



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES INDÍGENAS
DE PERNAMBUCO, 2008 A 2015.**

Recife

2017

DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES INDÍGENAS
DE PERNAMBUCO, 2008 A 2015.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (PPGSC/CCS/UFPE), como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra Valongueiro Alves

Recife

2017

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4-1895

B574a Bezerra, Diana de Oliveira.
Assistência ao parto em mulheres indígenas de Pernambuco, 2008 a 2015. / Diana de Oliveira Bezerra. – Recife: o autor, 2017.
59 f.; 30 cm.

Orientadora: Sandra Valongueiro Alves.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências e anexos.

1. Saúde de populações indígenas . 2. Parto. 3. Saúde da mulher I. Alves, Sandra Valongueiro (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2018-019)

DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES INDÍGENAS DE PERNAMBUCO,
2008 A 2015.**

Aprovado em 15 de Agosto de 2017.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Vânia Rocha Fialho de Paiva e Souza
Universidade de Pernambuco – UPE

Prof^ª Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Dedico este trabalho a minha família e aos amigos que estiveram sempre comigo e contribuíram para concretização desse sonho. Minha eterna gratidão pela paciência, apoio, carinho e incentivo em todas as etapas dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão será destinada a todos que de qualquer forma contribuíram para a conclusão do meu trabalho.

Ao meu filho, por ser essencial em minha vida e minha fonte de inspiração diária que me faz batalhar por novos projetos e buscar ser uma pessoa melhor.

Ao meu esposo, pelo companheirismo e paciência, por sempre ter sido o meu maior incentivador nessa jornada, não me deixando fraquejar ou desistir.

À minha mãe, irmão e família por terem me dado a base para alcançar meus sonhos e pela torcida em cada conquista.

À minha querida orientadora por me permitir trabalhar no tema escolhido e desvendar, através do estudo, algo que me inquietava há anos. Obrigada também pelo ensino, pela parceria e paciência nessa convivência constante na construção do trabalho.

Aos meus amigos do DSEI, especialmente meu eterno chefe Antônio Fernando pela amizade e força dada desde a aprovação no mestrado e por todos os ensinamentos nos anos em que trabalhamos juntos;

Aos meus colegas de trabalho, por sempre estarem disponíveis a ajustar meus horários e turnos para permitir que eu conseguisse concluir o mestrado com êxito.

À minha turma do mestrado, especialmente Rafa, por dividir as angústias, cansaços, momentos e apoiar na construção e desempenho de cada etapa vivida.

À todos que compõe o PPGSC e UFPE por proporcionar a oportunidade de me graduar, me especializar e vivenciar ótimos momentos.

RESUMO

Ao longo dos anos, o modelo de assistência à gestação e ao parto vem sofrendo transformações no Brasil. Com o avanço da medicina, as mulheres, que antes eram consideradas protagonistas daquele momento, passaram a ser vítimas de um modelo de parto medicalizado. A atenção ao parto se transformou em ato médico, centrado no hospitalar, com crescente nível de intervenções. Como consequência, o Brasil tornou-se um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo, que remete a um cenário de padronização do nascimento, desconsiderando aspectos culturais das mulheres. A diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro configura-se ainda um grande desafio enfrentado pelas políticas do governo. As mulheres indígenas compõem uma parte dessa população culturalmente diferenciada que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. Este estudo teve como objetivo analisar o modelo de assistência ao parto em mulheres indígenas no período de 2008 a 2015 em Pernambuco. Tratou-se de um estudo descritivo em que inicialmente foi realizada uma pesquisa documental sobre modelo de assistência ao parto entre mulheres indígenas no Brasil. Em seguida, foram analisadas as informações contidas na Planilha de Nascimentos do DSEI/PE e complementados com dados do SINASC/PE entre os anos de 2008 e 2015. A pesquisa documental mostrou inexistência de ações e políticas específicas para as mulheres indígenas durante o período gravídico-puerperal. Em relação atenção obstétrica, verificou-se uma média de 700 nascimentos ao ano, destacando-se as etnias Pankararu (21%) e Xukuru do Ororubá (21%) com maior número de nascimentos no período. Predominam (76%) as mulheres com idade entre 20 e 39 anos, 74% de parto vaginal, porém observou-se índice de cesariana (26%) acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Apenas 5% dos partos entre os anos 2008 a 2015 aconteceram nas aldeias. A escassez de políticas públicas de atenção ao parto respeitando as especificidades dos povos indígenas vem, ao longo do período também sofrendo mudanças, sendo essas influenciadas pelo modelo predominantemente hospitalar e medicalizado da população não indígena.

Palavras-chave: Saúde de populações indígenas. Parto. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Over the years, the pregnancy care procedures and childbirth has gone under changes in Brazil. With the advancement of medicine, women, who were previously considered the protagonists of that moment, became victims of a medical delivery model. Attention to childbirth turned into a medical act, centered in the hospital, with increasing level of interventions. As a consequence, Brazil has become one of the countries with the highest occurrence of cesarean births in the world, which refers to a scenario of birth standardization, disregarding women's cultural aspects. The sociocultural, economic and epidemiological diversity that characterizes the Brazilian feminine universe is still a great challenge faced by the government policies. Indigenous women make up a part of this culturally-diverse population that demands the creation of an appropriate health policy to the plural-ethnic context of which they are part. This study aimed to analyze the practices of delivery assistance in indigenous women from 2008 to 2015 in Pernambuco. On this work, it was carried out a documentary research on the practices of childbirth care among indigenous women in Brazil. Next, the DSEI / PE Birth Database was analyzed and further supplemented with data from SINASC / PE between 2008 and 2015. The documentary research showed that there were no specific actions and/or policies for indigenous women during the pregnancy-puerperal period. In relation to obstetric care, there were an average of 700 births per year, of which 21% if from Pankararu and 21% if from Xukuru do Ororubá, the two highest-ranked ethnics. The data also shows that, 76% of the pregnant women are aged between 20 and 39 years, 74% had vaginal delivery, and only 26% had a cesarean section – which is higher than that recommended by the World Health Organization. Furthermore, only 5% of deliveries between 2008 and 2015 took place in the villages. Finally, the shortage of public policies for childbirth care, respecting the specificities of indigenous peoples, has been changing throughout the period, and these have been influenced by the predominantly hospital and medicalized model of the non-indigenous population.

Key words: Health of indigenous populations. Child-birth. Women's health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PAISM Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SUS Sistema Único de Saúde

PNAISM Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

RC Rede Cegonha

SINASC Sistema de Informação de Nascidos Vivos

SIASI Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

OMS Organização Mundial de Saúde

SPI Serviço de Proteção dos Índios

SUSA Serviços de Unidades Sanitárias Aéreas

FUNAI Fundação Nacional do Índio

SASI-SUS Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena

FUNASA Fundação Nacional de Saúde

SESAI Secretaria Especial de Saúde Indígena

PNASI Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

GERES Gerências Regionais de Saúde

IMIP Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

EMSI Equipe Multidisciplinar de Atenção à Saúde Indígena

CASAI Casa de Apoio a Saúde Indígena

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1	História da Saúde Indígena no Brasil	22
Figura 2	Distribuição do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco - DSEI-PE	28
Figura 3	Organização do DSEI-PE e Modelo Assistencial	29

Artigo: Assistência ao parto em mulheres indígenas de Pernambuco, 2008 a 2015.

Figura 1	Distribuição das etnias nos municípios de Pernambuco	47
Gráfico 1	Distribuição percentual dos nascimentos por etnia –2008 a 2015(DSEI/PE)	48
Gráfico 2	Idade das mulheres indígenas que tiveram filhos vivos entre 2008 e 2015 (SINASC/PE)	48
Gráfico 3	Tipo de parto entre mulheres indígenas de PE – 2008 a 2015 – SINASC/DSEI	49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Local de parto entre mulheres indígenas de PE – 2008 a 2015 (DSEI/PE)	49
-----------------	--	----

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	Parto e medicalização	15
2.2	Humanização do Parto	17
2.3	PNAISM e Rede Cegonha	19
2.4	Saúde Indígena no Brasil	20
2.5	População indígena feminina no Brasil	24
3	JUSTIFICATIVA	26
4	OBJETIVOS	27
5	PERCURSO METODOLÓGICO	27
5.1	Desenho do Estudo	27
5.2	Área do Estudo	28
5.3	Sujeitos da Pesquisa	30
5.4	Coleta de Dados	30
5.5	Produção de dados	31
5.5.1	<i>Crterios de Inclusão/Exclusão</i>	31
5.5.2	<i>Processamento e Análise dos dados</i>	31
5.6	Vantagens e limitações	31
5.7	Considerações éticas	32
6	RESULTADOS	32
6.1	Artigo: Assistência ao parto em mulheres indígenas de Pernambuco, 2008 a 2015	33
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
	REFERÊNCIAS	52
	ANEXO A –Planilha de Nascimentos DSEI-PE	57
	ANEXO B –Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	58
	ANEXO C – Carta de Anuência DSEI-PE	62

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e aborto sempre representaram uma ameaça à vida das mulheres. Ao longo do tempo estas vem sendo transformadas em programas e políticas de governo (MATOS et. al., 2013) e na maioria das vezes sem a participação ativa das próprias mulheres.

Com o chamado desenvolvimento da obstétrica, buscou-se atender as necessidades imediatas de gestantes, puérperas e recém-nascidos e, conseqüentemente, reduzir as altas taxas de mortalidade infantil e materna. Esses avanços tanto no campo das políticas como da tecnologia médica, que também visavam a manutenção de um crescimento populacional saudável, não tinham a preocupação de atender e respeitar as experiências e as necessidades de saúde sexual e reprodutivas da população feminina (HOTIMSKY et. al., 2002).

No Brasil, estas mudanças se deram de forma rápida e transformou a atenção à gravidez e principalmente o parto em ato médico, centrado no hospital e com nível crescente de medicalização (DIAS & DESLANDES, 2004).

Em 1984, a criação e implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM (COSTA, 1992), trouxe a primeira proposta de incorporar a integralidade, mas não conseguiu ir além da perspectiva materno-infantil clássica.

Na década de 1990, as Conferências de Cairo (1994) e Beijin (1995) (CORRÊA, 2004), introduziram e direitos reprodutivos e sexuais. No Brasil, estes foram sendo absorvidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de ações e programas descentralizados de planejamento familiar, de prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo e mais recentemente diagnóstico do câncer de mama (FERREIRA, 2013). Entretanto, dentre essas ações, poucas conseguiam chegar a grupos étnico-raciais específicos, como as mulheres indígenas, para as quais os fatores culturais são bem delineados e exige conhecimento e diálogo entre especialistas, em especial sobre formas de cuidado.

Em paralelo, as dificuldades em garantir direitos sexuais e reprodutivos e a crescente medicalização do corpo das mulheres passaram a ser questionadas com mais intensidade por diferentes segmentos da sociedade, como o movimento de mulheres e profissionais de saúde pública e também por meio de estudos e pesquisas sobre o tema (CHACHAM, 2012; CARNEIRO, 2012).

Em 2004, o Ministério da Saúde, via área Técnica de Saúde da Mulher, transformou o PAISM em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que resgatou as proposições do PAISM, incorporou o enfoque de gênero, focou na humanização da atenção e reforçou, além de outras ações específicas, a atenção às mulheres indígenas nas

estratégias a serem desenvolvidas (MS, 2011). Neste novo contexto, a violência de gênero e a violência obstétrica se legitimaram como problema de saúde pública, transformando-se em objeto de estudo em diferentes campos de conhecimento, de forma particular, na saúde coletiva/epidemiologia, antropologia e sociologia.

No campo da saúde indígena, o Subsistema de Saúde dos Povos Indígenas, criado em 1999 via a LEI N° 9.836, DE 23 DE SETEMBRO DE 1999, também conhecida como Lei Arouca, foi sendo lentamente implantado. Este que tem como objetivo promover saúde desse povo, considerado um grupo que necessita de cuidados diferenciados entre as regiões do país.

Com a estruturação da Rede Cegonha (MS, 2011) reafirmou-se a necessidade de atuar sobre população indígena, na perspectiva do respeito à cultura e do enfrentamento à medicalização do parto. No entanto, mais uma vez, normas e investimentos financeiros não garantiram cobertura, qualidade e integralidade nessa assistência prestada (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007).

Em Pernambuco, as informações do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, mesmo que incompletas, acenam para uma assistência ao parto cada vez mais intervencionista (SOUSA; SCATENA; SANTOS, 2007). As mulheres indígenas parecem abdicar de seus costumes e assumir a medicalização do parto como a forma mais correta e segura de parir (FIGUEIREDO et. al., 2010). Estas informações se confirmam entre as mulheres indígenas de Pernambuco? Os motivos dessa crescente medicalização do parto seriam os mesmos encontrados entre as mulheres não indígenas ou não aldeadas? Qual o papel dos serviços de saúde indígena nessa mudança?

Este trabalho busca conhecer o modelo de assistência ao parto entre esse grupo populacional no Estado, descrevendo onde e como as mulheres indígenas de Pernambuco estão tendo seus filhos em anos mais recentes.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Parto e medicalização

Apesar de as mulheres darem à luz desde o início dos tempos e de seu corpo estar envolvido diretamente com a reprodução humana, as práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e entre as diferentes culturas. Gestação e parto foram, por milênios, considerados um assunto do universo feminino, que acontecia de forma restrita, dentro dos domicílios das mulheres, sendo essas ajudadas por outras mulheres de sua confiança e parteiras com experiência (BRENES, 1991).

Os partos se davam da forma natural, independente do risco, no qual as mulheres eram consideradas protagonistas e a elas era dado o poder e o conhecimento de todas as etapas do trabalho de parto. Este momento era restrito à esfera feminina e sem a participação masculina (SEIBERT et. al., 2005).

As parteiras, também conhecidas como “comadres” ou “curandeiras” tinham como função a condução do parto. Elas detinham conhecimentos informais e empíricos, saberes da medicina tradicional, passados de geração em geração. No momento do parto, essas mulheres usavam das magias e encantamentos perante as dificuldades inesperadas, principalmente pelo relativo desconhecimento sobre seus mecanismos fisiológicos e a ausência de processos de intervenção. A figura das parteiras atuava em vários âmbitos, acompanhando as gestantes de forma solidária nos momentos de gestação, parto e pós-parto. Dividiam conselhos, sobre amamentação, uso de ervas, contracepção, esterilização e cuidados (CARVALHO, 2006; BRENNES, 1991).

Nessa época, a sociedade ocidental vivenciava altas taxas de mortalidade materna e infantil, o que em certa medida, demandou o avanço nos estudos obstétricos somados à necessidade do desenvolvimento tecnológico voltado às parturientes. Nas comunidades indígenas, a realidade se dava de forma semelhante. O nascimento em si pertencia à esfera feminina. O pai não presenciava o trabalho de parto para não retardar o nascimento. Os partos aconteciam em ambientes isolados, nas matas fechadas ou dentro da própria aldeia, sob o cuidado das mulheres mais velhas e experientes ou parteiras tradicionais, que pertenciam à comunidade das mulheres que atendiam, partilhando de confiança e das mesmas visões culturais. Os ensinamentos eram passados às próximas gerações. Os partos se davam com a protagonização da mulher em relação ao seu corpo. As variadas posições, especialmente de cócoras, o uso de ervas, cachimbos e rezas eram consideradas benéficas ao resultado final do

processo. Crenças e rituais em relação aos procedimentos com a saída da placenta, ao sexo da criança, aos cuidados com o cordão umbilical e amamentação sempre representaram forte influência cultural de cada povo (PAGLIARO, MENDONÇA, BARUZZI, 2009).

A partir do século XIX, no mundo ocidental, com o progressivo avanço da medicina, o processo do parto passou a ser visto como potencialmente perigoso. O parto deixou de ser doméstico (privado) e fisiológico, passando a ser institucionalizado (público) e patológico (medicalizado), sendo um fator determinante para afastar a família do nascimento, visto que a estrutura física e as rotinas hospitalares foram desenvolvidas para atender as necessidades dos profissionais de saúde e não as das gestantes (SANTIAGO & NAGAHAMA, 2005).

A institucionalização do parto ocorreu no sec. XX, sob a égide da redução da mortalidade materna e perinatal. Diante dessa realidade, o parto passou a ser visto como um procedimento médico, pautado nas intervenções cirúrgicas, como a cesariana, a episiotomia (corte realizado no períneo da mulher para facilitar a saída do bebê) e uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto. (OLIVEIRA & MADEIRA, 2002; CHACHAM, 2006). O maior conhecimento do processo fisiológico de parturição e o domínio de técnicas possibilitaram maiores amplitudes de intervenção. A mulher passa então de sujeito da ação para ser objeto do processo (SANTIAGO & NAGAHAMA, 2005; OLIVEIRA & MADEIRA, 2002). Sendo assim, a mulher tende a perder espaço e liberdade, sem oportunidade de escolha, sendo ela submetida às normas preestabelecidas e a intervenções desnecessárias.

Esse modelo foi marcado pela alteração da posição adotada pela gestante durante o trabalho de parto, que passou de vertical para horizontal, fazendo com que a mulher assumisse uma postura submissa e dependente em relação aos profissionais de saúde, que passaram a ter pleno domínio das questões ligadas ao nascimento (SANTIAGO & NAGAHAMA, 2005).

É inegável que a tecnologia no parto, juntamente com o conhecimento científico, tem proporcionado avanços na qualidade da assistência à mulher e redução na morbimortalidade materna e infantil. Porém, de forma geral, a medicalização do parto resultou no excesso de intervenções e perda da autonomia da mulher sob seu corpo (CHACHAM, 2006).

A década de 1970 foi marcada pelo aumento indiscriminado do número de cesarianas, tornando-se o Brasil um dos países com maior ocorrência de cesarianas no mundo. Isto se deu em função de fatores como a (des)organização da assistência obstétrica, a maior remuneração da cesárea, a associação da laqueadura tubária e a participação da mulher na escolha do tipo de parto (CARNIEL, ZANOLLI, MORCILLO, 2007; OSAVA et. al., 2011).

No Brasil, estima-se cerca de três milhões de nascimentos por ano, sendo que aproximadamente 97% destes ocorrem em ambiente hospitalar. Esses dados refletem a

realidade da medicalização e institucionalização do nascimento no país, principalmente nas últimas décadas. (PATAH, MALIK, 2011). O panorama de elevado número de partos hospitalares, aliado à grande quantidade de cesáreas remete a um cenário de padronização do nascimento, resultando em intervenções independentemente da necessidade e/ou complicações. Essa forma de parir desconsidera os aspectos culturais das mulheres e a possibilidade das mesmas protagonizarem esse acontecimento (MS, 2010; FIGUEIREDO et. al, 2010).

Nos últimos anos a taxa de cesárea no Brasil vem apresentando aumento anual gradativo, passando de 38% no ano 2000 e chegando até 57% de partos cesáreos em 2014, 62% na região Sul. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) a taxa de cesárea deve estar entre 10 a 15% do total de partos, percentual ainda muito distante da realidade brasileira (BRASIL, 2015/2016).

O Ministério da Saúde ressalta a importância da cesariana como uma tecnologia apropriada para o manejo de uma série de situações obstétricas que necessitam da interrupção da gestação como única forma de preservar a saúde da mulher e do feto. No entanto, já é comprovado que situações de risco estão mais associadas à intervenção cesariana do que ao parto normal (DIAS, 2004; OSAVA, et al., 2011).

Outras autoras ressaltam que as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal não apresentam diminuição em razão do aumento das cesarianas e que maus resultados maternos e perinatais decorrem do abuso desse procedimento (NOMURA, ALVES, ZUGAIB, 2004).

2.2 Humanização do parto

Paralelamente, no final dos anos de 1980, nasce no Brasil, influenciado pelo modelo europeu, o Movimento pela Humanização do Parto e do Nascimento. Esse movimento propôs mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar/medicalizado prevalente no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais, e também à inclusão de parteiras tradicionais no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente (DIAS, 2005; MS, 2000).

O movimento em prol da humanização recomenda a modificação de rotinas hospitalares que abusam de práticas prejudiciais à saúde da mulher e do bebê, em curto, médio e longo

prazo. A proposta da OMS não é eliminar tais intervenções, mas reduzi-las apenas às situações de necessidade comprovada (MS, 2000). As intervenções são vistas como geradoras de risco e passam a ser descartadas a partir desse novo modelo de atenção (MOREIRA, 2006). Episiotomia, amniotomia (ruptura provocada da bolsa que contém que líquido amniótico), enema (lavagem intestinal), uso abusivo de ocitocina, tricotomia (raspagem dos pelos pubianos), e, particularmente, partos cirúrgicos ou cesáreas tornam-se rotinas contraindicadas (TORNQUIST, 2002; DINIZ, 2005).

O conjunto de medidas tidas, então, como humanizadoras desestimula o parto medicalizado, artificial e violento e busca incentivar as práticas e intervenções biomecânicas no trabalho de parto (CARNEIRO, 2012). Posições confortáveis e verticalizadas respeitando a vontade da parturiente, uso de bolas suíças, massagem de conforto em região lombar, banhos mornos relaxantes, ambiente tranquilo e presença do acompanhante são consideradas algumas das medidas consideradas como mais adequadas à fisiologia do parto, e, portanto, menos agressivas e mais naturais (TORNQUIST, 2002).

Assim, críticas à excessiva medicalização se somam defesas pela humanização do parto, com proposições de formas mais naturais de dar à luz. Campanhas como a do Ministério da Saúde “Normal é o parto natural” são exemplos dessas iniciativas (TORNQUIST, 2002. DINIZ, 2005).

A identificação do parto na posição protagonizada pela mulher é um princípio básico de um parto humanizado. A posição vertical ou de cócoras usada pelas indígenas, é tida como uma forma mais natural e, portanto, fisiológica (BARACHO et al, 2009). Alguns autores consideram que os partos das mulheres indígenas são mais fisiológicos que os das mulheres não indígenas, pois estariam aptas a parir mais adequadamente em função dos usos do seu próprio corpo (OLIVEIRA et al., 2010).

Ao se tratar da saúde da mulher indígena, é importante ressaltar que estas são mulheres que experimentam a maternidade cedo em suas vidas e apresentam taxas de fecundidade total elevadas, não raro ultrapassando 08 filhos por mulher, especialmente no Norte do País. Sabe-se também que, para esta população específica, a realização do pré-natal, estratégia, considerada de suma importância tanto para a mulher, quanto para a criança indígena, peca por sua irregularidade nos quesitos cobertura e qualidade (COIMBRA Jr., 2014).

Apesar do parto se constituir um dos procedimentos mais comuns nos hospitais e maternidades, cada mulher deveria receber um atendimento diferenciado, pois a visão sobre como é o parto e a maneira como ele é vivenciado deve ser única. Portanto, o cuidado e o conforto devem ser proporcionados visando a singularidade de cada parturiente (OLIVEIRA

et al., 2010). O cuidar deve estar baseado nos direitos humanos de mulheres, assim como de bebês e da família favorecendo a promoção da autonomia, da liberdade de escolha, da equidade e da não violência de gênero e de cidadania (PEREIRA & BENTO, 2012).

2.3 PNAISM / Rede Cegonha

O Ministério da Saúde, em 2004, publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes (PNAISM/MS), que teve como intuito a implementação de ações de saúde que contribuiriam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduziram a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a PNAISM refletiu o compromisso num enfoque de gênero, buscando garantir a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e consolidando os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Além disso, agrega-se também a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e aquelas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico garantindo assim a atenção à saúde da mulher no SUS e introduzindo a saúde da mulher indígena como parte dessa política (BRASIL, 2009).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde a Estratégia da Rede Cegonha. Esta visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Ela também tem como objetivo assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. A estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, garantindo o acesso e o acolhimento das mulheres no serviço de saúde, priorizando a resolutividade no atendimento. Essa iniciativa está sendo implantada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, as taxas de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011).

A adoção da estratégia de Rede Cegonha vem desvinculando a atenção voltada apenas ao parto, como era vista pela Política Nacional de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e reforça o cuidado à mulher e ao conceito como forma de garantir redução das taxas de mortalidade materno-infantil na definição de prioridades políticas.

2.4 Saúde Indígena no Brasil

Há décadas os povos indígenas no Brasil vêm discutindo as políticas públicas a serem implementadas para assegurar-lhes qualidade de vida e saúde. Muitas foram as mobilizações do movimento indígena e das organizações que atuam no campo da saúde com o objetivo de exigir que políticas sejam estruturadas pelo Estado brasileiro a fim de promover saúde diferenciada a essa população específica.

Desde a época de colonização, os índios brasileiros são vítimas de maus tratos, confinamentos e trabalhos forçados. As práticas de escravidão, chacinas, guerras e epidemias por doenças infecciosas culminaram no desaparecimento de milhões de indígenas no Brasil.

Em 1910 foi criado o primeiro órgão destinado à proteção dos povos indígenas: Serviço de Proteção aos Índios (SPI). Esse órgão era vinculado ao Ministério da Agricultura e tinha como finalidade proteger o indígena, integra-lo na sociedade e entregar as terras por eles habitadas ao sistema de exploração. No que se refere à questão saúde, ainda permanecia desorganizada e precária (ALTINI, et. al., 2013).

Somente na década de 1950 foi criado no Brasil o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), que tinha como finalidade prestar assistência à saúde das populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. Os serviços eram voltados à vacinação, atendimentos odontológicos e tratamento de doenças epidêmicas transmissíveis (ALTINI, et. al., 2013).

Em 1967 foi então criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Nesse momento foram criadas as Equipes Volantes de Saúde que tinham como finalidade prestar serviço em área indígena através de atendimentos médicos, vacinação e supervisão dos poucos atendimentos que ocorriam nas aldeias, quase que exclusivamente prestados pelos auxiliares de enfermagem.

A constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, propôs novas perspectivas de integração aos povos indígenas brasileiros, respeitando a especificidade social e cultural de cada povo e cada região e estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena (MS, 2000).

Em fevereiro de 1991, o Decreto Presidencial nº 23 transferiu para o Ministério da Saúde a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde destinadas aos povos indígenas, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base da organização dos serviços de saúde. Foram então criadas comissões como a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI) e Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI) com a responsabilidade de criar

estratégias e implantar o novo modelo de atenção à saúde do índio e garantir melhorias na qualidade de vida e saúde desse povo (MS, 2000).

Em 1994, sob o Decreto Presidencial nº 1.141/94, foi constituída uma Comissão Intersetorial de Saúde - CIS, com a participação de vários Ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da FUNAI. O decreto devolve, na prática, a coordenação das ações de saúde à FUNAI. A CIS então aprovou o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", que atribuía a um órgão do Ministério da Justiça, a FUNAI, a responsabilidade sobre a recuperação da saúde dos índios doentes, e a prevenção, ao Ministério da Saúde, que seria responsável pelas ações de imunização, saneamento, formação de recursos humanos e controle de endemias. Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas (BRASIL, 2002).

Somente em 1999, o Governo Federal editou o Decreto 3.156 e promoveu junto ao Congresso Nacional a aprovação da Lei Arouca. Essa Lei, de 23 de Setembro de 1999, escrita pelo Deputado Sérgio Arouca, um dos líderes da Reforma Sanitária, regulamentava as diretrizes aprovadas na II Conferência Nacional de Saúde Indígena e instituía no Brasil o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS). A partir desse marco, a Política de Atenção à Saúde Indígena passou a ser de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde: "O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Funasa". Ela tem como objetivo promover saúde a essa população considerando um grupo específico e diferenciado, que necessita de cuidados direcionados. A lei garante também a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), que somaram 34 em todo o país, através da Portaria 852/1999 (BRASIL, 2009; ALTINI et. al., 2013; MS, 2000).

Com a criação do SASI-SUS e dos DSEI, os serviços de saúde, atenção básica e saneamento passaram a ser executados por convênios firmados entre organizações da sociedade civil e alguns municípios. Sendo dessa forma, aos poucos o Controle Social e os Conselhos Indígenas perdiam voz e se submetiam às políticas dos órgãos terceirizados (ALTINI et. al., 2013; LIEBGOTT, BONIN, 2011).

Em 2004 a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) estabeleceu novas diretrizes para a Saúde Indígena visando resgatar a execução direta da saúde e minimizar a atuação das conveniadas. Elas seriam responsáveis apenas pela contratação do pessoal, compra de combustíveis e deslocamento dos indígenas das aldeias (BRASIL, 2002).

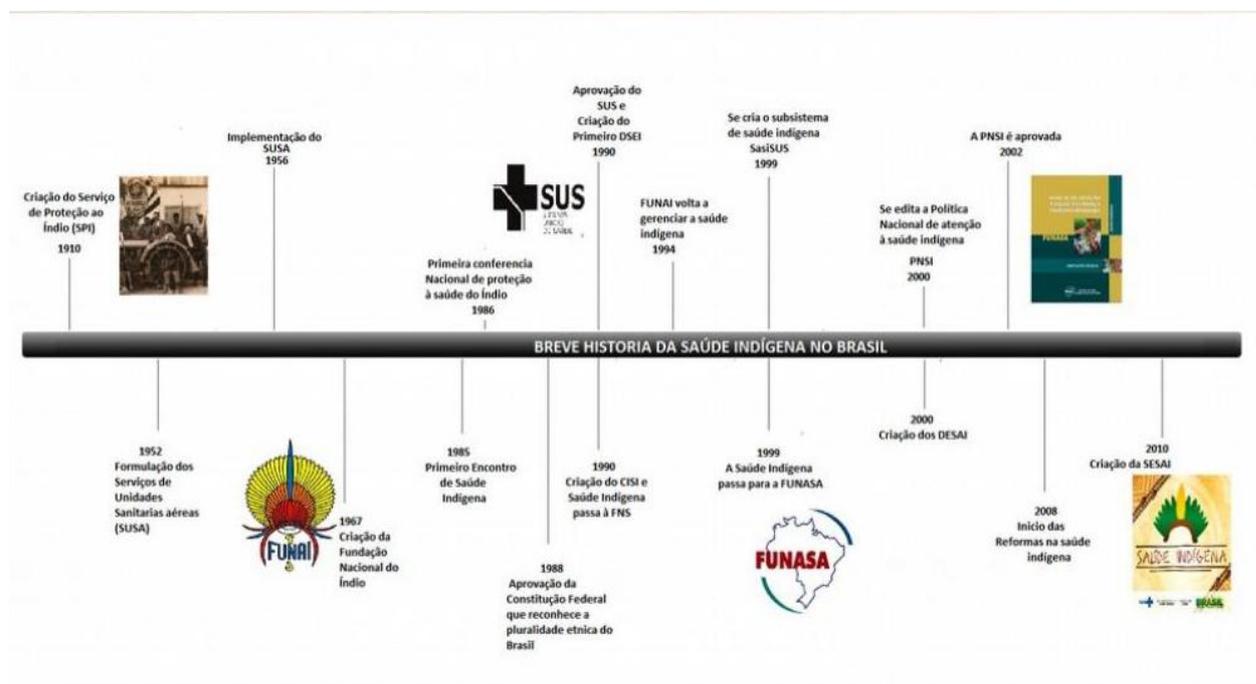
Após inúmeras manifestações indígenas, denúncias de corrupção e descaso na execução dos serviços prestados, que vinham aumentando consideravelmente o índice de mortalidade infantil e doenças entre essa população, em 2010, o governo oficializou a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A partir daí, foram selecionadas entidades privadas sem fins lucrativos para execução, por meio de convênios, das ações complementares na atenção à saúde dos povos indígenas (ALTINI, et. al., 2013).

O novo modelo de gestão da saúde indígena passou a partir a contar com uma secretaria especial, diretamente ligada ao Ministério da Saúde, de caráter executivo, que atua de forma descentralizada através dos DSEI (BENEVIDES, PORTILLO, NASCIMENTO, 2014).

Dentre as funções exercidas pela SESAI destacam-se: a criação de condições para que os Distritos tenham autonomia financeira e gestora no SUS, a garantia de orçamentos próprios administrados pelos Fundos Nacionais de Saúde, garantia efetiva da participação do Controle Social, formação de um quadro estável de recursos humanos (BENEVIDES, PORTILLO; NASCIMENTO, 2014).

A figura abaixo ilustra as mudanças político/governamentais que ocorreram ao longo dos anos no que se refere à Atenção à Saúde Indígena no Brasil:

Figura 1: História da Saúde Indígena no Brasil



Fonte: SESAI/MS

A diversidade sociocultural, econômica e epidemiológica que caracteriza o universo feminino brasileiro configura-se ainda um grande desafio enfrentado pelas políticas lançadas pelo governo. As mulheres indígenas compõem uma parte dessa população culturalmente diferenciada que demanda a criação de uma política de saúde adequada aos múltiplos contextos étnicos dos quais elas fazem parte. Entretanto, até o momento não houve avanços para o desenvolvimento de programas culturalmente adequados à realidade dos povos indígenas (FERREIRA, 2013).

A carta da OMS, aprovada em 1948 defende que a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. Para os povos indígenas, além desse conceito, a saúde também está relacionada com a terra e o equilíbrio da natureza. Sendo assim, os fatores que determinam o completo bem estar da saúde dos índios estão intimamente ligados à execução sua cidadania garantindo-lhes autonomia, posse territorial e uso exclusivo dos recursos naturais. Acima de tudo, a saúde deve estar a serviço da cultura e das formas próprias de organização (ALTINI et. al, 2013).

A Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena (PNASI) estabelece uma série de diretrizes que objetivam garantir o acesso à atenção integral à saúde indígena, reconhecendo suas especificidades étnicas e culturais, que garantem o direito de receberem uma atenção diferenciada à saúde, mas não contempla o enfoque de gênero (BRASIL, 2002). Sendo assim, a partir de 2004 muitas iniciativas foram tomadas pelos setores governamentais responsáveis para a elaboração de uma política específica para a saúde das mulheres indígenas, mas até o momento nenhuma política foi efetivamente consolidada (FERREIRA, 2013).

No senso comum ocidental, o termo cultura é empregado como sinônimo da diferença entre os povos. Muitos criticam o emprego deste termo “cultura” por perpetuar ideia de rigidez e impermeabilidade das formas e normas culturais à ação intencional humana e por estabilizar e essencializar as diferenças destacando as desigualdades inerentes ao capitalismo ocidental (SHWARCZ, 2007).

Nessa visão, a referência às culturas tradicionais está associada ao arcaico, conservador e ultrapassado, em contraposição às culturas modernas tidas como atuais, recentes e inovadoras. Tais oposições entre “tradicionais-moderno”, estão impregnadas de valores e etiologia etnocêntricas que estabelecem hierarquia entre os sistemas culturais, tendo como modelo civilizatório mais “avançado” o nosso próprio atual (SHWARCZ, 2007).

Sendo assim, é preciso estar atento para não pensar que formas mais antigas de estruturas sociais e as tradições a elas associadas se tornaram obsoletas e que as tradições modernas são frutos do não desejo ou da incapacidade de utilização e adaptação das tradições velhas

(ATHIAS R., 2004). Foi nesse sentido que a PNASI considerou a especificidade da cultura tradicional, conservadora, “ultrapassada” dos povos indígenas e julgou necessária a criação de um subsistema específico para eles. Dessa forma, garantiria a perpetuação e inclusão dos índios na nova política e sociedade dinâmica e moderna, respeitando e não abandonando suas peculiaridades.

Ainda é relevante o nível de resistência da sociedade não índia na prestação de uma assistência que respeite os contextos culturais e sociais das populações indígenas, que ainda buscam manter fortemente os costumes tradicionais. Do lado da política, essa resistência reflete-se em modelos e programas de atenção à saúde baseados, exclusivamente, nos paradigmas biomédicos, ignorando os saberes e práticas culturais sobre o corpo e a doença (SANTOS R.V., COIMBRA JR. C.E.A., 2003).

O perfil de saúde dos povos indígenas no Brasil ainda é pouco conhecido, mas estudos disponíveis têm evidenciado um quadro preocupante no que diz respeito à influência da sociedade não índia sob os hábitos e costumes tradicionais (CAMARGO C.P.F., JUNQUEIRA C., PAGLIARO H., 2005).

O processo de contato dessas populações com outros setores da sociedade nacional, mesmo que tenha ocorrido de diferentes formas de acordo com cada região, teve importante impacto nas dinâmicas das sociedades indígenas, implicando em restrição territorial, mudanças de hábitos e costumes, na mercantilização da economia, no trabalho assalariado e influência no processo de cuidado à saúde, que reflete no sedentarismo, medicalização industrial, além de novos hábitos alimentares que tem afetado suas condições de saúde e nutrição (SANTOS R.V., COIMBRA JR. C.E.A., 2003). As mudanças em curso também se refletem nos comportamentos reprodutivos e nas dinâmicas conjugais e familiares, assim como na posição das mulheres na vida social e política dessas sociedades (CAMARGO C.P.F., JUNQUEIRA C., PAGLIARO H., 2005).

2.5 População indígena feminina no Brasil

Segundo os dados do Censo 2010 (IBGE, 2010), a população indígena perfaz um total de 897.000 pessoas, organizadas em aproximadamente 305 povos, falantes de 274 línguas. Os Povos Indígenas estão presentes nas cinco regiões do Brasil, sendo que a região Norte é aquela que concentra o maior número de indivíduos, aproximadamente 343.000, e o menor no Sul, chegando a quase 79.000. Do total de indígenas no País, 502.783 (63,8%) vivem na zona rural e 315.180 (36,2%) habitam as zonas urbanas brasileiras. A diversidade étnica e

sociocultural dos povos indígenas contribui para que esse segmento populacional seja extremamente heterogêneo.

Somente a partir de 1991 o censo demográfico brasileiro passou a incluir a categoria "indígena" sob o quesito "raça/cor", não sendo disponíveis informações sobre filiação étnica específica (COIMBRA Jr. & SANTOS, 2000). Estudos sobre demografia indígena utilizando os censos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ainda são incipientes, mesmo trazendo informações que permitam analisar o grupo autodeclarado indígena sob alguns aspectos socioeconômico e demográfico (AZEVEDO, 2000).

Apesar de o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) constituir uma das principais fontes de dados para o estudo de natalidade e fecundidade no Brasil, com dados oportunos sobre a gravidez, o parto e o recém-nascido, as informações existentes no SINASC não conseguem ser fidedignos em relação aos nascimentos indígenas. Ainda é comum o sub-registro ou mau preenchimento do item raça-cor, que contém a categoria indígena, impedindo análises epidemiológicas, estatísticas e demográficas específicas (AZEVEDO, 2000; COIMBRA Jr. & SANTOS, 2000). Em um estudo recente que avaliou o preenchimento dos dados do Sistema de Informação em Pernambuco, quanto ao quesito raça/cor, dos 115 óbitos de mulheres em idade fértil 41,7% estavam subinformados no Sistema de Informações sobre Mortalidade- SIM (ESTIMA, 2015).

O cenário brasileiro tem mostrado que a mudança no padrão da fecundidade se dá de forma diferenciada: as mulheres brancas e urbanas tendo filhos mais tarde e as mulheres indígenas, pardas e pretas tendo filhos ainda muito jovens (BRASIL, 2013). Entre as indígenas, 28,5% dos nascimentos ocorrem antes que elas completem 20 anos (SINASC, 2005). Embora a proporção de mães que reportaram o menor número de consultas (MS, 2013), sejam as pardas e pretas (85% e 70%, respectivamente), entre as indígenas, cerca de 40% declararam terem realizado no máximo três consultas pré-natal, para os nascidos vivos de 2012.

No que se refere ao tipo de parto, ressalta-se a tendência crescente da proporção de cesarianas no Brasil, com destaque para o Nordeste com maior crescimento entre os anos 2010 e 2013, passando de 25% a 48% no período (BRASIL, 2013). Todas as regiões ultrapassaram 15% de partos cesáreos, nível recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), ressaltando o estado de Goiás 67,4% de partos cesáreos sem 2014 (BRASIL, 2016). No Brasil, desde 2009, mais de 50% dos nascimentos foram via cesarianas, apresentando a média no período de 67% entre as mães brancas e 18% entre as indígenas, ainda superior ao recomendado pela OMS. Tais informações, como já referido, padecem de

incompletude, seja subestimando o volume de mulheres indígenas atendidas nos serviços de saúde, seja omitindo nascimentos em aldeias. Mas, mesmo assim mostram as indígenas se afastando rapidamente do modelo de parto fisiológico e tradicional, historicamente ocorrido dentro das próprias aldeias. Estas estariam optando ou sendo conduzidas a parirem em hospitais, sujeitas a intervenções e práticas desumanizadas, sendo submetidas a procedimentos desnecessários e sob condições precárias, como cesarianas, episiotomias e uso de ocitocina.

3 JUSTIFICATIVA

Os estudos realizados com mulheres indígenas no país acontecem de forma quase restrita à população da Amazônia Legal, que vivem uma realidade específica, diferente do contexto social, econômico e cultural das demais indígenas no Brasil (DIAS JUNIOR et. al., 2000). Poucos estudos são conduzidos com mulheres indígenas nordestinas;

Observa-se crescente influência de hábitos e costumes da população não índia sobre as noções de assistência à saúde e cuidado;

Os estudos sobre a saúde reprodutiva das mulheres indígenas em Pernambuco são escassos, em especial sobre o modelo de assistência ao parto;

A medicalização do parto e nascimento, quase hegemônica no Brasil, coloca a necessidade de se conhecer o modelo de atenção ao parto de mulheres indígenas aldeadas de Pernambuco.

4 OBJETIVOS

GERAL

- Analisar o modelo de assistência ao parto das mulheres indígenas no período de 2008 a 2015 em Pernambuco.

ESPECÍFICOS

- Descrever os modelos de assistência ao parto indígena proposto pelas Políticas Nacionais de Saúde e Saúde Indígena e o modelo ofertado pelo DSEI- PE;
- Descrever características sócio-demográficas e reprodutivas (idade, etnia, aldeia, município de residência, paridade, entre outras) das mulheres indígenas que pariram entre os anos de 2008 e 2015;
- Descrever as vias de parto e os locais de parto mais frequentes entre as mulheres aldeadas no período;

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa que buscou responder algumas questões ainda não investigadas sobre o tema e sobre esse grupo populacional no estado de Pernambuco. Foi realizado um estudo descritivo, tipo transversal, da atenção ao parto entre as mulheres indígenas, utilizando dados secundários e pesquisa documental. Os estudos descritivos têm por objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. É um tipo de estudo sem hipótese, especialmente útil quando pouco é conhecido sobre frequência, história natural ou os determinantes de uma condição de saúde (LIMA-COSTA & BARRETO, 2003). Quando transversais, descrevem uma situação ou fenômeno em um momento definido, apenas representado pela presença de uma doença ou situação de saúde (HOCHMAN B. et. al., 2005). Apresenta-se como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa população e

possui como principais vantagens o fato de serem de baixo custo e por praticamente não haver perdas de seguimento (HADDAD, 2004).

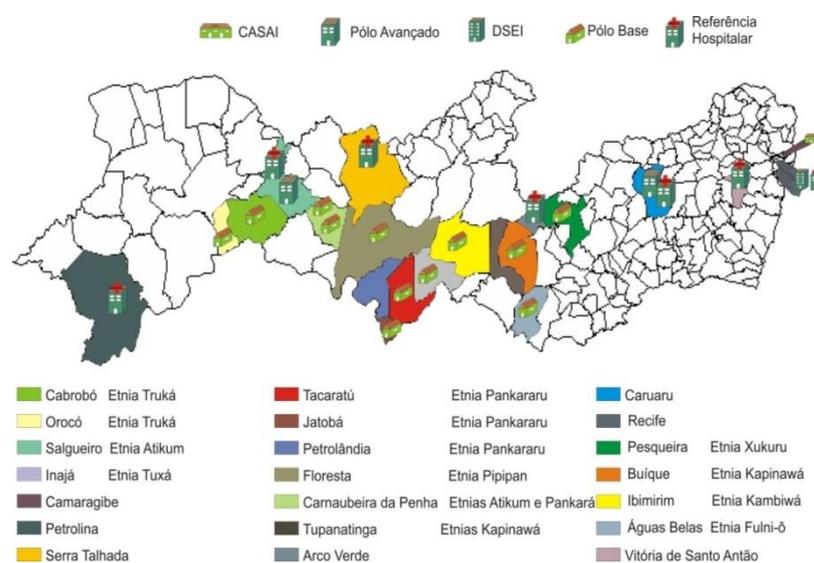
5.2 Área de Estudo

O Estado de Pernambuco constitui a área deste estudo. É composto de aproximadamente 9,3 milhões de pessoas, distribuídos em 184 municípios mais a Ilha de Fernando de Noronha, somando uma área aproximada de 98.312km². Para apoiar gerencialmente esse número de municípios, foram criadas 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES), organizadas sob uma lógica geográfica. Cada uma dessas GERES é responsável por um aglomerado de cidades, atuando de forma regionalizada. São elas: I GERES: Recife; II GERES: Limoeiro; III: Palmares; IV: Caruaru; V: Garanhuns; VI: Arcoverde; VII: Salgueiro; VIII: Petrolina; IX: Ouricuri; X: Afogados da Ingazeira; XI: Serra Talhada; XII: Goiana.

Pernambuco contém ainda 120.791 hectares de terras indígenas (Plano Distrital de Saúde indígena de Pernambuco – 2012 a 2015). Esse território contempla um total de nove Etnias pertencentes a 13 municípios distintos, distribuídos entre as IV, V, VI, VII, VIII, e XI GERES do estado e corresponde ao Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco - DSEI-PE.

Este estudo abrange a população feminina adscrita em todas as etnias do estado: Atikum, Fulni-ô, Kambiwá, Tuxá, Kapinawá, Pankará, Pankararu, Pipipan, Xukuru, Truká. Algumas dessas dez etnias se subdividem, assumem nomes diferentes e vivem em territórios distintos por divergências entre os próprios indígenas, que são elas totalizando 13 grupos. Essas etnias podem ser visualizadas em seus respectivos municípios de referência na Figura 2.

Figura 2 – Distribuição do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco/DSEI- PE.

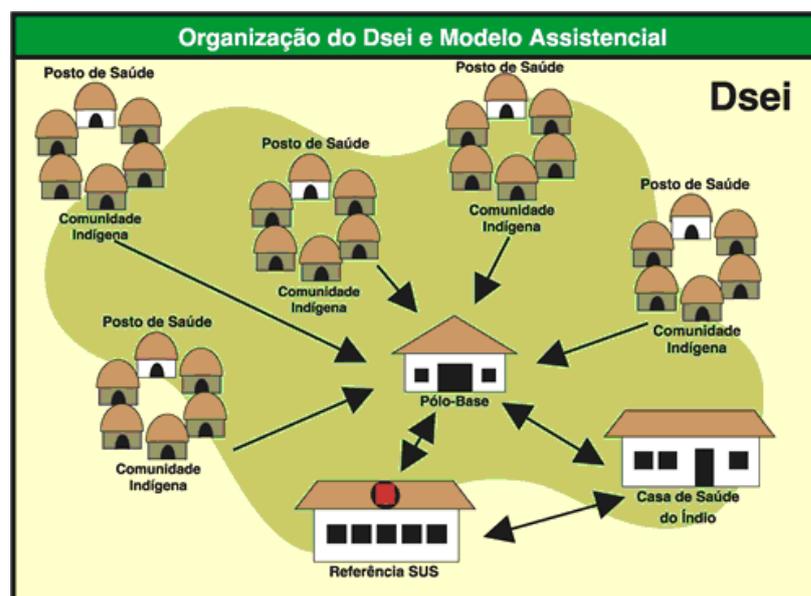


Fonte: Plano Distrital de Saúde – 2013 a 2015 - DSEI/PE.

A atenção primária à saúde indígena do Estado de Pernambuco é de responsabilidade do DSEI-PE, que tem o Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) como conveniado para apoio de gestão e contratação dos profissionais que atuam nessa área. O DSEI-PE desenvolve ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde através das equipes volantes reconhecidas como as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) que atuam diariamente em diferentes aldeias seguindo cronograma pré-estabelecido em reuniões mensais. As EMSI são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos em enfermagem, técnicos em saúde bucal, agentes indígenas de saúde (AIS) e agentes indígenas de saneamento (AISAN).

As informações colhidas sobre a assistência prestada nas aldeias são devidamente registradas no Polo Administrativo (Polo Base) fixado em uma cidade mais próxima àquela etnia. Cada etnia tem um polo administrativo de referência, responsável pela ligação entre a sede do DSEI (Recife) às EMSI e aldeias. Quando encaminhados para rede de atenção secundária ou terciária, os indígenas contam com a hospedagem e apoio da CASAI (Casa de Apoio à Saúde Indígena), que, em Pernambuco, fixa-se em Aldeia/Camaragibe (Figura 3). Esta fica responsável pela marcação da consulta/procedimento, acolhimento do indígena na referência, transporte e hospedagem. A atenção secundária, responsável pela assistência ao parto está sob a responsabilidade da rede de atenção obstétrica dos municípios e estado, de acordo com a rede estabelecida e pactuações efetuadas.

Figura 3: Organização do DSEI-PE e Modelo Assistencial



Fonte: Portal da Saúde – Ministério da Saúde, 2016

5.3 Sujeitos da Pesquisa

A população indígena de Pernambuco varia em torno de 49.454 índios, totalizando cerca de 22.000 mulheres e 14.920 famílias (Plano Distrital de Saúde Indígena – 2012 a 2015). A população estudada foi composta pelos registros das mulheres que se reconhecem indígenas não aldeadas e mulheres aldeadas que tiveram filhos vivos entre os anos de 2008 e 2015, no estado de Pernambuco (dados secundários). Também foi tratada como sujeito dessa pesquisa a rede de atenção ao parto ofertada a essas mulheres, com as especificidades de cada região de saúde que se entrelaçam com o DSEI-PE.

5.4 Coleta de dados

A fonte de dados principal foram as informações existentes na *Planilha de Nascimentos (ANEXO I)*, disponível no banco de dados pertencente à área programática de Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). Porém, ao analisar as informações da *Planilha de Nascimentos*, foi observado que não havia alguns registros fundamentais para responder aos objetivos propostos, havendo necessidade de complementar parte dessas informações com o banco de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o que proporcionou maior completude das informações.

A *Planilha de Nascimentos* é um instrumento enviado mensalmente à sede do DSEI-PE por todas as EMSI, na qual constam dados dos nascimentos ocorridos na população indígena aldeada a cada mês. As informações contidas nessa planilha são: total de nascimentos, peso ao nascer, sexo da criança, tipo de parto, local de parto e preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos. As demais informações adicionais como: idade da mãe e consultas de pré-natal foram obtidas do SINASC.

5.5 Produção dos Dados

5.5.1 Critérios de Inclusão/ exclusão

Foram incluídas todas as mulheres indígenas que pariram filhos nascidos vivos em Pernambuco entre os anos de 2008 a 2015 e excluídas as mulheres indígenas residentes em Pernambuco que pariram em outros Estados.

5.5.2 Processamento e análise dos dados

O estudo foi desenvolvido em 02 etapas:

A primeira consistiu em análise documental sobre o modelo de assistência ao parto em mulheres indígenas utilizando Normas e Portarias Nacionais (SESAI/MS) e/ou Planos e Estratégias locais (DSEI/PE) e a Rede Cegonha, tendo como resultado a apresentação do modelo de atenção ao parto indígena em Pernambuco.

A segunda etapa consistiu no resgate, análise e consolidação das informações contidas na Planilha de Nascimentos mensais que foram produzidas entre os anos de 2008 e 2015 e informações contidas no banco de dados do Sinasc/PE. As variáveis foram analisadas utilizando o programa Microsoft Excel. Os resultados foram descritos por medidas de frequência, de tendência central e de dispersão e foram apresentados utilizando tabelas e gráficos.

A apresentação dos resultados atendeu às normas recomendadas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT: NBR 14724.

5.6 Vantagens e limitações

Uma das vantagens desse estudo é a inexistência de pesquisas sobre saúde reprodutiva da mulher indígena em Pernambuco. E embora a existência de um banco de dados no DSEI-PE represente uma vantagem para a viabilidade do estudo, este contém problemas de cobertura e completude dos dados, padrão comum em informações secundárias.

Um limite do estudo diz respeito ao intervalo de tempo, que fornece dados entre os anos de 2008 a 2015, visto que é o período em que a planilha de nascimentos foi implantada e começou a ser utilizada pela área de Vigilância Epidemiológica do DSEI.

5.7 Considerações Éticas

O projeto foi submetido à análise e aprovação prévia do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O mesmo atendeu às exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual faz referência ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos (anexo 2).

Por se tratar de uma pesquisa com população indígena, foi indispensável também o conhecimento e aprovação pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI/PE). Este conselho é formado com representantes de todas as etnias do Estado e todas as pesquisas científicas envolvendo população indígena devem ser submetidos a sua apreciação.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com a pesquisadora responsável por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos. A pesquisadora tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

6 RESULTADOS

6.1 ARTIGO

Revista – Epidemiologia e Serviços de Saúde

**ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES INDÍGENAS DE PERNAMBUCO, 2008
A 2015***

**CHILDBIRTH ASSISTANCE IN INDIGENOUS WOMEN OF PERNAMBUCO, 2008
TO 2015**

Título resumido: Assistência ao parto em mulheres indígenas.

Diana de Oliveira Bezerra. Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife (PE), Brasil. E-mail: diana.bezerra@yahoo.com.br

Sandra Valongueiro Alves. Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde coletiva. Recife (PE), Brasil. E-mail: svalong@gmail.com

Correspondência: Av Bernardo Vieira de Melo, 5025, apto 802, Candeias – Jaboatão dos Guararapes / PE. CEP : 54450-020.

*Apresentado originalmente como Dissertação no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, em 2017.

Resumo

Objetivo: Analisar o modelo de assistência ao parto em mulheres indígenas entre 2008 e 2015 em Pernambuco. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, quantitativo, dividido em duas etapas: 1) pesquisa documental sobre modelo de assistência ao parto entre mulheres indígenas; 2) Análise de informações da *Planilha de Nascimentos* do DSEI/PE complementados com dados do SINASC/PE. **Resultados:** Inexistência de ações e políticas específicas para as mulheres indígenas. Média de 700 nascimentos/ano, destacando-se as etnias Pankararu (21%) e Xukuru do Ororubá (21%) com maior número de nascimentos. Predominam (76%) as mulheres com idade entre 20 e 39 anos, 74% de parto vaginal, porém observou-se índice de cesariana (26%) acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde. Apenas 5% dos partos aconteceram nas aldeias. **Conclusão:** Escassez de políticas públicas de atenção ao parto respeitando as especificidades dos povos indígenas vem sofrendo mudanças, sendo estas influenciadas pelo modelo predominantemente hospitalar e medicalizado.

Palavras-chave: Nascimentos, parto, mulheres indígenas.

Abstract

Objective: To analyze the model of childbirth care for indigenous women between 2008 and 2015 in Pernambuco. **Methods:** A descriptive, exploratory, quantitative study divided into two stages: 1) documentary research of the model of childbirth care among indigenous women; 2) Information analysis of the DSEI / PE Birth Chart complemented with SINASC / PE data. **Results:** No specific actions and policies for indigenous women. Average of 700

births/year, with the Pankararu (21%) and Xukuru do Ororubá (21%) ethnicities with the highest number of births. Women aged between 20 and 39 years (76%) and 74% vaginal delivery were predominant, but the rate of cesarean section (26%) was higher than that recommended by the World Health Organization. Only 5% of deliveries occurred in the villages. **Conclusion:** The lack of public policies for childbirth care, respecting the specificities of indigenous peoples, has been changing, and these have been influenced by the predominantly hospital and medicalized model.

Keywords: Births, childbirth, indigenous women.

Resumen

Objetivo: Analizar el modelo de asistencia al parto en mujeres indígenas entre 2008 y 2015 en Pernambuco. **Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio, cuantitativo, dividido en dos etapas: 1) investigación documental sobre modelo de asistencia al parto entre mujeres indígenas; 2) Análisis de información de la Hoja de Nacimiento del DSEI / PE complementados con datos del SINASC / PE. **Resultados:** Inexistencia de acciones y políticas específicas para las mujeres indígenas. Media de 700 nacimientos / año, destacándose las etnias Pankararu (21%) y Xukuru del Ororubá (21%) con mayor número de nacimientos. (76%) las mujeres de entre 20 y 39 años, un 74% de parto vaginal, pero se observó un índice de cesárea (26%) por encima de lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Sólo el 5% de los partos ocurrieron en las aldeas. **Conclusión:** La escasez de políticas públicas de atención al parto respetando las especificidades de los pueblos indígenas viene sufriendo cambios, siendo estas influenciadas por el modelo predominantemente hospitalario y medicalizado.

Palabras clave: nacimientos, parto, mujeres indígenas.

INTRODUÇÃO

Com o chamado desenvolvimento da obstétrica, a atenção à gravidez e, principalmente ao parto, no Brasil tornou-se um ato médico, centrado no hospital e com nível crescente de medicalização, sob a premissa de atender às necessidades imediatas de gestantes, puérperas e recém-nascidos e, conseqüentemente, reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna. Esses avanços, tanto no campo das políticas como da tecnologia médica, nem sempre atendiam e respeitavam as experiências e as necessidades de saúde sexual e reprodutiva da população feminina¹.

A saúde sexual e reprodutiva foi, sob a ótica do PAISM (1984) e a partir dos anos 1990, sendo incorporada ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de ações e programas descentralizados de planejamento familiar, maternidade segura (gestação e parto), prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, diagnóstico e tratamento de câncer de colo e de mama, dentre outros². Muitas dessas ações ou programas, carregados de seu caráter moderno e intervencionista, não conseguiram chegar, ou chegavam de forma verticalizada, a grupos étnico-raciais específicos, como as mulheres indígenas, para as quais os fatores culturais estão bem delineados e exige conhecimento e diálogo entre especialistas, em especial, sobre formas de cuidado³.

Em Pernambuco, as informações do Sistema de Informação de Nascidos Vivos – SINASC e Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI, embora incompletas, acenam para uma assistência ao parto cada vez mais intervencionista⁴. As mulheres indígenas parecem abdicar de seus costumes e assumir a medicalização do parto como a forma mais correta e segura de parir³. Os estudos realizados com mulheres indígenas no país acontecem de forma quase restrita à população da Amazônia Legal, que vivem uma

realidade específica, diferente do contexto social, econômico e cultural das demais indígenas no Brasil⁵. Poucos estudos são conduzidos com mulheres indígenas nordestinas, tampouco entre as indígenas pernambucanas. Além disso, observa-se crescente influência de hábitos e costumes da população não índia sobre as noções de assistência à saúde e cuidado.

Dessa forma, a quase hegemônica medicalização do parto e nascimento no Brasil, coloca a necessidade de se conhecer o modelo de atenção ao parto de mulheres indígenas aldeadas de Pernambuco.

Este estudo descreve onde (local) e como (via de parto) as mulheres indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco estão tendo seus filhos em anos mais recentes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal, sobre atenção ao parto entre as mulheres indígenas (aldeadas e não aldeadas), que tiveram filhos vivos entre os anos de 2008 e 2015, no estado de Pernambuco, que é ocupado por dez etnias, dispersas em 14 municípios distintos, todas no interior do Estado (figura 1).

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira consistiu em análise documental sobre o modelo de assistência ao parto em mulheres indígenas utilizando Normas e Portarias Nacionais (SESAI/MS) e/ou Planos e Estratégias locais (DSEI/PE) e a Estratégia da Rede Cegonha.

A segunda etapa consistiu no resgate, crítica, consolidação e análise das informações sobre partos e nascimentos, a partir de dados mais recentes e de acordo com as fontes disponíveis.

As principais fontes de dados foram as informações registradas na *Planilha de Nascimentos*, disponível no banco de dados pertencente à área programática de Vigilância

Epidemiológica do DSEI-PE, para as mulheres aldeadas. A incompletude de dados desagregados identificados nessa planilha impôs a necessidade de complementar algumas variáveis importantes usando para isso o banco do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), o que se estende a todas as mulheres que se reconhecem como indígenas.

As informações obtidas por meio da *Planilha de Nascimento* do DSEI-PE foram: número de nascimentos, peso e sexo ao nascer, tipo e local de parto e se houve preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (DNV). As informações adicionais como idade da mãe e consultas de pré-natal foram obtidas do Sinasc. Em seguida, as variáveis, foram analisadas utilizando o programa Microsoft Excel. Os resultados foram descritos por medidas de frequência, de tendência central e de dispersão e foram apresentados utilizando tabelas e gráficos.

O projeto foi submetido à análise e aprovação prévia do Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O mesmo atendeu às exigências da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual faz referência ao desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos. Por se tratar de uma pesquisa com população indígena, houve aprovação pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco (CONDISI/PE).

RESULTADOS

Modelo de assistência ao parto para as mulheres indígenas

A pesquisa documental mostrou que as ações e políticas direcionadas a grupos populacionais específicos, como as mulheres indígenas, ainda são escassas. Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a

Estratégia da Rede Cegonha⁶ (RC) foi amplamente discutida pela SESAI e DSEI sobre sua participação nos processos municipais e regionais/estaduais de pactuação, implantação e implementação da rede. Dentre os princípios e diretrizes gerais da RC, esta deveria estar atenta e valorizar as práticas tradicionais e promover articulação entre as práticas biomédicas e a dos cuidados tradicionais indígenas, bem como considerar a forma como essas mulheres percebem e cuidam do seu corpo, porém essa ainda não é a realidade vivenciada.

O acompanhamento do pré-natal de baixo risco está sob a responsabilidade das equipes do DSEI local, porém a atenção à gestação de alto risco e parto (risco habitual, inclusive) são de responsabilidade da atenção secundária e terciária do sistema de saúde. Dessa forma, além da dificuldade de acesso a serviços de saúde, as indígenas pernambucanas se vêm obrigadas a seguir os mesmos caminhos na atenção ao parto e/ou nascimento das mulheres não índias, sem respeito as suas especificidades e/ou necessidades culturais.

Parto e Nascimento entre indígenas de PE

Os dados obtidos da *Planilha de Nascimentos* do DSEI-PE mostram que entre 2008 e 2015 ocorreram 5.597 nascimentos na população indígena aldeada de Pernambuco, com média de 700 partos por ano. Juntas, as etnias Xukuru do Ororubá e Pankararu foram responsáveis por 42% dos nascimentos, seguido pela etnia Atikum, com 15% dos nascimentos. Tais dados se aproximam daqueles registrados pelo Sinasc para o mesmo período, cuja diferença é dada, provavelmente, pelas mulheres não aldeadas declaradas indígenas (gráfico 1).

Em relação à idade, as mulheres entre 20 e 39 anos foram as que tiveram maior proporção de filhos vivos. Vale considerar que os nascimentos entre adolescentes (10 a 19 anos), representaram de 22% do total registrados pelo SINASC/PE (gráfico 2).

Os dados do Sinasc/PE mostram um aumento gradativo do número de consultas pré-natal realizadas pelas mulheres indígenas pernambucanas que pariram entre os anos de 2008 e 2015. Apesar desse fato, quando visto de forma geral, observa-se que mais de 10% das mulheres não realizaram ou realizaram até 03 consultas. Além disso, no período estudado, 45% das mulheres estudadas fizeram entre quatro e seis consultas.

No que se refere às vias de parto, tanto os dados obtidos através da Planilha de Nascimentos do DSEI-PE, quanto os dados encontrados no Sinasc mostram que no período de 2008 a 2015 houve predominância do parto vaginal, em detrimento da cesariana, porém observou-se ainda o percentual em torno de 26% de partos cesarianos (gráfico 3).

Ao analisar os anos separadamente, através da *Planilha de Nascimentos*, pode-se observar claramente um aumento gradativo do percentual de cesarianas à medida que os anos passam, crescendo de 14% em 2008 para 32% em 2015, o que representa mais do que o dobro (aumento de 128%) do percentual inicial.

Quando analisado o local de parto predominante no período de 2008 a 2015, observa-se que apenas 263 (4,8%) deles aconteceram na aldeia, destacando-se Pankararu como a Etnia que mais vivenciou partos em domicílio (126) Truká a Etnia que proporcionalmente mais presenciou os partos domiciliares (12%) (tabela 1).

DISCUSSÃO

Qualquer discussão sobre o processo saúde/doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente. O Estado de Pernambuco se depara com populações indígenas residentes em aldeias próximas ao convívio urbano, que permite acesso rápido à cidade próxima, sob influência direta dos avanços tecnológicos e de acesso a bens e consumo. .

Em pesquisas com dados secundários, as questões necessitam ser adaptadas às informações já existentes o que pode levar a fragilidades nas informações, tanto no que se refere à cobertura, como qualidade desses dados. Esse fato foi vivenciado neste estudo, pois para responder aos objetivos foi necessária a utilização de uma fonte de dados complementar (Sinasc/Pe) para assegurar a completude e responder aos objetivos iniciais da pesquisa. Outro limite foi trabalhar com números pequenos e período de tempo relativamente curto, pois qualquer variação pode ser expressiva e pode levar a distorções dos resultados.

A análise dos dados evidencia mudança na dinâmica e comportamento dos nascimentos entre mulheres indígenas pernambucanas, seja pelo crescimento de partos cesarianos ou pela incidência elevada de partos hospitalares. Essa transformação cultural da saúde materno-infantil dos povos indígenas está diretamente relacionada a processos históricos, sociais, econômicos e ambientais no decorrer dos anos^{7,8}.

As informações referentes à faixa etária representam uma proxy dos dados das mulheres no período estudado, pois utilizou-se uma variável do Sinasc, que incluem as mulheres não aldeadas que se classificam como indígenas.

Os resultados não divergem da grande parte dos estudos neste campo, em que mulheres indígenas iniciam sua fase reprodutiva no começo da segunda década de vida, por volta dos 13-14 anos, e se estende até os 40-45 anos. Elas costumam parir na sua grande maioria entre 20 e 39 anos, mas ainda existe um alto índice de partos na faixa etária abaixo de 20 anos^{9,10}. A proximidade dos valores culturais, o pouco conhecimento sobre saúde reprodutiva e a dificuldade de acesso a métodos contraceptivos podem ser causas do início precoce da vida sexual e gravidez na adolescência entre essas mulheres.

A assistência à gravidez se tornou mais abrangente nos últimos anos estudados, aumentando gradativamente a busca pela assistência pré-natal entre as mulheres indígenas do Estado. A criação e implantação das Equipes Multidisciplinares na saúde indígena, que torna

mais frequente e rotineira a presença do profissional nas aldeias, gera maior vínculo, confiança e pode ser um dos motivos que aumentou a adesão a esse programa. Por outro lado, a proporção de mães que realizaram três consultas ou menos, pode ser relacionada a fatores culturais ou regionais. No Nordeste ainda se observa alguma dificuldade na adesão ao PN pelo não reconhecimento de sua importância¹⁰. Outro fator a ser considerado pode ser os constantes deslocamentos para outras aldeias em visitas a parentes (uma característica comum entre os povos indígenas), que provocam desencontros entre a equipe de saúde e as gestantes. Também deve ser considerada a grande dispersão populacional, com maior probabilidade de adesão daquelas que possuem maior proximidade do serviço^{8,11}.

Embora desde 1985 a Organização Mundial da Saúde (OMS) considere que uma taxa de cesariana acima de 15% é medicamente injustificável¹², o estudo revelou que, apesar de a taxa mais recente entre mulheres indígenas tenha sido 32%, houve um aumento 128% no decorrer do período. Isso pode ser reflexo da cultura obstétrica hospitalocêntrica e intervencionista, que vem permeando as populações indígenas. Esta situação é agravada com fortalecimento da atenção à saúde de populações indígenas, especialmente nas últimas décadas, como a implantação de equipes multidisciplinares nos DSEI e o incentivo econômico através de repasse de verbas específicas da saúde indígena aos serviços hospitalares de referência para assistência a essa população, refletindo em maior acesso à tecnologia médica durante a gestação e o parto^{13, 14}.

A Etnia Xukuru, localizada no município de Pesqueira foi propositadamente subdividida neste estudo em Xukuru de Cimbres e Xukuru do Ororubá (forma como eles se denominam), pois embora pertencendo à mesma etnia, vivem em áreas geográficas distintas, com diferentes estilos de vida e sob diferente influência da cultura tradicional. O povo de Cimbres destacou-se por mostrar inversão do tipo de parto com o passar do tempo. Esse fato está atrelado

possivelmente à característica urbana desse grupo, inserida totalmente dentro da cidade de Pesqueira, sob influência direta da população não índia.

A questão que se coloca sobre a via de parto não é puramente a de diminuir os números de partos cesáreos, sendo também importante a busca de uma assistência humanizada ao nascimento e ao parto, que respeite a autonomia e o controle da mulher sobre o processo de nascimento. O uso abusivo do parto operatório aumenta o risco de morbidade e mortalidade maternas e perinatal, além de elevar gastos desnecessários e socialmente injustos, pois desvia recursos humanos, materiais e financeiros que poderiam ser alocados a outras áreas do sistema de saúde¹⁵.

O parto hospitalar prevaleceu entre os partos vivenciados nas indígenas pernambucanas. O fácil acesso a serviços de saúde é um diferencial para esse fato. O parto medicalizado e hospitalar se tornou sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor para as mulheres em geral, não sendo diferente entre as indígenas. A mudança do parto domiciliar assistido por parteiras, para o parto hospitalar, conduzido por profissionais de saúde, entre as indígenas, é fruto de um conjunto de fatores, que podem estar atrelados ao chamado avanço tecnológico dentro das aldeias. Dentre esses, existe a dificuldade em manter a tradição da atuação das parteiras, seja por perda da continuidade da atividade entre gerações, seja pela ampliação da cobertura do sistema de saúde somada a valorização do saber científico na sociedade como um todo¹⁶. A adoção de medidas de higiene que reduziram as mortes maternas e neonatais com o passar do tempo e a influência do profissional de saúde nas consultas de pré-natal na construção de um parto seguro, longe de riscos e complicações também são fatores que influenciam o parto hospitalar medicalizado¹⁶, inclusive entre as mulheres indígenas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados dessa pesquisa mostram que a forma de organização da assistência ao parto entre as mulheres indígenas vem sofrendo transformações com o passar dos anos. O parto domiciliar, natural, acompanhado por parteiras, perdeu espaço para o parto hospitalar, institucionalizado e medicalizado; na população indígena, assim como na população geral, o parto vaginal também deu espaço para o alto índice de cesarianas.

Podemos inferir que as mudanças no modelo de parto na população indígena são frutos do ambiente onde estão inseridas as mulheres, influenciadas diretamente pela urbanização e pela sociedade não índia, com diferentes crenças, valores, tradições, relações sociais e expectativas de cuidado.

Diante dessa realidade, é fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para a especificidade das mulheres indígenas. Estas devem permitir o direito de escolha, com acesso a assistência ao parto digna, segura e com tecnologia leve e adequada, ofertada por profissionais que possam respeitar suas especificidades culturais, sem que elas percam sua identidade, crenças, valores e tradições. Enfim, tornando os direitos reprodutivos em algo concreto na vida dessas mulheres.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Bezerra DO e Alves, SV participaram de todo o processo de construção do trabalho, desde a concepção e delineamento do estudo, análise dos dados, como também redação do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS

1. Hotimsky SN. et. al. O parto como eu vejo...ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saude Publica*, 2002.
2. Ferreira LO Saúde e Relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(4):1151-1159, 2013.
3. Figueiredo NSV. et. al. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. *HU Revista*. 2010 Out-Dez; 36(4):297-307.
4. Sousa MC; Scatena JH; Santos RV O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007
5. Dias Jr. CS et al . Fecundidade das mulheres autodeclaradas indígenas residentes em Minas Gerais, Brasil: uma análise a partir do Censo Demográfico 2000. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 11, p. 2477-2486, Nov. 2008
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Rede Cegonha*, 2011.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
7. Coimbra JR., CEA; Santos RV & Escobar AL., orgs. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005. 260 p. ISBN: 85-7541-022-9. Available from SciELO Books .
8. Bezerra MGA; Cardoso, MVL Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 3, n. 14, p. 414-421, maio/jun. 2006.

9. Azevedo, M. Saúde reprodutiva e mulheres indígenas do Alto Rio Negro. Cad. CRH, Salvador, v. 22, n. 57, p. 463-477, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792009000300003&lng=en&nrm=iso>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2013 : uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
11. Pagliaro, H et al. Fecundidade e saúde sexual e reprodutiva dos Kisêdjê, Yudjá, ikpeng e Kaiabi do Parque indígena do Xingu, Brasil central. Avances y retrocesos en la salud sexual y reproductiva en América Latina, p. 89, Rio de Janeiro, 2009.
12. OMS (Organização Mundial da Saúde), 1996. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático. Genebra: OMS
13. Altini E et al. A política de atenção à saúde indígena no Brasil. Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Publicação do Conselho Indigenista Missionário (CIMI). Outubro, 2013.
14. Santos JFK. Parto normal ou cesárea? Folha de S. Paulo, São Paulo, 18 set. 2008. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/fz1809200808.html>>
15. Chacham AS. Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil. In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 420-451. ISBN: 978-85-7982-060-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

16. De Melo, JM; Müller E. & Gayoso, DB. Parteiras tradicionais de Pernambuco: saberes, práticas e políticas. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013.

Figura 1. Distribuição das etnias nos municípios de Pernambuco.

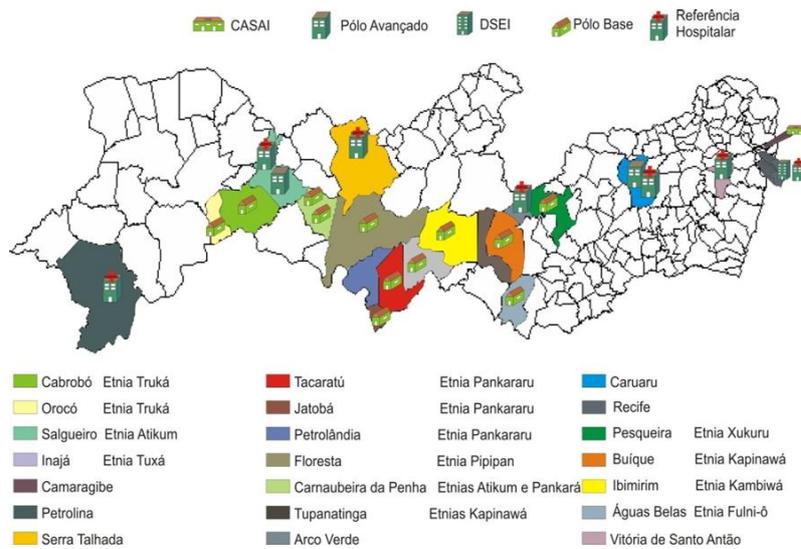


Gráfico 1. Distribuição dos nascimentos vivos por etnia - 2008 a 2015 - DSEI/PE

Distribuição percentual dos nascimentos por etnia no período de 2008 a 2015 - DSEI/PE

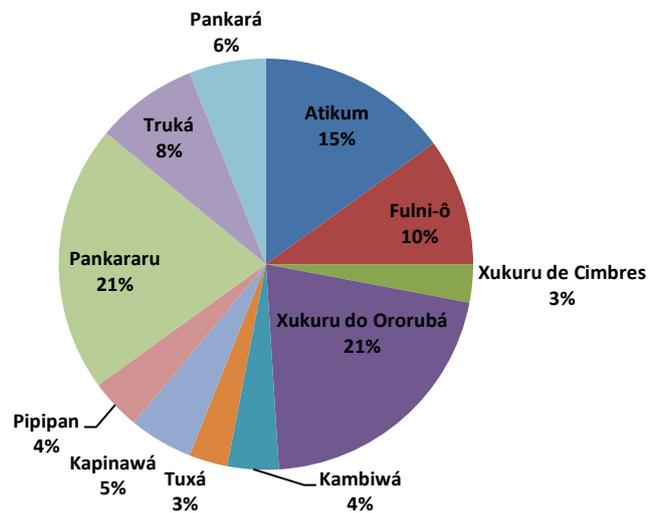


Gráfico 2. Idade das mulheres indígenas que tiveram filhos nascidos vivos entre 2008 e 2015 - Sinasc/PE.

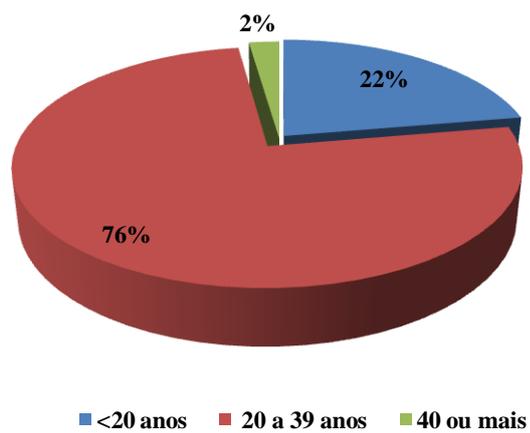


Gráfico 3. Tipo de parto entre mulheres indígenas de PE – 2008 a 2015 (Sinasc/DSEI)

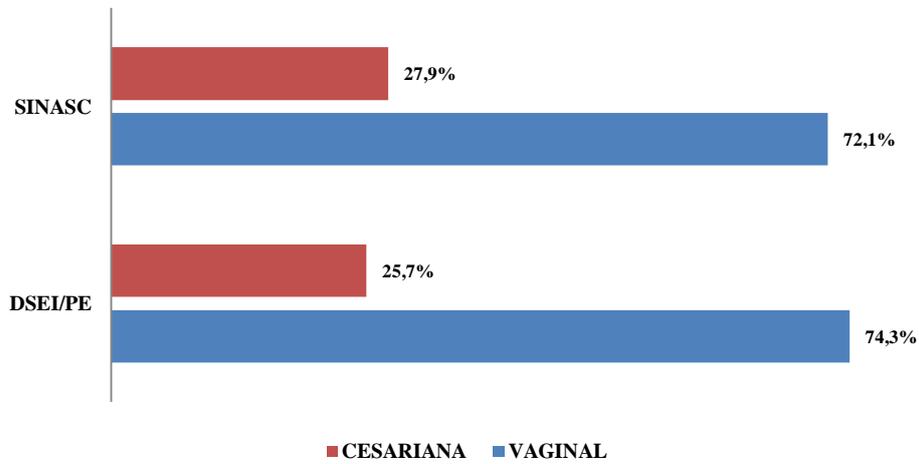


Tabela 1. Local de parto entre mulheres indígenas de PE – 2008 a 2015 (DSEI-PE)

ETNIAS	HOSPITAL DE REFERÊNCIA(n)	ALDEIA(n)	REFERÊNCIA (%)	ALDEIA(%)
Atikum	819	27	96,8%	3,2%
Fulni-ô	555	0	0,0%	0,0%
Tuxá	159	2	98,8%	1,2%
Kambiwá	242	9	96,4%	3,6%
Kapinawá	268	3	98,9%	1,1%
Pankará	317	11	96,6%	3,4%
Pankararu	1057	126	89,3%	10,7%
Pipipan	211	8	96,3%	3,7%
Truká	374	51	88,0%	12,0%
Xukuru de Cimbres	177	0	0,0%	0,0%
Xukuru do Ororubá	1011	26	97,5%	2,5%
TOTAL	5183	263	95,2%	4,8%

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O parto estará sempre presente na vida das mulheres, podendo ser tratado como evento também cultural, pois é um momento de expressão da cultura nas várias sociedades existentes no país, na qual se envolvem diferenças de valores, crenças, percepções e representações.

Mudanças no modelo de atenção ao parto brasileiro tem sido objeto de estudos e de políticas recentes. Os dados dessa pesquisa mostram que a forma de organização da assistência ao parto nas mulheres indígenas vem sendo cada vez mais institucionalizada. O parto domiciliar, natural, acompanhado por parteiras perde espaço para o parto hospitalar e medicalizado, mesmo entre as mulheres indígenas.

Podemos inferir que as mudanças no modelo de parto na população indígena podem ser frutos do meio onde estas estão inseridas, influenciadas diretamente pela sociedade não índia, com diferentes crenças, valores, tradições e relações sociais. Em determinados contextos, o processo de urbanização indígena, crescente em várias regiões do Estado, pode impelir a maior inserção da mulher no processo de parto medicalizado e institucionalizado.

O desconhecimento acerca de questões básicas da saúde reprodutiva e da saúde da mulher indígena no Brasil e a falta de interesse em desenvolver medidas específicas para esse grupo populacional caminham junto com a precária infraestrutura física e organizacional dos serviços de saúde. Esse conjunto de fatores desencadeia uma assistência ao parto de baixa qualidade e pouca segurança e muita intervenção.

O fortalecimento nas relações entre as gestões dos municípios e a gestão do DSEI local no que se refere ao atendimento à gestante indígena possibilita uma melhor assistência às mulheres, facilitando o fluxo de atendimento, tanto no acesso aos serviços locais de pré-natal, exames, consultas e parto, quanto às referências do SUS, quando é necessária assistência de maior complexidade.

Diante da realidade, é necessário desenvolver políticas de saúde voltadas para a especificidade das mulheres indígenas, que extrapolem a oferta de informação, em consonância com os direitos diferenciados desses povos, considerando essas mulheres sujeitos inscritos em contextos particulares e permitindo a elas ter acesso a assistência ao parto digna, segura com profissionais que possam abordar as questões culturais específicas de forma adequada.

Diante da realidade de parto e nascimento vivida pelas mulheres indígenas pernambucanas, se faz necessária uma reflexão no sentido de garantir direitos individuais e direitos reprodutivos, mantidas suas crenças, valores e tradições.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R. C. **Reflexões sobre política indigenista e cultura política indígena no Rio de Janeiro oitocentista.** *Revista USP*, São Paulo, Nº 79, 2008.
- ALTINI, E., et. al. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil.** Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas. Edição Revisada. Outubro, 2013.
- ATHIAS, R. **Corpo, fertilidade e reprodução entre os Pankararus: perspectiva e alcances.** In :Monteiro S, Sansone L, organizadores. *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.p189-20.
- AZEVEDO, M. **Censos Demográficos e “os índios”: Dificuldades para reconhecer e contar.** Povos Indígenas no Brasil – 1996/2000. Instituto Socioambiental. São Paulo, 2000.
- BARACHO, S. M. et. al. **Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas.** *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*[online]. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BENEVIDES L.; PORTILLO J.A.C.; NASCIMENTO W.F. **Atenção à saúde dos povos indígenas do Brasil: das missões ao subsistema.** Tempus, Actas de Saúde Coletiva. Brasília, mar, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília:MS.2009.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** Brasília: Funasa, MS; 2002.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). *Lei Arouca: A FUNASA nos 10 anos de saúde indígena.* Brasília, FUNASA, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Número e proporção de nascidos vivos por tipo de parto cesáreo, segundo Regiões e Estado de Residência da Mãe em 2002.** Available from: URL: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_cesareo_sinasc.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2013: Uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza.** Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia Zica vírus e por outras doenças transmitidas pelo Aedes Aegypti.** Brasília. MS, 2016.
- BRENES, A. C. **História da parturição no Brasil século XIX.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 135-149, abr.-jun./1991.

BRÜGGEMANN O. M., PARPINELLI M. A., OSIS M. J. D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão de literatura.** Cad. Saúde Pública 2005 out; 21 (5): 1316-327.

CAMARGO C. P. F.; JUNQUEIRA C.; PAGLIARO H. **Reflexões acerca do mundo cultural e do comportamento reprodutivo dos Kamaiurá ontem e hoje.** In: Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV, organizadores. Demografia dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editoras Fiocruz/ABEP; 2005.

CARNEIRO, R. G. **E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública.** Revista Direito Mackenzie, v. 5, n. 2, p. 227-237, 2012.

CARNIEL E. F., ZANOLLI M. L., MORCILLO A. M. **Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP).** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia 2007 jan; 29 (1): 34-40.

CARVALHO, A. P. S. **O parto sob o olhar da mulher rural: um estudo sobre representações sociais.** Tese de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

CHACHAM, A. S. **Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal como “risco” e a medicalização do parto no Brasil,** 2006.

CHACHAM, AS. **Médicos, mulheres e cesáreas: a construção do parto normal com “um risco” e a medicalização do parto no Brasil.** In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012.

Coimbra Jr. C. E. A. **Saúde dos povos indígenas no Brasil: Reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição indígena.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2014.

CORRÊA, S.; ALVES, J.E.D., CAETANO A.J.C. *Cairo+10: a controvérsia que não acabou.* Dez anos do Cairo: tendências da fecundidade e direitos reprodutivos no Brasil – Campinas: Associação Brasileira de Estudos Populacionais - ABEP, 2004.

COSTA, A. M., 1992. *O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada.* São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução

DIAS Jr. C. S. et al. **Fecundidade das mulheres autodeclaradas indígenas residentes em Minas Gerais, Brasil: uma análise a partir do Censo Demográfico 2000.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2477-2486, Nov. 2008

DIAS M. A. B., DESLANDES S. F. **Cesarianas: percepção do risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro.** Cad. Saude Publica 2004 fev; 20 (1): 109-16.

DINIZ C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciênc. Saúde Coletiva. 2005; 10: 627-37.

FERREIRA L. O. **Saúde e Relações de gênero: uma reflexão sobre os desafios para implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(4):1151-1159, 2013.

FIGUEIREDO N. S. V. et. al. **Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes.** *HU Revista*. 2010 Out-Dez; 36(4):297-307.

HADDAD N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde.** 1st ed. Sao Paulo: Roca; 2004.

HOCHMAN B. et. al. **Desenhos de pesquisa.** *Acta Cirúrgica Brasileira - Vol 20 (Supl. 2)*, 2005.

HOTIMSKY S. N. et. al. **O parto como eu vejo...ou como eu desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica.** *Cad. Saude Publica*, 2002.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.

LIEBGOTT, R. A.; BONIN, I. T. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil: retrospectiva e perspectivas futuras**, 2011.

LIMA-COSTA M.F.; BARRETO S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2003; 12(4): 189 – 201.

MATOS, G. et al. **A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa.** *Revista Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco, Recife*, v. 7, n. esp., p. 870-878, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.* Brasília (DF); 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.* Fundação Nacional de Saúde, Brasília, dezembro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.* Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Rede Cegonha*, 2011.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. *Política Nacional de Atenção à saúde da Mulher. Princípios e Diretrizes.* 2ª edição. Brasília - DF, 2011.

MOREIRA, K. A. P. **A humanização no parto: um estudo bibliográfico.** *Online Brazilian Journal of Nursing*, 5(3), 2006.

NOMURA R. M. Y., ALVES E. A., ZUGAIB M. **Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário.** Rev. Saúde Pública, fev. 2004; 38 (1): 9-15.

OLIVEIRA Z. M. L. P.; MADEIRA A. M. F. **Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes.** Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(2):133-40.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. **Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto.** Revista da Rede de enfermagem do nordeste-Rene, vol.11, n. esp., p.32- 41, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Carta da Organização Mundial de Saúde**, 1946. Disponível em: <<http://www.onuportugal.pt/oms.doc>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra, 1996.

OSAVA R. H. **Assistência ao parto no Brasil: a participação dos não médicos.**[tese de doutorado]. São Paulo (SP: Faculdade de Saúde Publica /USP; 1997. p. 120-30.

OSAVA, R. H., et al. **Caracterização das cesarianas em um centro de parto normal.** Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n.6, 2011.

OSIS, M. J. D., 1994. **Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção.** Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.

PAGLIARO H., MENDONÇA S., BARUZZI R. **Fecundidade e saúde reprodutiva das mulheres Suyá (Kisêdjê): aspectos demográficos e culturais.** Cad CRH. 2009;22(57):479-90.

PEREIRA, A. L. D. F.; BENTO, A. D. **Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto.** Revista da Rede de enfermagem do nordeste- Rene, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 471-477, 2012.

PEREIRA A. L. F., MOURA M. P.V. **Relações de hegemonia e o conflito cultural de modelos de assistência ao parto.** Rev. enferm UERJ. 2008;16:119-24.

Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

SANTIAGO, S. ; NAGAHAMA, E. E. **A institucionalização médica do parto no Brasil.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

SEIBERT S. L. , et. al. **Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história.** Rev. Enferm. UERJ, 2005;13: 245-51.

SANTOS R. V. , COIMBRA JR. C. E. A. **Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil.** In: Coimbra J . CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

SOUSA, M. C.; SCATENA J.H.; SANTOS R.V. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):853-861, abr, 2007.

SHWARCZ L. M. **Caleidoscópio da cultura.** Revista da História da Biblioteca Nacional 2007; (18): 20.

TORNQUIST C. S. **Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto.** Rio de Janeiro. Rev. Estudos Feministas. 2002 Jul-Dez; 10(2):483-92.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013 : uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza** – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

ANEXO A – PLANILHA DE NASCIMENTOS DSEI – PE



DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA DE PERNAMBUCO
 ATUALIZAÇÃO MENSAL DAS INFORMAÇÕES DE CADASTRAMENTO

PÓLO BASE _____ EQUIPE: _____ MÊS : _____

NASCIMENTOS

NOME COMPLETO/DNV	ALDEIA	SEXO		DATA DE NASCIMENTO	DATA DA 1ª VISITA AO RN	PESO NASCER	NOTIFICADO SINASC		LOCAL DO PARTO	QUEM FEZ O PARTO	(C) (N)	NOME COMPLETO DOS PAIS	DATA NASC. DOS PAIS
		MASC	FEM				SIM	NÃO					
DNV n°													
DNV n°													
DNV n°													
DNV n°													
DNV n°													

Obs: Quem fez o parto: Médico, Enfermeiro, Parteira, Auxiliar de Enfermagem, AIS.
 Preencher a data de nascimento dos pais ou a idade.

(C) = Parto Cesário (N) = Parto Normal

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFPE

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ASSISTÊNCIA AO PARTO EM MULHERES INDÍGENAS DE PERNAMBUCO, 2008 A 2015.

Pesquisador: DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 2

CAAE: 60731816.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.840.533

Apresentação do Projeto:

O protocolo corresponde ao projeto de pesquisa apresentado ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco. Tem como responsável a mestrandia Diana de Oliveira Bezerra, sob orientação da professora Sandra Valongueiro Alves. Pretende analisar o modelo de assistência ao parto das mulheres indígenas aldeadas no período de 2008 a 2015 em Pernambuco. A fonte de dados principal será composta das informações existentes na Planilha de Nascimentos, disponível no banco de dados pertencente à área programática de Vigilância Epidemiológica do Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (DSEI-PE). Outras fontes de dados a serem consultadas serão as normas e os protocolos do Sistema Nacional de Saúde Indígena que tratam do modelo de atenção ao parto indígena e do DSEI PE. Também serão consultados os sistemas oficiais de informação: SINASC, SINAN, SIASI. O estudo será desenvolvido em duas etapas. A primeira consiste em análise documental sobre o modelo de assistência ao parto em mulheres indígenas utilizando Normas e Portarias Nacionais (SESAI/MS) e/ou Planos e Estratégias locais (DSEI/PE) e a Rede Cegonha, tendo como resultado a apresentação do modelo de atenção ao parto indígena em Pernambuco. A segunda etapa consiste no resgate, análise e consolidação das informações contidas na Planilha de Nascimentos mensais que foram

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP-CCS-UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.840.533

produzidas entre os anos de 2008 e 2015. As variáveis serão analisadas utilizando o programa Microsoft Excel. Os resultados serão descritos por medidas de frequência, de tendência central e de dispersão e serão apresentados utilizando tabelas, gráficos e mapas. A partir dos dados obtidos da Planilha de Nascimentos será construído um fluxograma assistencial por tipo de parto.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Analisar o modelo de assistência ao parto das mulheres indígenas aldeadas no período de 2008 a 2015 em Pernambuco.

ESPECÍFICOS:

- Descrever os modelos de assistência ao parto indígena proposto pelas Políticas Nacionais de Saúde e Saúde Indígena e o modelo ofertado no DSEI PE;
- Descrever características sócio-demográficas e reprodutivas (idade, etnia, aldeia, município de residência, paridade, entre outras) das mulheres indígenas que pariram entre os anos de 2008 e 2015;
- Descrever as vias de parto e os locais de parto mais frequentes entre as mulheres aldeadas no período;
- Identificar a frequência dos partos assistidos por parteiras tradicionais, enfermeiras e outros profissionais de saúde nas comunidades indígenas e nos serviços de saúde;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios estão apresentados e bem fundamentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa fará uma abordagem quantitativa de produção de dados e buscará responder algumas questões ainda não investigadas sobre o tema e o grupo populacional a ser estudado. Será realizado um estudo descritivo, tipo transversal, do modelo de atenção ao parto entre as mulheres indígenas, utilizando dados secundários e pesquisa documental.

Os resultados poderão contribuir para uma discussão sobre o modelo de atenção ao parto, buscando compreender a influência do processo civilizatório e medicalizante na vivência do parto/nascimento das mulheres indígenas aldeadas do estado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão devidamente contemplados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

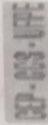
UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.840.533

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_796732.pdf	22/11/2016 22:02:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoVersaodetalhada.docx	22/11/2016 22:00:58	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	CARTADERESPSTAASPENDENCIAS.docx	22/11/2016 21:58:44	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	SandraValongueiroAlves.docx	06/10/2016 11:07:13	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	Curriculum_Vitae_Diana_Bezerra.doc	30/09/2016	DIANA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

CEP - CCS - UFPE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.840.533

Outros	Curriculum_Vitae_Diana_Bezerra.doc	10:44:24	BEZERRA	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	30/09/2016 10:35:37	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	cartaanuenciaindise.pdf	30/09/2016 10:34:30	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Outros	cartaanuenciadosdedados.pdf	30/09/2016 10:33:48	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ausenciatcle.pdf	30/09/2016 10:30:57	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoassinada.pdf	30/09/2016 10:29:56	DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

RECIFE, 28 de Novembro de 2016

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DSEI-PE


 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA
 DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA-PE

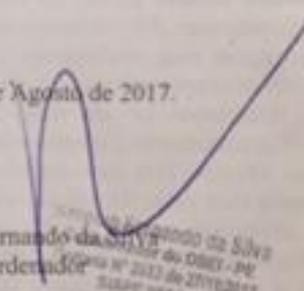
CARTA DE ANUÊNCIA

A Sua Senhoria a Senhora
DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA

O Distrito Sanitário Especial Indígena Pernambuco em uso de suas atribuições e em consonância com CONDISI "Conselho Distrital de Saúde Indígena" declara para todos os fins e efeitos de direito que a Senhora DIANA DE OLIVEIRA BEZERRA, está autorizada a realizar o projeto de pesquisa intitulada "assistência ao parto em mulheres indígenas de Pernambuco 2008 a 2015" Conforme apresentado e aprovado pelos conselheiros presentes na 2ª Reunião Ordinária do Conselho Distrital de Saúde Indígena de Pernambuco a qual foi realizada aos 22 dias do mês de agosto de 2016, no auditório da pousada Moxotó, centro de Ibimirim - PE.

Por ser verdade, firma a presente declaração para que produza os efeitos legais a que se destina.

Recife, 01 de Agosto de 2017.


 Antonio Fernando da Silva
 Coordenador

ANTONIO FERNANDO DA SILVA
 Coordenador do DSEI-PE
 Nº 2017 de 2016/2017
 DSEI-PE 054141

Avenida Norte Miguel Arraes de Alencar, 7.200, Macaxeira, Recife-PE - 52090-260 - (011) 3427-4536.