

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS
BACHARELADO EM CIÊNCIAS BIOLÓGICAS**

NATASHA NONEMACHER MAGNI

**SABERES E PRÁTICAS DAS PARTEIRAS MBYA GUARANI DO
LITORAL NORTE DO RS**

**Porto Alegre- RS
2018**

NATASHA NONEMACHER MAGNI

**SABERES E PRÁTICAS DAS PARTEIRAS MBYA GUARANI DO
LITORAL NORTE DO RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no
Instituto de Biociências da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul como requisito básico para a
conclusão do Bacharelado em Ciências Biológicas

Orientadora Rumi Regina Kubo

**Porto Alegre-RS
2018**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos Mbya Guarani, por serem exemplos de resistência, autonomia e diplomacia; e de forma mais especial agradeço ao Felipe, a Bernardina e a sua família, por me acolherem em sua casa, junto à seu fogo e me tornarem sua amiga. Também agradeço à Julia, por tão bonito exemplo de doçura e força, que certamente lembrarei por toda a vida.

Agradeço a ANAMA e a todas as amizades e aprendizados que tive neste ano. Em especial Angela, Dilton, Rodrigo e Gabriel, pelas reflexões instigantes e descontraídas. Também minha gratidão à Rumi, pelas reflexões pontuais e certeiras, que muitas vezes nem eu entendia na hora, e vinham a fazer sentido de forma mágica meses depois.

Agradeço a minha família pela paciência e compreensão com as minhas ausências. Abraço maior aos meus avós, que não deixaram de me lembrar que eu estava no caminho certo, e a minha dinda Carla, pelo exemplo, orientação e conselhos.

Minha gratidão ao Lúcio, pelas playlists, paciência, carinho e apoio, além do aporte de conhecimento geográfico, todos de suma importância, e sem os quais seria muito mais difícil chegar ao final.

Muito carinho as amigas de Porto Alegre, Nati, Ka, Vick, Mar, Amandinha, pelo apoio teórico e psicológico, que foi fundamental. Em especial a Nati, que foi minha companheira de desventuras de final de curso e conselheira, e a Vick, a melhor virginiana que eu poderia encontrar para topar organizar o meu caos; gratidão meninas. Gratidão também à lana, pelas grandes reflexões, pelo apoio e por me apresentar ao Fundão da Solidão.

RESUMO

A vida indígena vem sendo tutelada desde a proclamação da república. Com o advento das políticas públicas de saúde, que deveriam exercer a articulação entre a biomedicina e a medicina tradicional, essa tutela histórica se mostra ainda influente. A medicalização dos partos, a realização de práticas rotineiras de pouca ou nenhuma evidência científica, concomitantemente com o desrespeito para com as práticas tradicionais de cuidado com a mulher e a tentativa constante de submeter esses saberes a validação científica, nos mostram o quão assimétricos são esses poderes. Em contrapartida, na tentativa de valorização dos saberes femininos Mbya, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas na forma de conversas informais com mulheres das comunidades Mbya Guarani do Litoral Norte do RS, para levantamento das práticas, cuidados, saberes e espécies vegetais de uso tradicional relacionadas à menstruação, gestação, parto, pós-parto e contracepção, bem como seu modo de uso e indicação, além de caracterização da figura da parteira. Esses conhecimentos são fundamentais na agência da autonomia da medicina tradicional indígena, e contribuem para o desenvolvimento de políticas públicas mais compatíveis com as necessidades dos povos indígenas.

Palavras-chave: Mbya guarani; parteira; mulheres indígenas, medicalização do parto; “remédios do mato”; atenção diferenciada; saúde indígena.

ABSTRACT

Indigenous life has been protected since the proclamation of the republic. With the advent of public health policies, which should exercise the articulation between biomedicine and traditional medicine, this historical tutelage still proves very influential. The medicalization of births, the implementation of routine practices with little or no scientific evidence, along with the disrespect for traditional practices used for women's health and the constant attempts to subject this knowledge to scientific validation, show us how asymmetrical these powers are. On the other hand, in an attempt to recognize the knowledge of Mbya women, semi-structured interviews were conducted in the form of informal conversations with women from the Mbya Guarani communities of the Northern Coast of RS, to survey practices, care, knowledge and plant species traditionally used in regards to menstruation, gestation, delivery, postpartum and contraception, as well as when and how they are used, besides characterization of the midwife figure. This knowledge is fundamental for the agency of autonomous traditional indigenous medicine and contributes to the development of public policies more compatible with the needs of indigenous people.

Key-words: Mbya Guarani; midwife; indigenous women, medicalization of labor; "forest remedies"; differentiated attention; indigenous health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANAMA - Ação Nascente Maquiné
AIS - Agente Indígena de Saúde
AISAN - Agente Indígena de Saneamento
CEPI - Conselho Estadual dos Povos Indígenas
DSEI - Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EMSI - Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
MS - Ministério da Saúde
MT - Medicina Tradicional
OMS - Organização Mundial da Saúde
OSC - Organização da Sociedade Civil
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNASI - Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena
PNAISM/MS - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
SASI/SUS - Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SDR - Secretaria do Desenvolvimento Rural
SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI - Serviço de Proteção ao Índio
SPILTAN - Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS - Sistema Único de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1. APROXIMAÇÃO	07
2. OBJETIVOS	11
3. LOCAL DE ESTUDO	12
4. METODOLOGIA	14
5. HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL	15
6. CONTRASTE ENTRE AS PRÁTICAS BIOMÉDICAS E A MEDICINA TRADICIONAL	20
6.1 ACULTURAÇÃO BIOMÉDICA	20
6.2 ASSIMETRIA DE PODERES E CONTROLE	21
6.3 VALIDAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL	28
6.4 CULTURA É DIFERENÇA	30
6.5 RESISTÊNCIA PACÍFICA	31
6.6 GRAVIDEZ DE RISCO	32
7. O SISTEMA MÉDICO MBYA	36
7.1 QUENTE-FRIO	41
7.2 POÃ	42
7.3 INHENGUE	48
7.4 TXEREKO	51
7.5 CONCEPÇÃO	53
7.6 GESTAÇÃO	54
7.7 PARTO	57
7.8 PÓS PARTO	60
7.9 CONTRACEPÇÃO	62
7.10 MENOPAUSA	63
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	67
APÊNDICE	70

*“Eu vi a mulher preparando outra pessoa
O tempo parou pra eu olhar para aquela barriga
A vida é amiga da arte”
Caetano Veloso*

1. APROXIMAÇÃO

Meu contato com as aldeias indígenas do Litoral Norte teve início no final do ano de 2017, quando interessada pela questão indigenista e levada por minha amiga Iana à *Tekoa Guyra Nhendu*, conheci a Júlia, uma parteira e Cacica Mbya Guarani, mãe, mãe adotiva, avó e guerreira. Ela me lembrou a minha própria bisavó, também parteira, com muitos filhos e com um grande coração, onde sempre cabe mais um. Partilhamos seu fogo e seu chimarrão e ela nos mostrou a sua rocinha de *avaxi*¹ e a *opy*² em construção. Ficamos na aldeia três dias, conversando, brincando e aprendendo; depois fomos para a *Tekoa Kuaray Rexe*, em Osório, para levarmos a Júlia e as crianças, que precisavam passar um tempo lá se consultando com o *kara*³. Na escola da *Tekoa Kuaray Rexe* conheci o professor indígena Sérgio e seu pai, o cacique Avelino, que é irmão da Júlia.

Depois disso fui morar em Maquiné e, já com o intuito de trabalhar com a questão indígena, fui estagiar na OSC Ação Nascente Maquiné (ANAMA), trabalhando em um viveiro de mudas de árvores nativas da Mata Atlântica em um projeto de gestão dos recursos hídricos, o Projeto Taramandahy⁴. Passado alguns dias que estava morando em Maquiné, e que já havia voltado a *Tekoa Guyra Nhendu* algumas vezes, descobri que o projeto Taramandahy, em uma de suas linhas de atuação, contava com encontros entre as aldeias indígenas do Litoral Norte, os “*Nhemboaty Mbyá Kuery Yy E’Ë Regua*”⁵, encontros para a gestão ambiental e territorial Mbya Guarani no Litoral Norte - RS.

O primeiro desses encontros aconteceu entre os dias 05 e 09 de março, na *Tekoa Pindoty*, em Riozinho. Fomos à *Tekoa* na semana anterior levar os mantimentos para o

¹ *Avaxi*: milho

² *Opy*: casa de rezo

³ *Kara*: líder espiritual

⁴ O Projeto Taramandahy, Gestão Integrada dos Recursos Hídricos na Bacia do Rio Tramandaí é patrocinado pela Petrobras, e visa a melhoria da qualidade da água na bacia, por meio de sete eixos temáticos: realizar monitoramento da qualidade da água; implementar programa de conservação integrada dos recursos hídricos, solo e floresta; implementar programa de qualificação do Comitê Tramandaí; programa de educação e sensibilização ambiental, educação alimentar e nutricional; Difusão de tecnologias sociais apropriadas no Centro de Referências Ambientais; programa de mobilização e capacitação de agentes públicos locais de defesa civil; **apoio à Gestão Territorial e Ambiental das Terras Indígenas Mbyá Guarani**. Os *Nhemboaty* fazem parte do último eixo temático.

⁵ Originalmente se chamavam “*Nhemboaty mbya kuery: teko ojevy angua regua, yy e’ë regua* - Encontro guarani: o passado-futuro na continuidade da cultura no território do litoral”, e tiveram início em 2015, conjuntamente com a I Conferência Temática de Assistência Técnica e Extensão Rural Mbyá Guarani do Território Rural do Litoral/RS. Foi realizado entre as nove aldeias que compõem o Território Rural do Litoral, projetando um diálogo intercultural na perspectiva do desenvolvimento rural sustentável. Na ocasião, os Mbya Guarani iniciaram um diálogo para pensar a construção de um Plano de Vida Mbya Guarani no Território Litoral. Essas nove *Tekoa*, juntamente com as Instituições presentes, realizaram nove encontros itinerante entre elas, para discutirem questões internas relativas ao seu modo de vida, as condições de saúde, educação, terras, diretos, juventude, mulheres, artesanato, diálogo e convivência com as instituições, objetivando uma articulação e afinidade maior entre as aldeias. O *Nhemboaty Mbyá Kuery Yy E’Ë Regua*, promovidos pelo Projeto Taramandahy em 2018 vem para dar continuidade a esses encontros anteriores, mantendo os mesmos objetivos, tendo em vista que o plano de vida se articula com a gestão dos recursos hídricos.

evento, e nesse dia conheci Felipe, Bernardina e alguns de seus filhos. Na semana seguinte voltamos para o *Nhemboaty*, trazendo conosco as demais lideranças indígenas do litoral norte e alguns de seus familiares, pertencentes às Tekoa Guyra Nhendu, Tekoa Kaaguy Porã, Tekoa Kuaray Rexe, Tekoa Nhu Porã, Tekoa Nhu Porã (Campo Molhado), Tekoa Pindoty, Tekoa Pindoty II e Tekoa Varzinha (Figura 1). O encontro tinha como objetivo tratar da saúde indígena; nos primeiros 3 dias eram destinados a conversações internas do grupo em língua Guarani e o último dia seria destinado a interlocução com instituições não indígenas, apoiadores, equipe de saúde da SESAI, confraternização e encerramento. Aprendi muito, muitas palavras novas, novas formas de ver o mundo, de se comunicar. No último dia o Cacique Felipe fez uma fala direcionada a equipe da SESAI, relatando sua preocupação os partos indígenas, com a quantia de cesariana e de partos hospitalares. Aquilo me tocou e decidi que eu queria conversar com as mulheres sobre os cuidados com as gestantes. Queria encontrar uma forma de valorizar esses saberes, para que talvez, no futuro, não fossem negligenciados.

Em seguida visitei a *Tekoa Ka'aguy Porã* com minha amiga Iana novamente, essa *Tekoa* estava completando pouco mais de um ano e foi fundada onde antes era a Fepagro Litoral Norte, em Maquiné, uma das unidades da Fundação Estadual de Pesquisa Agropecuária (Fepagro). Ao longo de 2018 aconteceu um grande movimento para a construção de uma escola indígena autônoma, o que exigiu muito tempo das lideranças da *Tekoa*, fazendo com que pouquíssimas pessoas dessa *Tekoa* participassem dos *Nhemboaty*, razão pela qual não tive oportunidade de estabelecer muitos contatos com estas mulheres. No entanto, este ténue contato foi importante, pois neste lugar vi muitas mulheres grávidas ou bebês recém-nascidos, a maioria deles tinha nascido na *Tekoa*, para minha felicidade, mostrando que o movimento de priorização do parto tradicional estava acontecendo.

Voltei a *Tekoa Guyra Nhendu* mais algumas vezes, para tomar um chimarrão e ajudar na construção da *opy*, brincar com as crianças e ver os morros verdes da Solidão de Maquiné, soube que a nora da Julia, Lucia estava grávida, e que ela queria ganhar o bebê na *Tekoa* e que por isso, a Julia não podia se ausentar por muito tempo, para não correr o risco de chegar a hora do parto e ela não estar em casa para ajudar.

O segundo *Nhemboaty* aconteceu em Torres, na *Tekoa Nhu Porã*, entre os dias 21 e 25 de maio. Passamos de *Tekoa* em *Tekoa* do Litoral Norte buscando as lideranças indígenas e seus familiares, contando com o apoio da SESAI para esse transporte. Seguindo a mesma linha do encontro anterior, os três primeiros dias seriam de conversa

interna em língua Guarani, o quarto dia seria para conversar com os *jurua*⁶ e confraternização. Nesse encontro foram resgatados assuntos que já haviam sido tratados antes em outros *Nhemboaty*, nos anos de 2016-2017, que falavam da importância de escrever o modo de vida, sobre o fortalecimento da mulher, entre outros assuntos. Também foi nesse período que nasceu o bebê da Lucia - neto da Júlia; ele nasceu na *Tekoa Guyra Nhendu*, de parto natural e com a ajuda da Julia. Então novamente fui visitá-la e perguntei a ela se ela deixaria eu escrever sobre nossas conversas; ela aceitou.

Posteriormente aconteceu o terceiro *Nhemboaty*, em Osório, na *Tekoa Kuaray Rexe*. Esse encontro teve uma conformação diferente, era um mutirão para construção da *opy*, pois existia um *karai* morando na aldeia e ele não tinha uma *opy* para fazer suas rezas. Então ficamos responsáveis pela logística dos materiais, madeira, barro e taquaras necessárias para construção da *opy* da *Tekoa* de Osório. Dias depois disso fui a *Tekoa Guyra Nhendu* e conversei com a Júlia sobre como era ser uma Parteira Guarani. Em nossa pequena conversa me contou sobre alguns chás, que não pudemos coletar porque só crescem no verão; me contou sobre algumas de suas gestações e sobre o parto da sua nora Lúcia. Depois fomos assistir ao conserto da ponte da *Tekoa*, que estava sendo feito pela prefeitura.

Mais adiante o Felipe visitou a ANAMA e conversamos sobre a saúde indígena. Ele me contou que gostaria de criar um Conselho Regional de Saúde Indígena, em que cada *Tekoa* teria pelo menos um representante, além do AIS e do AISAN; que a partir desse conselho, a comunidade decidiria como a equipe de saúde trabalharia, para responder “por que não estão usando a medicina tradicional?” “a comunidade não se interessa?” “o *Karai* não trabalha?”. Eu o levei de volta para Riozinho e passei o final de semana lá, onde tive a oportunidade de conversar com a Bernardina e a Tatiana sobre “as coisas de mulher”, pois, segundo Felipe, só as mulheres sabem “as coisas de mulher”. Conversamos sobre o trabalho da parteira, sobre a menstruação e a primeira menstruação, sobre o parto no hospital e o parto em casa, sobre alimentos tradicionais, sobre o resguardo, o cordão umbilical, os remédios do mato, os sonhos, tudo isso com um chimarrão.

Depois disso aconteceu o quarto *Nhemboaty*, também em Riozinho, no mesmo modelo dos primeiros, reservando os três primeiros dias para conversas internas em língua Guarani, desta vez principalmente sobre saúde e sobre o Conselho Regional de Saúde Indígena, o papel de seus conselheiros, suas atribuições etc. No último dia, reservado a conversas com instituições não indígenas e confraternização, estavam presentes a SESAI,

⁶ *Jurua*: não indígena.

CEPI, SDR e UFRGS, gerando um bom debate sobre a saúde indígena e como cada parte poderia dar a sua contribuição.

Uma semana depois voltei *Tekoa Pindoty*, no dia 4 de novembro. Conversei com o Felipe sobre o Conselho Indígena e fomos para Osório, para participar da 6ª Conferência Regional de Saúde Indígena, que aconteceu nos dias 5 e 6 de novembro. Na conferência foram reivindicados direito ao usufruto da medicina tradicional, prioridade nos atendimentos e acolhimento nos postos de saúde, entre outras demandas. Durante a Conferência conversei muito com Sérgio, professor indígena da *Tekoa* de Osório, uma pessoa muito politizada e crítica, que fazia com que repensássemos cada palavra; um grande aprendizado. Também tive a oportunidade de conversar um pouco mais com a Equipe de Saúde do pólo-base de Osório.

Este foi o processo a partir da qual foi construído o presente trabalho. A seguir, serão fornecidos dados específicos sobre o local de estudo.

2. OBJETIVOS

Geral

O trabalho tem como finalidade o levantamento das práticas e saberes das parteiras Mbyá-guarani do litoral norte do RS, paralelamente a sua difusão, promoção e problematização entre as próprias parteiras e demais mulheres das aldeias, equipe de saúde e demais pessoas interessadas que possam vir a promover políticas públicas que valorizem a medicina tradicional.

Específico

- a) análise e levantamento bibliográfico sobre a as relações entre saber biomédico e tradicional;
- b) realização de um levantamento das práticas, cuidados, saberes e espécies vegetais de uso tradicional relacionadas à gestação, parto e pós-parto, bem como seu modo de uso, indicação e importância relativa para as comunidades Mbyá-guarani .do Litoral Norte do RS.

3. LOCAL DE ESTUDO

A unidade de atuação do Projeto Taramandahy é a Bacia Hidrográfica do Rio Tramandaí, portanto as *Tekoas* presentes nos *Nhemboaty* são as que se encontram no contexto dessa Bacia. Essa região se localiza no nordeste do Rio Grande do Sul, abrangendo áreas litorâneas, serra e planalto, cujas altitudes variam de 1000m até o nível do mar (Castro & Mello, 2013).

A Bacia Hidrográfica do Rio Tramandaí apresenta três subdivisões geomorfológicas: Planalto, escarpas e patamares da Serra Geral e Planície Costeira. A Serra Geral apresenta um conjunto de elevadas escarpas, intensamente sulcado por uma densa rede de canais, que cercam o Planalto e consiste em um imponente relevo de transição entre o Planalto das Araucárias e a Planície Costeira. A geologia se forma no período Cretáceo, a partir de um dos maiores derrames basálticos do planeta. O clima, por sua vez, varia conforme a altitude: acima de 500m é Subtropical úmido com verões brandos e invernos frios (Cfb), com temperaturas médias inferiores à 22°C para os meses mais quentes; e abaixo de 500m é Subtropical úmido com verões quentes (Cfa), com temperaturas médias entre -3°C e 18°C para o mês mais frio e superiores a 22°C para o mês mais quente. A pluviosidade, entretanto, é superior na medida em que aumenta a altitude, sendo a presença da escarpa que se estende paralela à costa de Osório a Torres é também responsável pelo aumento dos valores anuais de precipitação, atingindo valores superiores a 2000 mm nas cotas mais altas. Inserido no bioma Mata Atlântica, a Serra Geral é coberta por Floresta Ombrófila Densa, que ocorre ao longo da costa litorânea do Nordeste até o Rio Grande do Sul, e se caracteriza por árvores de grande a médio porte, entre 25 e 30m, com cobertura arbórea densa, elevada riqueza de epífitas e altíssima biodiversidade (Castro & Mello, 2013). As *Tekoas* Mbya Guarani presentes na Serra Geral são *Guyra Nhendu*, *Ka'aguy Porã*, *Nhu Porã* (Campo Molhado) no município de Maquiné; *Varzinha*, no município de Caraá; e *Pindoty* e *Pindoty II*, no município de Riozinho; onde moram aproximadamente 200 indígenas.

A Planície Costeira é relativamente estreita. Na sua porção norte é comprimida entre a escarpa da Serra Geral e a linha de costa, apresentando expressivo número de lagoas, pequenas a relativamente grandes, paralelas à linha de costa; na porção sul ela se restringe à faixa entre a Laguna dos Patos e a linha de costa. A geologia se forma no período Terciário até o Quaternário, a partir de depósitos sedimentares. O clima, por sua vez, é subtropical úmido com verões quentes (Cfa), e caracteriza-se por temperaturas médias compreendidas entre -3°C e 18°C para os meses mais frios e superiores a 22°C para os

meses mais quentes. A pluviosidade na Planície Costeira varia entre 1200 e 1500 mm, com maior concentração de chuvas para o verão e primavera. Também inserido no bioma Mata Atlântica, a Planície Costeira apresenta Áreas de Formações Pioneiras nas planícies fluviais; já nos terrenos secos, há vegetação de dunas, campos e florestas arenosos, butiazais; nas áreas úmidas aparecem os banhados, juncais, maricazais, sarandizais, campos úmidos e florestas paludosas (Castro & Mello, 2013). As *Tekoas* Mbya Guarani presentes na Planície Costeira são *Nhu Porã*, no município de Torres, e *Kuaray Rexe*, no município de Osório; onde residem aproximadamente 200 indígenas.

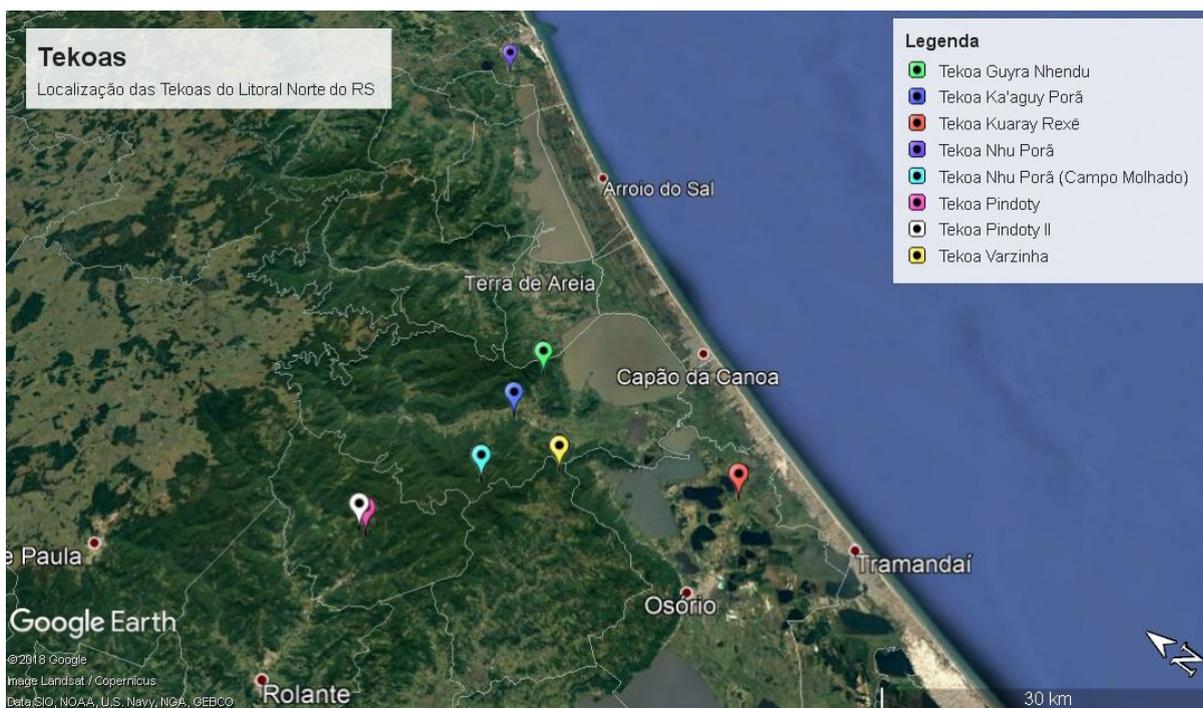


Figura 1: Localização das Tekoas do Litoral Norte do RS.

4. METODOLOGIA

Preliminarmente foi estabelecido o contato com as aldeias do litoral norte do RS, através dos *Nhemboaty*. Durante esses encontros foi obtida autorização verbal das lideranças indígenas para a realização do trabalho e posteriormente realizadas entrevistas semi-estruturadas guiadas por um roteiro de perguntas (Apêndice I), na forma de conversas informais, com as mulheres com quem tive contato e que se prontificaram a participar da pesquisa, além da observação participante (Posey, 1987; Albuquerque, 2010). Essas informações foram registradas em um caderno de campo.

A pesquisa durou 8 meses, entre aproximação, consentimento e conversas. Os dados foram anotados principalmente durante as conversas, ou logo em seguida, para evitar perda ou mudança nas informações, posteriormente as informações eram lidas para as entrevistadas, para que às confirmassem. Optei por não realizar gravações das conversas para não gerar constrangimento, já que as mulheres Guarani tem uma posição mais tímida e reservada. No total, foram entrevistadas cinco pessoas Mbya e duas pessoas da equipe da SESAI, além disso, a observação durante as conversas de grupo também foi fundamental para o levantamento de dados.

Algumas plantas foram coletadas juntamente com as entrevistadas, pelo método “caminhando pela floresta” (Lindenmaier, 2011, *apud* Alexiades, 1996), e posteriormente identificadas; outras foram obtidas através de revisão bibliográfica sobre as plantas de uso guarani. Os famílias botânicas foram atualizadas usando o sistema APG III (APG III, 2009), a Plataforma Flora Digital da UFRGS (UFRGS, 2018) e a Plataforma REFLORE do Jardim Botânico do RJ (JBRJ, 2018) foram utilizadas para correção dos nomes científicos. As palavras em Mbya foram revisadas seguindo o Léxico Guarani (Doley, 1998).

Paralelamente ao trabalho de campo, foram realizadas consultas a artigos e livros relacionados a temática da saúde indígena e parto.

Os dados foram analisados a partir dos conteúdos das entrevistas, que em diálogo com as referências bibliográficas propiciaram a compreensão dos fatos vivenciados.

5. HISTÓRICO DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

Durante o século XIX, a questão fundiária indígena foi o estopim para o início da legislação indigenista, porém essa não tinha como foco os seus interesses; pelo contrário, essa legislação atendia aos interesses da coroa e aos colonos e desde seus primeiros regulamentos já indicava um caráter de tutela, de sujeição dos indígenas ao processo de colonização e antecipava o que seria uma sucessão da legislação indigenista brasileira com forte teor intervencionista na cultura, no território e na liberdade dos povos indígenas. Os indígenas, sem representatividade, buscavam seus direitos através de rebeliões, criando a figura do “índio indomável”, “selvagem”, “não integrado ao mundo civilizado” e que deveria ser exterminado (Padoin, 2015).

A partir da independência do Brasil, o projeto político indigenista vigente tinha como objetivo integrar o indígena à sociedade civil, além de controlá-los de forma legalizada. Em 1845 passou a valer o Regulamento das Missões, documento que pretendia, com o tempo, a assimilação total da cultura indígena, através da continuidade dos aldeamentos, agora com administradores não índios, passando a ser “tutelados” pelo Estado “enquanto eles não tivessem capacidade de se governar” (Padoin, 2015). Já em 1854 foi previsto que os “índios civilizados” não precisariam mais ser tutelados, mas isso não ocorreu na prática (Padoin, 2015).

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais (SPIILTN), que pretendia prestar assistência aos índios aldeados, reunidos em tribos, nômades ou vivendo com civilizados. Essa legislação continha um viés diferenciado da visão colonial e imperial, porém mantinha em sua essência o pressuposto da intervenção baseada em uma inferioridade indígena (Padoin, 2015). Ainda durante o início do século XX, concomitantemente com a política de integração dos indígenas ao sistema produtivo nacional, a assistência sanitária às comunidades passou a ser assumida pelo Estado, sendo somente de caráter emergencial (Silveira, s/d).

O SPIILTN passa a ser chamado de Serviço de Proteção ao Índio (SPI) a partir de 1928, conferindo a tutela indígena nos moldes atuais, que tinha como objetivo respeitar as terras e a cultura, porém na prática as ações eram no sentido de regulamentar as terras, integrar, civilizar, controlar e incorporar a população indígena ao mercado de trabalho, assumindo também a área da saúde (Lopes, 2000; Padoin, 2015; Lewkowicz, 2016). A atuação do SPI foram no sentido de promover a conquista dos povos indígenas nas atividades de atração e pacificação, representando uma política ambígua de tutela, na qual

as ações defendiam os interesses da sociedade indígena e da sociedade não indígena ao mesmo tempo (Padoin, 2015; Lewkowicz, 2016)

O SPI deixa de existir em 1967, sendo fundada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), órgão responsável pelos indígenas brasileiros, inclusive com um Departamento de Saúde próprio (Lopes, 2000). Porém se mantiveram os princípios paradoxais do SPI de “respeito à pessoa do índio e às instituições e comunidades tribais” associados à “aculturação espontânea do índio” e à promoção da “educação de base apropriada do índio visando sua progressiva integração na sociedade nacional” (Lopes, 2000; Magalhães, 2006 *apud* Padoin, 2015, p.83). Em 1973 entra em vigor o Estatuto do Índio, ainda em vigência, e que regula os direitos políticos e civis dos indígenas, suas terras, cultura, saúde, penalidades e capacidades, seguindo a ideologia de tutela do antigo SPI, sendo seu principal objetivo “preservar a sua cultura e integrá-los, progressiva e harmoniosamente à comunhão nacional” (Padoin, 2015, p.84-85).

Em 1983, a perspectiva de gênero passou a ser incorporada na prática da gestão e atenção à saúde das mulheres, sendo criada a Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa foi estratégico para a afirmação dos direitos reprodutivos como direitos de cidadania, promovendo mais autonomia nas decisões sobre seus corpos e saúde (Ferreira, 2013b, p.1153). Então, em 1988, a Constituição Federal foi reformulada, contendo artigos referentes à saúde indígena:

Art.210 §1 – Reconhece e garante proteção à organização social, costumes, crenças e tradições dos povos indígenas.

Art. 231 – Legitima o direito à atenção integral e diferenciada à saúde para os povos indígenas.

Art. 22, XIV – Reserva à União o direito de legislar sobre populações indígenas (Lopes, 2000, p.176).

Em 1989 ocorreu a Convenção sobre Povos Indígenas e Tribais em Países Independentes, conhecida como Convenção 169 da OIT, que representou um marco para o direito direcionado exclusivamente a povos indígenas (Padoin, 2015). No ano seguinte, através da Lei Orgânica da Saúde, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), ocorrendo em seguida a I Conferência Nacional de Saúde do Índio, que delega à FUNAI as atividades de demarcação e controle das áreas indígenas e ao SUS o atendimento de saúde para os indígenas - mas a Conferência não especificou de que maneira se integraria o atendimento médico. Em 1993 acontece a II Conferência Nacional de Saúde do Índio, que teve como consequência, em 1994, a implementação do “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, em que a assistência curativa seria assumida pela FUNAI e a FUNASA ficaria com a responsabilidade de capacitação de recursos humanos, imunização e prevenção em saúde

(controle de endemias, vigilância epidemiológica, saneamento básico), conforme Lopes (2000, p.176-178).

Essa configuração se manteve até 1999, quando a responsabilidade das ações de saúde indígena foi transferida para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), um órgão vinculado ao Ministério da Saúde (MS); nesse mesmo ano foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Arouca, que cria o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI/SUS), responsável pelas ações de média e alta complexidade (Ministério da Saúde, 2018). O novo sistema do MS se organiza em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) distribuídos em todo o território nacional; cada distrito supervisiona o atendimento de uma região geográfica, além de coordenar ações de saúde e compilar estatísticas epidemiológicas. O modelo de atenção diferenciada prevê que as ações de saúde básica sejam prestadas por equipes multidisciplinar - que incluam representantes da comunidade treinados como agentes de saúde⁷ - em unidades com infra-estrutura simplificada, os pólos-base, ou nos domicílios; já os procedimentos de maior complexidade são realizados por profissionais do SUS (Silveira, s/d, p.3)

A partir da Convenção 169 da OIT o Senado Brasileiro aprovou o Decreto n.143 em 2002, que garante aos povos indígenas direito a legislação especial (Padoin, 2015, p.103-104). Também em 2002 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o documento Estratégias da OMS Sobre a Medicina Tradicional 2002-2005⁸, que define diretrizes para o estabelecimento de relações de cooperação entre os sistemas oficiais de saúde e os praticantes das Medicinas Tradicionais (MT) como forma de ampliar a cobertura e o acesso da população dos países em desenvolvimento aos serviços de atenção primária à saúde (Ferreira, 2013a, p.205; OMS, 2002). Como as medicinas tradicionais indígenas também estavam contempladas pelo documento da OMS, nesse mesmo ano foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI), que concilia os direitos diferenciados garantidos aos povos indígenas pela Constituição de 88 com as diretrizes do SUS - que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais -, recomendando a promoção da articulação das MT indígenas com os serviços de saúde, em detrimento da lógica de incorporação dessas MTs ao sistema

⁷ Em todas as comunidades foram escolhidos AISs (Agente Indígena de Saúde), entretanto eles atuam como auxiliares dos demais profissionais, com pouca ou nenhuma autonomia de trabalho (Silveira, s/d).

⁸ A OMS já vinha recomendando que os Estados Nacionais integrassem a seus sistemas as medicinas tradicionais. A Declaração de Alma-Ata diz que em consonância com a nova ordem econômica internacional, reconhece que os praticantes das medicinas tradicionais podem colaborar nos cuidados primários de saúde, desde que devidamente treinados para trabalhar e responder às necessidades de saúde das comunidades (Ferreira, 2013a, *apud* Declaração..., 1978).

nacional de saúde, evitando, assim, reproduzir a política indigenista “integracionista” muito presente até o momento, mas ainda não levando em consideração questões pertinentes a saúde da mulher (Ferreira, 2013b, p.1152; Ferreira, 2012, p.266-167).

A Conferência Nacional das Mulheres, realizada em 2004, debateu acerca da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e estabeleceu diretrizes que compõem o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)⁹ e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde (PNAISM/MS) (Ferreira, 2013b, p.1152). Com relação aos povos indígenas, a Conferência recomenda que os governos desenvolvam programas e serviços de saúde - inclusive reprodutiva - que respeitem os direitos e que incluam os grupos indígenas em sua elaboração (Lopes, 2000, p.181). Em 2005 o Departamento de Saúde Indígena da FUNASA promoveu a Oficina de Mulheres Indígenas sobre a Atenção Integral à Saúde da Mulher Índia, em Brasília. Neste evento as lideranças indígenas reivindicaram a criação de espaços para a maior participação das mulheres na elaboração de estratégias de ação e das políticas públicas voltadas para a assistência à mulher indígena (Ferreira, 2013b, p.1154).

Em 2010 foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), um órgão administrado pelo MS, que assumiu as atribuições da FUNASA e passou a ser, então, responsável por coordenar a PNASPI e todo o processo de gestão do Subsistema. Manteve-se a estrutura organizativa dos DSEIs (Lewkowicz, 2016, p.54; Ministério da saúde, 2018). Nos pólos-base, na maior parte dos casos, existe uma equipe de saúde itinerante que percorre as diferentes terras indígenas da região, fazendo atendimentos semanais em cada uma delas; são as chamadas Equipes Multidisciplinares de Atenção Básica à Saúde Indígena (EMSI) (Lewkowicz, 2016, p.73).

Em 2014 aconteceu o Fórum sobre “saúde e povos indígenas no Brasil”, que tratou de questões a respeito da dificuldade de acesso das populações indígenas às políticas de saúde, do formato que a “atenção diferenciada” vem tomando, dos problemas da gestão das políticas diferenciadas (como a terceirização do trabalho para ONGs, municípios e estados), assim como da falta de formação dos agentes indígenas e não-indígenas de saúde para trabalhar com a questão intercultural (Lewkowicz, 2016, p.22-23, *apud* Garnelo, 2014)

Como podemos constatar, existe um grande número de leis, recomendações, acordos e iniciativas norteados para a atenção dos povos indígenas num contexto de interculturalidade e respeito, porém são tantos conflitos entre instituições envolvidas,

⁹ A PNPM institui o princípio da equidade: tratar com desigualdade os desiguais como forma de garantir justiça social e autonomia para as mulheres, porém não remete a necessidade de articulação entre os sistemas de medicina tradicionais indígenas como forma de qualificar a atenção à saúde da mulher indígena (Ferreira, 2013b, p.1153).

barreiras burocráticas e administrativas, carência de recursos financeiros adequados, falta de clareza na definição de responsabilidades e competências (Lopes, 2000, p.181-182), além do peso histórico e social das políticas de tutela, que na prática levam a uma não participação indígena nos diagnósticos, planejamento de programas e avaliações. Afinal, o direito indigenista não foi criado pelos índios, mas lhe foi imposto pelos brasileiros não-índios e se define como um conjunto de regras pelas quais a sociedade brasileira enquadrou os povos indígenas dentro de seu sistema jurídico (Padoin, 2015, p.100, *apud* Dallari, 1988, p.14), como disse uma mulher Mbya Guarani:

“não são políticas dos povos indígenas, mas sim para povos indígenas, e isso muda tudo” (Lewkowicz, 2016, p.151).

6. CONTRASTE ENTRE AS PRÁTICAS BIOMÉDICAS E A MEDICINA TRADICIONAL

6.1 ACULTURAÇÃO BIOMÉDICA

A articulação entre as medicinas tradicionais indígenas e a biomedicina é um desafio, já que a segunda é fortemente marcada por um pressuposto de conhecimento científico acultural, desprovido de valores, em contraste com a medicina tradicional, que se desenvolve de forma empírica, influenciada pelas condições culturais e históricas dentro das quais evoluíram (OMS, 2002, p.23).

Nessa lógica, as políticas diferenciadas que se configuram sobre um discurso de interculturalidade, acabam tendo acesso e produzindo novos campos e espaços de intervenção, já que mantêm como praticamente inquestionável o parâmetro biomédico na pressuposição de uma universalidade baseada no biológico (Lewkowicz, 2016; Lopes, 2000). Porém, nem mesmo a ciência biológica se pretende desligada da cultura, como nos mostra o filósofo da ciência e geneticista Ernst Mayr:

“(...) a ciência como um processo continuado de proposições de problemas e tentativas de resoluções para um entendimento melhor do mundo em que vivemos. Para esse pensador toda ciência sofre constantes influências internas (dentro do campo da pesquisa) e influências externas, como: política, cultural e social. Essas últimas afetam bastante o pensamento científico (Silveira, 2012, p.6, *apud* Mayr, 2008).

Portanto, considerar a biomedicina um conhecimento acultural é, por si só, um traço cultural. Em vista disso, muito embora as políticas relacionadas à saúde indígena venham formuladas através de uma linguagem de racionalidade científica padronizada, também vêm marcadas por preceitos morais e inseridas em um universo de valores e sentimentos. Isso não seria um problema para a articulação das duas medicinas não fosse a pretensão de se estar imune a esses pressupostos (Lewkowicz, 2016). Por consequência, a presença da equipe de saúde biomédica vai muito além questão da saúde, também influenciando em pressupostos morais, como padrões de higienização, sexualidade e desenvolvimento civilizatório; levando isso em consideração, a supressão das contradições da biomedicina é essencial para a desconstrução do seu regime de verdade (Lewkowicz, 2016).

6.2 ASSIMETRIA DE PODERES E CONTROLE

O conhecimento biomédico, da forma como tem se configurado, pode-se considerar, por si só, autoritário. Fundamenta-se na extrema medicalização dos indivíduos por medicamentos sintéticos e ligados a produção em escala industrial, que se sustenta na justificativa dos riscos. A política de saúde diferenciada também tem se caracterizado pela medicalização e instrumentalização da medicina indígena. Ao produzir uma “medicina tradicional” (no singular) homogênea e hegemônica, ela se propõe a “integrar” somente aquelas práticas reconhecidas pelo sistema biomédico como relacionadas à saúde, assim como passíveis de medir em termos de uma eficácia instrumental (Langdon, 2013 *apud* Lewkowicz, 2016). Como me foi relatado:

“Alguns hospitais não aceitam que, quando uma pessoa está internada, vá um xeramõi¹⁰ lá cuidar dele, parece que o médico diplomado tem ciúmes do xeramõi”. (Sergio, Liderança Mbya, Caderno de campo, 05/11/2018).

“Tem que levar a equipe de saúde indígena conversar com o cacique, conversar com a comunidade, ver o que querem fazer, conversar, fazer mutirão. E às vezes era só tristeza que a mulher tinha, e má alimentação. E o que faziam? Ofereciam para ir no hospital, e a pessoa aceitava, era isso que tinha, mas aí não adiantava, porque não era esse o problema” (Cacique Felipe, Liderança Mbya, Caderno de campo, 15/09/2018).

Uma das falas mais comuns entre os profissionais biomédicos é o da higiene. O discurso/dispositivo biomédico da higiene é baseado na noção de prevenção de doenças. Isso contribui na produção de uma população indígena cuja vulnerabilidade é atrelada tanto aos costumes culturais (“não-higiênicos”), quanto a sua contaminação pelos (“maus”) costumes ocidentais. A ênfase nos padrões de higiene, na conscientização sobre doenças transmitidas por animais domésticos e insetos, assim como a adequação da alimentação, é incompatível com o viver tradicional, já que vinculam as práticas culturais indígenas à uma imagem de “maus hábitos” e como uma população a qual é especialmente necessário educar. Nesse sentido, parece estar atrelado ao que Teixeira (2012) conceitua como uma

¹⁰ Xeramõi: ancião, sábio, também pode ser chamado de *Karai*.

“produção institucional do nojo e da repugnância em relação aos indígenas brasileiros”, e se evidencia como uma forma de controle (Teixeira, 2012 *apud* Lewkowicz, 2016; Silveira, s/d).

O regime de controle dos indivíduos começa ainda na visita domiciliar, configurando uma estratégia de regulamentação menos opressora e disciplinadora. Dessa forma ocorre uma suavização das técnicas de intervenção, porém essas ocorrem com maior frequência. O AIS¹¹ deve fazer visitas frequentes às casas das pessoas, com o objetivo de informar os demais membros da equipe acerca das condições de saúde da população, potenciais pacientes e principalmente os casos de gravidez, para que sejam integrados o mais cedo possível ao sistema de saúde pré natal (Lewkowicz, 2016).

A biomedicina calcula a data provável do parto pela média da gestação normal, que são 280 dias ou 40 semanas depois da última menstruação (Neme, 2005 *apud* Menezes, 2012), e é considerado um nascimento a tempo o que ocorra no período de 37 a 42 semanas de gestação. Porém, podemos observar uma produção obstétrica da “hora certa para nascer”, em que a normalidade parece estar associada a previsibilidade dos movimentos biológicos, a capacidade de controle dos movimentos fisiológicos a partir de um quadro cartesiano de ordenamento, onde o dado médico é mais importante do que o próprio trabalho de parto. Essa intervenção biomédica se justifica a partir da ideia do potencial risco que a continuidade da gravidez, para além da data prevista, poderia ocasionar à vida da mãe e da criança (ver tópico Gravidez de Risco)(Lewkowicz, 2016). Para os Mbya é a própria criança quem decide quando nascer, Lewkowicz em seu diário de campo registrou:

“não se faz a criança nascer, mas sim se acompanha o seu nascimento, é a criança que tem que querer nascer naquela hora; a parteira só vai acomodando a barriga, tocando, indicando, mas não fica mandando a mulher fazer força, gritar, pressionar para colocar a criança para fora; a criança vai nascendo sozinha” (Lewkowicz, 2016, p.118)

No Brasil, até o início do século XIX, os partos aconteciam nos domicílios das parturientes e somente em raras exceções o médico era chamado, sendo predominantemente um evento feminino (Mott, 2005 *apud* Menezes, 2012). Com o advento da institucionalização do parto, que passou a acontecer no ambiente hospitalar, também houve uma mudança na visão do evento de parir, como no papel da mulher, que passa agora a assumir uma posição de paciente, onde o corpo feminino necessitaria de intervenção médica, tanto no momento do parto, como durante a gestação, sendo considerado defeituoso e imprevisível. Nesse momento os papéis se invertem e o médico se

¹¹ Agente Indígena de Saúde.

torna o protagonista do parto, o bebê é o produto desse ato e a mulher tem um papel inferior, de passividade (Menezes, 2012, p.24-25).

A forma pela qual o “acesso à tecnologia médica” vem marcado pela hospitalização dos partos e aumento da cesariana, mesmo quando a política indigenista deveria incluir a “articulação” com as práticas tradicionais, nos mostrar como esses dados aparecem como um investimento no melhoramento dos dados estatísticos com relação à população indígena, como são dados de produtividade da saúde, no qual o número de consultas pré-natal, o parto hospitalar, e a própria cesariana são considerados “acesso a direitos” dentro das políticas de saúde, e se justificam pela redução da mortalidade materna e fetal. Além disso, parece apontar para novas instâncias de controle e vigilância, tanto no sentido de práticas sobre os corpos, como na direção de um maior controle demográfico com respeito à população indígena (Lewkowicz, 2016).

“Las prácticas estatales de regulación de la vida y la organización social comienzan por establecer documentos de nacimiento, lugares donde parir y formas válidas para hacerlo. En los partos dentro del núcleo no participan médicos, y los partos hospitalarios no son asistidos por abuelas. Además, al nacer el niño debe ser nominado, y este dato es inscrito en papelerías burocráticas a través de las cuales el Estado reconoce a ese sujeto” (Enriz, 2010, p.131).

A ideia de que o parto hospitalar é um processo totalmente ligado à ciência e a bases científicas não é uma verdade universal, visto que as melhores evidências científicas para a gestação e parto são ignoradas em detrimento da realização de procedimentos de rotina. Além disso, a apropriação e patologização do parto trouxeram consigo diversos procedimentos e intervenções com o uso exagerado de tecnologias para o processo do nascimento, a maioria dessas práticas com pouca ou nenhuma evidência científica, mas tradicionais na cultura ocidental (Davis-Floyd, 2001 *apud* Menezes, 2012).

Uma das práticas que tem se tornado comum no contexto biomédico, em detrimento dos dados científicos a seu respeito, é a cesariana, inclusive ultrapassando em números os partos normais em 2010¹². Em um dos meus encontros com os Mbya do litoral norte, a equipe de saúde indígena do pólo-base de Osório e uma das lideranças indígenas também expressaram a sua preocupação:

“Outra coisa é a cesariana, tá tendo muita, não pode! Tem que procurar a mulher experiente para ajudar a equipe no pré natal, é importante. Na hora de ganhar nenê a gente é muito diferente, o Guarani sabe como ajeitar a criança, então pede.” (Cacique Felipe, Liderança Mbya, Caderno de campo 25/10/2018)

¹² Segundo a OMS as taxas de cesarianas devem chegar a, no máximo, 15% (Menezes, 2012).

“(...) de 12 gestantes que tinham no Campo Molhado [Tekoa Nhu Porã], 9 ganharam na aldeia, as que foram para o hospital eu não pude fazer nada, o médico de lá disse ‘aqui quem manda sou eu’, a que fez cesariana e teve complicações no pós-parto tava bem durante o pré natal, mas na hora de ganhar baixou muito a quantidade de líquido no útero e o bebê já estava em sofrimento fetal.” (Médico da SESAI, Caderno de campo, 25/10/2018)

“(...) felizmente 80 a 85% dos partos foram na aldeia esse ano” (Enfermeira da SESAI, Caderno de campo, 06/11/2018)

Como podemos observar, mesmo com o comprometimento da equipe de saúde do pólo-base de Osório com a interculturalidade, a garantia à atenção diferenciada não depende somente dessa instância, sendo a equipe responsável somente pelas ações de baixa complexidade, e as de média e alta complexidade competindo aos profissionais da rede SUS, despreparados para o atendimento interétnico. Lewkowicz (2016) e Rabelo (2015) fazem relatos da preocupação de lideranças indígenas com o número de partos realizados nos hospitais e das dificuldades de se convencer previamente a equipe de saúde a aceitar que os partos fossem feitos na Tekoa, além disso, denunciam os desrespeitos que ocorreram com as práticas da medicina tradicional, em um dos casos de parto na Tekoa:

“(...) nem bem a criança havia nascido, as enfermeiras já a levaram para o hospital, sob o argumento de que precisavam fazer a pesagem, medição, exames e outros procedimentos para garantir a sua saúde. Quando a criança foi trazida de volta e entregue a parteira que acompanhava a mãe, ela disse que não era aquela criança que ela tinha feito nascer, que não fora daquela maneira que ela havia cortado o umbigo. As enfermeiras imediatamente explicaram que era sim a mesma criança, mas que no hospital haviam cortado mais uma parte do cordão umbilical, pois assim era “mais higiênico e evitava contaminação” (Lewkowicz, 2016, p.122)

“[ela] tinha muito medo de ter filho e decidiu fazer o parto no hospital. (...) foi ao hospital para fazer o pré-natal e o médico “já marcou para tirar o bebê” no dia seguinte, através de uma cesariana. O médico alegou que o bebê não poderia nascer de parto normal porque não estava encaixado. (...) no dia seguinte uma ambulância foi até a aldeia para “pegar” ela, mas que eu não deixei que a levassem. (...) o bebê não podia ser tirado se não fosse no tempo certo. Depois disso, por duas semanas, todos os dias a ambulância ia na aldeia e os responsáveis diziam que ela tinha que ir para o hospital porque o parto já estava marcado. Durante todos esses dias, eu resisti e não permiti que “fosse levada”. Apenas quando começou a sentir as dores do parto, eu mandei que chamassem a ambulância “porque agora sim o bebê queria nascer”. Assim, ela foi para o hospital e o bebê estava “encaixado”, podendo assim nascer de parto normal” (Cacica Mbya, Rabelo, 2015, p.104-105)

Dentre as práticas medicalizadas que ocorrem no momento no parto hospitalizado podemos citar a episiotomia¹³, cujos estudos demonstram que não deveria ser feita rotineiramente, mas que é feita de forma ampla em diversos hospitais (Diniz, 2005 *apud* Menezes, 2012). O uso de ocitócitos sintéticos também é por diversas vezes relacionado a um aumento da dor. A manobra de Kristeller (pressão fúndica) é um procedimento que causa dor e pode ter efeitos deletérios, com risco inclusive de uma rotura uterina (Verheijen et al, 2009 *apud* Menezes, 2012). A posição horizontal é obrigatória durante o trabalho de parto em muitos hospitais, o que é questionável por estudos, que demonstram que permanecer na posição vertical e/ou andando proporciona um trabalho de parto mais curto (Lawrence, 2009 *apud* Menezes, 2012). A lavagem intestinal também é comum, entretanto, além de gerar constrangimentos, não há evidências ou recomendações quanto a contribuição dessa prática para a diminuição de infecções maternas ou neonatais (Revez et al, 2007 *apud* Menezes, 2012). Outra prática é a dieta zero, que prevê a não ingestão de alimentos durante o trabalho de parto, que no caso de um parto normal, leva várias horas; a orientação da OMS (1996) é de que se respeite o que é culturalmente adequado para essa mulher - ingestão ou não e o tipo de alimento (Lawrence, 2009 *apud* Menezes, 2012).

No contexto Mbya Guarani, tanto o cordão umbilical como a placenta têm forte conexão com o bem estar do recém nascido, e possuem procedimentos específicos que devem ser realizados para garantir a saúde do bebê (ver tópico Pós Parto). Além disso, esse relato nos mostra uma assimetria de poderes, em que a gestante tem de “pedir permissão” a equipe de saúde para parir na *Tekoa* e, posteriormente, é feito um segundo corte no cordão umbilical, sob a justificativa de higienização, porém parece se tratar de uma questão de homogeneização da diferença. Quando o parto é realizado no hospital, além de o cordão umbilical não ser cortado da forma tradicional, também é imediatamente cortado, evidenciando a incongruência da biomedicina com os avanços da própria ciência, que já comprovou que o clampeamento tardio é benéfico para o recém nascido, aumentando os níveis de hemoglobina e ferritina (McDonald e Middleton, 2008 *apud* Menezes, 2012).

A placenta é considerada lixo hospitalar no contexto biomédico. Já no contexto indígena, ela protagoniza um rito de passagem importante para a saúde do bebê. Menezes (2012) relatou a fala de mulheres indígenas acerca da placenta:

“Eu falei assim se eles podiam mandar a placenta pra casa, eles nem discutiram. Ainda falaram que hoje não é permitido. (...) A gente não entende porque não pode trazer, eles só dizem que não pode e pronto.” (Menezes, 2012, p.68)

¹³ Incisão cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva (períneo) para ampliar o canal de parto.

Durante a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena em Osório, Sergio, uma das lideranças Mbya, alertou para os riscos da destinação inadequada da placenta: *“a criança fica perdida, sempre procurando alguma coisa, às vezes cresce e começa a roubar, tentando achar o que ela perdeu”* (Caderno de campo, 06/11/2018).

Outra dificuldade é a obtenção da alimentação tradicional adequada - importante para a saúde da mulher e do bebê - no contexto hospitalar, que não costuma acontecer nem quando solicitado à nutricionista. Em ocasião de uma das minhas visitas perguntei a uma das mulheres o que elas faziam se não tivesse a dieta no hospital: *“A gente tem que comer ou passar fome”* (Caderno de campo, 15/09/2018). Esse caso também foi relatado por Menezes (2012), onde muitas vezes as parturientes optam por não se alimentar no hospital, se alimentar com os alimentos inadequados e correr o risco ou tentam comer apenas os alimentos permitidos oferecidos pelo hospital, porém sendo a dieta bem restritiva (ver tópico Pós Parto), a maioria permanece em jejum. A enfermeira da Equipe da SESAI do pólo-Osório me relatou que *“para o hospital da região fornecer um cardápio específico eles pedem um mínimo de 15 pessoas por mês que precisem dessa alimentação”* (Caderno de campo, 05/11/2018), o que é inviável no contexto populacional do litoral norte.

O motivo para tais intervenções, no caso indígena, parece se basear na ideia de tutela, tão presente nas políticas indigenistas até não muito tempo atrás. De que a forma de vida dos Mbya coloca a própria vida em risco, justificando diferentes formas de intervenção em nome da preservação da saúde pública (Lewkowicz, 2016). As mulheres relatam que ficam incomodadas por terem que se adequar às normas hospitalares no que diz respeito à postura, alimentação e ao tratamento dispensado ao recém-nascido, que pode, no entendimento de alguns povos indígenas, colocar em risco à saúde da criança e o seu bom desenvolvimento. Por outro lado, reconhecem a importância de recorrer às maternidades e hospitais em situações de risco (ver tópico Gravidez de Risco) (Ferreira, 2012, p.274).

Essas relações assimétricas entre a biomedicina e a medicina tradicional denotam a origem colonial dos aparatos de poder direcionados aos povos indígenas (Lewkowicz, 2016). Essa relação fica clara quando olhamos para os pacientes e os AISs, os primeiros pois recebem constantemente “orientações”, constituindo uma distância entre aquele que sabe e aquele que deve aprender, sendo relegado a esse uma posição de passividade. O segundo, conforme a PNSPI, deveria cumprir a função de “mediador” tanto entre os saberes biomédicos e tradicionais, quanto entre a comunidade indígena e a equipe de saúde, entretanto, comumente atuam como auxiliares desqualificados dos demais profissionais da saúde, sem qualquer poder de decisão sobre o encaminhamento de ações curativas e preventivas (Erthal, 2003 *apud* Silveira, s/d). Frente a essa situação, a participação indígena

se reduz à condição de usuários do sistema de saúde, cabendo ao AIS a difícil tarefa de tradução “intercultural” com relação a comunidade indígena, que muitas vezes também se sente insatisfeita (Lewkowicz, 2016).

6.3 VALIDAÇÃO DA MEDICINA TRADICIONAL

A ciência, enquanto forma moderna de produção de conhecimento, é a instância legítima pela qual os demais saberes devem ser submetidos para estabelecer seu próprio valor. É dela o poder de instituir uma hierarquia entre esses saberes e suprimir ou silenciar todos aqueles que forem julgados não válidos. Nesse caso, os Estados nacionais não estão inclinados a incorporar todas as práticas e praticantes das medicinas tradicionais à seus sistemas oficiais de saúde, mas apenas aqueles que podem ser apreendidos pela racionalidade biomédica. Não se válida, portanto, uma prática ou um praticante meramente pelo fato de ser tradicional; é preciso submetê-lo ao esquadramento científico para se tornar válido. À pesquisa científica cabe o papel de depurar os aspectos culturais que as desqualificam e apresentar evidências quanto aos resultados de suas terapêuticas (Ferreira, 2010; Ayora Diaz, 2007 apud Ferreira, 2013a)

Portanto a interculturalidade entre a biomedicina e as MTs pressuposta pelas políticas de saúde acontece enquanto isso for conveniente, enquanto as práticas tradicionais permanecerem homogêneas e cientificamente comprovadas e enquanto a grade conceitual da biomedicina permanecer intacta (Lewkowicz, 2016). Esse processo de validação científica das medicinas tradicionais e qualificação de seus praticantes deslocam dos contextos locais saberes e praticantes e os reencaixam no espaço das políticas públicas, em que passam a ter outros sentidos e a desempenhar outras funções, distintos dos que tinham tradicionalmente (Ferreira, 2013a).

Um exemplo disso é o projeto de lei n. 2.145/2007, que regulamenta o exercício das parteiras tradicionais e constitui uma forma de reconhecer oficialmente essas mulheres, resgatá-las da clandestinidade em que exercem seu ofício ao inseri-la no Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, as parteiras passariam a ser supervisionadas por médicos ou enfermeiros da equipe de saúde de que fariam parte. Para exercer essa atividade, a parteira terá de participar de um curso de qualificação básica de parteira tradicional, ministrado pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria Estadual de Saúde (Ferreira, 2013a). Esse curso não se limitaria a uma “melhoria” das condições sanitárias do parto indígena, mas também ocasionaria mudanças sociais, já que o atendimento do parto passaria a ser prerrogativa de pessoas especializadas, levando - novamente - para uma medicalização do parto, na medida em que se trata de suplantando as práticas tradicionais pelas biomédicas, mesmo que seja por meio de agentes indígenas (Olhar etnográfico, 2006).

No Alto Juruá foram realizados cursos de capacitação para as parteiras tradicionais indígenas, esse curso pretendia reduzir a mortalidade infantil de crianças indígenas;

melhorar a qualidade de assistência ao parto domiciliar; realizar o cadastramento das parteiras tradicionais indígenas; implantar o serviço de registro das informações referentes ao parto domiciliar; fornecer um kit com materiais básicos para as parteiras; registrar a troca de experiência em trabalhos de partos diferenciados, respeitando a diversidade cultural de cada povo. Esse curso tinha como material didático o Livro da Parteira, que contém conhecimentos baseados no saber biomédico acerca dos processos fisiológicos e anatômicos relacionados à gestação e ao parto, bem como veicula mensagens sobre procedimentos higiênicos a serem observados pelas parteiras ao assistir aos partos e ensina como os materiais do kit-parteira devem ser manipulados. Esse tipo de iniciativa traz consigo a ideia de que as parteiras tradicionais possuem um conhecimento sobre o corpo feminino que precisa ser melhorado (Ferreira, 2010).

Dessa forma, vê-se que em certos momentos se articulam contextos que tendem para um maior reconhecimento das práticas indígenas, e que em outros parece que elas seguem sendo vistas com um grau de desconfiança e desconhecimento, reiterando a posição da ciência biomédica como parâmetro de verdade, mesmo em um contexto de saúde diferenciada. Como se no tradicional contivesse apenas a produção do artesanato e a diferença da linguagem, e as demais dimensões da vida estivessem sujeitas a intervenção (Lewkowicz, 2016).

6.4 CULTURA É DIFERENÇA

Um dos obstáculos da articulação das medicinas tradicionais indígenas aos sistemas de saúde, é o fato de essas medicinas se terem desenvolvido em diferentes contextos e não apresentarem padrões e métodos terapêuticos homogêneos (Ferreira, 2013a). No que se refere aos cuidados dispensados ao longo da gestação, no parto e no período pós parto, assim como às condições de atuação dos praticantes das medicinas tradicionais indígenas, não existem informações sistematizadas (Ferreira, 2012), o conhecimento vai se constituindo aos poucos e com a experimentação, e dessa mesma forma é passado adiante. Nas palavras do Cacique Felipe, Liderança Mbya: *“Não é na hora do atendimento que o guarani vai explicar a cultura”* (Caderno de campo, 25/10/2018).

O formato ocidental de saúde e bem viver não acomoda as diferenças, elas são vistas como imprevisíveis e convidadas moldar-se ao todo homogêneo. Então, se a ideia biomédica de humano se fundamenta na mutilação da diferença para a maximização da vida, a ideia Mbya é de que a diferença é constitutiva da humanidade, e a relação com os outros (humanos e não humanos) que produz o corpo e a pessoa Mbya, ainda que com riscos e perigos (Lewkowicz, 2016)

Na perspectiva Mbya as diferenças importam, tanto entre os indígenas quanto para com os não indígenas. As relações com a saúde biomédica pode ser pensada em termos de proximidades e distâncias, onde os não indígenas não devem ser nem muito próximos, nem distantes demais, e essa diferença é, ao mesmo tempo, potência e risco de transformação, sendo a “medida de distância” uma busca constante. Então as políticas de saúde podem ser potência, nesse caso, é importante que a equipe esteja bem equipada, completa e com toda tecnologia potencialmente interessante que os não-indígenas possam oferecer. E elas podem ser risco, quando essa diferença se estreita e há o perigo de transformação (Lewkowicz, 2016).

O mundo do não indígena encontra lugar na cosmologia Guarani a partir do sistema de contrastes. Dessa forma é possível entender a forma como o parto hospitalar, os exames de ultrassom e as consultas médicas são acomodadas na cosmologia Mbya, através de um processo constante de estabelecimento de diferenças (Lewkowicz, 2016). Entre as práticas dos *juruá* e as práticas dos Mbya, quando há práticas intervencionistas e a “medida de distância” é extrapolada vem a resistência.

6.5 RESISTÊNCIA PACÍFICA

A biomedicina é a cultura da espera. Agendar consulta, esperar consulta, hora marcada, sala de espera. Especialmente evidente nos hospitais, o tempo opera como uma base importante de poder e controle da biomedicina. As fronteiras do corpo do paciente, dos seus processos biológicos, são produzidas na rotina hospitalar, especialmente através da regulação dos tempos, dos horários das refeições, dos banhos, do sono, entre outras técnicas que se justificam sobre o marco de restabelecer uma ordem natural na vida dos pacientes (Frankenberg, 1992 *apud* Lewkowicz, 2016).

Quando um paciente não aparece em uma consulta, evita a equipe de saúde ou se recusa a tomar os medicamentos alelopáticos, ele não está menos capacitado para seguir o relógio ou não entendeu a importância do tratamento, ele está exercendo a sua diferença, re-delimitando a sua “medida de distância” por meio de uma resistência pacífica.

A demora no atendimento pode ser entendida pela forma de organização da política de saúde, na qual o âmbito da “saúde diferenciada” se restringe à atenção básica, enquanto os outros níveis de atendimento (exames, especialistas, hospitalar) se integram ao sistema do SUS (Lewkowicz, 2016). Sendo assim, não é de imediato que se consegue agendar uma consulta. Durante a 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, uma das reivindicações foi justamente em relação aos tempos biomédicos:

“Queremos conseguir prioridades nas consultas [média e alta complexidade], porque no estado não tem prioridade e as consultas demoram muito, as vezes a pessoa nem está mais doente. Temos que perder a vergonha e reivindicar nos municípios e articular com o município. Isso sim seria diferenciado.” Sergio, Liderança Mbya (Caderno de campo, 05/11/2018)

“Principalmente na parte do recebimento [na sala de espera], que demora muito na fila de espera. Porque, muitas vezes, a pessoa não vai consultar só com o médico juruá¹⁴, ele vai consultar com o médico kará também. A pessoa vê o kará e vai no médico diplomado, só que demora tanto no hospital que depois quando volta pra aldeia já é tarde e o kará já foi descansar, vai ter que esperar pra ver ele depois. Então se fosse mais rápido no hospital a pessoa ainda ia poder consultar com o kará.” Sergio, Liderança Mbya (Caderno de campo, 06/11/2018)

¹⁴ Juruá: não indígena.

6.6 GRAVIDEZ DE RISCO

A justificativa de parto hospitalar comumente se baseia no risco da gravidez. Essa justificativa se fundamenta nos “fatores de risco” e “enfoques de risco” utilizados pela epidemiologia, eles determinam as prioridades em saúde. O risco é a probabilidade de que um fenômeno de alteração da saúde seja apresentado, mas sendo uma probabilidade, não é uma certeza absoluta. Essa definição e seleção de prioridades são, em essência, juízos de valores que acabam por colocar em jogo as ideologias tanto políticas como profissionais dos que participam no processo de decisão. Portanto, a seleção de riscos prioritários nem sempre tem origem nas necessidades sentidas e expressas pela comunidade, já que a comunidade não faz parte do processo de decisão (Lopes, 2000).

Para a biomedicina existe uma “normalidade gestacional”, e qualquer desvio nesses padrões de normalidade configura uma gravidez de risco. O Ministério da Saúde publicou em 2012 (Brasil, 2012) o manual “Gestação de alto risco: manual técnico”, que lista e classifica esses desvios sob a justificativa de que “nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de adoecer ou morrer, sendo tal probabilidade maior para uns que para outros” e na importância da “identificação precoce e adequada dos problemas que a gestante apresenta, assim como os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários”. O documento também reconhece o quanto a noção de “risco” é convencional e está diretamente relacionada com sistemas de vigilância e intervenção em saúde. “(...) Embora os esforços dos cientistas para criar um sistema de pontuação e tabelas para discriminar as gestantes de alto risco das de baixo risco não tenham gerado nenhuma classificação capaz de prever problemas de maneira acurada, existem fatores de risco conhecidos mais comuns na população em geral que devem ser identificados nas gestantes, pois podem alertar a equipe de saúde no sentido de uma vigilância maior com relação ao eventual surgimento de fator complicador” (Lewkowicz, 2016, p.114)

Esses fatores de risco biomédicos foram listados por Lopes (2000) como¹⁵:

- **Baixa estatura**¹⁶
- Peso pré-gestacional baixo
- **Intervalo intergenésico curto**
- **Paridade maior de 5**

¹⁵ Os fatores destacados em negrito estão presentes na população Guarani.

¹⁶ Expressa-se que as baixas estaturas nos adultos evidenciam um passado nutricional permeado por problemas de má alimentação e doenças. Estima-se que a altura nos adultos é reflexo da interação de um potencial genético para o crescimento e de fatores ambientais que influenciam esse potencial genético (OMS, 1995). O efeito negativo da baixa estatura nas mulheres resulta no feto em formação: bebê de baixo-peso e altura. Visto desta maneira, um grande número de mulheres indígenas se encontrariam praticamente submetidas a este risco, posto que apresentam estaturas baixas, inferiores inclusive a 150cm (Lopes, 2000, *apud* Marinho et al., 1996)

- **Gravidez antes dos 17 anos e logo após dos 35 anos**¹⁷
- **Atividade física forte**

Fatores de risco socioeconômicos ocidentais¹⁸:

- **Pobreza, alimentação deficiente**
- **Má higiene ambiental, possibilidade de infecções por aglomeração**
- **Deficiência no acesso aos serviços de saúde**
- **Ocupação de mulheres em trabalho de elevado gasto energético**
- **Baixo nível educativo**
- **Desnutrição em outras pessoas da família**
- **Pertencer a um grupo social caracterizado por elevada mortalidade materno infantil e de menores de 5 anos**

Nessa análise, dentre 6 fatores de risco biomédicos, a mulher indígena apresenta invariavelmente 5; quanto aos fatores socioeconômicos a população seria vulnerável a todos. O risco também é proporcional ao controle e cuidado, quanto maior o risco, maior o número de consultas necessárias, de visitas, de atenção e de atendimento. Os “fatores de risco”, por sua vez, justificam cada vez mais intervenções. Lewkowicz (2016) atenta para o fato de que os riscos são pautados em padrões ocidentais culturais “(...) quanto a idade, o tamanho da mãe e do feto, o fato de haver placentária ou não na hora da chegada ao hospital, o “cheiro” da mãe, o quanto ela era “muda” ou “gritona”, e a data prevista para o nascimento no exame de ultrassom eram elementos tão ou mais relevantes para a constituição do “risco” e das decisões médicas, do que a listagem do manual anteriormente referido” (p.115-116).

Para a medicina tradicional Mbyá os riscos se configuram a partir de uma conjugação entre o pensamento/conhecimento empírico/técnico/racional, isto porque “o conhecimento é ao mesmo tempo biológico, cerebral, espiritual, lógico, lingüístico, cultural, histórico e o conhecimento não pode ser desligado da vida humana e das relações sociais” (Morin, 1996 *apud* Lopes, 2000, p.175). O seguimento das normas culturais, um comportamento harmonioso entre a mulher grávida, o marido e a família, com a coletividade Guarani, a tranquilidade com seu mundo sobrenatural, possivelmente sejam desativadores dos fatores de risco ocidentais para os Guarani-Mbyá (Lopes, 2000, p.175).

Os fatores de risco Mbya foram listados por Lopes (2000) como:

- **Obesidade/desnutrição**
- **Vida sedentária**

¹⁷ Com respeito à adolescência, expressa-se que dois anos logo depois da menarca ainda faltam 2% a 9% do desenvolvimento da pélvis, situação que leva a partos com uma desproporção entre o tamanho da cabeça da criança e a pélvis da mulher (OMS, 1995: 49). Nesta leitura, 100% das mulheres Guarani têm tido e estão tendo elevado risco obstétrico, tanto por serem mães adolescentes como por terem filhos logo depois dos 35 anos.

¹⁸ Lopes, 2000, p.173-174.

- Relações sexuais durante a gravidez ou nos primeiros meses logo após do parto
- Gravidez antes da menarca
- Gravidez múltipla

Fatores de risco psicossociais Mbya listados por Lopes (2000):¹⁹

- Tristeza durante a gravidez
- Raiva
- Alimentação deficiente
- Ocupação de mulheres em trabalho de elevado gasto energético
- Consumo elevado de sal ou açúcar
- Infringir regras sociais, de comportamentos e alimentares
- Dormir muito
- Não limpar a casa (preguiça)
- Sair de casa quando está presente o arco-íris
- Passar por águas profundas
- Passar por lugares cheios de pedras
- Comer carne de animais proibidos
- Amarrar coisas e fazer armadilhas para animais
- Caminhar descalça
- Ter relações extramatrimoniais
- Sair de casa estando menstruada ou no período pós-parto

Um interessante fator de risco de complicação da gravidez e do parto é a tristeza durante a gravidez, a rejeição à gravidez, a raiva, a obesidade, a vida sedentária e o consumo exagerado de sal ou açúcar, fatores que muito recentemente passaram a ser considerados como de risco pela cultura ocidental (Lopes, 2000). Outro fator de risco mencionado é o período do ano para o nascimento: *“agosto é o mês mais perigoso do ano. É o último mês dos tempos antigos (ara yma), do frio, dos ventos do sul.(...) nem mesmo os pintinhos que nascem nesse período tendem a sobreviver, ficam doentes e morrem. Não adianta nem cuidar muito, pois não é a hora certa para nascer”* (Lewkowicz, 2016, p.110).

Não existe um método último para avaliar riscos biológicos e psicossociais, ambas as perspectivas apresentam erros e acertos, sendo a procura de um método que garanta tanto a racionalidade na avaliação do risco, como exerça a democracia na avaliação, procurando que a seleção de riscos não seja feita apenas por técnicos de avaliação (Lopes, 2000). Inclusive porque, como mencionado pelo médico do pólo-base de Osório *“a que fez cesariana e teve complicações no pós-parto estava bem durante o pré natal”* (Caderno de campo, 25/10/2018), e por Lewkowicz (2016) *“ela foi ao hospital e aparentemente havia sido tudo bem no parto, os médicos lhe disseram que a criança estava “bem” e “saudável”. Sendo assim, já no dia seguinte recebeu alta e foi liberada para voltar a sua casa na aldeia.*

¹⁹ Os aspectos culturais serão abordados nos tópicos sobre Sistema Médico Mbya.

Passaram-se dois dias da volta do hospital e a criança faleceu. Ninguém entendeu o que havia acontecido”, o corpo humano não apresenta uma previsibilidade cartesiana, a maioria das complicações não podem ser previstas e a maioria dos “riscos” não se tornam complicações.

7. SISTEMA MÉDICO MBYA

O sistema médico guarani se caracteriza pela concepção de causas múltiplas das doenças, buscando a “cura total”, incluindo aspectos biológicos, psicológicos e sociais (Litaiff, 1996). No contexto antropológico a saúde e a doença são processos psicobiológicos e socioculturais resultado do contexto cultural, assim como as ações curativas tomadas e as avaliações subsequentes (Ferreira, 2012; Lopes, 2000). A doença segundo Lopes (2000, *apud* Langdon, 1995) se divide em três instâncias: (1) cultura como um sistema simbólico, dinâmico e heterogêneo, no qual os indivíduos de uma mesma cultura têm percepções heterogêneas devido a sua subjetividade e experiência, que nunca é igual à dos outros; (2) a doença como processo, cada doença é uma seqüência de eventos nos quais se procura compreender o sofrimento no sentido de organizar a experiência vivida, a doença é fluida e nela se movimentam processos de interpretação e de negociação para chegar ao tratamento que alivie o sofrimento; (3) a doença como experiência: nesta conceitualização, a doença é compreendida como um processo subjetivo vivenciado pelos atores, é um processo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura. Esta concepção abre o espaço para estudar os sistemas médicos indígenas, desligados da visão biologista, determinista e estática do processo de adoecimento e de cura dos sistemas médicos ocidentais e compreendê-la à luz dos conhecimentos da cultura indígena — isto é, à luz do conhecimento sobre o bem-estar e a doença (Lopes, 2000).

O povo Guarani-Mbyá tem origem divina, pois as primeiras pessoas Guarani foram fruto da união entre um deus e a mulher, *Kunhankarai*. Dessa mulher nasceram os gêmeos povoadores do mundo. Também se relata que logo depois da destruição da primeira terra, por parte de *Nhanderu*, pai maior, esse deus enviou homens e mulheres dos diferentes paraísos para que povoassem a terra (Lopes, 2000, p.186).

“O pai Nhamandu havia criado a Terra na extremidade da sua vara. Existe sete planos superiores onde ficam os deuses, e o céu que vemos é sustentado por quatro varas, os Mbya e os animais habitam o mesmo plano, mas os primeiros conquistaram o dom da palavra, que permite, acima de tudo, a comunicação com os deuses. Nesses tempos tudo eram montes. Os animais foram encarregados das primeiras transformações, que deram lugar as pradarias e campos. (...)O pai primeiro *Nhamandu Ru Ete* pediu a quatro deidades que gerassem as almas dos homens, e essas foram *Nhamandu*, *Jakaira Ru Ete*, *Karai* e *Tupã*. O sol se encarregou de enviar os signos que diferenciariam o feminino do masculino, inspirando seus respectivos cantos sagrados. (Enriz, 2010,p.121; tradução minha)²⁰

²⁰ “el Padre Ñamandú hubiera creado la tierra en el extremo de su vara. Existen siete planos superiores donde se ubican los dioses, y el cielo que vemos se encuentra sostenido por cuatro varas. Los mbyá y los animales habitan en este mismo plano, pero los primeros lograron el don de la palabra que permite, por sobre todas las cosas, la comunicación con los dioses. En esos tiempos todo era monte. Los animales se fueron encargando de las primeras transformaciones, que dieron lugar a las

O bem estar Guarani emerge de imbricações entre o mágico/mitológico com o físico/químico e com o ecológico. Lopes (2000) nos diz que isso é alcançado quando a comunidade tem:

- um convívio (convivência) harmônico entre o grupo;
- boas relações com a sociedade ocidental, principalmente com seu vizinhos;
- harmonia com suas deidades e com os espíritos que compartilham o espaço dos Guarani;
- a presença de *karaí*;
- plantações suficientes para satisfazer as necessidades alimentares.

Sendo o Guarani-Mbyá uma relação entre o físico e o espiritual, entre o individual e o coletivo, o sentimento de bem-estar, de risco e de doença, ultrapassam o marco das interpretações das ciências cognitivas (Lopes, 2000). O cuidado familiar na manutenção desse bem estar é diário, perguntas como “você está bem?”, “como dormiu essa noite?” “o que sonhou?” “está se sentido bem hoje?” permeiam as rodas de chimarrão das *Tekoas*, intercaladas por momentos de silêncio e reflexão, e atenção delicada as respostas e estados de cada um. Quando esse bem estar não é alcançado, os primeiros procedimentos para a recuperação do doente são realizados ainda no âmbito familiar, que é o centro desse sistema médico, também é nele que são tomadas as decisões quanto à busca de tratamento, especializado ou não (Ferreira, 2012).

Os cuidados durante a gestante, parto e pós parto não são diferentes, eles acontecem na arena familiar, onde os saberes e práticas de cuidado são amplamente difundidos entre as mulheres²¹. No entanto, da mesma forma que outros males, se a saúde da mulher não vai bem e a família não consegue sanar o problema, esta vai decidir por procurar o *Karai* ou o médico institucionalizado. O *Karai* é o líder espiritual, ele se comunica com os espíritos e com *Nhanderu* para descobrir o que o paciente tem e como seria o tratamento; durante essa consulta ele pode constatar que se trata de uma “doença do branco”, e portanto encaminhará a pessoa ao médico institucionalizado (Lopes, 2000). Como me explicou uma das lideranças indígenas, cada *Karai* tem a sua especificidade de cura:

praderas y campos. (...) el Padre Primero Ñamandú Ru Ete pidió a cuatro deidades que generaran las almas de los hombres. Estas fueron Ñamandú, Jakaira Ru Ete, Karai y Tupã. Él solo se encargó de enviar los signos que diferenciarían lo femenino de lo masculino, inspirando sus respectivos cantos sagrados.

²¹ Serão abordados em mais detalhes nos tópicos posteriores.

“O Karai é como o médico diplomado, existe vários tipos de Karai²² e Kunha karai²³, cada um é especializado em alguma coisa, por isso não adianta você ir perguntar uma coisa para um, se quem sabe é outro. Tem quem sabe das plantas, tem quem sabe dos cantos, das danças. Nem sempre têm o especialista na aldeia, daí tem que procurar onde tem.” Cacique Felipe, Liderança Mbya (Caderno de campo, ver data).

Para Menezes (2012, p.22) “a doença é interpretada a partir de várias relações, entre as pessoas e a natureza, os grupos humanos, a natureza e o cosmo, e o papel da pessoa na comunidade”. Existiam dois tipos de doença: a espiritual e a física; a espiritual só pode ser curada pelo *Karai*, a física pode ser curada com remédios tradicionais (Galante, 2011), porém, o encontro com as culturas européias propiciou a aquisição e disseminação de enfermidades, por não ter o indígena a barreira imunológica para conter o efeito do agente infeccioso novo. Muitas vidas foram perdidas nas crises epidêmicas. Os diferentes grupos indígenas que vivem em contato com a sociedade envolvente viram-se na necessidade de utilizar os sistemas ocidentais de saúde para sua sobrevivência (Lopes, 2000), surgindo também as “doenças do branco”.

Doenças do sistema médico Guarani de acordo com a direção do agente²⁴:

- Direção de fora para dentro: agentes que entram no corpo do Guarani provocando doença, como as doenças adquiridas pelo contágio (“doenças do branco”), as doenças causada por *angué* (espírito de mortos), e doenças feitas por feiticeiro.
- Direção de dentro para fora: entidades que tiram a energia ou espírito. Entre elas estão as doenças causadas pelos espíritos da natureza e pelo diabo.
- Direção de dentro para dentro: são doenças que têm origem interna e atingem principalmente a mulher grávida. Estas doenças são as causadas pelo feto em formação.

Doenças do sistema médico Guarani de acordo com a origem:²⁵

- Doença espiritual corresponde às causadas por divindades e pelo diabo.
- Doença do mundo corresponde às causadas pelos donos da natureza, por *angué*.
- Doença interna corresponde aos transtornos provocados pelo feto em formação.
- Doença por feitiço.
- Doença causada pelo sistema frio/quente.
- Doenças causadas por ter sido dado o nome errado.

²² Líder espiritual masculino, comumente uma pessoa idosa, também pode ser chamado de *Xeramõi* (ancião, sábio).

²³ Líder espiritual feminino, comumente uma pessoa idosa, também pode ser chamado de *Txe dajaryi* (anciã, sábia).

²⁴ Lopes, 2000, p.157-158.

²⁵ Lopes, 2000, 158-159.

- “Doença do branco”, caracterizada segundo eles pelo contágio, e por doenças de pouca gravidade.

Há momentos na vida em que a pessoa Guarani está mais sujeita ao risco de doenças, isso acontece principalmente em eventos de transição, em que o *nhe'e*²⁶ está ligado de forma mais tênue à pessoa, podendo se perder, significando a perda da alegria (Lewkowicz, 2016). A mulher Guarani é ainda mais suscetível, pois está em constantes estados de transição, como a puberdade, a gravidez e o pós-parto; nesses momentos “o corpo exala um aroma que atrai certos espíritos, que podem seduzir a pessoa e fazer com que sua alma se perca, chegando a estados graves de saúde” (Badie, 2015). Por isso existem prescrições específicas para cada situação de passagem, que visam proteger a mulher dos perigos que existem na interação com esses seres extra-humanos, animais e vegetais; essas prescrições aparecem nos conselhos dos mais velhos, em como a pessoa deve agir para manter a condição de humano - e por sua vez o *nhe'e* - na interação com os seres espirituais (Badie, 2015).

As doenças internas são as próprias da gestação e que podem pôr em risco a vida da mãe e do bebê. Seus padecimentos são dor nas costas, dor na cintura, dor de cabeça, febre, insônia, cansaço, mal estar, aborto, complicações do parto, entre outros. Elas se originam pelas solicitações feitas pelo feto e que não foram satisfeitas pelos pais, ou também podem ser consequência da quebra de normas culturais por parte dos pais. Portanto são castigos que o filho em formação no ventre materno faz à sua mãe (Lopes, 2000).

Outro tipo de doença que pode acometer as gestantes de forma especial é a doença espiritual, nesse caso necessitando procurar o *Karai*. Algumas doenças de caráter espiritual são atribuídas ao Demônio, representadas pela expressão "*Nhe ndova*", ou seja, alma não mais alegre; seus sintomas são dor na cabeça, dores no coração, pé muito frio, falta de apetite; estes sinais vêm acompanhados por uma série de sonhos com parentes que já morreram, e um profundo sentimento de nostalgia; sem a ação do *Karai*, o enfermo emagrece rapidamente e morre em alguns dias (Litaiff, 1996, p.113). As doenças do espírito atribuídas às divindades costumam vir na forma de um “castigo”, quando a mulher ou seu cônjuge estão tendo relações extraconjugais ou quando mulher está tendo um

²⁶ *nhe'e*: palavra-alma. Na visão mbya, o *nhe'e*, é a alma principal enviada pelas divindades, a que concentra a essência da pessoa. Mas também existe uma segunda alma, ãngue, que se desenvolve a partir do nascimento e que acumula os erros e as transgressões ao longo da vida (Cebola Badie, 2015, *apud* Cebolla Badie, 2013).

comportamento inadequado para as normas sociais; esse castigo pode se materializar como um aborto ou malformações (Lopes, 2000).

7.1 QUENTE-FRIO

O sistema quente-frio não corresponde à temperatura real de alguma coisa, mas da qualidade ou poder simbólicas de alimentos, ervas, forças da natureza e sobrenaturais, estados mentais e medicamentos. O sistema quente-frio acometem principalmente as pessoas passando por estados de transição, ora atuando como sintoma, ora como a própria doença (Lopes, 2000; Badie, 2015).

O risco das doenças do sistema quente-frio acompanham a mulher Guarani durante toda a sua vida, já que ela se movimenta num continuum entre estados de transição e portanto de quentes e frios. A mulher grávida está em estado quente, em período menstrual e de hemorragia pós parto está mais quente ainda, conforme o sangramento vai cessando seu estado passa a frio e então ao equilíbrio. Estar em um estado frio ou quente traz perigos duais, tanto estando a mulher vulnerável a ação de espíritos, quanto ela mesma podendo causar danos aos outros.

Em função do caráter quente dos períodos de perda de sangue do ciclo feminino, a mulher deve permanecer em casa, comer alimentos específicos e não cozinhar, para não pôr em perigo a comunidade. O não cumprimento dessas especificações pode arruinar plantações ou mesmo causar danos a saúde dela mesma e de outros membros da comunidade (Lopes, 2000).

O estado quente-frio também é referido às comidas e chás, sendo categorizados como alimentos frios os que provêm do “branco”: sal, açúcar, entre outros. Os alimentos quentes são carne do mato, macarrão, chá de café e ervas como santa maria e chapéu de couro. Os alimentos que não são frios nem quentes correspondem àqueles próprios dos Guarani: aves em geral e milho. Também falam de alimentos fortes que propiciam energia; é o caso da onça, considerada boa por ser um animal forte, e o consumo de essa carne transmite energia à mulher (Lopes, 2000).

7.2 POÃ

Para os Guarani a medicina e o bem-estar do corpo devem ser ligados ao bem-estar do espírito. A espiritualidade, através da comunicação com as divindades, é essencial para manter as relações com outros seres da natureza. A espiritualidade se entrelaça com a medicina tradicional, com ervas e plantas nativas que fazem parte do vasto conhecimento, tanto da flora, quanto da fauna silvestre que os Guarani possuem (Padoin, 2015). Dessa forma, isolar o universo botânico Guarani de suas demais concepções não faria muito sentido além de parecer inconcebível. O conhecimento tradicional é "o conhecimento e saber-fazer sobre o mundo natural e sobrenatural, que são transmitidos oralmente de geração em geração" (Galante, 2015; Lindenmaier, 2011, *apud* Diegues & Arruda, 2001).

Uma característica da cultura Mbya é a sua estreita relação com a natureza, especialmente com as plantas. Seja para uso medicinal, alimentação ou produção de artesanato, algumas espécies são de vital importância para a sobrevivência das comunidades (Lindenmaier, 2011). Indo mais além, grande parte dessas plantas estão associadas aos mitos de origem e são utilizadas ritualisticamente, devido ao seu caráter sagrado; isso também contribuindo na construção de seus sistemas de classificação botânica (Galante, 2011).

"Nhande Ru Pa'i Rete Kuaray - nossa pai, o senhor do corpo resplandecente como o sol - filho do Criador da terra em que vivemos e de mulher Mbya-guarani, ao abandonar a terra e deixar o homem para que lavre? seu próprio destino, divulgou a seus filhos os homens as virtudes terapêuticas de todas as ervas medicinais e outras substâncias medicamentosas, como também todos os elementos racionais da terapêutica Mbya-guarani" (Litaiff, 1996, apud Cadogan, 1949 - tradução minha)²⁷

O *Poã* ou "remédio do mato", são as ervas medicinais, que são preparadas, principalmente, em forma de chá, a partir de ervas e/ou raízes, ou servidos junto ao chimarrão, e consumido em pequenas doses diárias (Litaiff, 1996). Como todas as plantas têm alma, essas também podem interferir na produção do remédio e na cura do paciente. Dessa forma, existe uma série de normas a serem obedecidas desde o momento em que se colhe a planta até o preparo do remédio; quando se vai coletar uma planta para preparar um remédio, é importante que ela seja colhida na lua nova (*jaxy pyau*). Pedir licença ao *ja*, ou seja, o dono do recurso, também é uma condição para que se possa utilizar a planta, não só

²⁷ "Nande Ru Pa'i Reté kuaray — nuestro padre, el senior del cuerpo resplandeciente como el sol — hijo del Creador de la tierra en que vivemos y de mujer Mbyá-guarani, al abandonar la tierra y dejar al hombre para que labrara su propio destino, divulgo a sus hijos los hombres las virtudes terapéuticas de todas las yerbas medicinales y otras sustancias medicamentosas, como también todos los elementos racionales de la terapéutica Mbyá-guarani." (Litaiff, 1996, p.109)

no que se refere ao preparo de remédios, como também para outros fins. Segundo os Guarani “todos os seres têm espírito, e tem o dono, o *ja*: o *jejya* é o dono do palmito, *itaja* é o dono da pedra, *yyjá* é o dono da água, e assim por diante (Galante, 2015).

Os *Poã* se agrupam segundo seus usos²⁸:

- *Poã araku* ou *rakú*: remédios quentes, combatem as friagens.
- *Poã piro'y* ou *roysa*: remédios frios, ação estimulante.
- *Poã guaxu* ou *ruvicha*: grandes remédios, plantas poderosas que auxiliam no tratamentos de doenças espirituais.
- *Poã pochý*: remédios “bravos”, utilizados em situações de extremas vulnerabilidade psíquica.
- *Akanundu poã*: para combater a febre.
- *Akarasy poã*: contra males e dores da cabeça.
- *Py'a poã*: contra indisposições e dores estomacais.
- *Kunha poã*: remédios específicos para as mulheres.
- *Mita poã*: remédios específicos para as crianças.

Aqui tratarei dos *poã* utilizados pelas mulheres nos momentos de transição ao longo das vidas, a sua maioria pertence a categoria tradicional *kunha poã* ou *poã araku*. Essas plantas aparecem no arsenal curativo de diversos autores (Noelli, 1998; Lindenmaier, 2011; Palacio, 2013; Galante, 2011; Galante, 2015; Badie, 2015; Litaiff, 1996; Vasconcelos, 2011; Lopes, 2000) juntamente a outros “remédios do mato”. Quanto a categorias biomédicas, as plantas são classificadas em emenagogas (estimula o fluxo sanguíneo na região pélvica e uterina), antiinflamatórias, cicatrizantes, hemostáticas - próprio para sustar hemorragias -, contraceptivas, conceptivas e galactagogas - estimula a produção de leite - (Noelli, 1998), são elas:

Família Botânica	Nome Guarani	Espécie	Uso	Parte
Alismataceae	Chapéu de couro ⁹	<i>Echinodorus macrophyllus</i>	<i>Poã araku</i> , bom parto e contraceptiva.	Folhas
Amaranthaceae	Ka'aare ¹ , Santa Maria ⁹	<i>Chenopodium ambrosioides</i>	Emenagoga, <i>poã araku</i>	Folhas
Anacardiaceae	Aguara yva ¹	<i>Schinus molle</i>	Antiinflamatória, cicatrizante e emenagoga	Folhas
Anacardiaceae	Aguara yva ¹	<i>Schinus terebinthifolius</i>	Antiinflamatória, cicatrizante e emenagoga	Folhas

²⁸ Palacio, 2013, p.14; Galante, 2011, p.100-101.

Anacardiaceae	Yryvaja rembiú ^{3 4}	<i>Schinus weinmannifolius</i>	Para um bom parto	Folhas
Annonaceae	Araxiku ²	<i>Annona neosalicifolia</i>	Dieta pós-parto	Folhas e Frutos
Aquifoliaceae	ka'a ^{10 11}	<i>Ilex paraguariensis</i>	Bom parto	Folhas
Araceae	Guembe'y ¹ , Guembé ³	<i>Philodendron bipinnatifidum</i>	Hemostática e contra indicada para lactantes	Raiz e Fruto
Arecaceae	Pindó ³	<i>Syagrus romanzoffiana</i>	Contraceptiva e emenagoga	Raiz
Aristolochiaceae	Ysypo cati paye ¹	<i>Aristolochia triangularis</i>	Emenagoga	Folhas
Aristolochiaceae	Ype aka ¹	<i>Aristolochia labiata</i>	Contraceptiva	Folhas
Asphodelaceae	Karaguatane ¹	<i>Aloe arborescens</i>	Contraceptiva	Folhas
Asphodelaceae	Aloe ³	<i>Aloe vera</i>	Emenagoga	Folhas
Asteraceae	Tapekue ^{1 3}	<i>Acanthospermum australe</i>	Inflamações vaginais	Folhas
Asteraceae	Jate'y ka'a ¹ , Marcela ³	<i>Achyrocline satureioides</i>	Emenagoga, para um bom parto e pós-parto	Folhas e Flores
Asteraceae	Taxopuã ² , Jaguarete ka'a ³ , Jakaré ruguai ⁴	<i>Baccharis trimera</i>	Banho no recém-nascido e contraceptiva	Caule e Folhas
Asteraceae	Kapi'i unã ³	<i>Bidens pilosa</i>	Emenagoga e pós parto	Folhas
Basellaceae	Ka'a rurupi ¹	<i>Anredera cordifolia</i>	Contra inflamações uterinas	Folhas
Bignoniaceae	Tajy sayjú ³	<i>Handroanthus ochraceus</i>	Contraceptivo, pós parto	Casca
Bignoniaceae	Tajy pytá ³	<i>Handroanthus impetiginosa</i>	Confecção do Apyka ²⁹ para males do esfriamento	Madeira
Bromeliaceae	²	<i>Tillandsia usneoides</i>	Contraceptivo	Planta
Bromeliaceae	Tapichi ka'a ³	<i>Aechmea bromeliifolia</i>	Para a criança se apegar a casa	Folhas
Cactaceae	Pengue poha ³	<i>Rhipsalis baccifera</i>	Antiinflamatória para os ovários	Folhas

²⁹ *Apyka*: 1. Condução sobrenatural que leva, ou até arrebatava pessoas para a habitação divina. 2. Pequeno banco. Utilizada em rituais religiosos na *opy*.

Capparaceae	Yvyra pororo ¹	<i>Capparis sp.</i>	Emenagoga	
Celastraceae	Yvyrarapo jü ³ , yvyra hapohu ⁴	<i>Maytenus muelleri</i>	Inflamações vaginais	Folhas
Cucurbitaceae	Andaimi ¹	<i>Momordica charantia</i>	Inflamações vaginais	
Cyperaceae	Kapi'ikati ¹	<i>Cyperus sesquiflorus</i>	Inflamações vaginais	
Cyperaceae	Karagura moroti ¹	<i>Aspidium sp.</i>	Hemostática	
Dioscoreaceae	Karachiju Kara ¹	<i>Dioscorea sp.</i>	Contraceptiva e emenagoga	
Equisetaceae	Aguaracha'i ruguai ¹	<i>Equisetum giganteum</i>	Emenagoga e, contraceptiva	
Fabaceae	Karupa'yrã ¹	<i>Parapiptadenia rigida</i>	Hemostática	Folhas
Fabaceae	Vacapi ⁷	<i>Bauhinia forficata</i>	Bom parto	
Hypericaceae	Ka'avotory ¹	<i>Hypericum connatum</i>	Contraceptiva	Flores
Malvaceae	Mandyju ¹	<i>Gossypium sp.</i>	Emenagoga e contraceptiva	Raiz
Malvaceae	Yvatinguy Ka'a oveti ¹	<i>Luehea divaricata</i>	Emenagoga	Casca
Malvaceae	Typycha hu ³	<i>Sida spinosa</i>	Hemostática, pós-parto e infecções vaginais	Caule e Folhas
Meliaceae	Kayarana ¹	<i>Cabrlea canjerana</i>	Contraceptiva	Raiz
Meliaceae	Ygary ^{3,6} , Yary ⁵	<i>Cedrela fissilis</i>	Poã guaxu	Folhas e casca
Moraceae	Ka'arapi'a ¹	<i>Dorstenia brasiliensis</i>	Emenagoga	Folhas
Myrtaceae	Araxá ²	<i>Campomanesia guazumifolia</i>	Banho no recém-nascido	Folhas
Myrtaceae	Guavira ²	<i>Campomanesia xanthocarpa</i>	Banho no recém-nascido	Folhas
Myrtaceae	Yvaviju ²	<i>Myrcianthes pungens</i>	Contraceptivo	Caule
Passifloraceae	Mburukuja ³ , Mbarakuja ⁴	<i>Passiflora edulis</i>	Regular o ciclo menstrual, conceptivo	Folhas
Phytolaccaceae	Jera'í, Pipi ^{3,4}	<i>Petiveria alliacea</i>	Contraceptiva e antiinflamatória	Planta

Poaceae	Takuarembó ¹ ² , Criciuma ² , Takuá ⁴	<i>Chusquea sp.</i>	Contraceptiva, limpeza do organismo pós-parto	Brotos e Folhas
Poaceae	KaapCi I ^{7 8}	<i>Coix lacrima</i>	Bom parto	Caule
Polypodiaceae	Anguya ruguai ¹	<i>Microgramma vacciniifolium</i>	Antiinflamatória	Folhas
Polypodiaceae	² , Angujaruguai ¹¹	<i>Microgramma squamulosa</i>	Limpeza do organismo pós-parto, poã araku, dor de cabeça menstrual	Rizom e Folhas
Polypodiaceae	²	<i>Microgramma sp.</i>	Contraceptiva	Rizoma
Polypodiaceae	Karaguara ¹¹	<i>Niphidium crassifolium</i>	Cólicas menstruais e emenagogo	Folhas
Portulacaceae	Ka'aruru kyra ¹	<i>Portulaca oleracea</i>	Galactagoga	Folhas e Caule
Pteridaceae	Amamba'i ² Amambai ¹⁴	<i>Adiantum sp.</i>	Limpeza do organismo pós-parto	Planta
Pteridaceae	Kulantrillo del campo ³	<i>Adiantum pentadactylon</i>	Dores pós-parto, contraceptivo	Folha
Pteridaceae	Kulantrillo ka'aguy ³	<i>Adiantum pseudotinctum</i>	Pós-parto e resguardo, anti inflamatória e emenagoga	Folhas
Pteridaceae	Iyuiué ¹¹	<i>Doryopteris pedata</i>	Hemostático e poã araku	Folhas
Rosaceae	Yvaro ⁶	<i>Prunus sp.</i>	Poã guaxu	Folhas
Rubiaceae	Ysypo kurusu ¹	<i>Chiococca alba</i>	Emenagoga	
Rubiaceae	Café ⁹	<i>Coffea arabica</i>	Poã araku	Sementes
Rutaceae	¹	<i>Ruta graveolens</i>	Contraceptiva, emenagoga e hemostática	
Rutaceae	Guaxupy ²	<i>Helietta apiculata</i>	Fortalece os ossos das crianças	Folhas
Sapindaceae	Yvatay ³	<i>Cupania vernalis</i>	Para um bom parto	Casca
Solanaceae	Pety ⁸	<i>Nicotiana tabacum</i>	Massagem na gestante e purificador espiritual	Folhas
Urticaceae	Amba'y ¹	<i>Cecropia pachystachya</i>	Inflamações vaginais, hemostática	Folhas
Urticaceae	Ka'aporopirã ¹	<i>Boehmeria sp.</i>	Emenagoga	Raiz
Verbenaceae	Salvia ³	<i>Lippia alba</i>	Cólicas menstruais, emenagoga e males do esfriamento	Folhas

Verbenaceae	Burrito ³	<i>Aloysia polystachya</i>	Inflamação vaginal	Folhas
	<i>Mborachayja</i> ¹¹		Bom parto	

Tabela 1: Plantas de uso feminino. ¹Noelli, 1998; ²Lindenmaier, 2011; ³Palacio, 2013; ⁴Galante, 2011; ⁵Galante, 2015; ⁶Badie, 2015; ⁷Litaiff, 1996; ⁸Vasconcelos, 2011; ⁹Lopes, 2000, ¹⁰Menezes, 2012, ¹¹Coleta de campo.

Alguns poã relacionados aos ciclos femininos estão presentes em mitos cosmológicos, como as pertencentes ao gênero Handroanthus. O *Tajy* aparece no mito da criação, mancando o “surgimento dos ventos novos e do espaço novo”, caracterizando a chegada da primavera; também aparece como a árvore que possui a “alma mais feroz”, podendo sua madeira ser cortada em pedaços e a alma não desaparece (Galante, 2015, *apud* Cadogan, 1965). O *Ygary* é um *poã guaxu*, também é chamado de “árvore de *Nhamandu*” por ter uma alma dócil, é de sua madeira que se confecciona o *petyngua*³⁰; é considerado a árvore geradora de todas as árvores; conta-se que depois o dilúvio, suas sementes deram origem a toda a diversidade de vegetais que se conhece hoje (Galante, 2015, *apud* Cadogan 1971). Outro vegetal que possui lugar cativo na cosmologia Guarani é o *guembé*, um cipó muito difundido e utilizado na cultura material devido à sua resistência, também presente no *nhemongarai*³¹ (Galante, 2011). A *Takuá* é uma planta feminina, utilizada na produção de artesanato, como medicinal e representa o feminino por meio do *Takuapu*³² nos rituais espirituais; o *Takuapu* originalmente era uma semeadeira ou pau cavador, um instrumento utilizado pelas mulheres na agricultura, remetendo a figura da mulher como mãe e criadora, e pela sua capacidade de dar continuidade a existência da sociedade através da reprodução (Galante, 2015, *apud* Chamorro, 2008).

³⁰ *Petyngua*: Cachimbo.

³¹ *Nhemongarai*: Cerimônia de nomeação das crianças.

³² *Takuapu*: bastão utilizado pelas mulheres para marca o ritmo em cerimônias espirituais.

7.3 INHENGUE

Ser uma mulher Guarani exige uma série de regras e comportamentos a serem cumpridos, não somente quando ela tem a sua primeira menstruação e/ou gestação, entretanto nesses períodos ela deve ser ainda mais cuidadosa, devido aos perigos das relações com os não-humanos (Soares, 2012). O ritual de iniciação das meninas à vida adulta ocorre na menarca, e é denominado *inhengue*³³, refere-se ao intervalo de tempo entre a menarca e a finalização da segunda ou terceira menstruação, no qual as meninas são submetidas a um período de reclusão, restrições alimentares e cuidados. Uma mulher é *inhengue* somente durante alguns meses na sua vida, porém esse tempo parece ser um dos mais importantes do ciclo vital (Badie, 2015).

A principal característica do ritual *Inhengue* é a reclusão. Quando a menina avisa que está menstruando pela primeira vez, a avó ou a mãe lhe corta os cabelos e a leva até a *opy*, onde é preparado um lugar especial para que ela permaneça durante o tempo de reclusão³⁴ (Badie, 2015). Em uma das minhas visitas à *Tekoa Pindoty*, Bernardina me contou sobre o seu *Inhengue*:

“Eu disse pra minha mãe: eu sangrei. E ela disse: te prepara guria. Ela cortou meu cabelo e fiquei em casa 15 dias, com as janelas fechadas. Não pode sair de casa, não pode comer carne, e depois tem que aprender a cozinhar e a lavar.” Bernardina (Caderno de campo, 15/09/2018)

Esse momento de reclusão é marcado pelos conselhos das mulheres mais velhas, a mãe, a avó ou uma anciã do seu próprio grupo de parentes lhe diz o que é esperado dela no futuro como mulher e como mãe. Nessas conversas lhe é lembrado que foi isolada para seu próprio benefício, para que saiba cuidar da saúde, para que não seja desobediente, desrespeitosa, desatenta ou preguiçosa - condutas desaprovadas pelos Mbya -. Recebem conselhos sobre a maternidade, como cuidados para ter uma boa gravidez, um bom parto e dar a luz a uma criança sadia (Badie, 2015; Lewowicz, 2016). Também são submetidas a um treinamento acerca de conhecimentos de habilidades manuais e fazer domésticas, como cozinhar, limpar, costurar, tecer e fabricar cestos (Badie, 2015).

Quando a menina é levada para a *opy*, o pai constrói uma cama estreita e curta (*nhiimbe*) em que ela permanecerá durante o tempo que estiver reclusa, de pernas cruzadas, tocando o chão o mínimo possível e também não pode ir a cursos d'água. Da mesma forma, esse é um momento de mudança não somente no corpo, mas também no status social, a nova mulher deve aprender como se portar segundo o modelo de mulher

³³ *Inhengue*:

³⁴ Hoje em dia essa reclusão pode ser feita em casa.

Mbya. A menina deve permanecer calada, falar somente se falarem com ela e em voz baixa, fixar o olhar no chão, mover-se com suavidade; esse é o comportamento esperado de uma mulher na sociedade Mbya (Badie, 2015).

O *Inhengue* é um estado dual, em que tanto mulher está suscetível às investidas de espíritos malignos, como ela mesma pode afetar a saúde de outros. Considera-se também que a menina está num estado muito quente, portanto seu olhar afetaria a vida de homens e crianças e inclusive poderia arruinar plantações completas (Vasconcelos, 2011; Lopes, 2000). Da mesma forma esse estado quente e o *heãkua*³⁵ do sangue atraem os espíritos, uma das formas de se afastar esses espíritos é por meio de banhos medicinais com espécies de árvores que tem cheiros fortes, que diminuiria o cheiro da *inhengue* (Badie, 2015)

As mulheres que cuidam da *inhengue* lhe preparam banhos de água de cinzas (*Tanhimbury*), que retiraria da água qualquer essência que pudesse causar dano à menina; posteriormente ela é molhada com uma decocção de folhas e casca de *Ygary*, que é um *poã guaxu*, e passam pelo seu corpo folhas de *Yvaro*, essas plantas tem cheiro forte e afugentariam os maus espíritos (Badie, 2015; Palacio, 2013). Diariamente a menina é purificada com fumaça de *petyngua* para que os espíritos não possam atingi-la (Lopes, 2000)

Outra prática que visa a segurança da *inhengue* é a dieta. Essa alimentação é controlada tanto em questão da qualidade dos alimentos, quanto na quantidade; a regra é comer em momentos determinados e em quantidade pequena. A composição da dieta é livre de alimentos que aumentem o fluxo de sangue, como açúcar, sal, carne bovina, carne de porco, mel, doces, frutas não silvestres (pêra, maçã, laranja e outros cítricos, etc.), feijão preto, batata doce, alimentos gordurosos, (Lopes, 2000; Badie, 2015; Galante, 2011; Vasconcelos, 2011). Os alimentos prescritos são, de preferência, os elaborados com vegetais cultivados, em especial milho, como *mbaipa*, *rora*, *mbojape*, *kaguyju*, *mandio mimói* e *jety mbichi*³⁶; mas também algumas frutas silvestres como *jarakachi'a* (*Jaracatia spinosa*), *guaporoity* (*Plinia rivularis*), *guapyta* (*Syagrus romanzoffianum*), *yvaporû* (*Plinia peruviana*), *yva viju* (*Eugenia pungens*), *aracha* (*Psidium cattleianum*), *ñandu apycha* (*Campomanesia guazumifolia*) e *eñangapiri* (*Eugenia uniflora*); outro alimento permitido é o *pindo ru'a*³⁷ cru ou cozido. A carne está expressamente vetada e se configura na única época da vida dos Mbya

³⁵ *Heãkua*: cheiro agradável, com o das flores.

³⁶ *mbaipy* (Polenta de milho); *rora* (Farelo de milho branco); *mbojape* (pão de milho cozido nas cinzas); *kaguyjy* (mingau de milho); *mandio mimói* (mandioca fervida); *jety mbichi* (batata assada).

³⁷ *Pindo ru'a*: coração da palmeira Pindo (*Syagrus romanzoffiana*).

em que o consumo de nenhum tipo de carne é permitido (Badie, 2015). O não cumprimento da dieta “enfraquece o corpo” (Galante, 2011).

A duração do isolamento varia entre 15 à 28 dias, ou seja, a duração de um ciclo menstrual (Badie, 2015). Aos 15 ou vinte dias a mulher toma um banho com água morna e erva de santa maria, um *poã araku* (Lopes, 2000). Nos primeiros dias após o *inhengue*, a dieta não é diferente daquela que tinha seguido enquanto estava na *opy*, a alimentação baseando-se principalmente em pratos preparados com milho, mandioca e batata (Badie, 2015). Depois disso a menina retorna a sociedade com o status e todas as responsabilidades de uma mulher Mbyá.

7.4 TXEREKO

“(...) os Mbya contam que Jaxy [Lua] (irmão mais novo de Kuaray [Sol]), quando ainda vivia no mundo terreno, fez sexo com a tia enquanto dormia. Para no dia seguinte, ter certeza de quem cometeu tal ato, o marcou com xxy [cera de abelha]. Isto justifica porque a lua, em fase de lua cheia, aparece com a superfície toda marcada com manchas escuras. Até hoje, Jaxy faz sexo com as meninas, enquanto elas dormem, sem elas perceberem, bem como, as fazem sangrar todos os meses a cada “volta da lua”. É por isso também, que elas crescem mais depressa do que os meninos.” (Soares, 2012, p.65, *apud* Prates, 2009, p.58).

A menstruação se denomina *Txereko*³⁸. Nesse período a mulher também fica de resguardo, porém não é tão restritivo quanto o *inhengue*, não podendo sair a noite, tomar banho de rio, brincar, realizar trabalhos fortes, cozinhar e ter contato com mulheres grávidas. Novamente, isso se deve a natureza dual da sua condição, que tanto representa risco a si mesma, como aos outros.

A mulher com *txereko* não pode ter relações sexuais, pois rouba a energia do homem, ocasionando dores de cabeça, dor nas costas e na barriga no homem; da mesma forma o homem também não pode comer alimentos preparados pela mulher, que lhe ocasionariam mal estar. Considera-se que a mulher durante esse período é vulnerável e deve-se proteger o homem do poder poluidor do sangue menstrual. Ao mesmo tempo necessita se proteger, pois está suscetível a perder seu *nhe'e* para os donos da natureza (Lopes, 2000)

A dieta também está presente, não sendo permitido o consumo de alimentos doces, sal, carne de porco e carne de bovina. Essa prática é importante para assegurar uma menstruação saudável, sem cólicas, e com no máximo 3 dias de duração; caso contrário ela pode ficar com até 20 dias (Lewkowicz, 2016). Acredita-se que cólica menstrual é ausência da menstruação, se dá porque o sangue, poluído, fica coalhado no útero materno. Para que o sangue coalhado fique líquido, utilizam remédios tradicionais (Lopes, 2000).

A mulher menstruada é quente na medida que perde o sangue vai ficando fria, até chegar ao equilíbrio. Para ajudar nesse equilíbrio existem muitos “remédios do mato”, como me contaram Bernardina e Tatiana “*Toma chá e mate, e tem que tomar sozinha. Procura chá no mato pra não ter cólicas e ajudar a descer*”, o *Karaguara* é um bom chá para se beber junto ao mate, durante o *txereko*; o *kulantrillo* é um *poã* indicado para a dor de barriga e nas costas do momento que desce a menstruação; já o *Angujaruguai* é um *poã araku*, para dor de cabeça e dias frios da menstruação; por fim o *lyuiué* é usado para diminuir o

³⁸ Txerekó'. Txe significa em mim; rekó' significa está dando, ou eu tenho; Txere significa eu; kó' significa natureza, ou seja, a natureza em mim está-se dando (Lopes, 2000).

fluxo menstrual e deve ser bebido junto ao chimarrão (Caderno de campo, 15/09/2018). Palacio (2013) recomenda o chá de *Kapi'i una* que também é usado para dores de cabeça causadas pela menstruação; bem como a *Salvia*, que é um *poã araku* para males do esfriamento. Como emenagoga Noelli (1998) cita *Ka'aare*, *Aguara yva*, *Ysypo cati paye*, *Yvyra pororo*, *Mandyju*, *yvatinguy ka'a oveti*, *ka'arapi'a*, *ka'aporopirã*, *Jakare ruguai* (Lindenmaier, 2011; Palacio, 2013; Galante, 2011) e *ysypo kurusu* (Galante, 2011); como hemostática Noelli (1998) cita *karagura moroti*, *karupa'yrã*, *amba'y* e *typycha hu* (Palacio, 2013).

7.5 CONCEPÇÃO

A concepção acontece quando, primeiro: *Nhanderu* e *Kunhankarai* decidem enviar um *nhe'e* à Terra. Esse *nhe'e* pode vir da morada de quatro divindades cósmicas (que correspondem aos pontos cardeais): *Jakaira*, *Tupã*, *Karai* e *Nhamandu*.

“As relações sexuais não são suficientes, precisa-se da bondade de Nhanderú e Kunhankarai para ficar grávida. A relação sexual não faz nada, as relações pertencem ao plano material dos homens enquanto que a gravidez é do plano espiritual do plano de Deus. A mãe e o pai não faz criança, é o pai Nhanderú e Kunhankarai, são eles que dão espírito para ficar grávidas. Eu não fiz a criança, é Deus, nós somos para o sexo e Kunhankarai e Karai são a essência” Cacique de Paraty (Lopes, 2000, p.85)

“Um jovem mbyá explicou-me uma vez que enquanto as divindades se reúnem para decidir qual morada enviará o *nhe'e* para a terra imperfeita, as divindades *juruá* simplesmente jogam as almas dos brancos, como sementes ao vento. É por isso que muitos *juruá* acabam desorientados sobre a que vieram a este mundo, assim como é pelo mesmo motivo que há muito mais brancos do que mbyá na terra.” (Lewkowicz, 2016, p.130)

E segundo: há o aporte de sangue do homem e da mulher durante a relação sexual; esse sangue tem de estar em equilíbrio em relação ao sistema quente-frio, então ocorre a fecundação (Lopes, 2000; Vasconcelos, 2011). A junção do sangue permite que a criança tenha uma parte da mãe e uma parte do pai, unindo-os espiritualmente desde a vida uterina até que a criança alcance uns 5 anos de idade (Enriz, 2010); essa relação de consubstancialidade entre os pais e o bebê interfere nas condutas alimentares, sexuais e laborais dos pais, como veremos a seguir. Portanto, na concepção a mulher Guarani ocupa um papel de receptora, portadora e transformadora, já o homem tem o papel do aporte de sangue (Lopes, 2000; Ferreira, 2013b). Essa concepção também pode ser facilitada com o uso de “remédios do mato”: “Se a mulher quer engravidar pode tomar chá de *Poã Mbarakuja*” Cacica Julia (Caderno de campo, 06/07/2018)

7.6 GESTAÇÃO

A mulher Guarani é informada da concepção através do sonho. Ela ou o marido podem sonhar com o anúncio da gestação propriamente dito, feito por um familiar morto ou por um herói Mbya, com pequenos animais, com um pássaro chamado *Mitãjary*³⁹ ou com cestaria (Menezes, 2012; Lewkowicz, 2016; Lopes, 2000).

“Eu sei que eu to grávida porque eu sonho. Com passarinho, com cestaria. No meu último filho eu tava muito triste, porque meu irmão tinha morrido, daí sonhei que o meu irmão vinha e me entregava um bebê, aí eu já sabia.” Bernardina (Caderno de campo, 16/09/2018)

O sexo do bebê também pode ser descoberto através de sonho, se for menina o sonho deve ser com faca ou revólver, se for menino deve ser com passarinho (Lopes, 2000); ou pelos movimentos do bebê dentro da barriga, se for menina se mexera por volta do terceiro mês, se for menino por volta do quarto mês de gestação. Após saber o sexo da criança, se for menino, o pai deve confeccionar um *Guyrapa*⁴⁰, se for menina, a mãe deverá confeccionar um *Ajaka*⁴¹, para alegrar o *nhe'e* da criança (Soares, 2012).

O cuidado tradicional com a gestante acontece no âmbito familiar. Os saberes e práticas de cuidado com a gestação, o parto e o pós parto são amplamente difundidos entre as mulheres indígenas, conhecimentos esses que vão sendo aprendidos ao longo da vida e com a experiência. Mesmo a figura da parteira estando claramente definida, ela raramente atua fora da sua instância familiar e de parentesco (Ferreira, 2012).

“Parteira é qualquer um mais velho, que tenha experiência. Pra mim quem me ajuda é a minha sogra. (...) A mãe da grávida ou a sora cuida da mulher, ela examina pela barriga, pra ver como que tá o bebê.” Bernardina (Caderno de campo, 15/09/2018)

Dentre os cuidados prestados pela parteira está a posição fetal no ventre materno. Ela pode corrigir o posicionamento do bebê através de massagens de direcionamento (Menezes, 2012).

“Na hora de ganhar nenê o Guarani é muito diferente, o Guarani sabe como ajeitar a criança. Então pede pra mulher experiente, ela sabe ajeitar os nenens, se ela souber desde o início. O problema é que ela normalmente não faz o pré-natal junto [com a equipe de saúde] desde o início” Cacique Felipe (Caderno de campo, 25/10/2018)

³⁹ *Mitãjary*: parteira.

⁴⁰ *Guyrapa*: arco. Representa o masculino, constituindo uma metáfora fálica.

⁴¹ *Ajaka*: cesto. Representa o feminino, constituindo uma metáfora do útero.

A movimentação durante a gestação é bastante recomendada pelas parteiras, e se relacionam ao menor ganho de peso e maior facilidade no trabalho de parto (Menezes, 2012).

“A mulher grávida tem que trabalhar, até quando quer dormir tem que trabalhar, isso facilita, se não demora muito pra nascer” Bernardina (Caderno de campo, 16/092018)

Alguns cuidados têm de ser feitos pelo homem e pela mulher, como restrições comportamentais, alimentares e procedimentos rituais, para garantir a saúde da criança, já que eles estão em uma relação de consubstancialidade com o feto. Uma das regras é quanto à dieta, os pais devem evitar o consumo de carne bovina, carne de porco, tatu, quati, bugio, alimentos gordurosos e batata doce (Lewkowicz, 2016; Lopes, 2000; Vasconcelos, 2011; Soares, 2012); Bernardina e Tatiana alertaram que também não se deve comer sal ou açúcar, e que o mais aconselhado é consumir os alimentos tradicionais como o *rorá* e o *mbojape* (Caderno de campo, 15/09/2018). Estimula-se o consumo de alimentos tradicionais e de animais do mato (afora os citados), a carne de onça é valorizada, por transmitir força à mãe e a criança em formação (Lopes, 2000). Desejos alimentares de ambos os pais devem ser atendidos, pois eles representam uma necessidade da criança, um pedido (Vasconcelos, 2011).

Ainda segundo as restrições relacionadas às atividades dos pais, o pai não deve fazer amarrações ou nós (incluindo a construção de armadilhas de caça, pois isso poderia comprometer a saída do bebê do útero materno); nenhum dos pais deve mexer com facas, agulhas ou objetos cortantes, pois poderia ocasionar cólicas ou outro tipo de mal estar no feto (Vasconcelos, 2011; Lopes, 2000). Ainda, a mãe deve ter cuidado ao fazer fogo, uma vez que o “lado” da madeira que deve ser colocado para queimar é a parte que foi cortada, garantindo que a criança fique na posição virada com a cabeça para baixo, proporcionando um parto tranquilo. O adultério por parte de qualquer um dos pais pode gerar malformações fetais e até aborto (Soares, 2012).

O estado de ânimo da gestante é de fundamental importância, afetando a personalidade da criança. Sentimentos como a raiva, a tristeza e a inveja atingem o feto podendo gerar aborto ou mesmo que a criança nasça um feiticeiro. O modo de ser calmo, moderado, paciente e silencioso, tidos como positivos pela sociedade Mbya, molda a personalidade da pessoa em formação desde o momento uterino (Lopes, 2000). Todos esses cuidados tem a intenção de manter a pureza da consubstancialidade pai-mãe-criança - sangue, leite, sêmen - e criar um ambiente fértil para o novo *nhe'e* (Ferreira, 2013b). É fundamental agradar o *nhe'e* da criança durante a gestação - e também a partir do seu

nascimento -, agir em prol da sua alegria, para que ele queria ficar na terra e “tome assento” (Lewkowicz, 2016)

A gestante se encontra em estado quente, portanto se encontram em vulnerabilidade e ambiguidade social, estados recorrentes nas transições femininas. Esse estado quente aumenta à medida que avança a gestação, por conseguinte, as relações sexuais só podem ser realizadas nos primeiros meses, para formar o corpo da criança a partir do sangue dos pais. A partir do terceiro ao quinto mês de gravidez as relações sexuais são consideradas muito perigosas, uma vez que a mulher estaria em estado muito quente e roubaria a energia do homem. Consequentemente sua vulnerabilidade quanto aos espíritos também aumenta ao longo da gestação (Lopes, 2000).

Se uma doença espiritual acomete a gestante, ela deve ir procurar o *Karai*. Ele transmite a *Nhanderu* e esse diz se pode ou não curar a doença; se não puder, a gestante deve procurar o médico não indígena (Lopes, 2000). “*Antes consultava com o Karai, ele sabia e ele dizia*” Bernardina (Caderno de campo, 16/09/2018).

Outro cuidado com a gestação se relaciona com massagens na barriga na gestante, geralmente feitas pela mãe da grávida, a sogra ou a parteira. Essas massagens são com folhas de fumo, óleos ou banha de animais e têm o intuito facilitar o momento do parto, diminuindo as dores e o tempo de nascimento do bebê (Vasconcelos, 2011). Durante a gravidez estimula-se também a ingestão de chás, que por suas qualidades facilitariam o processo de parto de curta duração (Lopes, 2000).

“antes de engravidar já toma chá, desde menina, de poã mborachayja⁴² para não ter dor no parto. Eu tomei uma vez só, quando era menina, uma vez já tá bom.” Cacica Julia (Caderno de campo, 06/07/2018).

⁴² Essa planta não pode ser coletada e identificada, por ser uma planta anual, sua parte vegetativa não estava aparente nos meses de pesquisa de campo.

7.7 PARTO

O parto em sociedades indígenas é um evento que não necessariamente implicava em intervenção de um especialista. A ajuda, quando necessária, provinha do meio familiar mais próximo. Em muitos casos, a mulher dava à luz sozinha na floresta ou, simplesmente, contava com a ajuda de alguma parenta mais velha e de mais experiência, como a mãe, a avó ou a sogra (Olhar etnográfico, 2006). O parto aparece como evento cotidiano a respeito do qual se tem um saber difuso, porquanto compartilhado pelas mulheres que passaram pela experiência do gestar e do parir e que auxiliaram outras a trazer seus filhos ao mundo. Dentro dessa lógica, todas aquelas que já pariram possuem um saber básico sobre a prática do 'pegar criança', o que as habilita a ajudar quem está parindo (Ferreira, 2013a).

A decisão pelo local de parto deve ser conjunta e feita a partir de dois fatores principais. Um deles é a saúde de gestante: se algum dos cuidadores, tanto tradicional quanto biomédico, disser que é uma gestação ou parto de risco, ele acontecerá no hospital. O outro fator é a vontade da mulher que, tendo uma gestação de baixo risco, pode escolher entre parto domiciliar ou institucionalizado. A data do parto tradicional é contada em luas após o atraso menstrual, e varia conforme o sexo do bebê e as fases da lua (Menezes, 2012)

A parteira é a *Kunha karai*, uma mulher mais velha com experiência em assistir a partos, pois o parto em condições normais se faz sozinha, como me disse a Cacica Julia, que é parteira, "*Meu primeiro bebê minha mãe me ajudou, o segundo já foi sozinha*" (Caderno de campo 06/07/2018). A função da parteira é preparar chás para a parturiente, "pegar a criança" que está nascendo, prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido e a mãe - como cortar o cordão umbilical e preparar banhos de higiene e medicinais para ambos. Diz-se a mulher para ser parteira não pode mais ter *Txereko* e que ela aprende esse ofício com a prática, auxiliando a mãe ou a sogra (Ferreira, 2012; Lopes, 2000; Ferreira, 2013b)

Os cuidados tradicionais adotados durante a gestação possuem tanto a função de prevenir doenças quanto, principalmente, de preparar um parto rápido e sem dor para a parturiente. No momento do parto, o chão é forrado com folhas de bananeira e as crianças que moram nesse lar são levadas para outra casa; permanecem na casa, de preferência, somente a parteira e o marido da mulher em parto. O sucesso do parto está marcado pelo cumprimento das regras comportamentais e alimentares, mas, além disso, é assegurado mediante o consumo de chás de ervas ou sementes, que por sua consistência de deslizante, facilitam a passagem da criança pelo canal vaginal (Lopes, 2000).

Vasconcelos (2011) referência o uso do chá da ponta do caule de *KaapCi'i* para o momento em que a bolsa estoura. Litaiff (1996) também cita *KaapCi'i* como planta para o bom parto em conjunto com *Vacapi*. Palacio (2013) indica o uso de *Yryvaja rembiú* para quando a criança começa a sair, chá frio da casca de *Yvatay* para o início do trabalho de parto e *Jate'y ka'a* como companheira do bom parto. Galante (2011) também menciona *Yryvaja rembiú*. Lopes (2000) cita o consumo de café amargo, por ser um *poã araku* e Chapéu-de-couro para facilitar o parto. Menezes (2012) menciona o uso de *Ka'a* juntamente com o *Petyngua*.

No momento em que a criança nasce, depois de verificar se é menino ou menina, a parteira corta o cordão umbilical com a *Takua*⁴³, que depois será queimada. O comprimento do cordão umbilical deve chegar a altura do coração, então ele é amarrado com linha de costura, ou com fibra de *Pindó* (Lewkowicz, 2016; Vasconcelos, 2011); tal qual me contaram Bernardina e Tatiana:

“Tem que cortar o umbigo com Takua, faz, corta, queima e aí em outra vez faz de novo. Tem que medir até o peito da criança pra cortar, até o coração. Tem que guardar o umbigo, guarda e faz um colar depois que cair, e o bebê usa”
Bernardina e Tatiana (Caderno de campo, 16/09/2018).

Esse tamanho de corte é muito importante, visto que no futuro, quando secar, será usado para a confecção de um colar chamado *mboy pyaguaxu*⁴⁴ que serve para a proteção da criança, para ela “saber viver no mundo em que ela veio” e também como *poã* (Lewkowicz, 2016; Lewkowicz, 2014; Soares, 2012). O umbigo em Mbya é *puru'a*, mesmo nome dado à gravidez, mostrando a ligação que existe com as divindades e como a consubstancialidade mãe-pai-bebê continua atuando depois do nascimento. A criança continuará usando o *mboy pyaguaxu* até andar ou completar um ano e passar pelo ritual de nomeação *nhemongarai*, que certifica que seu *nhe'e* estará mais asentado (Lewkowicz, 2016).

Quando o bebê nasce, a placenta, da mesma forma que o *puru'a*, não deve ser descartada. A placenta é o “irmão” bebê, e deve ter um enterro digno, em uma cova funda para que nenhum bicho possa mexer, o que poderia comprometer a saúde da criança (Vasconcelos, 2011; Lopes, 2000; Menezes, 2012). Dessa forma, a placenta deve ser enterrada junto a casa onde a criança vai morar, pois ela é capaz de agir no corpo da criança de modo a indicar ao *nhe'e* seu caminho, para que ele saiba viver no mundo em que veio (Lewkowicz, 2016). O professor Mbya Sergio me relatou sobre a placenta:

⁴³ *Takua*: lâmina feita de taquara afiada.

⁴⁴ *mboy pyaguaxu*: “coração grande” é um colar de fortalecimento.

“É por causa do destino inadequado da placenta no hospital que muitas crianças se sentem perdidas, crescem procurando o lugar de onde elas vieram. Às vezes elas até roubam, tentando descobrir o que falta”
(Caderno de campo, 05/11/2018)

7.8 PÓS PARTO

Após o nascimento a parteira prepara um banho com ervas do tipo *poã araku* para a mãe e a criança, para tirar o frio, evitando febres e infecções e possíveis ataques de espíritos (Vasconcelos, 2011; Lopes, 2000). Ela também usa a fumaça do *petyngua* e prepara um *poã* feito com cinzas da fogueira e *Yvaro*, que também tem finalidade de proteção contra os espíritos em que toda a família deve se banhar (Ferreira, 2013b; Menezes, 2012; Soares, 2012). Como relatado por Palacio (2013) o chá de *poã Kulantrillo ka'aguy* (ou *Kulantrillo del campo*) em conjunto com *Jate'y ka'a* e *Yryvaja rembiú* são usados para as dores pós parto, pontadas e as diversas dores que uma mulher pode ter depois de parir, sendo ingerido por pelo menos 4 dias ou até que as feridas desinflamem. Para banhar o recém-nascido Lindenmaier (2011) cita *Jaguarete ka'a*, *araxá* e *guavira*, Palacio (2013) e Galante (2011) também indicam *Jaguarete ka'a*.

O puerpério também possui regras bem rígidas para a família. A mulher fica de resguardo, para manutenção da sua própria saúde e da criança, por 45 dias (Galante, 2011), sendo que 3 à 5 dias permanece em repouso absoluto; o homem permanece nesse resguardo com ela, não podendo sair para caçar (Soares, 2012). A mulher não pode cozinhar, então a parteira também lhe auxilia nesse momento.

“Depois do parto é pelo menos 20 dias sem cozinhar, sem lavar roupa, em repouso, e tem que continuar a tomar chá, e sem doce e sem salgado”
Bernardina (Caderno de campo, 15/09/2018)

Os alimentos permitidos são preferencialmente os tradicionais, como mandioca, batata doce e milho, mas também arroz e macarrão. Depois de 15 dias acrescenta-se outros alimentos como carnes de passarinho, pombos, galinha, peixes de escamas e animais do mato; depois de 1 mês pode comer feijão. Não é permitido sal, açúcar, peixes de couro, tatu, quati, carne bovina, carne de porco, nos moldes da dieta da gestação (Alves, 2011; Lewkowicz, 2016; Lopes, 2000; Ferreira, 2013b; Menezes, 2012). Todos esses cuidados são visando a consubstancialidade pai-mãe-bebê, e como a conduta dos pais altera o leite materno (Lewkowicz, 2016; Menezes, 2012); quanto ao aleitamento, é indicado que a mulher coma canjica e sopa de milho para aumentar o leite (Lopes, 2000), bem como o chá de *Ka'aruru kyra* como galactagoga (Noelli, 1998).

Logo após o parto a mulher está em estado muito quente, em seguida vai passando para um estado frio até chegar ao equilíbrio, que é alcançado em média 3 meses depois do parto. Portanto o período de abstinência sexual dura, no mínimo, 3 meses, podendo chegar a 12 meses (Alves, 2011; Lopes, 2000).

Essa série de cuidados, desde a gestação, são cuidados com o *nhe'e*, para que ele não se perca. O *nhe'e* só se torna menos volátil quando a criança dá seus primeiros passos e pronuncia suas primeiras palavras, e posteriormente passa pelo ritual de nomeação *Nhemongarai*, que acontece durante a colheita do milho (*avaxi*), em que o *Karai* vê de que morada cósmica veio a alma da criança e lhe nomeia com o nome Mbya (Lopes, 2000; Soares, 2012; Lewkowicz, 2016; Badie, 2015).

7.9 CONTRACEPÇÃO

Se a mulher não deseja mais ter filhos, ela deve iniciar o tratamento contraceptivo tradicional tão logo ela tenha dado à luz, conforme me contou Felipe, Sergio, Bernardina e Julia:

“O problema de ganhar [bebê] no hospital é que tem certos chás que a pessoa tem que tomar logo, como os pra não engravidar, tem que tomar logo em seguida” Sergio (Caderno de campo 05/11/2018)

“A mulher que não quer engravidar tem que tomar chá, e não pode comer doce, salgado, café...difícil. Também tem que evitar deitar com o marido, pelo menos uns dois meses” Bernardina (Caderno de campo 16/09/2018)

“A maioria que não quer engravidar pede pra SESAI, pílula, vacina de três em três meses. Mas tem chá também” Cacica Julia (Caderno de campo 06/07/2018)

“Nós estamos vendo que tem coisas do branco que tão fazendo muito mal, principalmente para as mulheres, como os remédios pra não ter filho. Ai não quer ter kyrigue⁴⁵ vai lá e pede o remédio, vai se acostumando, e aí nem lembra que tem outras alternativas, que tem outros jeitos tradicionais que não faz mal, que os antigos faziam.” Cacique Felipe (Caderno de campo, 25/10/2018)

A alimentação restrita dificulta o tratamento tradicional para muitas mulheres, que têm cada vez mais recorrido aos métodos contraceptivos biomédicos e seus já sabidos males.

A abstinência sexual é um método contraceptivo muito utilizado, juntamente com o consumo de “remédios do mato” e fricção com a gordura de alguns animais (Alves, 2011; Lopes, 2000). Quanto aos *poã* tradicionais usados como contraceptivos podemos citar o *Kulantrillo del campo*, em que o tratamento deve ser iniciado dois dias depois do parto e seguido por um mês (Palacio, 2013). Três à cinco dias depois do parto o homem e a mulher podem beber chá de Chapéu-de-couro, combinado com abstinência sexual, continuando o tratamento pelo tempo que quiserem permanecer sem filhos (Lopes, 2000). Outra erva utilizada é a *Amambaiûi*, cujas folhas são mastigadas pela mulher logo após o parto, devendo guardar abstinência sexual por três a cinco meses (Lopes, 2000). Outras plantas citadas foram raiz do *pindo* (Palacio, 2013), *ype aka* (Noelli, 1998), *karaguate* (Noelli, 1998), *jaguarete ka'a* (Palacio, 2013), *tajy sayju* (Palacio, 2013), *karachiju kara* (Noelli, 1998), *ka'avotory* (Noelli, 1998), *mandyju* (Noelli, 1998), *yvaviju* (Lindenmaier, 2011), *pipi* (Palacio, 2013; Galante, 2011) e *takua* (Galante, 2011).

⁴⁵ *Kirigue*: criança.

7.10 MENOPAUSA

A menopausa é traduzida na língua guarani como *Daetxavei*⁴⁶. Durante a menopausa a mulher muda seu status social, agora ela é uma *Txe dajaryi*, uma anciã, que na cultura Guarani são os sábios, os detentores do conhecimento (Alves, 2011).

Com esse novo status a mulher pode se tornar uma parteira ou outra forma de liderança, se quiser, como ser Cacica por exemplo. Para ser uma parteira a mulher não pode mais ter *txereko*, já que dessa forma não poderia se aproximar de mulheres grávidas, mas com o fim desse período, se for o seu desejo, pode passar a exercer a função (Lopes, 2000). Nesse caso o seu trabalho se inicia no momento em que uma mulher grávida faz contato com ela, acompanhando toda a gravidez por meio do pré-natal tradicional até o pós parto (Lopes, 2000), dando conselhos e indicações de remédios.

⁴⁶ *Daetxavei*: não veio mais.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os saberes e práticas das mulheres Mbya são conhecimentos difuso na comunidade, construídos ao longo da sua trajetória de vida e empirismo, portanto são conhecimentos autônomos, em que cada mulher é uma especialista, dentro da sua vivência. A gestante também é autônoma, ela cuida da sua gestação no âmbito familiar, e somente se sentir necessidade, busca a ajuda de um especialista, no caso o *Karai*.

A partir dessa perspectiva, a ideia de saúde diferenciada seria mais bem sucedida se respeitasse os espaços de cada “sistema médico”, do que realizando essa tentativa de articulação que prevê a mescla entre os dois sistemas. O que acaba por diluir a diferença, numa lógica de hibridismo homogeneizante já experimentado desde o século XIX. Ao contrário, para os Mbya parece ser mais importante a reprodução da sua cultura, sendo que essa valoriza a manutenção da “boa distância” para com os não indígenas (Lewkowicz, 2016), a distância saudável.

O conhecimento indígena não é algo que se aprende na educação formal, é algo que se experiencia todos os dias. A liberdade para vivenciar o conhecimento é uma condição que permeia o bem viver Guarani, e é a partir da vivência que se constrói o saber e o indivíduo. A relação com o ambiente natural, especificamente com a Mata Atlântica, é marcada pela reverência, já que é lá que estão os seres que regem influências e poderes sobre a comunidade, interferindo diretamente em suas vidas (Galante, 2015), além dos remédios que promovem a cura para os males.

A autonomia, o protagonismo e o reconhecimento se relacionam a partir da concepção Mbyá de liberdade, de bem viver. A liberdade está em poder viver ao seu modo de vida e exercer sua autodeterminação, portanto, a autonomia faz parte da cultura Guarani, ela está na forma de aprendizado, está na resistência às práticas biomédicas quando a “medida de distância” é ultrapassada e, evidentemente, está também na cura, na procura da saúde, não só do corpo físico, mas também espiritual, o Mbya tem autonomia para procurar essa ajuda, com o especialista que achar mais prudente.

Para a agência dessa autonomia, é necessário dialogar diretamente com quem faz a saúde, e exigir que a forma como será feito o tratamento venha do próprio indígena, e nisso os Mbya são hábeis, pois como definiu Viveiros de Castro “xamanismo é uma arte diplomática (Lewkowicz, 2016, p.101). Além disso, sua capacidade de adaptação e resiliência é singular, mesmo frente a escassez de recursos de uso tradicional - incluindo alimentícios e curativos -, fragmentação ambiental, perda territorial, os Mbya se adaptam, eles usam materiais novos, espécies novas, ressignificando-as a sua cultura. São um dos

grupos étnicos que mais demonstram resistência à homogeneização cultural, preservando com muito custo o seu conhecimento tradicional (Lindenmaier, 2011).

Uma dessas formas de adaptação é o “pré natal tradicional”, relatado por Ferreira (2013a), e proposto pelo Cacique Felipe em um dos *Nhemboaty* “*Procura mulher experiente pra acompanhar o pré natal, é importante*” (Caderno de campo, 25/10/2018). O pré natal tradicional consiste nos cuidados realizados durante a gestação, tanto as dietas, como o uso de “remédios do mato”, rezas e massagens para posicionamento do bebê. O título tem como objetivo “traduzir”, em termos do *jurua*, os saberes e práticas indígenas nos cuidados com a gravidez, também atribui valor às práticas tradicionais, colocando-as em uma posição de igualdade com a biomedicina. O pré natal tradicional pode ser uma oportunidade para que os profissionais de saúde atuem conjuntamente e de forma articulada com os praticantes das medicinas tradicionais indígenas envolvidos nos cuidados com a gestação, parto e pós-parto (Ferreira, 2012).

Outra proposta já em prática nas comunidades e que pode ser traduzida em termos não indígenas é a da Autoatenção. Ferreira (2012, p.269, *apud* Menéndez, 2003) define autoatenção como “ as representações e práticas que a população utiliza no nível de sujeito e de grupo social para diagnosticar, explicar, assistir, controlar, aliviar, suportar, curar, resolver ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de curadores profissionais, ainda que estes possam ser a referência da atividade de autocuidado; de tal forma que o autocuidado envolve a decisão de autoprescrição e o uso de um tratamento de forma autônoma ou relativamente autônoma”; dessa forma, cabe a gestante e ao seu núcleo familiar a decisão de como está essa gravidez, que riscos ela apresenta e se ela se sente doente para procurar ajuda, biomédica ou tradicional.

A própria atenção diferenciada merece ajustes, talvez até utópicos, visto que mesmo com uma Equipe da SESAI bem preparada para o trabalho com comunidades indígenas, esses ainda estão suscetíveis ao despreparo biomédico nos atendimentos de média e alta complexidade. Um atendimento realmente diferenciado seria o conhecimento da cultura e do sistema médico indígena pela equipe de saúde, e que essa equipe, ao orientar os profissionais da média e alta complexidade, fosse acatada; chegando, inclusive, ao reconhecimento e legitimação dos especialistas tradicionais, seguindo a lógica de que só valorizamos o que conhecemos.

Uma medida a ser tomada para a valorização da medicina tradicional indígena, nesse caso, especificamente com relação aos cuidados gestacionais, seria a promoção de

encontros *Kunha kuery*⁴⁷. Esses encontros proporcionariam a troca de conhecimentos entre as mulheres indígenas de diferentes idades, valorizando a cultura e os saberes dentro da comunidade e, dessa forma, fortalecendo o grupo, para que possam exercer sua autonomia. Esses encontros também seriam vantajosos para sanar o problema do desconhecimento ou da falta de interesse das mais jovens pelas medicinas tradicionais, relatado por Felipe “*A comunidade não procura mais um xeramõi, um karaí, uma parteira. Quando uma mulher ganha nenê é no hospital e daí quando o hospital respeita a dieta, muitas vezes a guarani que não quer, por falta de conhecimento. Principalmente os jovens*” (Caderno de campo, 06/11/2018)

Dessa forma, o pré natal tradicional valorizaria os conhecimentos indígenas no âmbito não indígena, o modelo de autoatenção fortaleceria a autonomia na base, fazendo com que as decisões partam de dentro da comunidade, e os encontros *Kunha kuery* assegurariam a reprodução e o reconhecimento do conhecimento tradicional entre as mulheres da comunidade.

⁴⁷ *Kunha kuery*: coletivo de mulheres.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, U. P. *Métodos e técnicas na pesquisa etnobiológica e etnoecológica*. Recife, PE: Nuppea, 2010.

ALVES, Luiz Alberto Sousa. *Ser índia e mulher, vivendo na terra má: uma reflexão sobre a questão de gênero indígena*. Congresso de Teologia da PUCPR, 10, 2011, Curitiba. Anais eletrônicos. Curitiba: Champagnat, 2011.

APG III (Angiosperm Phylogenetic Group). 2009. *An update of the Angiosperm Phylogenetic Group classification for the orders and families of flowering plants*. Botanical Journal of the Linnean Society 161: 105-121.

BADIE, Marilyn Cebolla. *Rituais de iniciação e relações com a natureza entre os mbyá-guarani*. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

CASTRO, Dilton & MELLO, Ricardo Silva Pereira (org.). *Atlas ambiental da bacia hidrográfica do Rio Tramandaí*. Porto Alegre: Ed. Via Sapiens, 2013. 180p.

ENRIZ, Noelia. *Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guarani*. *Anthropologica/Año XXVIII*, n.28, dez. 2010. p.117-137.

FERREIRA, Luciane Ouriques. *A emergência da medicina tradicional indígena no campo das políticas públicas*. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan.-mar. 2013a, p.203-219.

_____. *Entre discursos oficiais e vozes indígenas: a emergência dialógica das medicinas tradicionais indígenas no campo das políticas públicas*. Tese de doutorado - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2010.

_____. *O desenvolvimento participativo da área de medicina tradicional indígena, Projeto Vigisus II/FUNASA*. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl.1, p.265-277. 2012

_____. *Saúde e relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013b, vol.18, n.4, pp.1151-1159

GALANTE, Luciana. *Entre plantas e entidades: o conhecimento etnobotânico dos Guarani-Mbyá de Tekoá Pyau*. XI Reunião de Antropologia do Mercosul, Montevideu, 2015.

_____. *Investigação etnobotânica na comunidade Guarani Mbya de Tekoa Pyau*. 171f. Tese de mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

JBRJ. REFLORA - *Plantas do Brasil: Resgate Histórico e Herbário Virtual para o Conhecimento e Conservação da Flora Brasileira*. Disponível em: <<http://reflora.jbrj.gov.br/reflora/PrincipalUC/PrincipalUC.do>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

LEWKOWICZ, Rita Becker. *A hora certa para nascer: um estudo antropológico sobre o parto hospitalar entre mulheres mbyá-guarani no sul do Brasil*. 166f. Tese de mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2016.

_____. *Entre la aldea y el hospital: biopoder y políticas de salud indígena a partir de un parto Mbyá-Guarani en el sur de Brasil*. In: II Congreso de Estudios Poscoloniales III Jornadas de Feminismo Poscolonial: Genealogías críticas de la Colonialidad, 2014, Buenos Aires. II Congreso de Estudios Poscoloniales III Jornadas de Feminismo Poscolonial Genealogías críticas de la Colonialidad, 2014.

LINDENMAIER, Diogo de Souza. *Estudo Etnobotânico em três comunidades mbya/guarani na região central do Rio Grande do Sul, Brasil*. Caderno de Pesquisa, Série Biologia, vol.23, n.3, p.6-18. 2011.

LITAIFF, Aldo. O sistema médico Guarani. Revista de ciências humanas. Florianópolis, Santa Catarina, v.14, n.19, p.107-115. 1996.

LOPES, Gloria Margarita Alcaraz. *A Fecundidade entre os Guarani: um legado de Kunhankarai*. 220f. Tese de doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2000.

MENEZES, Mariana de Oliveira. *Gestar e parir em terra de juruá: a experiência de mulheres guarani-mbya na cidade de São Paulo*. 93f. Tese de mestrado - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SESAI. Osório. *Documento orientador da 6ª Conferência Nacional de Saúde Indígena*. 2018. 16f. Não publicado.

NOELLI, Francisco Silva. *Múltiplos usos de espécies vegetais pela farmacologia guarani através de informações históricas*. Diálogos, v.2, n.177-199, 1998.

OLHAR ETNOGRÁFICO. *Relatório etnográfico parcial do projeto "Valorização e adequação dos sistemas de parto tradicionais das etnias indígenas do Acre e Sul do Amazonas"*. 2º produto de consultoria Área de Intervenção Medicina Tradicional Indígena, Subcomponente II - Ações Inovadoras em Saúde, Projeto Vigisus II/Funasa. Brasília: Olhar etnográfico. 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Estratégias de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2002.

PADOIN, Carolina. *Autonomia indígena: a perspectiva mbya em Santa Maria*. 161f. Tese de mestrado - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria.2015.

PALACIO, Urbano et. al. *La botica de la abuela Paulina: etnobotánica mbya guaraní*. 1ed. Asunción Paraguay: Madre Tierra, 2013.

POSEY, D. A. *Introdução - Etnobiologia: teoria e prática*. In: RIBEIRO, B. (org.). SUMA Etnológica Brasileira. vol.1 (Etnobiologia). FINEP/Vozes, Petrópolis-RJ. 1987. p.15-25.

RABELO, Francine Pereira. *Kunhangue mba'e kua: as trajetórias das mulheres cacicas Guarani Mbya em Santa Catarina*. 233f. Tese de mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

DOLEY, Robert A. *Léxico Guarani, dialeto Mbyá: versão para fins acadêmicos*. Porto Velho: Sociedade Internacional de Linguística,1998.

SILVEIRA, Felipa et al. *A contribuição da Epistemologia da Ciência para o ensino e a pesquisa em Ensino de Ciências: de Laudan a Mayr*. III Encontro Nacional de Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente Niterói - Rio de Janeiro, 2012.

SILVEIRA, Nádia Heusi. *O conceito de atenção diferenciada e sua aplicação*. Sem data.

SOARES, Mariana de Andrade. *Caminhos para viver o Mbya Reko: estudo antropológico do contato interétnico e de políticas públicas de etnodesenvolvimento a partir de pesquisa etnográfica junto a coletivos guarani no Rio Grande do Sul*.319f. Tese de doutorado - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

UFRGS. *Flora Digital do RS*. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/fitoecologia/florars/index.php>>. Acesso em: 18 nov. 2018.

VASCONCELOS, Viviane Coneglian Carrilho de. *Tramando redes: parentesco e circulação de crianças Guarani no litoral de Santa Catarina*. 190f. Tese de mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2011.

APÊNDICE I:

Roteiro de perguntas:

Nome:

Data:

- Sobre ser parteira
 - A quanto tempo tu é parteira?
 - Como foi que tu te tornou parteira?
 - Qualquer pessoa pode ser parteira?

- Tem tratamentos, saberes que a parteira usa enquanto a mulher está grávida, ao longo da gravidez?
 - Faz alguma reza?
 - Usa alguma planta ou outra coisa? Como usa?
 - Tem alguma alimentação especial?

- A parteira também trata das mulheres que não estão grávidas?
 - Ajudando em problemas femininos, como cólicas de menstruação ou outros?
 - Em que momentos a parteira vai ajudar a mulher?
 - Como é feito esse tratamento?

- E durante o parto?
 - Como funciona o parto, como ele acontece?
 - É feita alguma reza? São usadas plantas ou outras coisas?
 - Como são usados?
 - Outras pessoas podem acompanhar a mulher enquanto ela ganha o bebê além da parteira?

- E a equipe de saúde?
 - É a parteira que decide se a mulher pode ganhar o bebê em casa ou no hospital?
 - Como é a relação com a equipe da saúde?
 - Eles respeitam os costumes?

- E depois do parto?
 - A parteira continua acompanhando por algum tempo?
 - Tem alguma alimentação especial?
 - É feito algum tratamento com a mãe ou com o bebê?