



EDUCAÇÃO CIÊNCIA E SAÚDE
<http://dx.doi.org/10.20438/ecs.v11i2.581>

ATENÇÃO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DA MULHER INDÍGENA XIPAYA: ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ALTAMIRA – PARÁ

Izabel Cristina Leite¹, Fagner Luiz Lemes Rojas², Selma Vieira de Moura³,
Weslen Santana Padilha⁴

¹ Enfermeira. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Mato Grosso, UNEMAT. Diamantino - MT, Brasil.

² Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva, UFMT. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Mato Grosso, UNEMAT. Diamantino - MT, Brasil.

³ Enfermeira. Doutoranda em Epidemiologia ENSP-FIOCRUZ. Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Estado de Mato Grosso, UNEMAT. Diamantino - MT, Brasil.

⁴ Enfermeiro, Biomédico. Doutor em Saúde Pública, ENSP-FIOCRUZ. Escola de Saúde Pública, Cuiabá – MT, Brasil.

Email para correspondência: izabel.leite@unemat.br

Resumo

Objetiva-se investigar a percepção da mulher indígena Xipaya sobre a atenção à saúde em Altamira, Pará. Estudo de caso, com abordagem qualitativa, descritiva, realizado em Altamira, Pará, focando em mulher originária que passou pela experiência de gravidez e puerpério utilizando a assistência em saúde do Sistema Único de Saúde. Realizou-se entrevista semiestruturada com aprovação sob Parecer Nr. 4.241.606, que revelaram três núcleos de sentidos: as dificuldades no atendimento ao pré-natal e a atenção em saúde no período de pandemia da Covid-19; a desassistência no trabalho de parto; a rede de apoio à mulher indígena. A análise apontou falhas no sistema de saúde, com falta de equidade em respeito e preservação da multiculturalidade e saberes da cultura Xipaya no pré-natal. Os resultados destacaram que a rede de apoio dos familiares e da comunidade indígena, configurou-se como o principal suporte durante o período gestacional e puerperal, bem como, destacou que o serviço de saúde da zona urbana e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, estavam desarticulados e insuficientes para assistir integralmente a saúde da mulher Xipaya.

Palavras-chave: povo originários, saúde de populações indígenas, política de saúde, saúde da mulher, gestante.

Abstract

The objective is to investigate the perception of Xipaya indigenous women about health care in Altamira, Pará. Case study, with a qualitative, descriptive approach, carried out in Altamira, Pará, focusing on an indigenous woman who went through the experience of pregnancy and the postpartum period using the health care of the Unified Health System. A semi-structured interview was carried out with approval under Opinion Nr. 4,241,606, which revealed three core meanings: the difficulties in prenatal care and health care during the Covid pandemic period -19; lack of assistance during labor; the support network for indigenous women. The analysis highlighted flaws in the health system, with a lack of equity in respect and preservation of multiculturalism and knowledge of the Xipaya culture in prenatal care. The results highlighted that the support network of family members and the indigenous community was the main support during the gestational and puerperal period, as well as highlighting that the health service in the urban area and the Indigenous Health Care Subsystem, were disjointed and insufficient to fully assist the health of the Xipaya woman.

Keywords: original people, health of indigenous populations, health policy, women's health, pregnant women.

1 Introdução

O Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em conjunto com as ações do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) visa oferecer ações voltadas às mulheres indígenas, no entanto, na prática, percebe-se que essas ações ainda são insuficientes. Apesar dos avanços na cobertura, ainda é um desafio garantir que o pré-natal seja iniciado no primeiro trimestre, que se efetue as seis consultas durante a gestação e haja continuidade na assistência no período puerperal (GARNELO, 2019).

A Constituição Federal de 1988 e a Lei Arouca nº 9.836, de 1999, foram importantes marcos legais que contribuíram para a criação do SASISUS, um modelo assistencial voltado para os povos originários. A responsabilidade de garantir o direito institucional dessas comunidades é da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) e da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (BRASIL, 1988; BRASIL, 1999; BRASIL, 2019).

A organização do serviço, por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), visa atender de forma estratégica as necessidades de saúde dos povos originários, levando em consideração a ocupação geográfica de suas comunidades. A Atenção Básica, realizada nas Unidades de Saúde das aldeias, oferece consultas de pré-natal, puericultura e tratamento para a maioria dos problemas de saúde dessas populações, enquanto os casos mais complexos são encaminhados para serviços de média e alta complexidade fora

do território indígena (BRASIL, 1988; BRASIL, 1999; BRASIL, 2019; PEREIRA et al., 2014).

As Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares em enfermagem, Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) que desempenham as atribuições semelhantes às dos Agentes Comunitários de Saúde, no entanto, apesar do apoio desses profissionais, as mulheres indígenas ainda enfrentam desafios na garantia de seus direitos, sendo necessário que os serviços de saúde ampliem o acesso às medidas de proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde. É importante reconhecer a necessidade de aprimorar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena, levando em considerações suas especificidades e particularidades (BRASIL, 2004; CARVALHO, 2018; GARNELO, 2019).

A abordagem da saúde da mulher indígena nas comunidades muitas vezes é genérica, não considerando suas necessidades individuais. A promoção da interculturalidade deve orientar o diálogo entre as parteiras indígenas e os profissionais de saúde, visando superar o modelo biomédico predominante nas unidades de saúde, tanto nas áreas urbanas quanto nas comunidades indígenas (CARVALHO, 2018; BRASIL, 2019).

Neste estudo, objetiva-se investigar a percepção da mulher indígena *Xipaya* sobre a atenção à saúde em Altamira, Pará. Buscou-se também compreender como a mulher indígena *Xipaya* vivenciou a assistência durante a gravidez e após o parto, levando em consideração o papel da família como suporte durante a maternidade bem como, seus acessos aos serviços de saúde durante a gestação e no cuidado ao binômio mãe-bebê.

2 Metodologia

Estudo de caso com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, foi realizado durante o período de restrições sanitárias impostas pela pandemia da Covid-19.

A entrevista ocorreu em 3 de dezembro de 2020, com duração de 18 minutos e 46 segundos, no domicílio da participante em Altamira, Pará, visto que havia uma restrição de segurança por parte da FUNAI para adentrar o território indígena do povo *Xipaya*. O território desse povo fica localizado às

margens dos rios Iriri e Curuá, num Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) que atende aproximadamente 3.500 indígenas de dez etnias diferentes e distribuídos em 42 aldeias nos municípios de Vitória do Xingu, São Félix do Xingu, Anapu, Senador José Porfírio e Altamira, todos no estado do Pará, Brasil.

A coleta de dados ocorreu por meio de um questionário semiestruturado e as respostas foram gravadas em áudio. Além disso, foi solicitada a caderneta da gestante para uma melhor compreensão das informações. Os critérios de inclusão consideraram a autodeclaração indígena, idade acima de 18 anos, período gestacional em qualquer trimestre, puerpério ou ser mãe de crianças até três anos. Também era necessário compreender e se comunicar em português para facilitar a interação com o entrevistador.

Para garantir o sigilo, a participante foi convidada a se identificar como uma planta da natureza, e ela escolheu o codinome *Kamarataya* (significado: *Açafrão*). As narrativas foram divididas em três núcleos de sentido: o primeiro, as dificuldades no atendimento ao pré-natal, atenção em saúde no período de pandemia da Covid-19; o segundo, a desassistência no trabalho de parto; o terceiro, a rede de apoio à mulher indígena. As informações inéditas foram organizadas seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, conforme proposto por Bardin (2011).

Este estudo fez parte de um trabalho de conclusão de curso e respeitou as exigências éticas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que aborda a pesquisa envolvendo seres humanos, especialmente, as populações indígenas conforme a Resolução CNS nº 304/2000. A aprovação foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Mato Grosso (CEP/UNEMAT) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), sob o número CAAE: 29944020.4.0000.5166 e Parecer: 4.241.606.

3 Resultados e Discussão

A saúde da mulher indígena apresenta singularidade e, por isso, é preciso compreender quatro documentos: Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI); Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM); Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e

o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (FERREIRA, 2010; FERREIRA, 2013). Estas diretrizes legais têm como principal objetivo garantir na prática a assistência à saúde das mulheres sejam elas indígenas ou não, e, contribuir para a superação dos desafios que tornam os povos originários mais vulneráveis a problemas graves de saúde.

A entrevistada, uma jovem mãe indígena de 24 anos com um bebê de quatro meses na época, teve a oportunidade de compartilhar sua experiência, “dar voz”, na assistência durante a gestação, parto e puerpério. Por ser uma mulher indígena semi-integrada, que mantém contato tanto com a população urbana e com sua comunidade originária, possui fluência no idioma português.

Durante a interlocução com uma mulher indígena, foram feitas descobertas importantes sobre a assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao se identificar como a planta *Kamarataya*, que significa açafraão no tronco linguístico Tupi da família Juruna do povo *Xipaya*, a participante ressaltou que esse nome reflete sua “conexão com a natureza” e seu desejo de alcançar a plenitude da saúde para si e sua família, lembrando-se das propriedades medicinais do açafraão, amplamente utilizado por esse povo originário.

Ao ser questionado sobre “Como compreende/percebe a importância da sua cultura na condição de gravidez até o trabalho de parto?” *Kamarataya* refletiu sobre a condição de mulher brasileira que luta pela não violência “escrachada”, estrutural e simbólica que se potencializa, sobretudo por pertencer a um povo – etnia, que eles têm marcado no espírito e na extensão de si em comunhão da sua terra originária, e, dos seus ancestrais na luta histórica travada para a garantia do direito e preservação do território e cultura, que são parte de quem são e de como se colocam enquanto povo originário.

Ao relacionar com o serviço de saúde e acesso ao mínimo necessário, destaca-se ao observar o campo empírico que, em Altamira no estado do Pará, a população local enfrenta dificuldades no acesso ao mínimo necessário em termos de saúde, devido à falta de infraestrutura e insumos adequados, fator que resulta em uma prestação de serviços de baixa qualidade e descontinuada.

A escassez de serviços de saúde em Altamira, Pará, foi agravada durante a construção da Usina Hidrelétrica de Belo Monte. O aumento da população na região resultou na deterioração dos serviços públicos locais com a falta de

investimento em saúde, educação e segurança pública. Infelizmente, a prioridade dada à infraestrutura da matriz energética finalizou, não trouxe benefícios estruturais e de serviços públicos ao povo, negligenciando as necessidades essenciais da comunidade, levando à escassez e a falta de planejamento adequado (FAINGUELERNT, 2020).

No Brasil, os serviços de saúde permanecem estagnados, incapazes de acompanhar o crescimento da população e sobrecarregados com a demanda de usuários, resultando em uma queda na qualidade do atendimento. A população organizadamente deve compreender que, é na escassez de recursos públicos que o cidadão precisa cada vez mais da interação entre Estado e a sociedade formando movimentos popular-políticos locais para ampliar conhecimentos que motive e resulte em compatibilizar suas expectativas e necessidades com os serviços públicos oferecidos (BRASIL, 2017).

1.1 Dificuldades à assistência ao pré-natal e a atenção em saúde no período de pandemia da Covid-19

Conforme as diretrizes do Ministério da Saúde são recomendadas o início do acompanhamento pré-natal logo no primeiro trimestre da gravidez com um total mínimo de seis consultas ao longo do período gestacional, sendo: uma consulta no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre. A dificuldade à assistência ao pré-natal surgiu nos questionamentos: “Qual o teu ponto de vista em relação à atenção à gestação? Você achou que foi satisfatória? Que precisava de mais consultas? Essa demora influenciou em alguma coisa?”

Kamarataya compartilhou sua experiência de quando era estudante em Belém do Pará e morava em uma república. Durante esse período, ela engravidou e precisou buscar atendimento de saúde na unidade de saúde local, no entanto para ser cadastrada e iniciar o pré-natal, foi solicitado que ela comprovasse sua residência na cidade. Conforme relatou:

“[...] o meu cartão do SUS era daqui de Altamira, levou quase dois meses para ver a questão da casa de aluguel para transferir o Cartão do SUS para o bairro onde eu fui atrás do pré-natal lá em Belém [...]” (Kamarataya).

A entrevistada ressaltou que só conseguiu marcar a primeira consulta após 19 semanas, ou seja, no segundo trimestre da gestação, fator que dificultou o acompanhamento adequado devido ao atraso para iniciar as consultas. Ela enfatizou que a falta de assistência não se restringe apenas às regiões indígenas, mas afeta todos os municípios, incluindo a capital do Pará. Nesse contexto apresentado ficou evidente que houve a priorização da hierarquização e regionalização no sistema de saúde em detrimento da assistência a gestante, ou seja, feriu-se o princípio da universalidade no atendimento às necessidades de saúde das mulheres indígenas pelo SUS. Segundo o relato *Kamarataya*, ela preferiu se automedicar, e, enfatizou:

“[...] até porque se eu fosse esperar a minha primeira consulta que foi com 19 semanas, e eu não teria tomado nenhum comprimido de ácido fólico e sulfato ferroso no primeiro trimestre [...]” (Kamarataya).

A dificuldade de acesso ao pré-natal é um desafio presente tanto em áreas urbanas e sobretudo nas regiões rurais próximas a rios e matas. A falta de equipes de saúde em número suficiente, a dificuldade de infraestrutura para deslocamento e a precariedade das condições locais dificultam o acompanhamento adequado das gestantes (FAINGUELERNT, 2020). Mesmo com equipes volantes tentando contornar a situação, a periodicidade das consultas muitas vezes não é a garantida, resultando em baixa qualidade de atendimento para as gestantes e com o não cumprimento do mínimo recomendado de seis consultas (MARIO et al., 2019).

Ao necessário para garantir a eficácia do pré-natal é fundamental que a gestante seja acolhida e os exames sorológicos sejam realizados logo no início da gravidez. O acompanhamento deve ser regular com consultas mensais que incluam anamnese, exame físico, exames complementares, imunização e suplementação adequada. É importante também manter um registro detalhado na caderneta da gestante para acompanhar o histórico e possíveis intercorrências ao longo da gestação (BRASIL, 2012).

Kamarataya enfrentou desafios durante o acompanhamento pré-natal, realizando apenas quatro consultas. Dessas, duas foram com o enfermeiro e

uma com o médico em Belém do Pará, enquanto a última foi em Altamira, onde ela decidiu ficar mais próxima de sua família e passou a receber assistência à saúde no território indígena. Entretanto, as cadernetas que fizeram, porque não deram seguimento numa só, ambas estavam com informações incompletas. A primeira, iniciada em Belém, continha anotações de exames e consultas porém, as demais informações estavam em branco. Já a segunda caderneta, da unidade de saúde de Altamira, tinha mais registros, apesar de ter comparecido à apenas uma consulta. Ainda assim, faltavam informações sobre testes rápidos, suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico.

A fragilidade no preenchimento e na atualização do documento reflete a negligência em relação às informações registradas no cartão da gestante, comprometendo o acompanhamento adequado da saúde da mulher durante a gestação, segundo *Kamarataya*:

“[...] eu achei que a atenção ao pré-natal de modo geral foi muito inferior ao que eu esperava [...]” (Kamarataya).

A falta de continuidade no acompanhamento pré-natal devido às mudanças de cidades, unidades de saúde e profissionais, impactou negativamente na qualidade da assistência prestada. Apesar da existência do e-SUS (prontuário eletrônico integrado no SUS), uma estratégia nacional para reorganizar as informações da Atenção Primária, ainda não foi possível integrar todas as informações das gestantes em um único sistema. Isso dificulta a garantia de um acompanhamento adequado durante a gravidez, independentemente da localidade de residência (ZACHARIAS et al., 2021).

Durante a pandemia de Covid-19, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou as gestantes como um grupo de risco devido ao alto risco de complicações e mortalidade (KNIGHT et al., 2020). No entanto, a situação de *Kamarataya* no último trimestre de gestação, que exigia acompanhamento médico frequente, a expôs ao risco de contrair o vírus, afastando-a dos protocolos de segurança necessários durante a gravidez. Devido à imprevisão de retornar à área urbana para realizar consultas e os exames, *Kamarataya* relata:

“[...] eu estava dentro da comunidade, então se eu saísse e voltasse seria um risco para os avôs e bisavôs do bebê, né? E como eu estava assintomática, estava me sentindo bem, eu optei por não fazer a terceira ‘bateria de exames’ [...]” (Kamarataya).

Kamarataya destaca ainda que estava se sentindo saudável, mas que:

“[...] eu poderia contrair o vírus (SARS-CoV-2) ao me deslocar até a cidade e comprometer a saúde da minha comunidade, porque dependia de carona ou transporte público para chegar até a unidade de saúde, e se contraísse Covid-19 ficaria impedida de retornar à comunidade/família até o nascimento do seu filho [...]” (Kamarataya).

A importância do acompanhamento do pré-natal tornou-se ainda mais evidente diante do receio de contaminação dos demais membros da comunidade ao adentrar no hospital. A indígena foi impedida de circular pelos corredores, mesmo em situações de extrema necessidade, o que gerou ansiedade em relação à possibilidade de estar contaminada e não foi orientada que eram normas sanitárias de distanciamento social. Justo quando devia se sentir acolhida e protegida, se sentiu insegura e deslocada, no ambiente hospitalar,

“[...] eu fui informada que devido ter uma gestante com Covid-19, seria perigoso eu sair para pedir ajuda ou alguma coisa do tipo [...]” (Kamarataya).

O mesmo ocorreu durante o período de dilatação, quando ela precisou de assistência médica e se encontrou sem nenhum acompanhante do seio familiar e/ou do convívio habitual, e destacou:

“[...] tive uma primeira avaliação quando eu entrei para a sala de pré-parto e logo depois disso eu fui informada que não poderia transitar no corredor [...]”, além disso, ela não apresentava sinais e sintomas da Covid-19 e teve que ficar isolada para não se contaminar, “[...] nem ter acompanhante devido ter

uma gestante com Covid-19 na mesma ala, então eu fiquei isolada dentro do quarto, sozinha [...]” (Kamarataya).

É importante destacar que, no contexto dos povos originários, a estrutura familiar tem uma importância maior do que as normas do sistema de saúde que muitas vezes não levam em consideração essa realidade ancestral (CASTRO; SIMONIAN, 2019).

É imprescindível orientar e sensibilizar os serviços de saúde para compreender as particularidades e necessidades dos diferentes povos originários do Brasil. A regulamentação da Lei do Acompanhante GM/MS nº 11.108/2005 foi criada para garantir segurança antes, durante e após o parto (BRASIL, 2005). Estrela et al. (2020) destaca que mesmo diante de um cenário adverso, os direitos das gestantes devem ser respeitados, mas algumas maternidades e hospitais como forma de prevenir a Covid-19, estavam adotando o isolamento no momento do parto.

Ademais, ao analisar o caso da *Kamarataya*, fica evidente que o serviço de saúde negou o direito de acompanhamento durante o seu trabalho de parto, não apenas falhou em garantir a devida assistência à saúde de uma indígena, mas também desrespeitaram os princípios de humanização por não considerar a importância da presença da família e questões culturais não podem ser ignoradas nesse contexto (BRASIL, 2005; CASTRO; SIMONIAN, 2019; ESTRELA et al., 2020).

1.2 Desassistência no trabalho de parto

A grave situação da pandemia de Covid-19, aliada às dificuldades de acesso à saúde, enfrentadas pela indígena *Kamarataya*, colocou em risco sua vida, de seu bebê e de toda sua comunidade. A inconsistência nas consultas médicas e de enfermagem, somada à necessidade de deslocamento de mais de 750 km entre Belém do Pará e Altamira, prejudicou o acesso adequado à assistência pré-natal. Após as duas primeiras consultas *Kamarataya* enfrentou dificuldades para agendar as próximas, fator que a desmotivou ainda mais.

A partir de então, *Kamarataya* optou por voltar à Altamira para realizar uma consulta de pré-natal com mais tranquilidade e, em seguida, retornou à sua comunidade situada na zona rural de Vitória do Xingu. Segundo relato, ela

só se fixou na casa de familiares no município de Altamira quando deu início ao trabalho de parto,

“[...] a gente veio para a cidade quando eu iniciei o trabalho de parto [...]”
(Kamarataya).

O trabalho de parto no âmbito hospitalar não permitiu um acompanhante, e embora afirmassem que fosse devido ao distanciamento social pela pandemia, essa medida não a resguardou integralmente e a entrevistada destacou que:

“[...] às vezes entrava uma outra gestante no quarto, só que logo evoluía o parto e ela continuava sozinha [...]” (Kamarataya).

A situação potencializou a sua insegurança,

“[...] eu passava horas sem avaliação de batimento cardíaco fetal e o toque do colo uterino. Foi feita outra avaliação de toque umas quatro horas depois que eu estava na sala do pré-parto, aí estava dilatado 8 cm, e, depois disso, não me avaliaram mais [...]” (Kamarataya).

A desassistência hospitalar foi recorrente e,

“[...] eu pedia por auxílio tanto na sala do pré-parto quanto por avaliação ou por alguém entrar na sala para vir me olhar [...]” (Kamarataya).

Perdurou para mais de um período de plantonistas e, mesmo ao solicitar por diversas vezes deixou de ser atendida. Só quando:

“[...] trocou o plantão às nove horas da noite, que eu saí da sala pedindo socorro, foi que o enfermeiro me chamou, já estava dilatado, eu acho que foi induzido o trabalho de parto” (Kamarataya).

A ausência de monitoramento contínuo durante o processo de parto resultou em uma complicação obstétrica, conhecida como anoxia neonatal, que se caracteriza pela privação ou redução da oferta de oxigênio ao cérebro do recém-nascido. A desassistência implicou em dificuldades e sequelas no seu bebê, destacou:

“[...] falaram que o bebê estava com o batimento diminuído, que o parto precisava ser rápido, que ele estava provavelmente em sofrimento fetal, aí que eu fui para a sala de parto e fizeram o parto [...]” (Kamarataya).

A imprudência e negligência desde o pré-natal, antes e durante o trabalho de parto levou o seu filho à Unidade de Terapia Intensiva e, segundo a entrevistada:

“[...] eu imagino que foi um parto desassistido [...]” (Kamarataya).

Os princípios da humanização, resguardo dos direitos ao acompanhamento familiar, assistência ao parto seguro sem distócia foram todos feridos. A gestante, teve vários direitos violados desde a sua captura pelo serviço de saúde ao momento em que pariu. A indagação que fica é, esse é um caso que foi elucidado por um estudo, e quantos outros não tem essa oportunidade de ser apresentados, ser dada voz, não apenas por destacar a desassistência? Ao que se destaca aqui é insumo para que os governos federal, estadual e municipais repensar sobre a garantia de acesso e a efetividade do direito a dignidade humana dos usuários nos seus territórios.

1.3 A rede de apoio à mulher indígena

Em relação à rede de apoio no período gravídico puerperal questionou-se: “Quem faz parte da sua rede de apoio durante a gestação? Que tipo de apoio profissional precisou?”. Reiteremos que a construção de uma rede de apoio sólida corrobora de forma significativa para a mulher indígena, tanto para auxiliar nos questionamentos que surgem durante o período gestacional como

após o nascimento do filho, nesse sentido a família é a base durante e após a gestação.

Rapoport; Piccinini (2006) elucidam que o nascimento de filhos exige que a família encontre formas de lidar com as situações que surgem nesse período e a rede de apoio social é essencial para sua adaptação às novas circunstâncias. No contexto urbano ou dentro da comunidade indígena é importante que todos contribuam no processo de crescimento, desenvolvimento e educação dessa nova vida.

Quando estimulada para falar sobre a sua rede de apoio na gestação, a entrevistada destacou que a rede de apoio durante a gestação foi essencial para dar suporte:

“[...] foi toda a nossa família, né? A minha, como a do meu esposo, minha cunhada, meu cunhado, minha mãe, os pais dele, foi essa rede de apoio [...]” (Kamarataya).

Além disso, a cultura indígena esteve presente no seu processo gestacional, e como *Kamarataya* optou por não insistir por outras consultas devido a burocracia e a pandemia de Covid-19 que gerou a desmotivação do seu pré-natal, os conhecimentos e experiências de seu povo a ofereceu tranquilidade até o último mês de gestação, a partícipe destacou:

“[...] a avó do meu esposo, no caso a bisavó do bebê, tem muita experiência de parto. Então ela o tempo todo orientava, tirava dúvidas e ajudou bastante nessa questão do conhecimento tradicional” (Kamarataya).

Os povos originários apesar de preferir utilizar dos seus conhecimentos e fazer uso da sapiência da sua cultura esporadicamente necessitam do acompanhamento médico-hospitalar, isso ficou evidente quando ela foi convidada a refletir sobre ter seu filho ou dentro ou fora da comunidade, e relatou:

“[...] na verdade era minha vontade inicial ter o filho dentro da aldeia, só que a gente reconhece que tem alguns riscos e não ia ter o suporte necessário. A gente optou por ter o parto no hospital [...]” (Kamarataya).

No momento em que *Kamarataya* necessitou de assistência médica/enfermagem, não havia profissional de saúde presente na comunidade indígena e compreendia sobre os possíveis riscos e intercorrências durante o pré-parto, então optou pelo esforço de deixar a comunidade e se deslocar até um hospital do município de Altamira para ter suporte necessário ao parto.

A concepção da criança indígena do povo *Xipayá-Siçaiá*, demonstra que as construções de corporeidade entre as diversas culturas indígenas estão abarcadas num modelo sistêmico em que este modelo de corpo também se articula com a mente e o espírito, constituindo a subjetividade da cosmologia dos *Xipayá*.

Nimuendajú (2017), receber uma criança é um acontecimento “o mito” que recorre a um curandeiro que tem contatos com o mundo superior. Este recebe de cima a alma da criança *Siçaiá* nas mãos em concha, coloca-a sobre a ventre da mulher, sopra nela e com isso passa magicamente para dentro do corpo.

Dias-Scopel; Scopel (2019) destacam que noção de corpo é um produto social e, entre a população indígena, vivenciado como um artefato culturalmente fabricado, e, dessa forma foi se configurando as relações sociais considerando os comportamentos migratórios das duas etnias indígenas, *Xipayá* e *Curuaya*, que viviam às margens dos rios Iriri e Curuá (ROHR; BRANCO, 2021).

O constructo da mulher indígena tem relação com estes termos que estão associados à vivência e espontaneidade de realizar atividades domésticas, manejar os alimentos, cuidar da comunidade e de si mesma (DIAS-SCOPEL; SCOPEL, 2019). Para a conexão com *nhe'ë* – o espírito divino – é necessário que a mulher tenha zelo pela pureza das suas substâncias corporais – sêmen, sangue e leite – que pode ser comprometida pelo contato mantido com as substâncias do mundo do branco (FERREIRA, 2013).

Para os *Munduruku*, as mulheres recorrem às Pajés-sacaca, que tem o poder de viajar pelo fundo dos rios e lagos, onde está o encanto, pois estes

têm a habilidade de transitar entre este mundo e o mundo subaquático e conhecem os pontos fracos dos espíritos malignos e realizam a cura de enfermidades (DIAS-SCOPEL; SCOPEL, 2019). Ao povo *Xipayá*, a medicina e os “encantos” eram realizadas em conjunto, ou seja, na medicina do povo, a magia e o empirismo coexistiam em harmonia (TOLEDO, 2019).

O Pajé tem uma figura central e de respeito na comunidade, exercendo não apenas funções religiosas, mas também morais, educacionais e medicinais. Ele tem a autoridade para encaminhar a pessoa enferma para os centros de referência à saúde no SUS, porém só o faz quando detecta que em algumas circunstâncias o indígena corre risco de morte.

O Pajé não se opõe e até mesmo acompanha o indivíduo durante a sua estadia hospitalar, e nesse encontro de culturas são evidentes a dicotomia entre os saberes do Pajé e as equipes de saúde e a medicina ocidental, que inclusive geram impasses e conflitos que estão atrelados à visão de mundo, corpo e de saúde.

Para o povo *Xipayá*, a gestação da mulher indígena é considerada como parte importante ao desenvolvimento humano e, portanto, é um ato coletivo da construção da feminilidade. A indígena e o seu bebê são construídos do próprio corpo é compreendido como produto da ação coletiva, na medida em que se requer a intervenção contínua de pessoas mais velhas no seu desenvolvimento (DIAS-SCOPEL; SCOPEL, 2019).

A atenção e cuidado em saúde com as mulheres indígenas atravessam diversas realidades e apontam que independente dos fatores socioculturais ou da raça - cor, a gravidez precoce acarreta problemas que vão além dos fatores biológicos, apresentando também repercussões psicossociais e econômico-financeiras (OLIVEIRA; CRUZ, 2011).

A temática provoca tensionamentos e, nesse sentido, independente da cultura, o planejamento familiar na gravidez e o pré-natal são relevantes e garante apoio emocional e os cuidados necessários à saúde da mulher no período gravídico e puerpério.

4 Considerações Finais

A experiência da *Kamarataya* evidenciou a falta de coordenação e preparo na assistência aos povos originários, resultando em vulnerabilidade.

Primeiramente, a formação inadequada dos profissionais de saúde que não entendem a realidade indígena porque não passam por formação em saúde com aproximação da antropologia, sociologia e saúde indígena. Em segundo lugar, a falta de humanização no atendimento diante das dificuldades enfrentadas por *Kamarataya*. E terceiro, a falta de estrutura nos serviços de saúde para atendimento de mulheres originárias.

A chegada da pandemia da Covid-19 trouxe desafios à saúde global e sobretudo das mulheres indígenas que resultou em dissonância com as equipes de saúde, causando problemas de vínculo e levando a participante a migrar entre diferentes Unidades de Saúde em diferentes municípios. Durante as entrevistas, foi possível identificar 'indícios de xenofobia' em alguns trechos, porém não foi possível aprofundar nesse tema.

Diante dos desafios políticos enfrentados pela sociedade brasileira, especialmente no que diz respeito à precarização da saúde pública e aos ataques à ciência em meio à pandemia, a pesquisa ressaltou a necessidade de estabelecer uma rede científica e de apoio sólida para garantir o atendimento às mulheres em todo o país, independentemente de sua origem cultural e étnica.

É patente que o acompanhamento desde o pré-natal, parto e pós-parto esteja alinhado às diretrizes preconizadas pelos programas de atenção à saúde da mulher e aos povos originários devem ser revistos nas suas práxis (teoria e prática: no exercício da assistência em saúde).

O sistema de saúde ainda está despreparado “ao diferente, ao novo”, e essa questão precisa ser superada, bem como, possibilita que outros estudos tragam novas perspectivas e abordagens para fortalecer o SUS, garantindo eficácia, respeito, qualidade no atendimento e protocolos para assegurar a integralidade do cuidado aos usuários do/no SUS.

5 Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. **Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento**

dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: DF, 1999.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. **Dispõe sobre acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.** Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena.** Brasília: Funasa, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília, DF, 2012.

BRASIL, **Escola Nacional de Administração Pública Diretoria de Educação Continuada SAIS,** Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SASISUS.** Brasília, DF, 2019.

CARVALHO, J. T. S. **Assistência à saúde de mulheres indígenas no Brasil: uma revisão integrativa da literatura.** 2018. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel de Fisioterapia) - Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto – Sergipe, 2018.

CASTRO, N. J. C.; SIMONIAN, L. T. L. Estrutura dos serviços de atenção à saúde: polo indígena de Oriximiná – PA, Brasil. **Amazônia Investiga**, v. 8, n. 18, 2019.

DIAS-SCOPEL, R. P.; SCOPEL, D. Promoção da saúde da mulher indígena: contribuição da etnografia das práticas de autoatenção entre os Munduruku do Estado do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro-RJ, v. 35, n. 3, p. 1-11, 2019.

ESTRELA, F. M. et al. Gestantes do contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p. 1-5, 2020.

FAINGUELERNT, M. B. Impactos da Usina de Belo Monte: uma análise da visão das populações ribeirinhas das reservas extrativistas da Terra do Meio. **Civitas, Rev. Ciênc. Soc.** v. 20, n. 1, jan-abr, 2020.

FERREIRA, L. O. Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n. 4, p. 1151-1159, 2013.

FERREIRA, L. O. **Entre discursos oficiais e vozes indígenas sobre gestação e parto no Alto Juruá: a emergência da medicina tradicional indígena no contexto de uma política pública.** 2010. 261 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Programa de Pós-graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2010.

GARNELO, L. et al. Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. Cad. Saúde Pública, v. 35, supl 3, 2019.

KNIGHT, M. et al. Characteristics and outcomes of pregnant women admitted to hospital with confirmed SARS-CoV-2 infection in UK: National population based cohort study. **BMJ**, [s. l.], v. 369, p. 2017, 2020.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

NIMUENDAJÚ, C. **Os Índios Xipaya cultura e Língua – Xingu, Rio, Região (PA e MT)**. Schröder, Peter (Org.). Recife: UFPE, p. 290, 2017.

OLIVEIRA, S. R. F.; CRUZ, M. S. **A gravidez na adolescência indígena: os efeitos econômicos e sociais do comportamento sexual de risco das índias adolescentes gestantes do município de Baía da Traição/PB**. 2011. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB, 2011.

PEREIRA, É. R. et al. A experiência de um serviço de saúde especializado no atendimento a pacientes indígenas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: USP, v. 23, n. 3, p. 1077-1090, 2014.

RAPOPORT, A.; PICCININI, C. A. Apoio social e experiência da maternidade. **Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**. v. 16, n.1, p. 85-96, 2006.

ROHR, C. T.; BRANCO, R. C. As etnias indígenas do médio Xingú: em especial a Xipaya e Curuaya. **Cadernos de Tradução**, v. 41, n 1, p. 419-422, 2021.

TOLEDO, B. F. Os índios Xipaya: Cultura e língua. **Revista LIAMES**, v. 19, p. 1-7, 2019.

ZACHARIAS, F. C. M. et al. e-SUS Atenção Primária: atribuições determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 6, 2021.