

# **Uma Antropologia Simétrica do Parto Indígena Amazônico: o caso das parteiras do Alto Rio Negro (AM)<sup>1</sup>**

**Linda Luz Jansen - UFU**

**Palavras-Chaves:** Parto Indígena Amazônico; Antropologia da Saúde; Etnologia Indígena.

## **Introdução**

Esta pesquisa tem como objetivo realizar o registro etnográfico dos conhecimentos em relação ao parto a partir da perspectiva antropológica da saúde e do corpo dos povos indígenas do Alto Rio Negro, sobretudo do povo Baré. Este artigo tem o intuito de ressaltar, por intermédio de uma experiência de pré-campo na região do Alto Rio Negro - vivenciada entre março e abril de 2022 -, a importância de uma visão biopsicossocial na condução do parto, inspiradas por uma perspectiva indígena-amazônica, contribuindo, desta forma, para o movimento de valorização do parto humanizado. Essa visão, no modelo moderno da biomedicina - conforme oferecido na formação em fisioterapia e áreas da saúde em geral - está ausente, pois a mesma ainda não consegue abranger os aspectos socioculturais, por estar fundamentada em uma perspectiva universalista do corpo e cartesianamente fragmentada do indivíduo, sem o aprofundamento da compreensão das especificidades culturais associadas a este importante ritual do ciclo de vida dos seres humanos: o nascimento.

Estudos mais recentes da área da saúde, que serão citados mais a frente, começam a demonstrar a importância de um novo modelo - o biopsicossocial - considerado mais eficaz, pois além da visão biológica, este atenta também aos fatores emocionais e socioculturais do indivíduo. Isso resulta, dentro da perspectiva do parto, em melhorias em relação ao empoderamento da mulher, como uma melhor confiança com o corpo e maior vínculo mãe-bebe, diminuindo as taxas de depressão pós parto, risco de internação tanto da mãe como da criança, menores taxas de infecção e complicações pós parto, fortalecimento dos aspectos étnico culturais do universo feminino, uma boa

---

<sup>1</sup> Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

preparação para o parto e demais séries de benefícios que veremos no decorrer deste artigo.

Ao que tange ao movimento do parto humanizado no Brasil, podemos verificar que o atendimento humanizado gera um vínculo terapeuta-paciente. A atmosfera de confiança nas intervenções aplicadas pelo profissional da saúde reflete diretamente no empenho da paciente e assim melhores respostas funcionais na intervenção aplicada.

A partir dessa observação, tendo em vista os inúmeros benefícios de um atendimento que contemple a cultura, crenças e fatores psicossociais, o modelo que as sociedades ocidentais se esforçam para pôr em prática como referência na área da saúde, o biopsicossocial, é facilmente observado nas práticas de conhecimento associadas ao parto indígena, que possuem intrinsecamente as potencialidades do modelo, e vão além dele. Trata-se de uma visão relacional do ser humano, onde a pessoa vem ao mundo desde sempre imersa em uma malha ou emaranhado de linhas (Ingold, ano). As sociedades tribais se reconhecem como parte importante do grupo social e da natureza que as cerca.

O movimento do parto humanizado no Brasil, que também se inicia na década de 70, tem como maior inspiração o parto indígena, tendo como autores pioneiros nessa temática, os curitibanos Cláudio e Moysés Paciornik, que publicaram o livro “Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios” (1979). Desde então o interesse pela pesquisa de temas relacionados ao parto humanizado, à antropologia da saúde e, especificamente, ao parto ‘indígena’ se encontra em expansão.

A cosmologia em torno deste evento, na qual podemos nomear assim, já que um parto nas comunidades é acompanhado por boa parte dos parentes e amigos, inclui a agência de uma rede sociotécnica, entrando a questão de parentesco tanto ao que tange ao ato de partejar - já que o conhecimento da parteira é geralmente transmitida de mãe para filha -, quanto às estruturas elementares da família da parturiente e a agência de uma rede de elementos não humanos como espíritos, instrumentos mágicos e atuação de ervas através de chás e defumação que compõe e fortalece a cultura local. Todas essas características cosmológicas vão contribuir para a construção da pessoa Baré por meio de rituais que dão forma e significados distintos para essas pessoas que se formam com o ato, sendo essas pessoas a própria criança que, junto a ela, nasce também uma parteira, uma mãe, um pai e toda essa rede complexa de parentesco e de elementos não humanos.

Um aspecto importante a ser ressaltado é a reapropriação do lugar da mulher como a pessoa que conhece e se reconhece enquanto potência, sendo o seu próprio corpo o lugar homólogo de conhecimento. O fortalecimento das parteiras Baré leva ao

questionamento da autoridade médica, que minimiza e se apropria da potência de ‘colocar a criança no mundo’ e desvaloriza as práticas tradicionais, transformando a parturiente em um simples objeto de intervenção hospitalar - pela qual o médico, geralmente ‘homem’, ‘branco’ e de ‘classe média/alta’, irá lhe fazer o favor de mediar esse processo de retirada do bebê, na qual ela é colocada como incapaz e desconhecadora de seu corpo, sendo agora o médico o representante deste ato e desta fala.

O fato de voltarmos com as práticas tradicionais das parteiras e mulheres enquanto protagonistas do parto é, para além de uma indicação científica, como podemos verificar seus benefícios no âmbito biológico e psicossocial, um ato revolucionário que fortalece e nutre as relações de afeto, tradição e potência feminina.

### **A noção de corpo e pessoa na biomedicina e a violência obstétrica**

A ideologia biomecânica, que nasceu juntamente com o capitalismo no sec. XVIII e reproduz uma forma de entender e tratar o indivíduo, gerou grandes repercussões negativas nas demais áreas da saúde, sobretudo em relação ao parto. O modelo industrial e mercantil expandiu seus tentáculos também no momento mais importante e íntimo da vida do ser humano e sua família, o nascimento, que agora é empregado como um meio de produção, sendo a própria criança, em seu primeiro ato e contato com a vida externa, transformada em mercadoria e tratada como objeto, tratamento esse também empregado a mãe.

No documentário brasileiro ‘O Renascimento do Parto’ lançado, em 2013, é possível acompanharmos relatos de mulheres, mães e profissionais das mais diversas áreas, que vivenciam a realidade dos partos no Brasil. Em suas falas, fica claro aquilo que as estatísticas nos mostram, a imposição médica sobre os corpos das mulheres no direcionamento a um procedimento cirúrgico de grande complexidade sem a indicação correta: o parto cesariano. Com isso, o parto no Brasil passou a ser um ato cirúrgico mais do que um evento fisiológico.

Apesar de milênios de aperfeiçoamento do corpo feminino para o ato de parir, o modelo obstétrico contemporâneo tem como fundamento a ideia de que as mulheres são incompetentes e incapazes para dar conta do processo de nascimento por si mesmas, sendo que esse processo deve ser mediado pela agência médico-hospitalar. Esse discurso, além de enganoso, é também cruel e machista: não há como fazer uma análise dessa realidade sem abarcarmos a questão de gênero. A agressividade implícita que podemos

acompanhar no documentário é permeada do punho e da superioridade desses médicos majoritariamente homens e brancos que expressam em suas falas inúmeros defeitos ao corpo da mulher, utilizando de sua autoridade ‘científica’ como aval para falas do tipo: ‘você é muito magra’, ‘muito gorda’, ‘muito pequena’, ‘é complicado parir o primeiro filho’, ‘depois de fazer uma Cesária você não pode ter um parto normal’, ‘seu quadril é muito estreito’, ‘sua placenta não está adequada’, ‘você não tem dilatação’, ‘o bebe está com o cordão umbilical enrolado no pescoço e isso pode levar a uma complicação no parto’.

Esse problema, como veremos mais a frente, se dá ainda na formação desses médicos, em universidades que visam o lucro. Um profissional da área de obstetrícia relata no documentário que: ‘a ponte entre a medicina baseada em evidências científicas e a prática obstétrica nos hospitais está quebrada’, isso porque demais estudos demonstram os mais variados benefícios de um parto normal, desde o trabalho de parto indicar o total maturamento do bebê, que escolhe o momento para nascer, até as cascatas de hormônios – chamados inclusive de ‘hormônios do amor’, tais como Ocitocina, Progesterona, estrogênio, endorfina, adrenalina, prolactina e etc. -, que não estarão presentes da mesma maneira na cesariana e são responsáveis por preparar o corpo da mulher para o ato e para o aleitamento.

Essa sequência biológica não abrange todo o valor implícito de um parto normal, que abarca os fenômenos psicossociais do ato como o empoderamento da mulher, protagonista da história, com liberdade de vivenciar aquilo pelo qual seu corpo se encontra preparado; o vínculo mãe-bebê, que tem o potencial de afastar toda depressão pós-parto ou trauma neonatal; a interação e participação ativa da família. Enfim, um ato de coragem e pleno amor, um ambiente de afeto, evento mágico, desconhecido por esses homens que lidam de maneira fria e mecânica com algo tão especial que é o nascimento de um ser humano.

Para atender como se construiu essa estrutura obstétrica dos tempos modernos é necessário entender a demanda de mercado, que visa praticidade, produtividade e lucro, a cesariana -intervenção cirúrgica reservada para caso excepcionais que apresentam riscos a mulher e a criança -, se tornou um procedimento corriqueiro de fácil manuseio médico.

Foucault em sua obra ‘O nascimento da clínica’ (2006), contextualiza os meios pelos quais o ambiente hospitalar, desde sua arquitetura até o funcionamento e dinâmica, foram construídos para o bem estar do médico visando sua eficiência, sendo concedido a

ele pelo estado o poder de manejar os corpos, tidos agora como principais artigos de produção do capital.

Desde então a soberania e prestígio é voltada para ‘aquele que sabe’, o homem admitido de todo conhecimento a respeito deste corpo tido como universal, sendo a ele empregado a responsabilidade de decidir entre os eventos mais temidos da humanidade, a vida e a morte. Servindo-se da apropriação dos processos reprodutivos das mulheres por meio de uma atenção mecanizada, tecnicista, impessoal e massificada do parto (Mendonça, 2015).

As consequências do modelo mercantil e hospitalar moderno do parto, sobretudo no Brasil -que é um dos países que mais reproduzem a ‘violência obstétrica’ no mundo, podem ser acompanhadas em dados empíricos nos mais diversos estudos. De acordo com Zanardo (2017), a violência obstétrica é um fenômeno que vem acontecendo há algumas décadas na América Latina. Um dos fatores que favorecem essa prática é a falta de informação, pouco vínculo com o médico, aliados ao medo e a timidez de perguntar sobre os processos que irão ser realizados durante o trabalho de parto. Essa posição de passividade e submissão as levam a conformação com as explorações feitas em seus corpos por diferentes pessoas, sem qualquer contestação.

Em vista disso, apesar da cesariana estar indicada para 15% da população, que seria a margem de complicações no parto que necessitam do procedimento, no Brasil, 85% dos partos são cesarianas - esse dado consta no Painel de Indicadores de Atenção Materna e Neonatal-, dentre essas, 57% foram realizadas antes do início do trabalho de parto, o que alerta a um cenário preocupante. Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), a cirurgia cesariana antes do início do trabalho de parto deveria acontecer somente depois das 39 semanas de gestação. E segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o bebê está pronto para nascer entre 40 e 42 semanas de gestação, antes disso ele pode apresentar imaturidade pulmonar, incapacidade de manutenção da temperatura e maior dificuldade de sucção do leite materno.

Em 2014, a Organização Mundial de Saúde (OMS) emitiu uma declaração sobre a prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto. Gestantes do mundo todo sofrem abusos, desrespeito, negligência e maus-tratos durante o parto nas instituições de saúde, essas práticas podem se agravar com mulheres negras e de classes mais baixas. Tais atos praticados no meio hospitalar expressam uma violação dos direitos humanos e promovem consequências adversas para a mãe e para o bebê, principalmente por se tratar de um momento de grande vulnerabilidade para a mulher.

A mudança de tais práticas - que incorporam a violência institucional obstétrica no Brasil como algo cotidiano e usual, reflexos de uma ‘cultura hospitalar’ que predomina nos profissionais dessas instituições - só será possível por meio de uma revolução estrutural, que naturalmente emergira das mulheres. O “renascimento do parto” – conforme aponta o próprio título do referido documentário – envolve um processo de retomada da ‘arte de parir’ pelas mulheres e a sua reinserção na vida familiar e comunitária. Esta pesquisa busca contribuir para este movimento político ao buscar meios de registro e valorização dos saberes associados às práticas do parto realizadas por mulheres da etnia Baré, na região do Alto Rio Negro (AM).

### **Emergência do parto humanizado no séc. XXI e o parto indígena**

O movimento de humanização do parto está intimamente ligado a década de 70 que correspondem ao movimento Hippie e ao movimento feminista, onde se inicia os questionamentos dos poderes hegemônicos da medicina hospitalar. A vanguarda do movimento de humanização do parto surge na Europa com o médicos obstetras Michel Odent e Frédérick Leboyer, as antropólogas Robbie Davis-Floyd e Sheila Kitzinger, e também com a ativista sul-africana e radicada na Inglaterra Janet Balaskas. Frédérick Leboyer, sentindo-se mal com sua prática obstétrica, inicia seus questionamentos sobre a forma como ‘trazia’ os seres humanos ao mundo (RATTO, 1997, p. 23).

Os livros “Nascer Sorrindo” (1974), do médico obstetra francês Frédérick Leboyer, e “Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina” (1975), de Ivan Illich, são considerados paradigmáticos na literatura obstétrica (Bourguinon, 2016). Esses autores questionam as condições hegemônicas de nascimento e assistência à saúde nas sociedades industriais. A partir desses autores, os termos de humanização e violência obstétrica passam a se popularizar na literatura latina.

Posteriormente, outro médico brasileiro, Hugo Sabatino, criou, na década de 1980, o grupo de Parto Alternativo, juntamente com o Departamento de Tocoginecologia da Unicamp, no qual já utilizava o termo “humanização do parto”. No Ceará, o professor e médico obstetra José Galba de Araújo atuou na direção da Maternidade Escola Assis Chateaubrind, entre 1964 a 1985, onde atendia a população mais vulnerável. Seus atendimentos eram inspirados nos trabalhos das parteiras tradicionais e foi reconhecido na obstetrícia à nível internacional, como pioneiro em partos na posição vertical com uso de rede e banquinho, além do incentivo ao aleitamento logo após o nascimento,

favorecendo o contato pele a pele e a intimidade mãe-bebê (Bourguignon, 2016). Seu trabalho serviu como base para a publicação na revista de maior impacto na saúde a *The Lancet*, na publicação do artigo “Appropriate Technology for Birth” (1986), utilizado também pela OMS, onde, a partir de então, se reconhecia historicamente as indicações ideais para o parto obstétrico, sendo agora no modelo de parto humanizado (Bourguignon, 2016).

Posteriormente, em um trabalho publicado por Carmen Diniz (2001), sendo sua tese de doutorado em medicina, a autora cita detalhadamente as contribuições do movimento feminista para o questionamento das concepções hegemônicas das práticas obstétricas - enquadradas muitas vezes como violência de gênero-, e a importância do movimento para a emergência do parto humanizado e do empoderamento das mulheres sob o seu corpo e direitos. Essas discussões de gênero na assistência à saúde da mulher propostas pelo movimento contribuíram para algumas iniciativas governamentais dentre as quais se destaca o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), formado em 1983, onde se apresenta a perspectiva de que a mulher tem o direito a uma atenção global a saúde não se restringindo apenas a seu ciclo reprodutivo (Ibidem, p. 50-57).

Outro órgão importante que veio a surgir, em 1993, foi o ‘Rede pela Humanização do Parto e Nascimento’ (REHUNA), considerado importante por integrar profissionais das demais áreas na atuação do parto humanizado, descentralizado da atuação médica, considerado um marco na militância no movimento de humanização (Pereira, 2007).

Ao longo dessa história de ‘humanização do parto’, não podemos deixar de problematizar uma questão: a invisibilidade das parteiras tradicionais, em especial das indígenas, que embora sirvam de grande inspiração aos médicos ‘vanguardistas’, do chamado parto humanizado nas regiões urbanas, não têm seus nomes estrelados nos grandes livros nacionais e internacionais. Ainda se mantém nessas publicações nomes de médicos homens e, em sua maioria, brancos e de classe média e alta. Não se pode negar o ganho dessa implementação nas leis vigentes, mas também é preciso reconhecer as verdadeiras protagonistas dessa arte, que muito antes de chegar os movimentos Híppies e feministas no Brasil, estas já empoderavam mulheres por estas terras antes mesmo do chamado Brasil, e continuam a atuar rio adentro em lugares por onde esse Brasil não chega.

## O parto Baré no Alto Rio Negro

Os Barés vivem no noroeste Amazônico, distribuindo-se por comunidades ribeirinhas localizadas entre o baixo e alto rio negro, no interior do município de São Gabriel da Cachoeira. Tradicionalmente, a região do Alto Rio Negro é habitada há pelo menos dois mil anos por etnias que falam idiomas pertencentes a três famílias linguísticas: Aruak, Maku e Tukano (Instituto Socioambiental, 2022).

Na segunda metade do século XVIII, era apontada a existência de 33 etnias, porém o processo de escravização e colonização levou a uma redução da diversidade étnica e, atualmente, estão registradas 27 etnias, sendo 22 no Brasil (Andrello, 2006). O processo de colonização desta região ocorre desde o século XVII e, obviamente, a partir de então, diversas alterações culturais, religiosas e econômicas surgiram.

As ocorrências do período colonial na região do Alto Rio Negro são bem documentadas pelo autor Márcio Meira, em sua obra ‘A Persistência do Aviamento: colonialismo e história indígena no noroeste amazônico’ (2018). A partir do Séc. XVIII, grande parte dos indígenas começam a migrar dos territórios de fronteira para o alto curso dos rios, como Uaupés, Içana, Guainía, Branco e também no alto Japurá e seus afluentes Apapóris e Piraparaná. Nesse mesmo período começa o movimento e ascendência política indigenista. A Lei de Liberdade dos índios de 1755 e também com a formação do diretório do Índio de 1798, marcou a inflexão política marcada pela retirada dos Jesuítas, expulsa da região do Grão-Pará em 1760, marcando o fim do poder temporal as ordens religiosas sobre a população indígena. Passando o poder territorial para as lideranças indígenas formalmente reconhecidas pelo Estado, que na realidade, ainda se mantinha certa tensão entre as lideranças indígenas e o novo governo com tendência ‘laica’, estabelecida em Barcelos, a capital da nova Capitania de São José do Rio Negro, entre 1755 e 1830, vinculada ao estado do Grão-Pará, com sede em Belém. (Ibidem. p.282-284)

Embora o poder missionário estivesse em baixa, ele ainda ajudou a se constituir novos aldeamentos no baixo rio Uaupés e Alto Rio Negro. Mas foi a consolidação da ação militar na região que marcou a crescente construção de propriedades civis, fortes militares e comerciais na região de São Gabriel e Marabitaná, tendo como principal intermediário, a mão de obra indígena. Essa atuação dos militares tinha como um dos focos principais uma ideologia “civilizatória” afim de tornar os indígenas da região a priori em “vassalos”, “semicivilizados”, “caboclos”, “mamelucos”, e por fim transforma-los em “brancos”. A presença fixa dos militares começou a declinar no século XIX, reduzindo-se a atuação



pontual em algumas regiões de São Gabriel, Marabitaná e Cucuí, estabelecimento esse que se pode observar até os dias de hoje. (Ibidem.p.63)

Em meados do século XX, em 1930, ocorre a chegada dos salesianos. A implantação desse grupo de missionários abre uma nova fase na história regional. A intolerância dos missionários em relação à cultura tradicional dos indígenas gera vários males que pesavam sobre o bem-estar das populações indígenas do Alto Rio Negro. Nesse período, iniciou-se a implantação de internatos, aterros, prédios e casas, construção de estradas e rodovias, igrejas e hospitais, cujo andamento também dependiam da mão de obra dos indígenas. A alimentação local começou a mudar, com a implementação de farinha branca. Os indígenas trocaram suas malocas pelas comunidades, os trabalhos na roça de seu povo por trabalho em seringais, foram catequizados, o tratamento nos vilarejos era diferenciado com indígenas mais próximos aos padres, pois eram considerados mais “civilizados”. Houve nessa época também a disseminação do uso de roupa, assim como a utilização de outras mercadorias ocidentais, como sabão e fósforo. Esses objetos eram adquiridos por intermédio de grande tempo de trabalho nos seringais (Andrello, 2006. p,61, 129 e 130)

Nos discursos locais, a noção de “civilização” e “progresso” continuou a ser difundida com a chegada dos missionários. A partir de 1970, certa preocupação começou a incomodar os indígenas locais. Com a concentração demográfica na cidade de São Gabriel da Cachoeira, o êxodo de suas comunidades tradicionais atrapalhava a educação dos jovens indígenas em relação às tradições antigas. Embora os indígenas tenham concordado, a princípio, com o processo de “civilização”, eles perceberam que estas mudanças trouxeram certo ônus para a comunidade, e hoje prezam pela revitalização cultural, não permitindo abuso de poder dos salesianos com ações intolerantes em relação a suas práticas tradicionais (Ibidem, p.425).

Na segunda metade do séc. XX, período em que o Brasil saiu da ditadura militar, ocorreu a ascensão das organizações indígenas e a emergência do chamado movimento indígena. Sendo que os povos indígenas do Noroeste da Amazonia foram pioneiros desse movimento no Brasil, que se iniciava ainda na década 1970, onde protagonizaram a assembleia indígena em São Gabriel da Cachoeira, em 1987, quando criaram a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), constituindo-se em importante mecanismo político para a luta pelo reconhecimento e homologação das terras indígenas pelo Estado Brasileiro (Meira, 2018, p.332)

No final da década de 80 e início de 90, inicia-se a implantação do programa de trabalho do Instituto Socioambiental (ISA) na região do Alto Rio Negro em colaboração com a Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN) e ao Instituto para a Cooperação Internacional (IIZ), da Áustria. Ao longo das últimas décadas, os povos indígenas passaram a ser considerados parceiros privilegiados para agências governamentais, não governamentais e organismos internacionais voltados à implantação de programas de desenvolvimento sustentável, em especial aqueles dirigidos à conservação de florestas tropicais e biodiversidade (Andrello, 2006). Esta pesquisa se insere nesse contexto histórico de valorização dos saberes e práticas indígenas associados ao parto tradicional da etnia Baré, sendo viabilizada a partir de uma colaboração com essa rede regional formada em torno dessas iniciativas de desenvolvimento sustentável.

Os índios Baré integram a área cultural conhecida como Noroeste Amazônico e vivem tradicionalmente ao longo do Rio Xié e alto curso dos rios Içana e seus afluentes Aiari e Cuari; no médio e alto Rio Negro, para onde grande parte deles migrou compulsoriamente em razão do contato com os não-índios, cuja história foi marcada pela violência e a exploração do trabalho extrativista, principalmente em passado mais recente no ciclo da borracha (ISA, 2022).

Oriundos da família linguística Aruak, os Barés hoje falam uma língua franca, o *nheengatu*, difundida pelos missionários carmelitas ainda no período colonial e, atualmente, essa língua representa uma marca de sua identidade cultural, ainda assim, algumas comunidades do Alto Xié falam Werekena (língua Baré original) (Ibidem).

“O *nheengatu* é uma forma simplificada do Tupi antigo, falado em grande parte do Brasil nos primeiros séculos da colonização portuguesa, e que foi adaptado e amplamente difundido pelos missionários jesuítas. Com o tempo e o predomínio do português como língua nacional, o *nheengatu* foi perdendo terreno. Porém, continua vivo e muito usado na calha do Rio Negro, em seu curso médio e alto, inclusive em São Gabriel, e em alguns de seus afluentes, como no Baixo Içana e no Rio Xié” (Ibidem).

A área formada pelo Rio Xié e alto curso do Rio Negro, acima da foz do Uaupés, é ocupada principalmente pelos índios Baré. São aproximadamente 140 sítios e povoados, onde residem cerca de 3.200 pessoas. A população vive, em sua maioria, em povoados, chamados popularmente de “comunidades”, compostas por um conjunto de casas de pau-a-pique construídas em torno de um acampado composto por amplo espaço de areia branca e, eventualmente, um posto médico. Há, porém, comunidades que não possuem

nada além das casas de moradia. É comum encontrarmos uma capela (católica ou protestante), escolinhas que geralmente estão associadas a educação dessas religiões, o que causa grande impacto cultural, sendo que nos povoados de Cucuí, Vila Nova e Cué-Cué composta por uma população majoritariamente protestante (Ibidem).

As comunidades com maior influência protestante são as mais rígidas em relação as proibições de práticas tradicionais, ao menos publicamente, não bebem e nem fumam, o que significa dizer que não fazem mais ‘festas de caxiri’ nem ‘dabucuris’, nas quais a bebida e o tabaco são essenciais. Ali se realizam ‘Conferências’, que são as reuniões dos ‘crentes’. Entretanto, a maioria de seus habitantes, quando doentes, ou quando há alguma complicação no parto, costuma procurar os pajés e benzedores das comunidades católicas, localizadas na região de Cumati – Tunu, Umarituba, Tucano e Anamuim, que ainda utilizam os recursos tradicionais como o tabaco, o paricá e as “rezas” (cantos), proibidos pelos missionários, para as atividades de cura, onde se resguardou as tradições originais, tais como os conhecimentos dos pajés e sua mitologia (Ibidem).

Como já mencionei, não há registros etnográficos das atividades das parteiras tradicionais da região, e para fazer esses registros - indispensável para o reconhecimento dessas práticas que tem importância fundamental para a manutenção da cultura e da saúde dessas mulheres-, que entramos em contato com a FOIRN para que conseguíssemos estabelecer uma parceria nesse trabalho, se caso fosse de interesse dos indígenas locais. A partir de então conseguimos visitar algumas comunidades onde estavam localizadas as principais parteiras da região para que fosse possível a realização desses registros.

Nosso primeiro contato foi com uma parteira tradicional Baniwa que se mudou para essa região após casar com um homem Baré – da mesma família linguística dos Baré, Aruak-, com cerca de 58 anos – as mulheres mais velhas não sabem dizer a idade com exatidão. Em relato, Dona Ana afirma que as mães costumam procurar pela parteira geralmente quando já está próximo de nascer, um mês antes do tempo de nascer mais ou menos. Não há restrição alimentar durante a gravidez, mas ela já começa a prescrever alguns chás para estimular o nascimento do bebê. Quando está na hora do parto, a parteira prepara um chá com ervas locais para estimular a ‘dor do parto’ – traduzindo para os termos da medicina moderna, trata-se de um chá que ajuda a estimular as contrações -, a dor aqui é vista como algo bom que indica que está na hora de nascer, e que desta maneira vai estimular a mãe a parir logo a criança. A parteira prepara o ambiente onde vai ocorrer o parto, geralmente na casa da própria grávida, no quarto, onde se coloca as toalhas e as fraudas no solo, em baixo de onde o bebe vai nascer. A mãe geralmente fica sentada em

um banquinho baixo, segurando na rede, o marido fica amparando por trás segurando a parturiente.

A parteira faz massagem com o preparado de ervas na região da barriga, pernas e lombar, fazendo as rezas tradicionais. É importante mencionar que tanto os chás, quanto os preparados de ervas para a massagem, as técnicas manuais e as rezas, são ‘segredos das parteiras’, sendo que somente elas é que estão preparadas para fazer tal procedimento. O parto costuma durar em média entre uma hora e duas horas para acontecer, mas pode variar, “tem parto que dura um dia ou uma noite inteira”, quando o parto é complicado. Nesses casos, o Pajé costuma intervir com as rezas, mas como quase não há mais Pajé na região e os que têm moram longe, as parteiras mesmo se apropriam dos procedimentos dos Pajés, e depois que a criança nasce, se ficar chorando muito, é que procura o Pajé pra acalmar a criança.

Durante o parto, a parteira pode fazer uma massagem também no períneo, se necessário, com o “azeite doce” – que seria o azeite de oliva-, quando a criança nasce a parteira a entrega ao pai para que seja feito o parto da placenta, que vem logo em seguida. A parteira não puxa o cordão, apenas aguarda ou coloca um pouquinho de sal em um ponto do cordão pra estimular ele a descer, enquanto isso a parteira diz “eu não lavo o bebe, só tiro um pouco o sangue e dou pra mãe dar mama”. Depois que a placenta sai, o pai é que corta e amarra o cordão, pois quem corda o cordão é que tem que fazer o resguardo do bebe. Logo após o parto a parteira defuma todo o ambiente para espantar o ‘encanto’, defuma a mãe, o pai, o bebe e a ela mesma também, geralmente a defumação é feita com o “breuzinho” – conhecido como breu branco, uma seiva cheirosa da respectiva árvore encontrada com abundancia na floresta Amazônica.

O resguardo dura cerca de uma semana, tanto pra mãe quanto pro pai, com características diferentes em alguns aspectos. “A Mãe deve ficar na rede todo tempo, não soprar fogo pra fazer comida, nem pegar vento, só toma mingau e come peixe pequeno, a mãe também não pode se banhar no igarapé pra não pegar encanto” (fala de uma parteira Baré) – o encanto é citado aqui como um tipo de mau que pode ocorrer a mulher vindo de algum espírito do fundo da terra ou do rio, como o espírito do Boto ou da Sucuri. O pai já é livre para passear, mas não pode caçar, nem ver certos tipos de bichos, como cobra e sapo. Ele também não pode se banhar no igarapé, mas pode pegar água pra esposa e fazer o alimento da mulher, que geralmente é o caldo ou o mingau. Os alimentos, tanto para o pai, quanto para a mãe, devem ser sem sal, para ajudar na cicatrização do umbigo do bebe. Também existem os chás que ajudam a “descer o sangue” após o parto e a mãe

deve se manter sempre quente dentro do quarto, em sua rede durante o resguardo. Após o parto a parteira faz um resguardo de apenas um dia, que também é reservado para o seu descanso.

Dona Ana afirma que cada parteira tem seu segredo, que geralmente é passado para a filha, sendo que o cargo de parteira nas comunidades é transmitido preferencialmente de mãe pra filha, sendo que, caso nenhuma filha se interessar, o mesmo é transferido pra outra mulher mais jovem que estiver interessada em apreender, geralmente alguma parente.

Todas as parteiras relatam que não recebem nada em troca para esse trabalho, não ganham farinha, nem peixe, é um serviço comum para ajudar a comunidade. Porém é perceptível que o ganho das parteiras se dá pelo status, reconhecimento e respeito dentro das comunidades, tendo certo grau de autoridade. O trabalho das parteiras é de suma importância para a manutenção da saúde dessas mulheres e também refletem a cultura local, sendo as próprias parteiras um modo de iniciação na construção do corpo e da pessoa indígena, através de suas intervenções que abrangem a integridade física, emocional e espiritual desse povo.

Trazendo para o aspecto comparativo do parto tradicional para com o parto normativo da medicina moderna, é evidente a diferenciação que se faz em relação a dor, que é um dos maiores temores das mulheres modernas, que apelam para recursos que possam aliviar ou eliminar a dor – o que já foi verificado pela ciência que a anestesia pode prejudicar o parto normal, enquanto que é visto como algo bom pelas mulheres Baré, no sentido de que indica que o parto está próximo e que esta dor proveniente das contrações vai estimular a saída do bebe. Sendo a dor uma experiência sensitiva emocional, ela traz esse caráter empírico da experiência pessoal com influência de fatores biológicos, psicológicos e culturais. A dor e a nocicepção são fenômenos diferentes, não podendo a dor ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos, antes, porém, através das experiências de vida, a pessoa aprende o conceito de dor, podendo ser multifatoriais os estímulos responsáveis por provocá-la em uma pessoa (Breton, 2012).

Essas afirmações podem nos indicar o que as parteiras tradicionais desenvolveram e refinaram ao longo do tempo as técnicas manuais, segundo relato, com as mãos as parteiras conseguem fazer seus diagnósticos em relação a saúde do bebê, sua posição na barriga da gestante, é possível também colocar o bebe na posição correta para o parto, além de técnicas de massagem para alívio da dor e massagem perineal para o preparo do canal para o parto.

Ampliando para o contexto social, outra reflexão importante a se fazer, nesse âmbito comparativo, é que o parto tradicional é um evento comunitário, uma vez que em um local de extremo silêncio, todos acompanham de alguma forma o processo do parto, em segunda instância, como o pai e a mãe que devem permanecer em resguardo, não podendo se banhar, caçar ou fazer outras atividades básicas, dependerão da família ou de alguém da comunidade para auxiliar e dar suporte durante esse período.

Uma observação importante é a questão de gênero presente nessa função, sendo o próprio ato de partejar, verbo usado com frequência entre elas, um evento de empoderamento das mulheres. Só é parteira na comunidade a mulher que já pariu, geralmente é mais velha e tem mais de dois filhos, sendo o seu próprio corpo o lugar homólogo de conhecimento. Reificando a construção de pessoa indígena que se dá principalmente por intermédio da experiência e vivência pelo corpo e através do corpo. A parturiente é aquela que se constrói pelo corpo e pela vivência e constrói também o outro, pessoa indígena, no âmbito físico, emocional e espiritual através de seu feito tradicional de partejar. Mas deixaremos para aprofundar nesse tema profundo, o da construção de corpo e pessoa no pensamento ameríndio no subtópico posterior.

### **Parto, corpo e pessoa no pensamento ameríndio**

Para iniciarmos essa discussão, irei referenciar textos do antropólogo Francês David Le Breton, que desenvolve o conceito de corporeidade como fenômeno social e cultural em suas obras “A Sociologia Do Corpo” (2012), “Adeus ao corpo” (2013) e “Antropologia dos sentidos” (2016). Em discussão, esse autor expõe, antes de qualquer coisa, que a existência é corporal, e o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída, uma estrutura moldável pelo contexto social e cultural. Para ele, o corpo não existe em estado natural, sempre está compreendido na trama social de sentido (Breton, 2012). Sendo assim, as atividades perceptivas, expressão dos sentidos, conjunto de gestos e mímicas, exercícios físicos, produção da aparência, e o que diz respeito diretamente a este trabalho: as técnicas do corpo e a relação com o parto, a dor e o processo de saúde e doença, são variáveis conforme a cultura.

Apesar desta transmissão, característica que nos difere dos outros animais, se dar principalmente por via oral, Bourdieu (2011) entende o corpo como um meio de linguagem em que “se é falado mais do que se fala”, e que corresponde à expressão mais verdadeira do ser, por ser ele uma manifestação menos conscientemente controlada e

controlável. Na Praxiologia de Bourdieu, o corpo se coloca como *locus* de análise do sujeito social, do indivíduo que é portador de um *habitus*, dentro de determinado campo social. O *habitus* seria, portanto, a mediação dialética entre indivíduo e sociedade, que marca o lugar do agente social, manifestando em suas expressões corporais sua individuação forjada nas e pelas relações sociais (Montagner, 2006). Esta individuação, entendida como processo de se tornar distinto, singular, ocorre porque cada pessoa possui uma trajetória e uma localização única no mundo e a capacidade de internalizar uma combinação incomparável de esquemas. Assim, o *habitus* possui um contingente simultaneamente estruturado – por meios sociais passados – e estruturante – de ações e representações presentes (Catani, 2017). Nessa perspectiva, ocorre durante o parto a construção estruturada e estruturante da pessoa parteira, que por intermédio de sua vivência como mulher e mãe, como conhecedora do corpo feminino pela experiência corporal e pelo ‘conhecimento da tradição’ pode também partejar. Por outro lado, constrói-se também neste momento a pessoa indígena a partir da iniciação do nascimento, que já é concebido dentro de sua cosmologia. Nasce ali uma mãe, um pai e todo um complexo familiar de grande importância para estrutura da sociedade Baré.

Para este trabalho, os conceitos de *habitus* e *práticas de conhecimento* – que apontam para a construção da pessoa por intermédio da sociedade – são fundamentais, já que abordaremos questões diretamente relacionadas com o corpo e as técnicas utilizadas para a manutenção da saúde, as quais ocorrem de forma diferente em cada cultura.

Aqui podemos creditar o respeito pelo qual podemos ter ao nos encontrarmos com uma técnica tão antiga quanto o ato de partejar: por um lado, o corpo da mulher foi trabalhado e lapidado pela cultura para parir vários filhos; por outro lado, os saberes e técnicas das parteiras foram, ao longo das gerações, refinados para tal ato. A pesquisa de campo preliminar aponta que esses saberes e técnicas corporais são transmitidos por meio de aprendizado prático, inicialmente, com o acompanhamento de uma parteira mais experiente, quando a nova parteira primeiramente observa e depois auxilia e, finalmente, passa a realizar os seus próprios partos. Ao mesmo tempo, a própria parteira já pariu e, com isso, vivenciou o processo em seu próprio corpo, a partir de uma perspectiva subjetiva, de mulher Baré. Assim, percebemos que a prática do parto indígena está diretamente associada a um *habitus* - no sentido que Bourdieu (2011) dá a esse termo – tanto no que se refere ao ato de partejar, como também no que se refere aos processos de aprendizado que formam o núcleo de reprodução desse importante patrimônio cultural imaterial do Alto Rio Negro. A parteira *apreende* os processos do parto, inicialmente, de

forma subjetiva, por meio do seu (s) próprio (s) parto (s); e mais tarde objetifica esse conhecimento subjetivo por meio da observação das técnicas de uma parteira experiente, complementando a experiência individual do parto com a perspectiva coletiva, transmitida por meio das parteiras tradicionais.

Sendo assim, é nessa perspectiva que buscarei entender esse corpo moldável que, por diferentes estímulos e por conta desses aspectos psicológicos, sociais e culturais, se torna um agente não universal e, portanto, específico, apresentando uma via alternativa ao entendimento biomédico. Para que possa ser feito o registro etnográfico, partiremos deste axioma: a herança cultural, ou seja, a transmissão sistêmica das habilidades de uma geração para outra pode se dar através da linguagem verbal e/ou corporal de maneira consciente ou inconsciente. Por conseguinte, faz-se importante, nesses registros, sabermos como as técnicas manuais dos Barés do Alto Rio Negro se desenvolveram, como foram feitas essas transmissões através da tradição e por qual razão e nível de eficácia ela é aplicada por este povo.

Para iniciarmos a discussão do processo de saúde e doença de outras culturas, sobretudo das sociedades indígenas amazônicas, é importante relevar que, até a década de 1950, existiam poucos registros acerca da corporeidade do indígena brasileiro, em termos de etnografia. Apenas após a Segunda Guerra que começam a surgir estudos descritivos mais detalhados de sociedades tribais brasileiras e somente nas décadas de 1960 e 1970 que se inicia a elaboração teórica deste material (Seeger, Damatta e Viveiros de Castro, 1979). Atualmente, a linha de pesquisa apresentada nesse artigo inaugural constitui uma linhagem já bem estabelecida de estudos etnológicos, com a realização de etnografias entre diferentes povos ameríndios, especialmente, na Amazônia Brasileira.

Assim gostaria de destacar a tese da corporalidade enquanto idioma simbólico focal das sociedades ameríndias (Ibidem). A partir de exemplos etnográficos coletados entre os Gê do Brasil central, grupos indígenas do Alto Xingu e os Tukanos do Alto Rio Negro, os autores demonstram a existência de uma ênfase das teorias nativas na corporalidade, ou seja, uma ordenação da vida social a partir de uma linguagem do corpo. Segundo essa perspectiva, o corpo indígena é tomado pelo seu aspecto coletivo, objeto de significação social, matriz de símbolos e objeto de pensamento. Na concepção tribal, “o corpo físico não é a totalidade de corpo e nem o corpo a totalidade da pessoa” (Ibidem). Assim, a construção do ser humano associa-se a uma pluralidade de níveis que o estruturam internamente como as teorias sobre a alma, o plano sobrenatural, formas



humanas e não humanas, como um dos fatores cosmológicos que podem definir a construção de pessoa nas sociedades indígenas.

O parto também não é algo inerente do indivíduo, mas que envolve uma rede de relações, que podemos incluir desde o núcleo familiar mais próximo, com o pai, a mãe, os tios etc., quanto a própria parteira e a comunidade, que se fazem presentes tanto no aspecto simbólico quanto estrutural e de suporte biopsicossocial que esta família irá precisar durante o período de resguardo, no que se refere ao alimento específico, aos rituais iminentes e ao próprio acolhimento.

Partindo desta perspectiva, o universo indígena apresenta complexidades em diversas esferas, evidentemente, no contexto terapêutico, essa concepção também está presente e o xamanismo nos ajuda a compreender as representações conceituais e simbólicas que organizam a sociedade indígena, uma vez que a doença é um evento sociocultural.

Nos estudos de Mariano (2018) e Garnelo (2006) as divisões feitas pelos Kayapós e Indígenas do Alto Rio Negro entre doença de índio e doença de branco, dividindo-se em tratamentos distintos. Para isso também as parteiras sabem quando buscar ajuda junto aos técnicos de enfermagem, geralmente também indígenas formados, para auxiliar quando preciso em questões que acreditam precisar desse suporte médico. O pajé, especialista local, faz a avaliação, sendo que o tratamento varia conforme a causa e o gênero – no caso de mulheres menstruadas, por exemplo. Em caso de doença de índio, as causas, muitas vezes, podem estar ligadas à quebra de tabus, ação de espíritos ou feitiçaria, isso também se expande no conceito de ‘encanto’ utilizado pelas mulheres quando ‘pega’ a criança ou a mãe, podendo acometer vários tipos de enfermidades ou ‘mau agouro’, deixando a criança chorosa ou doente e complicações no pós parto da mãe. O diagnóstico e tratamento intercorrem por orientação espiritual, e seu tratamento inclui massagens, mudança de hábitos e alimentação, emplastros de ervas e outras técnicas tradicionais, sempre ligadas à natureza local, que demonstram que, para além da consciência social, existe também a consciência ecológica – Ailton Krenak em ‘Ideias para Adiar o Fim do Mundo’ (2020) vai ainda além ao dizer que, no pensamento ameríndio, não existe um meio ambiente, como algo externo, mas sim que, ‘nós somos o próprio meio ambiente’, indicando ele mesmo enquanto natureza, sem distinção-, e isso faz parte do processo de saúde e doença desses povos, e portando do processo de partejar.

Ao buscar na literatura a respeito das terapias manuais praticadas pelos indígenas da Amazônia, com intuito curativo ou para bem-estar, foi possível identificar algumas

referências do povo Tukano do Alto Rio Negro que sugerem a prática. Dentre esses documentos merece destaque o seguinte:

“Eles efetuam as curas xamânicas através de diversas técnicas de manipulação do corpo (massagens, sucção, etc.) que visam a extrair do corpo do doente o objeto patogênico. O poder e as habilidades dos kumua vêm do seu grande conhecimento da mitologia e das encantações de proteção e cura, que assumem um papel primordial nos rituais terapêuticos e na manutenção da saúde” (Garnero, 2006, p. 243).

Com essas referências que fundamento meu aporte teórico, é possível observar as complexidades cosmológicas do parto para os povos indígenas. Essas sociedades não dissociam o corpo físico e etéreo, matéria e espírito, indivíduo e coletivo. Para os povos tradicionais, o ser humano é concebido como parte da natureza da qual se origina e faz parte, e dela recebem influência. Explorar as potencialidades desses autores é fundamental para adquirir uma consciência referente à saúde-cultura da etnia a ser estudada. Ter o entendimento a respeito da construção de pessoa dos povos tradicionais do Alto Rio Negro, entender como se trata, se cuida e se cura neste corpo, é fundamental para assim, promover a possibilidade de se repensar a corporeidade e o processo de partear com os olhos dos indígenas brasileiros e salientar as contribuições que a etnologia dos grupos tribais brasileiros pode fazer às instituições de saúde ocidentais e à antropologia como um todo.

Conforme a tese do “idioma simbólico da corporeidade” (Seeger, Da Matta e Viveiros de Castro, 1979), podemos inferir que o parto integra o conjunto de intervenções socio-simbólicas pelas quais a sociedade dá forma ao corpo indígena e, desta forma, constitui a pessoa indígena. Da mesma forma, podemos deduzir que um Baré que não tenha passado por um parto Baré possa ser considerado ‘menos Baré’, no sentido de enfatizar a ausência de um ritual tão importante como o nascimento realizado nos termos Baré. Assim, podemos perceber a importância fundamental das parteiras na reprodução de uma vida propriamente Baré, o que inclui nascer como os antepassados nasceram, por meio de técnicas corporais transmitidas durante milênios de uma geração para outra, dando sentido e significado ao “ser Baré” por meio da fabricação de um corpo forte, que passou por todos os processos de fortalecimento, incluindo o parto e as práticas de resguardo, assim como as intervenções por meio do uso de ‘remédios tradicionais’, técnicas de massagem corporal, defumação, rezas, diagnósticos manuais e – antes e após o parto – de uma alimentação produzida pela rede de relações sociais que formam a pessoa

Baré, incluindo a farinha produzida pelas mulheres da família e outros artigos retirados da roça, um espaço produtivo dominado quase que exclusivamente pelas mulheres.

Conforme mencionamos ao longo deste texto – seja a partir do documentário “Renascimento do Parto”, seja a partir dos dados etnográficos – o parto é um assunto tradicionalmente de domínio das mulheres, estando associado a seu status na comunidade, devido ao fato de dela depender o nascimento adequado e nos termos da cultura local de novos corpos-pessoas. Com a emergência da biomedicina e o complexo hospitalar, as mulheres foram substituídas por médicos brancos e, com isso, perderam o domínio sobre essa importante atividade social. A reconquista do parto pelas mulheres – e, em especial, pelas mulheres indígenas, representa um importante mecanismo de empoderamento feminino, realojando as mulheres no seu papel extremamente valioso de dar vida ao mundo, de fabricar – por meio das técnicas de parto – de um corpo propriamente indígena.

Infelizmente, o número de parteiras atuantes tem diminuído significativamente nas últimas décadas, sendo que as parteiras atuais já estão idosas e relatam enfrentar dificuldades em encontrar novas auxiliares e aprendizes. Na ausência de qualquer tipo de suporte governamental, o número de jovens mulheres interessadas em se tornar parteiras é cada vez menor, principalmente, com a emergência de um novo campo de possibilidades de trabalho e educação na cidade. Com isso, acreditamos que esta pesquisa poderá contribuir para a criação de uma política pública voltada para o fortalecimento da rede de parteiras indígenas do Alto Rio Negro, fornecendo subsídios para o registro das suas práticas e saberes como patrimônio imaterial, iniciativa que pretendemos desenvolver em colaboração com a FOIRN.

## REFERENCIAS

- ANDRELLO, G. *Cidade do Índio: transformação e cotidiano em Iauaretê*. São Paulo: Editora UNESP/ISA; Rio de Janeiro: NUTI, 2006.
- BOURDIEU, Pierre. *O senso prático*. Tradução de Maria Ferreira. 2. Ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- BOURGUINON, Ana M. E GRISOTTI, Marcia. "A emergência do discurso de humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras (1987-2012)." *Publicatio UEPG: Ciências Sociais Aplicadas* v. 24, n. 3, 2016.
- CATANI, A. M. et al. *Vocabulário Bourdieu*. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.
- DIAS, M. A. B. *Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública*. Tese (Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
- DINIZ, Carmen S. G. *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto*. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, v. 255, 2001.

FERREIRA, Luciane O. "A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas." *História, ciências, saúde-Manguinhos*, v. 20, 2013.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979

\_\_\_\_\_. *O nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. – 6.ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GARNELO, Luiza; BUCHILLET, Dominique. Taxonomias das doenças entre os índios Baniwa (arawak) e desana (tukano oriental) do alto rio negro (Brasil). *Horizontes Antropológicos*, v. 12, 2006.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde*. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LE BRETON, D. *Adeus ao corpo*. Antropologia e sociedade. Trad. Marina Appenzeller. Campinas: Papirus, 2013.

LE BRETON, D. *Antropologia dos sentidos*. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

LEBOYER, F. *Nascer sorrindo*. Rio de Janeiro, Editora Brasiliense, 1974

MARIANO, Michelle C. A experiência da doença entre os Kayapó Mëtyktire: uma análise antropológica. 2018.

MEIRA, M. *A persistência do aviamento: colonialismo e história indígena no Noroeste Amazônico*. São Carlos: EdUFSCar, 2018.

MENDONÇA, Sara S. "Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto." *Civitas-Revista de Ciências Sociais* v. 15, 2015.

MONTAGNER, M. Â. Pierre Bourdieu, o corpo e a saúde: algumas possibilidades teóricas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, p. 515-526, 2006.

PACIORNIK, M. *O parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios*. Rio de Janeiro, Brasiliense, 1979.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223a Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA, 2017. 113p. : il. color.

PEREIRA, Adriana L. de F. Processo de implantação da casa de parto no contexto do Sistema Único de Saúde: uma perspectiva do referencial teórico de Gramsci Tese (Pós-Graduação em Enfermagem), Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

RATTO, Katia M. Maternidade Leila Diniz 1994 a 1996: nascimento de um novo profissional de saúde? Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

SEEGER, A.; DA MATTA, R.; VIVEIROS DE CASTRO, E. B. A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. *Boletim do museu nacional*. UFRJ, 1979.

WRIGHT, R. M. *História indígena e do indigenismo no Alto Rio Negro*. Campinas: FAEP, UNICAMP, 2005.

ZANARDO, Gabriela L. de P. et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicologia & Sociedade*, v. 29, 2017.