidados corriqueiros com o recém-nascido, e nada além disso, por um determinado período de tempo. Conforme disse anteriormente, embora os Munduruku indicassem que se tratasse de um período de oito dias, de fato, as mulheres permaneciam dentro de casa por mais tempo. Observei que a partir do décimo dia já retomavam algumas atividades características do gênero feminino, como lavar louças, porém, ainda no interior da casa. Naná também permaneceu dentro de casa dez dias após o parto e não ia para a *beira*. Com 22 dias de pós-parto, ela ainda permanecia a maior parte do tempo dentro de casa. Já saía, mas sua circulação restringia-se ao terreno ao redor de casa. Naná costumava frequentar a casa de sua vizinha Rita antes de parir. Numa tarde, estávamos em várias mulheres e crianças conversando na cozinha de Rita, como costumávamos fazer. Dali podíamos ver Naná sentada na sala de sua casa, com seu filho mais novo e o recém-nascido. Naná não veio para a conversa. Ao contrário, as filhas de Rita é que foram até a casa de Naná. Ela estava com 28 dias de pós-parto. Na aldeia Niterói, Vani, apesar de já sair de dentro de casa e ultrapassar o espaço do entorno da casa, não ia para a *beira* aos 25 dias de pós-parto. Gigi, na aldeia

Kwatá, tomou seu primeiro banho na *beira* passados 40 dias do parto. Estávamos em sua casa, ela morava com a mãe, Margarida. Margarida era uma AIS, e ao ver Gigi se preparando para ir tomar banho na *beira* afirmou: “*ela tá quarentando hoje, hoje já sai do perigo*”.

Não posso afirmar que toda *mulher parida* Munduruku que acompanhei esperou 40 dias para ir até a *beira*. Todavia, posso afirmar que, com exceção de dois casos, a participação dos maridos e filhos(as) mais velhos(as) foi central para o cumprimento da reclusão entre os casais que observei em *resguardo de parto*. Foi o marido de Naná que carregou água para casa, lavou roupas e louças, cozinhou e cuidou dos filhos pequenos, o menino com dois anos e a menina com pouco mais de três anos, na hora do banho. Embora Lara tivesse um filho de onze anos, que ajudou muito o seu marido a lavar roupas, louças e cozinhar, foram atividades que o pai do recém-nascido realizou. No *resguardo do parto*, os homens assumiram as atividades que suas esposas realizavam no dia a dia, conforme descrito no Capítulo 2. Sob essa ótica, podemos sugerir que o *resguardo do pós-parto* é um estado liminar no qual ocorrem algumas inversões. O contraponto dessas inversões estava nas relações sociais da vida cotidiana de produção, distribuição e consumo de alimentos, nos espaços de circulação das mulheres e homens e nas atividades diárias que eles/elas realizavam. Se costumemente as mulheres lavavam roupa, cozinham e cuidavam das crianças na hora do banho e da casa, agora, eram os maridos que faziam esses trabalhos. Já vimos que apenas no *resguardo do parto* e durante a menstruação as mulheres Munduruku tiveram uma delimitação de seus espaços de circulação, pois a *beira* era um lugar perigoso. Apon-tamos, também, a existência de uma dieta alimentar restrita, que deve ser seguida pela *mulher parida*. Assim sendo, a reclusão da *mulher parida* só foi possível porque seu marido cooperou ativamente, auxiliando a família nos cuidados com a casa, as roupas, as louças, os filhos menores e a cozinha. É possível sugerir que se algo transpassa a rotina e o estado liminar do *resguardo do parto* é esta relação de cooperação entre homem e mulher conjugando seus esforços para manter o bem-

-estar dos membros da família elementar e extensa, além da saúde da própria mulher e do recém-nascido.

Não apenas a *mulher parida* ou menstruada pode sofrer as consequências do descumprimento do *resguardo* relativo a cada uma dessas condições, conforme apontado anteriormente. Do ponto de vista dos Munduruku, todo aquele que passar pelo “*rastro*” dessas mulheres pode vir a sofrer infortúnios, doenças e até morrer. Durante um dos encontros em que fui à casa de Lara passar algumas horas durante seu *resguardo* de parto, ao saber que eu iria conhecer o curador Ubirajara, ela me contou que ele já havia tratado um de seus filhos. O menino só chorava, “*ficava espantado, com medo e sentia dor de cabeça*”. Ela chegou ao diagnóstico junto com o AIS, que estava fazendo a visita domiciliar, “*era mau olhado de boto que flecha as crianças*”. O próprio AIS foi quem indicou Ubirajara, pois naquela época não havia curador na aldeia Kwatá, levando-a até ele². O curador confirmou o diagnóstico da mãe e do AIS e disse que a causa fora porque o menino havia andado pelo *rastro* por onde passou uma mulher menstruada. Anteriormente, sugeri que a *mulher parida* ou menstruada estaria vulnerável a uma aproximação com os *seres encantados*. A partir desse caso do filho de Lara, podemos inferir que a vulnerabilidade das mulheres nessas condições pode afetar outras pessoas. Nesse sentido, a reclusão seria uma tentativa de controlar essa situação de vulnerabilidade, poderíamos dizer que se trata de uma política da minimização do perigo. Cumpre lembrar que esse perigo, aliás, é passível a qualquer Munduruku e não depende exclusivamente da situação de vulnerabilidade até agora descrita, haja vista que, independentemente dessa situação específica, qualquer homem, mulher, criança, jovem ou velho(a) Munduruku poderia envolver-se com *seres encantados*, caso frequentasse

2 Ubirajara é curador da etnia Mura, morador de uma vila ribeirinha que faz fronteira com a TIKL. Em Scopel *et alii* (2012) e Scopel (2013), no tópico sobre os curadores Munduruku, é apresentada a relação deles com o curador Ubirajara, no intuito de evidenciar a intensa rede de trocas interétnicas de saberes e de tratamentos, que extrapolavam as fronteiras da TIKL.

a *beira* nos horários das seis da tarde ou ao meio-dia, expondo-se ao risco do contato com *botos malignos*.

Ainda pensando sobre as práticas de autoatenção ao *resguardo* do pós-parto como modo de produção do corpo e política de minimização do perigo, podemos situar a importância da dieta alimentar nos cuidados maternos com o recém-nascido. Para os Munduruku, o aleitamento materno era central para o crescimento do bebê após o nascimento, quando focalizavam as práticas alimentares. Cumpre esclarecer, todavia, que os Munduruku ainda realizavam fricções (massagens), defumações, ministravam remédios do mato, entre outras práticas, durante o desenvolvimento da criança, principalmente com os adolescentes, no intento de formar seu corpo e suas características morais. Vi mulheres amamentando filhos com mais de três anos. O leite materno era composto pelos alimentos ingeridos pela mãe, segundo os Munduruku, e por isso, era preciso estar atento aos alimentos consumidos. Nem toda mulher tinha facilidade em amamentar ou teve leite logo após o parto. Para estimular a produção de leite, entretanto, não bastava às mulheres Munduruku alimentar-se. Elas conheciam algumas práticas de manipulação do seio como, por exemplo, passar uma trouxinha de sal no mamilo em movimentos repetidos de cima para baixo, por alguns instantes, e depois enterrá-la na *beira*, a fim de estimular a produção de leite. Indicavam também esquentar uma panela com pouca água e passar o vapor condensado na tampa no seio. Da mesma forma, indicavam práticas para fazer cessar o leite.

Nesse sentido, podemos traçar um paralelo entre essa prática de autoatenção e a prática biomédica de incentivo ao aleitamento materno. Em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Ministério da Saúde brasileiro recomenda o “aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os dois anos ou mais” (Brasil MS, 2009: 12), destacando, entre os fatores positivos, os aspectos nutritivos e afetivos para o desenvolvimento da criança e para a saúde da mãe. Podemos sinalizar, mais uma vez, que na tentativa de minimizar risco ou prevenir enfermidades, as mães

Munduruku selecionaram os alimentos apropriados para o período do *resguardo*. Entretanto, as pesquisas científicas de caráter biomédico, que fornecem as evidências sob as quais se fundamentam as recomendações do Ministério da Saúde, definem a qualidade dos alimentos por meio de técnicas que avaliam o aspecto nutricional a partir das propriedades químicas e orgânicas e das condições microbiológicas dos alimentos. Já os Munduruku, conforme abordado anteriormente, além de considerarem os aspectos nutricionais dos alimentos – como gorduroso ou azedo –, também avaliavam a origem do alimento (doméstico ou selvagem), o comportamento e as características do animal, no caso de carnes.

O período do *resguardo de parto* variou entre 40 e 45 dias para a maioria das mulheres. Entretanto, alguns itens da dieta alimentar ultrapassaram o período da quarentena. Piranha devia ser evitada por cinco meses após o parto, pois “come de tudo”. As mulheres me explicaram que após 40 dias já podiam comer quase de tudo. Entretanto, as restrições alimentares da mãe iam paulatinamente perdendo a importância de antes, conforme os alimentos eram inseridos na dieta do bebê. Em geral, seguiam as recomendações da Emsi para amamentar exclusivamente até os seis meses de vida. De modo semelhante, a reclusão da *mulher parida* também não tinha data certa para encerrar. Os Munduruku citaram um período de oito dias, porém vi mulheres permanecendo por mais tempo no interior da casa. O banho no rio, na *beira*, fora retomado apenas alguns dias após o sangramento cessar, entre 20 dias ou mais após o parto. Em alguns casos, as mulheres permaneciam a quarentena toda sem banhar-se no rio, embora já circulassem por um amplo espaço além do entorno da casa. Conforme sublinhei anteriormente, durante todo o período do *resguardo de parto* foi notável a participação dos companheiros, maridos dessas mulheres e os pais do recém-nascido.

O TAPEREBÁ E O “PAI DA CRIANÇA”

De certa forma, os pais também cumpriram *resguardo*. Os Munduruku costumavam dizer que o pai do recém-nascido não podia fazer força. Itamar foi quem primeiro especificou quais atividades o pai do recém-nascido devia evitar: “*não pode flechar, dar partida no motor, atirar de espingarda, não pode fazer força que sai sangue do umbigo da criança*”. Em certo sentido, isso era o mesmo que dizer: não pode *fachbear*, não pode pescar, não pode caçar. Os homens Munduruku utilizavam a zagaia, uma espécie de flecha para *fachbear*, uma técnica de pesca. Para pescar, teriam de remar a *rabeta*, ao invés de se deslocar de forma motorizada, o que implicaria no encurtamento da distância navegável. E para caçar, utilizavam arma de fogo, espingarda. Ainda segundo os Munduruku, os homens não podiam dar nó em corda, pilar, trançar ou tecer o que quer que fosse durante oito dias. O principal motivo era o bem-estar do recém-nascido, “*pra criança não se espremer*”. Ao se “*espremer*”, a criança poderia sangrar pelo umbigo, ao ponto de sofrer uma séria hemorragia. Desse modo, o cumprimento das interdições e proibições do *resguardo de parto* para os homens Munduruku estava diretamente relacionado com a saúde e a vida do recém-nascido, e não com a própria saúde ou com a saúde da mulher, como acontecia em outras etnias indígenas (Da Matta, 1976: 89-90). Logo, o descumprimento do *resguardo de parto* por parte do pai afetava diretamente a saúde da criança, podendo até mesmo levá-la à morte.

No entanto, os Munduruku afirmavam que havia uma maneira de proceder para evitar que as crianças sofressem com as ações do pai durante o *resguardo de parto*. Essa ação profilática constituía-se em uma prática de autoatenção relativa ao *resguardo do parto* que incidia sobre o comportamento e as atividades físicas do pai do recém-nascido. O homem Munduruku só podia fazer força durante o *resguardo* após apresentar, ao filho recém-nascido, “*o pai da criança*”. Tratava-se de um ritual muito particular em que um tronco de árvore é apresentado ao recém-nascido como pai da criança. O “*pai da criança*” é o tronco

da árvore de taperebá (*Spondias mombin*). Esse tronco deve ser de um taperebá da “mata”, isto é, não pode ser “pai” de outra criança. Por esse motivo, o homem adentra a mata em busca de um taperebá, ao encontrá-lo corta-o e leva um pedaço para casa. Ao chegar em casa, aproxima-se da rede do bebê e passa o “*pau de taperebá*” ao redor da rede, por cima e por baixo da criança deitada. Ao mesmo tempo em que passa o “*pau de taperebá*” ao redor do bebê, diz: “*aqui está o teu pai, aqui está teu pai*”. Assim fazendo, ele está apresentando “o pai da criança”. Após “*apresentar o pai da criança*”, conforme disse um AIS, que era também Conselheiro Distrital de Saúde e pai de duas crianças, “*aí pode fazer quase tudo, que a pessoa do pai fica lá*”. O “pai da criança” fica no interior da casa, em geral, em um canto do quarto onde o recém-nascido permanece boa parte do dia.

Eu estava na casa do casal Batista e Nora, no terceiro dia do *resguardo do parto*, ao entrar no quarto para conhecer o recém-nascido, lá no canto do quarto estava o “pai da criança”. Perguntei por quanto tempo o “pai da criança” permaneceria ali e Batista me disse que “*até inteirar 45 dias*”, depois, “*enterra, devolve pra mata*”.

Quando fui visitar Naná, dez dias após o parto, perguntei a ela se eles haviam feito o “*pau de taperebá*”. Ela respondeu-me que sim, que “*estava passando no umbigo do bebê*”. Naquele momento, percebi que eu não havia feito a pergunta corretamente, então, refiz minha pergunta: cadê o pai da criança? Ela sorriu e perguntou se eu queria vê-lo. Eu disse que sim. Levantamos e ela me levou até a cozinha e mostrou o tronco de taperebá que estava na vertical, num canto. Ao mostrá-lo, ela disse que “*agora*” Moacir já podia fazer quase tudo que não teria nenhum problema. Isso explicava porque o vi capinando ao redor da casa, atividade que as mulheres costumavam fazer. Moacir e Naná eram nossos vizinhos. Da varanda da casa de Ceci podíamos ver a sala da casa deles. O casal compartilhava a mesma porção da *beira* que a família de Iara e Carlos, cuidadores de Ceci. Era a mesma porção da *beira* onde eu e meu esposo também nos banhávamos, lavávamos nossas roupas e louças. Durante a reclusão de Naná, foi Moacir quem

lavou as roupas, louças e deu banho nos filhos pequenos. Lembro que, ao vê-lo descer para a *beira* com uma bacia cheia de roupas, seu vizinho fez um comentário entre risos sobre o fato de Moacir estar lavando roupas. Essa brincadeira soou como um misto de jocosidade e de felicitação por mais um filho entre dois homens que pertenciam à mesma família extensa, moravam no mesmo segmento residencial, jogavam no mesmo time de futebol, compartilhavam horas de conversa e, eventualmente, bebiam juntos. Contudo, mesmo tendo apresentado o “*pai da criança*” para seu filho recém-nascido, Moacir parou de trabalhar na construção da escola nova, que estava sendo erguida na aldeia Kwatá. Não perguntei a ele a razão de não mais trabalhar na construção, pois era óbvio que se tratava de cumprir o *resguardo do parto*, seja porque devia evitar fazer força, seja porque estivesse absorvido por outros trabalhos, antes realizados por sua esposa, além daqueles de sua competência diária, como pescar. Mesmo após apresentar o “*pai da criança*”, alguns pais mantiveram uma atitude comedida durante, aproximadamente, oito dias após o parto, evitando jogar futebol ao final do dia e nos finais de semana, ou realizar trabalhos que ocupassem o seu dia, exigindo muito esforço, como trabalhar na construção da escola ou na empreiteira responsável pela implantação da rede de energia elétrica. Eles solicitavam a outros homens ajuda para realizar atividades proibidas.

Houve, no entanto, casos em que os pais não apresentaram o “*pai da criança*” para o recém-nascido. O marido de Lara, Isaque, não o fez. Embora Isaque tenha executado as prescrições relativas às práticas de autoatenção ao pós-parto, como as tarefas notoriamente realizadas pelas mulheres na vida cotidiana, ele deliberadamente não cumpriu a prescrição de “*apresentar o pai da criança*” nem deixou de trabalhar. Ele era o responsável pela energia elétrica na aldeia Kwatá movida a diesel. O trabalho incluía abastecer o combustível, ligar o motor e reparar a fiação elétrica. Lara contou com grande preocupação que seu filho sangrara no dia anterior quando fui visitá-la no quarto dia após o parto. Isaque, seu marido, foi chamado para retirar a fiação elétrica dos

postes da rua onde foram cortadas castanheiras e depois colocá-los de volta. Ele acabou por “*desenrolar os fios*” para prendê-los novamente aos postes. Lara disse que, por esse motivo, “*o umbigo da criança sangrou*”. Ela estancou o sangue com um “*remédio do mato*”, “*queimou*” o umbigo com “*copaíba para parar de sangrar*”. Oito dias após esse evento, quando perguntei como estava o bebê, Lara disse que estava bem e que seu marido Isaque vinha “*se resguardando*”, pois tinha passado a evitar algumas atividades como “*pregar e trançar fio de luz*”.

Outro caso semelhante ocorreu em uma aldeia no rio Mari-Mari, na TIKL. Infelizmente, o desfecho desse resultou na morte do recém-nascido três dias após o parto. Durante a primeira etapa do trabalho de campo, meu esposo e eu fomos conhecer algumas aldeias do rio Mari-Mari a convite do conselheiro distrital Munduruku que representava as aldeias daquele rio. Passamos apenas sete dias na casa dele, porém, com a chegada da notícia da gravidez de sua mulher, através do resultado do exame de BCG entregue pela Emsi, no dia de consulta na aldeia onde moravam, muita conversa rolou. Foi sua esposa quem nos narrou o acontecimento. Uma comadre da aldeia Mucajá não conseguiu salvar seu filho apesar dos esforços. O pai “*desobedeceu*” o alerta de sua mãe, a avó da criança, de que “*não prestava cortar fio de luz durante os oito dias*” após o parto. Porém, o pai teria falado “*não dá nada*” e seguiu com seu trabalho. Poucos minutos depois de cortar o fio de luz, a mãe do recém-nascido começou a gritar dentro de casa porque estava saindo sangue pelo umbigo do bebê. Ela teria tentado amarrar com um fio o umbigo, mas isso não foi suficiente para estancar e fazer cessar o sangramento, pois o umbigo teria enchido novamente e voltado a “*vazar*”. O bebê teria morrido por conta do sangramento.

Outros casos foram narrados sobre a quebra do *resguardo do parto*. Nem todos resultaram em morte, mas todos tiveram como consequência o sangramento pelo umbigo. Rosária, parteira, mãe de muitos filhos, alguns já adultos, outros ainda adolescentes, contou que uma de suas filhas “*quase morreu*”. Ela viu sua filha se *espremer* quando o marido começou a pilar café. Por sorte, ele estava pilando no lado de

fora da casa e ouviu Rosária adverti-lo. Imediatamente parou, mesmo assim a criança sangrou um pouco pelo umbigo.

O curioso nesses exemplos sobre a quebra do *resguardo de parto* é que eles confirmavam o saber compartilhado por gerações sobre o propósito das práticas de autoatenção seguidas pelo pai, para a saúde do bebê. Métraux (1979: 95) sintetizou uma hipótese que ainda hoje cerca o tema da couvade ao investigar o caso Tupinambá. Segundo o autor, o cumprimento da couvade é “[...] uma manifestação simbólica do papel paterno no ato da geração”. Belaunde (2006), ao investigar o significado do sangue entre as populações amazônicas de modo geral, sugeriu que

durante a gestação, parto e pós-parto, a dieta de reclusão são úteis na construção da paternidade responsável do homem com relação ao feto e à mãe (Belaunde, 2006: 234).

No tema da couvade, seu cumprimento parece residir entre dois princípios: a afirmação de um laço substancial dado já no momento da fecundação e a afirmação e construção moral do direito de paternidade. Entre os Munduruku, como vimos, há relatos de morte de bebês recém-nascidos devido à falta do pai no cumprimento da couvade. Esta inclui restrições sobre atividades físicas que exigem esforço e prescrições específicas como “*apresentar o pai da criança*”. Não há uma regra explícita sobre quem deve auxiliar a mulher nesse período do pós-parto, podendo ser, conforme me relataram, a sogra, a mãe, a cunhada, um filho ou uma filha. Observei o marido e pai do recém-nascido assumindo as tarefas realizadas pelas mulheres na rotina da vida cotidiana, como lavar roupa, cozinhar e cuidar das crianças. Podemos, assim, analisar a couvade Munduruku como a expressão de um discurso explícito e uma prática implícita.

O discurso explícito refere-se ao papel central que os pais têm no bem-estar e na saúde de seus filhos recém-nascidos, cujo descumprimento da couvade pode levar à morte. A prática implícita seria a da cooperação entre homem e mulher como valor social central na produção e manutenção da família elementar. Mesmo nos casos em que a

couvade não é cumprida, os saberes que os Munduruku compartilham acerca do *resguardo* de parto são afirmados. Em síntese, os casos de quebra da couvade acabam por reforçar a ideologia do grupo (Young, 1976). Uma ideologia construída e constituidora da cosmografia Munduruku, em que determinados lugares e agências assumem sentido e significado particular, específico ao contexto da ação. Lana contou que seu marido não “*apresentou o pai da criança*” para nenhum dos cinco filhos, fazendo-o apenas para a criança que nasceu quando moravam na aldeia Kwatá. Durante nove anos, o casal morou na cidade de Tefé, pois Jim era funcionário da Funai. Lá tiveram quatro filhos e ele não cortou o pau de taperebá para todos porque “*era cidade e não tinha taperebá e também não precisava*”. Essa explicação define uma restrição geográfica/ambiental indissociável dos saberes cosmográficos, em que estéticas e éticas se adaptam e se modificam, sendo exigidas conforme o espaço de atuação dos atores em sua relação íntima e afetiva com o seu território.

Segundo os Munduruku, o período crítico do *resguardo* do parto seguido pelos pais é de oito dias. Talvez isso explique porque eu observei alguns pais deixando de lado certas atividades que faziam comumente, fosse de lazer ou de trabalho, mesmo tendo *apresentado o pai da criança* para o recém-nascido. Após oito dias tudo parece voltar ao normal. Apenas parece, porque, de fato, como vimos anteriormente, muitas mulheres ainda permanecem em reclusão, o que implica diretamente na contrapartida dos homens na execução de uma série de atividades prescritas pelo *resguardo do parto*. Ao final do *resguardo*, aproximadamente, 45 dias após o parto, os homens enterram o *pai da criança*, isto é, devolvem para a terra o pau de taperebá. Não há qualquer cerimônia para isso. Acompanhei um casal plantando o taperebá. Em muitas casas que visitei, comentei sobre essa prática, e homens e mulheres Munduruku apontaram árvores de taperebá no quintal, fazendo a seguinte referência: “*aquele ali é pai de fulano*”.

Em uma das visitas que fiz ao casal Zazá e Ciro, pude observá-los plantando o taperebá, e foi uma boa surpresa ser convidada para o

evento. Zazá já havia escolhido o local para plantá-lo, seria no terreno onde estavam construindo uma nova casa. O terreno havia sido roçado e queimado recentemente, ainda com vestígios de cinza no chão. Enquanto Ciro plantava, Zazá, com a criança no colo, o exortou para cavar fundo a fim de que desse “*bastante frutos*”. Na sequência, mostraram-me o “*pai*” de uma das filhas, na época com seis anos. Era uma árvore de taperebá já grande, também localizada perto de casa.

Por que o taperebá? Eu perguntei para vários homens e mulheres Munduruku querendo saber se o *pai da criança* podia ser qualquer outra árvore. Todos foram unânimes ao salientar as propriedades curativas e a resistência dessa espécie. Zazá, ao ver as fotos do dia da plantação do taperebá da filha caçula, já com sete meses, explicou-me que “*taperebá é um tipo de madeirame em que não se vê ferida, não dá bicho. O taperebá é remédio*”. Ou, como me explicou um senhor, avô de muitos netos, “*nem fogo mata ele, pode revirar com a raiz para cima que ele não morre*”. Esse mesmo ancião contou-me que “*só fogo de raio*” o matava. Os Munduruku têm estórias que ressaltam as características perenes e a resistência do taperebá. Há a história de alguém que esquecera de devolver o taperebá para a terra ao final da quarentena. Após anos, a mulher achou o taperebá caído, lá dentro de casa. O galho estava “*seco*”, mas não tinha apodrecido. O marido plantou e todos se surpreenderam quando a árvore brotou³. Além dessas características de grande resistência, resiliência e perenidade, sobressai, ainda, o caráter curativo a que a árvore é associada. A casca do taperebá é usada como *remédio caseiro* pelas *mulheres paridas* Munduruku para “*sararem por dentro*” e também passado no umbigo das crianças. Suas propriedades terapêuticas curavam feridas não só da *mulher parida*.

3 Scopel (2013: 224) apresentou uma história mítica sobre o paradoxo da luta entre o jabuti e o taperebá. Ambos figuram como seres míticos famosos por suas características perenes mesmo em condições adversas. O jabuti pela capacidade de sobreviver por longo período sem alimentar-se e o taperebá de sobreviver ao fogo e por longos anos mesmo fora da terra.

Meu esposo havia sofrido um acidente em campo, machucando a perna. O machucado demorou a sarar e nossa anfitriã, vendo que a ferida continuava apesar dos esforços para tratá-la, indicou a Daniel sumo da casca de taperebá, espremido diretamente sobre o machucado para auxiliar na cicatrização (Scopel, 2013: 223-224). A parteira Gioconda lembrou-se que sua avó dizia que “*taperebá era pajé, curador, feiticeiro, antigamente*”. Ela destacou as propriedades medicinais e curativas do taperebá, “*bom para mulher que está de parto e para sarar umbigo*”. Além do mais, “*serve para comer*” (frutos)⁴.

A LONGEVIDADE E A FORÇA DE UMA SAMAUMEIRA

Gigi, filha de Margarida, agente indígena de saúde, uma jovem de aproximadamente 17 anos, estava “*quarentando*” naquele dia. Durante nossa visita, Margarida fez o seguinte comentário “*hoje ela já saiu do perigo*”. O parto foi no hospital de NON. Ficaram alojadas na Casai por sete dias após o parto, antes de retornar para a aldeia. Até aquele dia, Gigi estava tomando banho dentro de casa para evitar qualquer “*perigo*”, isto é, para evitar qualquer doença e mesmo morte em consequência do contato com os seres que habitam o mundo subaquático,

4 Descrições sucintas sobre restrições e prescrições do *resguardo* associado ao pós-parto são encontradas em diferentes etnografias realizadas junto a populações indígenas amazônicas (Da Matta, 1976; Melatti, 1978; Ramos, 1990; Vidal, 1977). Apesar das práticas de *resguardo* diferirem de um grupo indígena para outro e terem significados igualmente particulares, de maneira geral, os dados etnográficos desses trabalhos destacaram que o cumprimento do *resguardo* não se restringia aos pais do recém-nascido nem a dietas alimentares, estando diretamente relacionado à formação do corpo, do bebê, dos pais e das mães, além de ser também um rito de passagem. Entre os Xikrin, por exemplo, além do pai e da mãe da criança, também, o irmão da mãe, o pai da mãe, a mãe da mãe, o pai do pai, a mãe do pai e a irmã do pai poderiam cumprir o *resguardo* (Vidal, 1977: 88-89). Os Krahó, por sua vez, admitiam que uma criança pode ser gerada por mais de um homem e todos aqueles que contribuíram com seu sêmen deveriam cumprir o *resguardo*, que implicaria “*não somente em restrições alimentares, como também em abstinência sexual, proibição de fumar e redução do trabalho*” (Melatti, 1978: 56).

em especial, o *boto*. O cheiro do sangue de Gigi, o “*sangue do parto*”, poderia atrair os *botos encantados* e desencadear uma série de contatos cujas consequências resultariam em *assombração*, *endoidar*, *ser levada para o fundo* e morte, e tais consequências se estenderiam a toda mulher e criança próxima e não apenas a ela, como já vimos. Margarida, lembrava a Gigi o “*perigo*” que todos corriam para incentivá-la ao cumprimento de seu *resguardo*, além da intenção de evitar contato com os seres que habitam o mundo subaquático. Ao seguir o *resguardo*, Gigi intencionava obter força, vitalidade e saúde, a exemplo de sua bisavó centenária, Antônia.

Margarida, referia-se à avó, Antônia, como uma “*samaumeira*”. Ela explicou-me que a *samaumeira* é “*uma árvore grande e forte*”. Antônia era uma pessoa muito admirada pelos Munduruku por seu conhecimento e por tudo o que já vivera. Frequentemente, os Munduruku recomendavam-me conhecer Antônia. Fora Ceci, outra senhora de idade avançada, com 92 anos, quem me apresentou Antônia⁵. Era notável o respeito com qual os Munduruku se referiam e tratavam tanto Antônia como Ceci. Elas eram apontadas como as grandes conhecedoras da língua, dos costumes e das histórias Munduruku. Definitivamente, Ceci deu grande contribuição a esta tese, pois revelara uma disposição surpreendente para conversar, explicar e contar histórias do “*tempo dos antigos*”, as quais versavam sobre eventos históricos envolvendo os Munduruku e também tratavam de mitos que ela aprendera com os mais velhos. Diariamente, compartilhei dúvidas, achados e muitas conversas com ela. Infelizmente, Antônia falecera durante minha pesquisa de campo.

Antônia e Ceci eram citadas como grandes conhecedoras da língua, do passado e da cultura Munduruku. As mulheres de suas famílias as admiravam pela saúde que ostentavam, apesar da idade avançada. Antônia e Ceci eram exemplos de mulheres “*fortes*”. Ambas sentiam as

5 Antônia era cunhada de Ceci e ambas foram tradutoras, junto às pesquisadoras do Summer Institute of Linguistics, na década de 1980, na edição da *Bíblia* em Munduruku.

consequências do peso da idade, sofriam de catarata, eram hipertensas e não trabalhavam mais na roça. Então, o que seria essa saúde e força a que se referiam as mulheres Munduruku?

Tudo indicava que o crepúsculo da vida não lhes tirara a disposição para conversar e trabalhar, embora não executassem mais as atividades cotidianas das mulheres Munduruku como cozinhar, cuidar da casa, lavar roupas e louças, capinar a roça e o terreno em volta da casa, cuidar das crianças, entre tantas outras atividades. Outra qualidade reconhecida nessas senhoras era a autonomia para se deslocar, para se alimentar e para cuidar de si, ainda que sempre auxiliadas por outras mulheres mais jovens. A filha que cuidava de Antônia se queixou da mãe ir tomar banho sozinha à beira do igarapé próximo da casa. Era uma queixa com um misto de espanto e admiração, pois, mesmo com a visão prejudicada por conta da catarata, Antônia ainda assim saía de casa e punha-se a caminhar em um terreno com declive para chegar até a água. Ceci também sempre fazia questão de tomar banho no rio, vencendo as dificuldades do percurso, como troncos de árvores e pedras ao longo do caminho. Muitas vezes, fomos tomar banho no mesmo horário, e embora sua filha a auxiliasse no deslocamento, Ceci lavava-se e mergulhava sem auxílio algum. Ceci ainda se deslocava frequentemente até a igreja nos dias de domingo, sempre acompanhada de seus netos.

Lembro-me do dia em que Ceci e eu visitamos Antônia. De fato, a caminhada pela estrada fora muito tranquila e, apesar de lenta, não ofereceu dificuldades para o deslocamento da anciã que a percorreu todo o tempo sem qualquer apoio, solicitando ajuda apenas para atravessar o terreno entre as casas, principalmente nas partes tomadas pelo mato crescido, o que impossibilitava enxergar os obstáculos. Durante todo o percurso, ela foi apontando as casas e citando seu grau de parentesco com os moradores.

Durante o trabalho de campo, Ceci sofrera um derrame que a deixou com dificuldades para caminhar sozinha, sobretudo para descer ou subir as escadas de sua casa. Ela precisava de apoio para sair e entrar em casa. Foram longos meses até que se recuperasse das sequelas, e até o últi-

mo momento do meu trabalho de campo, seus familiares continuavam a realizar práticas de autoatenção, executando *massagens*, *puxações* e *banhos*. Sua dificuldade para caminhar aumentou quando iniciaram a construção de uma nova escola em frente à sua casa, pois o caminho até o banheiro, localizado a poucos metros fora de casa, estava tomado por restos ou parte dos materiais de construção, como ripas, tijolos, areia etc. Ainda assim, diariamente, Ceci saía para reunir-se com seus familiares na casa de algum parente e para sentar-se na rua em frente à sua casa ao final do dia e conversar. Como dito anteriormente, Ceci já não ia mais à *roça*, nem à *casa de farinha* e já não lavava louças e roupas. Todavia, ocupava-se da organização de seu quarto para pôr em ordem suas roupas, seus pertences como fotos, cartas de netos que moravam na cidade de Manaus, entre outros objetos. Ela também estava sempre atenta aos netos e, embora não tivesse a tarefa de cuidar das crianças, exercia a função de orientá-los, vigiá-los e, quando necessário, fazer advertências. À noite, ensinava os netos a falar munduruku. Enfim, Ceci e Antônia eram mulheres *fortes* e suas longevidades vinham acompanhadas de saúde, pois não estavam acamadas, não permaneciam deitadas em suas redes ou camas, nem dependiam de outra pessoa para levar comida à boca. De certa maneira, Antônia e Ceci representavam um ideal de longevidade para as demais mulheres.

No decorrer de muitas conversas, passei a compreender que esse ideal não era visto como fortuna da vida, como questão de sorte, mas sim como consequência das práticas de autoatenção realizadas ao longo da vida de uma mulher. Toda vez que uma mulher Munduruku se referia à força, à saúde e à longevidade, fosse de Antônia, de Ceci ou de outras mulheres idosas já falecidas, sublinhavam o cumprimento das prescrições relativas à menstruação, à gravidez e ao pós-parto.

As mulheres que já não estavam mais no período fértil, isto é, que não menstruavam mais, atribuíam sua saúde e força ao fato de terem cumprido seus *resguardos*. Em geral, essas mulheres tinham aproximadamente 50 anos ou mais, e todas trabalhavam na roça, plantavam, capinavam, colhiam mandioca, faziam farinha, cozinhavam, cuidavam

dos filhos e netos, mantinham uma horta com plantas para fazer remédio caseiro (chás, banhos, infusões, pastas etc.) e com condimentos, cuidavam da casa e capinavam o terreno ao redor da casa, colhiam frutas nas proximidades da roça, faziam artesanato e, em alguns casos, trabalhavam ainda como assalariadas.

Se um dos objetivos do *resguardo* no pós-parto é o de evitar o contato com os seres do mundo subaquático, com motivação imediata e pragmática, certamente, a intenção de obter longevidade também merece ser destacada. Margarida aprendera com sua avó, Antônia, que uma mulher “*não facilitava quando tava na menstruação, não sai mais na porta!*”. A alimentação incluía somente “*comida escolhida quando tava menstruada ou de resguardo*”. Na gravidez e no pós-parto não se fazia “*extravagância, movimento pesado*”. De modo semelhante, Araci, mãe de 13 filhos(as), contou-me que cumprira todos os seus *resguardos* de pós-parto. Aos 60 anos, aproximadamente, afirmava com orgulho “*por isso que sou uma pessoa forte, porque eu me cuidei muito bem*”. Araci aprendera com a mãe que a mulher tem de se resguardar para ter boa saúde quando for mais velha, referindo-se aos *resguardos* praticados durante o período menstrual, na gestação e no pós-parto. Ela era uma mulher ativa e realizava todas as atividades cotidianas de cuidados com a casa, com os filhos, com a roça, com seus animais de criação, com sua horta, e ainda costurava, participava no *puxirum* de seus parentes, fazia remédios, *puxações*, auxiliava partos, sabia *pegar barriga* e *puxar a mãe do corpo*. Enfim, Araci esbanjava força, saber e saúde. Certamente, creio que ela será lembrada pelas mulheres de sua família como uma *samaumeira*.

Deste modo, o conjunto de prescrições relativas ao curso de vida de uma mulher Munduruku abarca saberes transmitidos ao longo de gerações sobre ações pragmáticas que as auxiliam na fabricação de seu corpo e na manutenção de sua saúde e da saúde e vida dos demais residentes na aldeia. É preciso esclarecer que esses saberes não são herméticos nem exotéricos. De fato, são saberes compartilhados entre mulheres e homens Munduruku.

Ao analisar, em conjunto, as práticas de autoatenção relativas ao *resguardo do parto*, podemos alargar nossa compreensão da noção e da abrangência da autoatenção. A partir das práticas Munduruku relativas ao *resguardo* fica evidente que a autoatenção abrange o coletivo, a família. Nele, as práticas de autoatenção que incidiam sobre o pai tinham o objetivo pragmático de prevenir, em última instância, a morte do filho recém-nascido. Da mesma forma, ao assumir as atividades do trabalho cotidiano da mulher, o pai estava, a um só tempo, cumprindo as práticas de autoatenção ao pós-parto e possibilitando que sua esposa também as cumprisse. E ambos, ao cumprirem as práticas de autoatenção relativas ao *resguardo do parto*, estavam mutuamente se esforçando por manter e garantir o bem-estar e a saúde do recém-nascido. Ademais, ao observarmos as práticas de autoatenção relativas à *mulher parida*, evidencia-se com mais clareza que o foco não está apenas no bem-estar da família elementar, mas abrange também a família extensa e os demais membros da aldeia, pois qualquer um poderia passar pelo *rastro* do cheiro do sangue.

Tais práticas reforçam a ideia processual e relacional de *produção* de pessoas e permitem pensar em uma forma ativa e criativa de construção da continuidade substancial e afetiva entre os pais e entre eles e os filhos (Conklin, Morgan, 1996). O *resguardo* do pós-parto reforça os laços maritais. Mãe e pai precisam cooperar para manter o bem-estar do filho. O *resguardo* também reforça uma continuidade entre pai, mãe e filhos, marcada pelo compartilhamento de substâncias em comum: sangue, sêmen e alimento, e mantida por relações de apoio mútuo e autocuidado diários. Nesse sentido, podemos inferir que em termos sociológicos, o *resguardo de parto*, ao mesmo tempo em que forja uma substancialidade comum pela continuidade de determinadas relações sociais, também reforça a descontinuidade e os distanciamentos necessários para a construção social dos gêneros e para a delimitação das agências humanas e não humanas, nesse caso, pela evitação de certas relações indesejáveis.

Se, por um lado, o *resguardo* do pós-parto é um evento restrito à intimidade da familiar elementar, podendo incluir também a participa-

ção de membros da família extensa, por outro, as motivações e os riscos envolvidos durante o *resguardo* do pós-parto constituem parte de um saber compartilhado ao longo de gerações, ocupando uma posição central nas preocupações e interesses nativos, pois versam sobre os limites da vida e sobre o perigo iminente da morte. Assim, o *resguardo* compreende uma ideologia, no sentido de um discurso explícito e coercitivo, e também uma experiência vivida por muitos Munduruku. É preciso, entretanto, ter em mente que, na condução da vida diária, as ideologias são sempre “residuais” e “emergentes” (Ortner, 2006: 5), isto é, na práxis cotidiana, os atores sociais agem de maneira criativa reproduzindo, corrigindo, adaptando e/ou transformando seus saberes. Em síntese, o *resguardo* do pós-parto abrange um tempo socialmente marcado e se caracteriza pela orquestração de um conjunto de práticas restritivas intencionalmente realizadas pelos Munduruku com o objetivo de manter a saúde, de prevenir doenças e evitar a morte.



Considerações finais

Esta tese tratou das práticas de autoatenção manejadas pelos Munduruku durante a gestação, parto e pós-parto. Por meio da pesquisa etnográfica procurou-se destacar as especificidades dos saberes Munduruku em um contexto de pluralidade de formas de atenção à saúde. Ao abordar as práticas de autoatenção na gestação, parto e pós-parto, verificou-se que as mulheres Munduruku articulam os saberes indígenas com práticas biomédicas de atenção à saúde, por exemplo, o acompanhamento do pré-natal e exames junto às equipes de saúde biomédicas, como também seguem as prescrições indígenas relativas às dietas alimentares, *banhos*, *pegar barriga*, *puxar a mãe do corpo*, *reclusão*, entre outras práticas que interferem diretamente na *produção* do corpo e da pessoa Munduruku.

Ao colocar a observação participante como eixo condutor da etnografia, esta tese contribui para destacar que gestação, parto e pós-parto constituem processos sociais que envolvem uma diversidade de atores, entre eles, gestantes, pais, mulheres mais velhas da família extensa, *pajés*, *parteiras* e profissionais de saúde. Ao focalizar a práxis da vida diária foi possível compreender que esses processos têm importância central para a cosmografia Munduruku. Sublinhar a dimensão social e cosmográfica que subjaz as práticas relativas à gestação, parto e pós-parto, torna-se relevante para apontar as ênfases conferidas à dimensão processual, coletiva e criativa da experiência vivida. Deste modo, ao longo da tese, percebemos que essas práticas de autoatenção não podem ser compreendidas apenas por um viés obstétrico, ginecológico ou de autocuidado, ao menos, nos termos colocados pela forma biomédica de atenção (Menéndez, 2003).

A preocupação dos Munduruku com o *desejo* da mulher gestante e com a dieta no pós-parto, por exemplo, enfatizam a centralidade da alimentação como fator que intervém diretamente na *produção* do corpo e do caráter moral da criança. Os esforços para satisfazer o *desejo*, por sua vez, sublinham a importância das relações de parentesco, contribuindo para reforçar os laços afetivos e reafirmar os comportamentos e as expectativas adequadas ao contexto da ação e aos atores envolvidos nas relações sociais. De modo semelhante, a preocupação dos Munduruku com o *abalo de criança*, que pode acometer os pais, enfatiza a participação desses homens na formação do corpo de seus filhos durante a gestação. Ao contrário do que pressupõe a biomedicina, o pai Munduruku pode contribuir ativamente na *produção* do corpo do feto durante a gestação, pois a criança *puxa* gordura, força e vitalidade do pai. Esses exemplos referem-se a algumas das práticas de autoatenção à gestação, que salientam a participação ativa do pai, embora a gestação possa incluir também a participação de parentes engajados na produção, circulação e consumo de alimentos, na troca de serviços e em apoio mútuo. Assim, a gestação de uma criança acopla um feixe de relações sociais construídas pela partilha de substâncias (Belaunde, 2005; 2006; Conklin & Morgan, 1996; Da Matta, 1976; Gow, 1989; Seeger; Da Matta & Viveiros de Castro, 1979; Viegas, 2003; 2006; Wiik, 2004) como sangue, sêmen, alimento, gordura, vitalidade, assim como de serviços. Cumpre lembrar que, do ponto de vista Munduruku, o feto já tem agência nessas relações sociais, pois é capaz de interferir nas atividades cotidianas do pai e da mãe. Nesse sentido, esta tese contribui também para sublinhar que as relações de parentesco, entre os Munduruku, demandam um engajamento diário dos sujeitos em práticas de autoatenção à saúde.

Por sua vez, as práticas de autoatenção relativas ao *pegar barriga* evidenciam a importância dos saberes indígenas sobre a formação do corpo da criança no ventre da mãe e a relação desse processo com a cosmografia. A gestação de uma criança envolve muitas incertezas, podendo gerar dúvidas acerca da humanidade do feto. A *gravidez de bicho*, por exemplo, foi evocada como algo muito grave que poderia

culminar em aborto e morte. Assim, os saberes transmitidos por gerações de mulheres acerca dos perigos que cercam a gestação versam, em última análise, sobre o distanciamento das relações sociais dos humanos para com os demais seres do cosmo. Podemos pensar essa manutenção das distâncias que regulam a interação social entre humanos e seres que habitam o cosmo Munduruku como prática que orienta a vida cotidiana. Através da prática de *pegar barriga*, as mulheres Munduruku investigaram sobre a humanidade do ser em gestação, por meio de seus saberes sobre a concepção, a fisiologia e a morfologia do feto. A prática de *pegar barriga* sustenta, entre outras questões, uma imagem socialmente compartilhada de como deve ser o corpo de um feto humano. Deste modo, ao assinalar que os Munduruku realizavam uma série de práticas de autoatenção que tinham implicações diretas sobre o desenvolvimento de características físicas e morais da criança em gestação, esta tese aponta para a importância dessas práticas na construção social do corpo e da pessoa Munduruku, além de ressaltar que corpo e pessoa não são dados de uma natureza biológica, fixa e preexistente.

Ao focalizar nas práticas de autoatenção à gestação, parto e pós-parto, aproximei-me, em particular, das atividades manejadas em um momento específico do fluxo de vida de um homem e de uma mulher Munduruku. Essas práticas de autoatenção abrangeram um esforço da parte de ambos em garantir o bem-estar da criança e de si mesmos, como mãe e pai. Ao longo desta tese, sugeri que o cumprimento das práticas de *resguardo* do pós-parto poderia ser pensado como modo de evitar os perigos advindos do contato com os seres que habitam o cosmo, dado que o sangue teria uma qualidade volátil capaz de atrair tais seres, com os quais as relações sociais frequentemente resultam em doenças e mortes. Ainda mais, sugeri que o cumprimento do *resguardo* era de interesse direto de toda a comunidade, posto que tais perigos de doença e morte se estenderiam sobre qualquer pessoa que passasse pelo *rastro* do sangue deixado pela mulher menstruada ou pela *mulher parida*. Logo, as práticas de autoatenção, como, por exemplo, a reclusão que as mulheres fazem durante o *resguardo*, po-

dem ser compreendidas como processo de construção social do corpo, da pessoa e da coletividade Munduruku, assim como outras etnografias das populações amazônicas sugerem (Belaunde, 2005; Conklin, 2001; Da Matta, 1976; Motta-Maués, 1994; Seeger, Da Matta & Viveiros de Castro, 1979).

Este estudo demonstrou que o homem Munduruku contribui para produzir a pessoa e o corpo da mulher Munduruku durante a gestação, parto e pós-parto, pois ele tem um papel social importante no *resguardo* do pós-parto da mulher. Assim, ao cumprir o *resguardo*, ao permanecer vários dias dentro de casa, e ao evitar banhar-se na *beira*, as mulheres estavam se engajando nas expectativas sociais sobre o que é ser mãe entre os Munduruku. Os homens as auxiliavam nos cuidados da casa, dos filhos, com a alimentação, cumprindo, por sua vez, um conjunto de atividades do cotidiano feminino, como atributo da paternidade, ao menos, durante o período do *resguardo do parto*. Ao mesmo tempo, deveriam evitar uma série de atividades do cotidiano masculino, especificamente, aquelas que pudessem fazer com que o recém-nascido *sangrasses pelo umbigo*. Enfim, a cooperação entre homens e mulheres, como um valor socialmente construído, se atualizava nas práticas de autoatenção, posto que homens e mulheres Munduruku executavam atividades distintas, mas complementares, cada qual contribuindo com um conjunto de habilidades que colaboravam para compor as relações de gênero.

As práticas realizadas durante a gestação, o parto e o pós-parto pelos Munduruku, em um sentido amplo, constituem empreendimentos de ordem social voltados à formação e à manutenção de parentes, da pessoa, do corpo e do gênero. Cumprir ou não determinadas ações pode afetar a saúde dos pais e das crianças, além de impactar sobre o desenvolvimento de uma pessoa, cujas habilidades e capacidades são produzidas desde a gestação. Sob essa perspectiva, podemos sublinhar a centralidade da expectativa e intenção pragmática como fator que transpassa as práticas de autoatenção à gestação, ao parto e pós-parto. Gostaria de destacar que ao *pegar barriga*, ao procurar saciar o *desejo*, ao resistir ao

abalo de criança e ao cumprir a prática do *resguardo* no pós-parto, os Munduruku estão participando de um processo de caráter intersubjetivo, que envolve a *performance* de diversos atores. E atualmente, esse processo inclui atores participantes da forma de atenção biomédica.

O crescente processo de medicalização da gestação, do parto e do pós-parto resulta de fatores macrossociais, entre os quais se destacam a expansão do modelo biomédico como advento da modernização e da colonização, o qual inclui as populações indígenas na atualidade. Esses processos macrossociais encontram ressonância em expectativas locais, como no caso das mulheres Munduruku que realizaram cesárea com a intenção de fazer a *laqueadura*, incentivadas por políticas de planejamento familiar apreendidas na relação interétnica e por meio da atuação cotidiana dos profissionais de saúde. Esse cenário aponta para o crescente contato dos indígenas com a forma de atenção biomédica e tem gerado novas situações marcadas por assimetrias de poder e por hierarquização de saberes. Então, é lícito questionarmos quais hábitos, discursos e experiências vêm se configurando no uso da forma de atenção biomédica pelas populações indígenas? Principalmente, porque a biomedicina é tida pelos Munduruku como um recurso imprescindível na atualidade. Assim sendo, a medicalização da gestação, do parto e do pós-parto se sustenta, de um lado, por políticas de inclusão voltadas à diminuição da mortalidade materno-infantil como esforço para equacionar as desigualdades sociais. Por outro, repousa nas ações e tomadas de decisão feitas pelos próprios Munduruku, de maneira relativamente autônoma aos especialistas biomédicos, em processos de saúde/doença/atenção (Menéndez, 2003; 2005; 2009).

Conforme sugeriu Lock (2004: 120), a etnografia tem o potencial de contextualizar a complexidade da relação entre a aceitação e a resistência aos usos pragmáticos dos serviços e a tecnologia biomédica. Assim, é preciso ter clareza que, em um contexto de pluralidade médica, emergem juízos de valor sobre as diversas formas de atenção à saúde e às enfermidades (Menéndez, 2005; Sargent & Bascope, 1996). Embora a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

(Brasil, 2002) incentive a promoção da atenção diferenciada, sensível às especificidades sociais, epidemiológicas e operacionais dos povos indígenas, a forma de atenção biomédica tende a negar, ignorar ou desconsiderar os demais saberes e práticas manejados pela população (Menéndez, 2009). Todavia, segundo Menéndez, os serviços de saúde deveriam buscar uma articulação entre os saberes biomédicos e os saberes de autoatenção das populações atendidas, visto que a autoatenção é um processo estrutural, contínuo e acessível.

Fazer uma etnografia das práticas de autoatenção à gestação, ao parto e ao pós-parto, desse modo, permitiu compreender o campo de relações cosmopolíticas em que os atores sociais se engajaram ao vivenciarem esses processos. Evidentemente, esse engajamento ocorre a partir da cosmografia praticada pelos Munduruku, a qual, por seu caráter *sui generis*, está inserida em um contexto histórico, geográfico e social, em que não se pode ignorar a pluralidade médica e de relações interétnicas, marcadas por subjetividades e intencionalidades diversas, algumas vezes convergentes, outras não. Espero, assim, contribuir igualmente para uma reflexão crítica sobre a atenção diferenciada, considerando-a uma noção e um campo social ainda em construção.

Por último, gostaria de registrar que o trabalho de campo etnográfico, para mim, consistiu em uma atividade engajada em práticas de autoatenção Munduruku. Meu próprio corpo serviu como veículo de aprendizado dos modos de produção de corpos, pessoas e de manutenção das relações sociais afetivas praticadas entre os Munduruku. Paraphraseando Bloch (1992: 144), em certa medida, esta tese é produto do modo como aprendi vivendo na sociedade Munduruku, ao observar os casais durante a gestação e o pós-parto, ao compartilhar minha experiência de gestação no interior de uma família extensa, ao fazer o pré-natal junto com outras mulheres Munduruku, participando do plantio da roça, na fabricação da farinha, na troca de alimentos, além de ouvir o que eles tinham a falar sobre tudo isso.



Referências

- AMOROSO, M. Corsários no caminho fluvial, os Mura do rio Madeira. In: CUNHA, Manuela Carneiro da (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- ARNAUD, E. Os índios Mundurukú e o Serviço de Proteção aos Índios. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi – Nova Série*, v. 54, p. 1-60, dez. 1974.
- . O índio e a assistência oficial – a história de vida do índio Sabino Apompés Tapajós Munduruku. *Revista de Antropologia*, v. 30, p. 225, 1989.
- BELAUNDE, L. E. *El recuerdo de luna: género, sangre y memoria entre los pueblos amazónicos*. Lima: Fondo Editorial de la Facultad de Ciencias Sociales (UNMSM), 2005.
- . A força dos pensamentos, o fedor do sangue: hematologia e gênero na Amazônia. *Revista de Antropologia*, v. 49, n. 1, p. 205-243, 2006.
- BLOCH, M. What goes without saying. KUPER, Adam (Ed.). *Conceptualizing Society*, p. 127-146, 1992.
- BOCCARA, G. La interculturalidad como campo social. *Cuadernos Interculturales*, v. 10, n. 18, p. 11-30, 2012.
- BRASIL. Constituição Federal. Brasília. 1988.
- . *Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas*. 2. ed. Brasília: Funasa, 2002.
- . *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 1004-2007*. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.
- . *Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Atribuições das equipes de saúde no Programa Bolsa Família na Saúde*. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/atribuicoesEquipesPbf.php>>. Acesso: 9 Ago. 2012.
- BRASIL MS. *Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998-2001*. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

———. *Pacto pela redução da mortalidade materna e neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

———. *Saúde da criança – nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

———. *Manual técnico de pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada*. Disponível em: <<http://www.enfermagemesaude.com.br/downloads/89/manual-tecnico-de-pre-natal-e-puerperio-atencao-qualificada-e-humanizada>>. Acesso: 15 Set. 2013.

CARDOSO, R. B. *Trabalho apresentado no curso de licenciatura indígena*. Borba: 2011, mimeo.

CARSTEN, J. Antisubstantivism, and anti-antisubstantivism. In: FRANKLIN, S.; MCKINNON, S. (Eds.). *Relative values: reconfiguring kinship studies*. Durham: Duke University Press, 2001.

CARSTEN, J. The substance of kinship and the heat of the hearth: feeding, personhood, and relatedness among Malays in Pulau Langkawi. In: PARKIN, R.; STONE, L. (Eds.). *Kinship and family: an anthropological reader*. Malden MA: Blackwell Pub., 2004.

CASAL, M. A. de; CAMINHA, P. V. de. *Corografia brasileira*. Fac-símile da edição de 1817. v. 2. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1817.

COIMBRA JR., C. E. A. *et alii*. *Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Relatório Final (Análise dos dados)*. Rio de Janeiro: Funasa; Abrasco, 2009. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/2013-01-23%2013:44:23.pdf>>. Acesso: 19 Out. 2013.

COIMBRA JR, C. E. A.; GARNELO, L. Questões de saúde reprodutiva da mulher indígena no Brasil. In: MONTEIRO, S.; SANSONE, L. (Eds.). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

COLLEVATTI, J. Do trabalho missionário para se salvar uma nação: um estudo dos sucessos missionários. *Religião & Sociedade*, v. 29, n. 1, p. 223-250, 2009.

COMAROFF, J. Introduction. In: COMAROFF, J. *Body of power, spirit of resistance: The culture and history of a South African people*. Chicago: University of Chicago Press, 2013, p. 1-14.

CONKLIN, B. Reflections on Amazonian anthropologies of the body. *Medical Anthropology Quarterly*, p. 373-375, 1996.

———. Women's blood, warriors' blood, and the conquest of vitality in Amazonia. In: GREGOR, Thomas; TUZIN, Donald (Eds.). *Gender in Amazonia and Melanesia: an exploration of the comparative method*. Berkeley: The University of California Press, 2001, p. 141-174.

———. Shamans versus pirates in the Amazonian Treasure Chest. *American Anthropology*, v. 104(4), p. 1050-1061, 2002.

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

DA MATTA, R. Panema: uma tentativa de análise estrutural. In: DA MATTA, R. *Ensaio de antropologia estrutural*. Petrópolis: Vozes, 1973.

———. *Um mundo dividido. A estrutura social dos índios Apinaye*. Petrópolis: Vozes, 1976.

DIAS-SCOPEL, R. P. *O agente indígena de saúde Xokleng: por um mediador entre a comunidade indígena e o serviço de atenção diferenciada à saúde – uma abordagem da antropologia da saúde*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DIAS-SCOPEL, R. P.; LANGDON, E. J.; SCOPEL, D. Expectativas emergentes: a inserção do agente indígena de saúde Xokleng na equipe multidisciplinar de atenção à saúde indígena. *Tellus*, v. 13, p. 51-73, 2007.

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

EVANS-PRITCHARD, E. *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

FAVRET SAADA, J. Ser afetado. *Cadernos de Campo: Revista dos Alunos de Pós-Graduação em Antropologia Social da USP*, v. 13, 2005.

FERREIRA, L. O. *Medicinas indígenas e as políticas da tradição: entre discursos oficiais e vozes indígenas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FIEDLER, D. C. Authoritative knowledge and birth territories in contemporary Japan. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 10, n. 2, p. 195-212, 1996.

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

GARNELO, L. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do alto rio Negro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

GEERTZ, C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

———. Do ponto de vista dos nativos: a natureza do entendimento antropológico. In: GEERTZ, C. *O saber local: novos ensaios e antropologia interpretativa*. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 85-107.

GOW, P. The perverse child: desire in a native Amazonian subsistence economy. *Man*, p. 567-582, 1989.

———. River people: shamanism and history in Western Amazonia. In: THOMAS, N.; HUMPHREY, C. (Eds.). *Shamanism, history, and the State*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1996.

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

HECKENDEGER, M. J. The enigma of great cities: body and State in Amazonia. *Tipití*, v. 1(1), p. 27-58, 2003.

HERTZ, R. A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. *Religião e Sociedade*, n. 6, 1980 [1909].

IORIS, E. M. A forest of disputes: struggles over spaces, resources and social identities in Amazônia. Dissertation (PhD) – University of Florida, 2005.

———. Reelaboração das identidades étnicas no baixo rio Tapajós. In: *Saberes e Práticas Antropológicas: desafios para o século XXI. Anais da XXV Reunião Brasileira de Antropologia*. Brasília: Associação Brasileira de Antropologia (ABA), 2006.

———. Identidades negadas, identidades construídas: processos identitários e conflitos territoriais na Amazônia. *Ilha Revista de Antropologia*, v. 11, n. 1-2, p. 219-264, 2011.

KEESING, R. M. Theories of culture revisited. In: BOROFSKY, Robert (Ed.). *Assessing cultural anthropology*. New York: McGraw-Hill, 1994. p. 301-309.

LANGDON, E. J. Ideology of the Northwest Amazon: cosmology, ritual, and daily life. *Reviews in Anthropology*, v. 9, n. 4, p. 349-359, 1982.

———. When tapir is an anaconda: women and power among the Siona. *Latin American Indian Literatures Journal*, v. 7, n. 1, p. 7-19, 1991.

———. A doença como experiência: construção da doença e seu desafio para a prática médica. *Antropologia em Primeira Mão*, n. 12. Florianópolis: PPGAS-UFSC, 1995.

- . . Problematizando os projetos de medicina tradicional indígena. IN: MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, PROJETO VIGISUS II – SAÚDE INDÍGENA. *Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I reunião de monitoramento*. Brasília: 2007, p. 110-119.
- . . Medicina tradicional: reflexões antropológicas sobre atenção diferenciada. In: HAVERROTH, M. (Ed.). *Etnobiologia e saúde dos povos indígenas – Estudos Avançados*. Recife: Nupeea, 2013.
- LANGDON, E. J. *et alii*. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 12, p. 2637-2646, 2006.
- LASMAR, C. Mulheres indígenas: representações. *Estudos Feministas*, p. 143, 1999.
- LEENHARDT, M. *Do Kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*. Chapitres II, III et XI. Paris: Gallimard, 1971.
- LITTLE, P. E. *Amazonia: territorial struggles on perennial frontiers*. Baltimore/London: Johns Hopkins University Press, 2001.
- LOCK, M. Medicalization and the naturalization of social control. *Encyclopedia of medical anthropology*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2004, p. 116-125.
- LOCK, M.; SCHEPER-HUGHES, N. A Critical-interpretative approach in medical anthropology: rituals and routines of discipline and dissent. In: SARGENT, C. F.; JOHNSON, T. M. (Eds.). *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Revised ed. New York: Praeger Paperback, 1996.
- MARCUS, G. E.; FISCHER, M. M. J. *Anthropology as cultural critique: an experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press, 1999.
- MAUÉS, R. H.; MOTTA-MAU S, M. A. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. *Anuário Antropológico*, p. 120-147, 1978.
- MAUSS, M. As técnicas do corpo. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003a [1934], p. 401-420.
- . . Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a de “eu”. In: MAUSS, M. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify, 2003b [1938].
- McCALLUM, C. Aquisição de gênero e habilidades produtivas: o caso Kaxinawá. *Estudos Feministas*, p. 157, 1999.

———. *Gender and sociality in Amazonia: how real people are made*. Oxford: Berg, 2001.

MELATTI, J. C. *Ritos de uma tribo Timbira*. São Paulo: Ática, 1978.

———. Amazônia Centro-Meridional. Disponível em: <<http://e-groups.unb.br/ics/dan/juliomelatti/ias-az4/txazctme.htm>>. Acesso: 28 Maio 2010.

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

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

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

———. Modelos, experiencias y otras desventuras. In: HARO E., J. A. (Ed.). *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. “Colección Salud colectiva”. Buenos Aires: Lugar Editorial; Hermosillo: Colegio de Sonora, 2011, p. 33-66.

———. A área Madeira-Tapajós. In: CUNHA, Manuela Carneiro da (Org.). *História dos índios no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

MENGET, P. Notas sobre as Cabeças Mundurukú. In: VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo B.; CUNHA, Manuela Carneiro da (Eds.). *Amazônia: etnologia e história indígena*. São Paulo: Núcleo de História Indígena e do Indigenismo, 1993.

———. De l'usage des trophées en Amérique du Sud. Esquisse d'une comparaison entre les pratiques nivacle (Paraguay) et mundurucu (Brésil). *Systèmes de Pensée en Afrique Noire*, v. 14, p. 127-144, Paris, 1996.

MÉTRAUX, A. *A religião dos Tupinambás e suas relações com a das demais tribos tupi-guaranis*. São Paulo: Companhia Editora Nacional; Editora da Universidade de São Paulo, 1979.

MOTTA-MAUÉS, M. A. “Lugar de mulher”: representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia (Itapuá/Pará). In: ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994, p. 113-125.

MURPHY, R. F. *Mundurucu religion*. Berkeley: University of California Press, 1958.

———. *Headhunter's in eritage*. Berkeley: University of California Press, 1960.

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

NEWMAN, L. The anthropology of birth. *Sociological Symposium – Anais*, 1972.

OLIVEIRA FILHO, J. P. Uma etnologia dos “Índios Misturados”? – Situação colonial, territorialização e fluxos culturais. *Mana*, v. 4(1), p. 47-77, 1998.

ORTNER, S. B. Introduction; subjectivity and cultural critique; power and projects: reflections on agency. In: ORTNER, S. B. *Anthropology and Social Theory: culture, power an acting subject*. Durham; London: Duke University Press, 2006, p. 1-18; 107-128; 129-153.

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

PAUL, L. Recruitment to a ritual role. *Ethos*, v. 3, n. 3, p. 449-468, 1975.

PÉREZ-GIL, L. Chamanismo e modernidade: fundamentos etnográficos de um processo histórico. In: CALAVIA SÁES, Óscar; LENAERTS, Marc; SPADAFORA, Ana María (Eds.). *Paraíso abiertos, jardines cerrados*. Quito: Aby-Yala, 2004, p. 179-201.

———. *Metamorfoses yaminawa: xamanismo e socialidade na Amazônia peruana*. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

———. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde & Sociedade*, v. 16, n. 2, p. 48-60, 2007.

———. Possibilidades de articulação entre os sistemas de parto tradicionais indígenas e o sistema oficial de saúde no Alto Juruá. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, PROJETO VIGISUS II-SAÚDE INDÍGENA. *Medicina tradicional indígena em contextos. Anais da I reunião de monitoramento*. Brasília: MS, p. 23-36, 2007.

PÉREZ-GIL, L.; WAKANÃ, G. S. Caracterização dos sistemas de parto tradicionais entre os povos indígenas de Alagoas e Pernambuco: resultados da primeira etapa. In: FERREIRA, L. O.; OSÓRIO, P. (Eds.). *Medicina tradicional indígena em contextos: anais da primeira reunião de monitoramento*. Brasília: Funasa, 2007, p. 37-47.

PLATT, T. El feto agresivo: Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes. *Estudios Atacameños*, n. 22, p. 127-155, 2002.

RAMOS, A. R. Mundurucu: social change or false problem? *American Ethnologist*, v. 5, n. 4, p. 675-689, 1978.

- . *Memórias Sanumá: espaço e tempo em uma sociedade Yanomami*. Capítulo 5. São Paulo; Brasília: Marco Zero; EdUnB, 1990, p. 179-204.
- . O índio hiper-real. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 28, n. 10, p. 5-14, 1995.
- RIBEIRO, D. *Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002 [1970].
- RIVAL, L. The growth of family trees: understanding Huaorani perceptions of the forest. *Man*, p. 635-652, 1993.
- . Modernity and the politics of identity in an Amazonian society. *Bulletin of Latin American Research*, v. 16, n. 2, p. 137-151, 1997.
- SAHLINS, M. O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte I). *Mana*, v. 3(1), p. 41-73, 1997a.
- . O “pessimismo sentimental” e a experiência etnográfica: por que a cultura não é um “objeto” em via de extinção (parte II). *Mana*, v. 3(2), p. 103-150, 1997b.
- . *Cultura na prática*. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.
- SALEM, T. O casal igualitário: princípios e impasses. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 3, n. 9, p. 24-37, 1989.
- SANTOS, A. F. M. *Conflitos fundiários, territorialização e disputas classificatórias. Autazes (AM), primeiras décadas do século XX*. (Tese Doutorado em Antropologia Social) – Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- SANTOS, F. J. dos (Ed.). Dossiê Munduruku: uma contribuição para a história indígena da Amazônia Colonial. *Boletim Informativo do Museu Amazônico*, v. 5, p. 1-103, 1995.
- . *Além da conquista: guerras e rebeliões indígenas na Amazônia pombalina*. Manaus: Editora da Universidade do Amazonas, 2002.
- SARGENT, C.; BASCOPE, G. Ways of knowing about birth in three cultures. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 10, n. 2, p. 213-236, 1996.
- SCHNEIDER, D. *American kinship a cultural account*. Princeton, NJ: University of Chicago Press, 1968.
- . *A critique of the study of kinship*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1984.

———. What is kinship all about? In: PARKIN, R.; STONE, L. (Eds.). *Kinship and family: an anthropological reader*. Malden MA: Blackwell Pub., 2004 [1972].

SCOPEL, D. Saúde e doença entre os índios Mura de Autazes (Amazonas): Processos socioculturais e a práxis da autoatenção. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

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

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P. *Relatório final: sistematização parcial dos dados etnográficos de pesquisa na Terra Indígena Kwatá Laranjal – Amazonas*. s.l; s.n., mimeo.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; DIEHL, E. E. A “produção” de dados, o controle e o planejamento: um olhar antropológico sobre o trabalho de Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena na Terra Indígena Kwatá-Laranjal – Amazonas. IV Congresso Ibero-americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde. *Anais do Congresso*. Fortaleza: Abrasco, 2010.

SCOPEL, D.; DIAS-SCOPEL, R. P.; WIIK, F. B. Cosmologia e intermedicinalidade: o campo religioso e a autoatenção às enfermidades entre os índios Munduruku do Amazonas, Brasil. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, n. 1, 2012.

SEEGER, A. *Os índios e nós: estudos sobre sociedades tribais brasileiras*. Rio de Janeiro: 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*, v. 32, p. 2-19, 1979.

SEZIA, P. M. “Women come here on their own when they need to”: Prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 10, n. 2, p. 121-140, 1996.

SILVA, C. D. da. *Cotidiano, saúde e política: uma etnografia dos profissionais da saúde indígena*. Tese (Doutorado em Antropologia social), Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SPIX, J. B. von; MARTIUS, K. F. P. von. *Viagem pelo Brasil: 1817-1820*. v. 3. 3. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1976.

STEFANELLO, J.; NAKANO, M. A. S.; GOMES, F. A. Crenças e tabus relacionados ao cuidado no pós-parto: o significado para um grupo de mulheres. *Acta Paul Enferm*, v. 21, n. 2, p. 275-81, 2008.

STRATHERN, M. Introdução. In: STRATHERN. *O gênero da dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia*. Campinas: Unicamp, 2006, p. 27-77.

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*. Dissertação (Mestrado), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2004.

TOCANTINS, A. M. G. Estudos sobre a tribo Munduruku. *Revista Trimestral do Instituto Histórico, Geográfico e Etnográfico do Brasil*, p. 73-161, 1877.

TORNQUIST, C. S. *Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil*. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

TURNER, T. The beautiful and the common: inequalities of values and revolving hierarchy among the Kayapó. *Tipiti*, v. 1(1), p. 11-26, 2003.

TURNER, V. *O processo ritual: estrutura e antiestrutura*. Petrópolis: Vozes, 1974.

VAN GENNEP, A. *Os ritos de passagem*. Petrópolis: Vozes, 1978.

VIDAL, L. B. *Morte e vida de uma sociedade indígena brasileira*. São Paulo: EdUSP, 1977.

VIEGAS, S. DE M. Eating with your favourite mother: time and sociality in a Brazilian Amerindian Community. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, v. 9, n. 1, p. 21-37, mar. 2003.

———. Nojo, prazer e persistência: beber fermentado entre os Tupinambá de Olivença (Bahia). *Revista de História*, p. 151-188, 2006.

WAGNER, R. *The invention of culture*. Chicago: The University of Chicago, 1981.

WAWZYNIAK, J. V. *Assombro de olhada de bicho: uma etnografia das concepções e ações em saúde entre os ribeirinhos do baixo rio Tapajós. Pará - Brasil*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 2008.

- WAWZYNIAK, J. V. “Engerar”: uma categoria cosmológica sobre pessoa, saúde e corpo. *Ilha Revista de Antropologia*, v. 5, n. 2, p. 033-055, 2010.
- WEBER, M. *Economia e sociedade*. Brasília: Universidade de Brasília, 2009 [1922].
- WIJK, F. B. *Christianity converted: an ethnographic analysis of the Xokleng Laklanō and the transformations resulting from their encounter with pentecostalism* (Ph.D. Dissertation) – Department of Social Anthropology, University of Chicago, 2004.
- WOLF, E. Rubber Gatherers: Mundurucú. In: WOLF, E. *Europe and the people without history*. Berkeley: University of California Press, 1997, p. 326-329.
- YOUNG, A. Some implications of medical beliefs and practices for social anthropology. *American Anthropologist*, v. 78, n. 1, p. 5-24, 1976.



Este livro foi composto em Garamond TC Bk 11/16 e impresso em papel Pólen Soft 80 gramas da Suzano Papel e Celulose, pela Semear Editora e Gráfica, em Brasília, para a Paralelo 15, em setembro de 2015, com tiragem de 1 000 exemplares.
